

Comunicação Pública

Vol.15 nº 29 | 2020
Número com dossiê temático

A Literacia em Saúde e a Comunicação de Risco em Saúde Pública

Health Literacy and Public Health Risk Communication

Rita Espanha*



Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/cp/9673>
ISSN: 2183-2269

Editora

Escola Superior de Comunicação Social

Edição impressa

ISBN: 2183-2269
ISSN: 16461479

Este documento foi criado de forma automática no dia 26 novembro 2020.

A Literacia em Saúde e a Comunicação de Risco em Saúde Pública

Health Literacy and Public Health Risk Communication

Rita Espanha*

NOTA DO EDITOR

Recebido: 15 de julho de 2020

Aceite para publicação: 9 de outubro de 2020

NOTA DO AUTOR

*Professora Auxiliar com Agregação do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa.

Investigadora do CIES-Iscte, desenvolve atualmente pesquisas nas áreas da "Comunicação, Tecnologias de Informação e Saúde", "Literacia em Saúde" e "As TIC na Educação". Diretora do Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação, Coordenadora ERASMUS do Departamento de Sociologia e membro do Grupo de Missão Iscte-Saúde. Membro do Comité Científico de Ediciones-InCom-UAB e do Comité Editorial da Revista de *Comunicación y Salud*. Autora de vários livros e artigos sobre Comunicação, nomeadamente nas áreas da "Saúde e Comunicação", "Comunicação em Rede" e "Jovens e *Media* em Portugal".

Todas as citações, ao longo do artigo, de autores cujos textos foram consultados em língua inglesa e espanhola foram traduzidas livremente pelo/a autor/a.

Introdução

- 1 A comunicação de risco em saúde tem vindo a ser um campo de estudo, mas também de prática, fundamental na área da comunicação em saúde pública. Ao longo do tempo, essa importância tem vindo a intensificar-se por diversos motivos. O mais óbvio, em particular no momento em que este artigo é escrito, é a evidência de riscos comportamentais para a saúde pública (como está a ser o caso da pandemia por COVID-19). Outro muito relevante é a proliferação da quantidade e da diversidade de informação, dados, conhecimento, mas também de desinformação, amplitude, capacidade de interpretação dessa informação, exponenciadas pela existência e pela utilização intensiva dos *media*, em particular dos *media* em rede.
- 2 Estamos, assim, perante uma situação paradoxal: se por um lado nunca tanta informação esteve disponível para a maior parte dos cidadãos, em particular em Portugal, a partir de diversas fontes e dispositivos, também parece claro, por outro lado, que não existem em Portugal níveis de literacia em saúde suficientes para que essa informação seja útil no âmbito da comunicação de risco, ou seja, para que essa informação seja capaz de produzir, de facto, alterações comportamentais que se traduzam numa efetiva diminuição dos riscos em saúde pública.
- 3 Neste artigo, iremos fazer uma abordagem crítica, ainda que não sistemática, da comunicação de risco em saúde pública e da sua aplicação no caso português, nomeadamente pelas autoridades de saúde pública, durante os primeiros quatro meses da pandemia de COVID-19. Simultaneamente, aborda-se a importância dos níveis de literacia da população portuguesa para a compreensão, adoção e utilização da informação disponibilizada na eficácia da comunicação de risco em saúde pública. Não se apresenta uma metodologia de pesquisa sistemática, por se tratar de um artigo exploratório, baseado numa observação da realidade, em tempo real.

1. Comunicação de Risco em Saúde Pública

- 4 Segundo Moscovici (2005), pessoas e grupos produzem representações no percurso da comunicação e da cooperação. Isto significa que, quando comunicam, as pessoas, tanto isoladamente, como em grupo ou em comunidade, estão também a produzir representações, ou seja, interpretam e ao comunicar reproduzem essas interpretações nos seus processos comunicativos. Essas representações (interpretações que acabam por se transformar na representação da realidade), evidentemente, não são estabelecidas por uma pessoa isoladamente e, uma vez criadas, passam a ter uma vida própria, circulam, encontram-se, etc., dando origem a novas representações, enquanto as antigas deixam de existir. O autor refere que pessoas e grupos, longe de serem recetores passivos, pensam por si mesmos e criam e comunicam constantemente as suas próprias e específicas representações e soluções às questões que eles mesmos levantam. Os acontecimentos, as ciências e as ideologias apenas lhes fornecem o “alimento para o pensamento” (Moscovici, 2005, p. 45) e esse constitui, precisamente, o conteúdo dos *media*.
- 5 Neste contexto, comunicação pode ser descrita como transmissão ou troca de informação, o que implica a partilha de sentido entre os que estão envolvidos no processo, podendo dar a conhecer necessidades, trocar informação, ideias, atitudes e

crenças, criar entendimentos e estabelecer e manter relações. Esta evolução do acesso à informação e à comunicação, que tem marcado de forma muito intensa os últimos 30 anos, coloca os cidadãos perante novas formas de comunicar e canais de comunicação utilizados em função do acesso, do conhecimento e do interesse de cada um.

- 6 Estes aspetos da evolução da comunicação têm também vindo a ser considerados, por indispensáveis, no âmbito da comunicação em saúde pública. E, naturalmente, têm de ser particularmente levados em consideração se falarmos de comunicação de risco.
- 7 De uma forma geral, as teorias das ciências sociais e comportamentais procuram analisar e explicar como a mudança ocorre nos níveis individual, comunitário e social e algumas dessas teorias concentram-se nos principais passos que podem levar a mudanças comportamentais ou sociais, enquanto outras examinam os processos de comunicação e a dinâmica de grupo.
- 8 É possível afirmar, a partir não só da literatura, mas também da análise sistemática de campanhas de saúde pública (Noar, 2006), que existem evidências de que campanhas sobre saúde nos *media*, bem executadas, podem ter efeitos pequenos a moderados, não apenas em conhecimentos, crenças e atitudes sobre saúde, mas também nos comportamentos. Dado o amplo alcance dos *media*, uma campanha que tenha efeitos pequenos a moderados, na realidade, atinge milhares de pessoas e terá um impacto maior na saúde pública do que uma intervenção individual ou em grupo com um grande efeito, pois esta só atinge um pequeno número de pessoas (Noar, 2006). Neste contexto, os esforços de campanhas de saúde em grande escala podem ser bem-sucedidos, apesar do seu efeito moderado, ao alcançar um amplo impacto na saúde pública.
- 9 Além disso, a principal alteração introduzida pela mediação no contexto da saúde é o facto de se abandonar uma relação construída essencialmente a partir da interação paciente-profissional de saúde em detrimento de uma relação construída a partir de múltiplas interações, face a face e mediadas, com múltiplas tecnologias que facilitam o acesso a profissionais da área da saúde ou a conteúdos relacionados com saúde.
- 10 Aquilo a que assistimos nos últimos anos, no quadro da sociedade em rede e da profusão da mediação, é ao aparecimento de um contexto de autonomia que abarca todas as áreas de ação dos cidadãos (Espanha, 2009). Assim, de “pacientes informados” passámos a “cidadãos informados”. A saúde, tal como outras áreas do nosso dia a dia, deixou de ser imune ao contexto social da Era da Informação e da sociedade em rede. Podemos, então, afirmar que a construção desses projetos de autonomia dos cidadãos no campo da saúde, apoiados na possibilidade de encontrar e adquirir informação e conhecimento, mas também de interagir com outros cidadãos, especialistas ou não, e de produzir informação baseada na experiência neste contexto, através dos *media* e graças a estes, é uma das características da relação que os cidadãos (e não apenas enquanto pacientes/doentes) desenvolvem com a área da saúde na sociedade contemporânea.
- 11 Porém, a comunicação de risco em saúde pública tem características específicas que obrigam a contornar o potencial das campanhas, pois implicam uma comunicação rápida, incisiva, com efeitos imediatos, logo, uma forma de comunicar própria, com implicações no que toca à comunicação com intuítos de mudança comportamental, mas muitas vezes também de justificação de políticas de saúde pública.
- 12 Segundo a OMS, a comunicação de risco “é parte integrante de qualquer resposta a emergências e consiste na troca de informação, aconselhamento e pareceres em tempo real entre peritos, líderes comunitários ou oficiais e as pessoas que se encontram em

risco” (OMS, 2018, p. ix). A OMS acrescenta ainda, com muita atualidade, que, “durante as epidemias, pandemias, crises humanitárias e catástrofes naturais, uma comunicação eficaz dos riscos permite às pessoas que se encontram em maior perigo compreenderem e adotarem comportamentos de proteção. Permite às autoridades e aos peritos auscultarem as populações e responderem às suas preocupações e necessidades, para que o seu aconselhamento seja relevante, confiável e aceitável” (OMS, 2018, p. ix).

- 13 A pesquisa no campo da comunicação de risco baseia-se fortemente na psicologia social, cognitiva e económica e nas suas aplicações organizacionais e comunitárias (Glik, 2007). Segundo Glik (2007), a investigação nesta área sugere que as respostas das pessoas a acontecimentos que ameaçam a sua saúde e segurança evocam uma gama diversificada de respostas emocionais, cognitivas e comportamentais e as perceções de risco, definidas como a avaliação subjetiva do risco, aumentam quando, entre outros aspetos: “o risco é causado pelos próprios indivíduos; causa uma doença ou condição temida; é voluntário; é a fonte de desacordo entre os especialistas; (...) é difícil de entender; é difícil de detetar em relação à exposição; e está fora do controle dos indivíduos” (Glik, 2007, p. 35). Assim, as perceções de risco mais altas podem estimular comportamentos proativos, mas, como existe um aspeto emocional, elas podem criar resistência às ações recomendadas pelas chamadas “autoridades de saúde pública”. Quando as pessoas estão entediadas, mas também zangadas, com medo, revoltadas, sob grande pressão, envolvidas em conflitos, ou sentem muita preocupação, geralmente têm dificuldade em processar informações, o que é particularmente importante ter em conta quando recebem comunicação de risco, pois tal pode criar riscos para a saúde pública.
- 14 De acordo com Kickbusch e Sakellarides (2006), a promoção da saúde pode contribuir de forma essencial para a abordagem da 'nova saúde pública', necessária para lidar com uma ameaça global de pandemia nas sociedades modernas. Acrescentam ainda que “capacitar os cidadãos (...) para lidar com a ameaça – e, no pior dos casos, com a realidade – de uma pandemia global é de fato uma tarefa que exige engenho” (Kickbusch & Sakellarides, 2006, p.87). Ora, a realidade está aí e a promoção da saúde, neste caso apoiada na comunicação de risco em saúde, é uma necessidade objetiva para resultados efetivos em saúde pública e para o bem-estar dos cidadãos. Na mesma linha, os autores afirmam que seria necessário criar uma articulação “única e dinâmica entre três componentes: conhecimento, valores e inovação” (Kickbusch & Sakellarides, 2006, p. 85). Se queremos estar preparados para uma grande epidemia, precisamos de entender não apenas o vírus e como ele se espalha, mas também as cidades (e as vilas) e como elas funcionam, as organizações e como operam, as comunidades humanas e como elas se relacionam, os indivíduos e como cada um faz as suas escolhas. Daí a necessidade de um consenso crescente de que a resposta social, ou seja, atividades não médicas, constituirá as medidas mais importantes no controle da pandemia, pelo que o fator humano é crítico (Kickbusch & Sakellarides, 2006). Esta resposta social dependerá, em grande medida, da comunicação de risco em saúde pública e da forma como esta é realizada.

2. A Comunicação de Risco em Saúde Pública em Portugal – O caso da COVID-19

- 15 Zhang, Li e Chen (2020) defendem que comunicação de risco deve começar assim que um risco for identificado e deve continuar à medida que novas informações se tornarem disponíveis.

Para uma doença desconhecida, a comunicação deve evitar o uso de certas conclusões ou expressões quando as investigações clínicas e epidemiológicas estão em curso. Quando uma investigação atualizada estiver disponível, as informações deverão ser divulgadas imediatamente. Qualquer atraso provavelmente levará a consequências inesperadas (Zhanget al., 2020, p. 10).


- 16 Esta afirmação ganha a sua real dimensão quando, após confinamento e diversas fases de desconfinamento, os resultados em termos de mudança comportamental, especificamente no caso português, lançam muitas dúvidas sobre os caminhos seguidos em termos de comunicação de risco em saúde.
- 17 Para conter a disseminação da COVID-19, as autoridades de saúde, em Portugal, mas também um pouco por todo o mundo, tentaram melhorar o comportamento de autoproteção entre os cidadãos, começando primeiro por emitir avisos e recomendações sobre o novo vírus e, posteriormente, impondo restrições legais, em alguns casos envolvendo um 'bloqueio' completo. Essas medidas tiveram graus variados de sucesso (e de insucesso). Em Portugal, a resposta inicial aos avisos e recomendações, acompanhada pela implementação do “Estado de Emergência”¹, foi bastante positiva, tendo a população, de forma muito significativa, aderido aos apelos e ao confinamento voluntário. Foi quando se iniciou o processo de “desconfinamento” que a resposta da população aos avisos das autoridades de saúde foi muitas vezes fraca e ineficaz, desperdiçando-se oportunidades para efetivamente se conter a propagação da doença (tal foi, nesta fase, particularmente relevante na região de Lisboa e Vale do Tejo, com um aumento de casos progressivo, numa altura em que o resto do país parecia estar a controlar esse aumento² (ver tabela 1). 

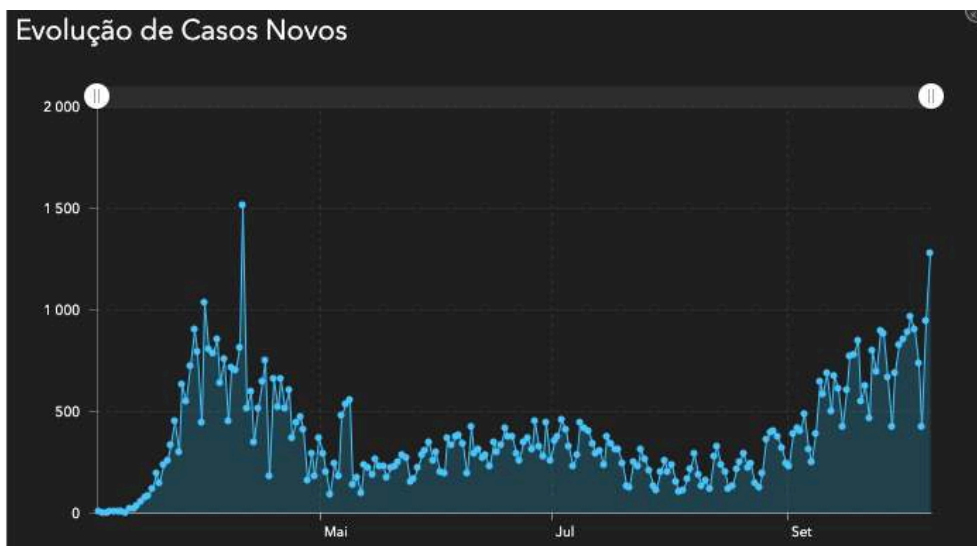
Tabela 1 - Casos de COVID-19 confirmados, por região, em Portugal (09/10/2020)

Casos por Região de Saúde	
41 707	ARS Lisboa e Vale do Tejo
30 111	ARS Norte
6 662	ARS Centro
1 892	ARS Algarve
1 604	ARS Alentejo
291	Açores
267	Madeira

Fonte: DGS (<https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao/>); consultado dia 09/10/2020

- 18 Apesar de a situação ter escalado para uma pandemia global, sem possibilidade de previsão de melhorias, um número significativo de pessoas não seguiu, e continua a não seguir, estritamente as recomendações. Essa falta de adesão é muitas vezes condenada e vista como irresponsável e egoísta; pode não ser o caso: essas acusações têm um carácter emocional e pouco racional.
- 19 Em Portugal, e em outubro, quando se fala da possibilidade de estarmos perante uma segunda vaga, ou fase, da doença, o gráfico que se apresenta é elucidativo (ver gráfico 1).
- 20 **Gráfico 1**

Casos de COVID-19 confirmados e a sua evolução desde março 2020, em Portugal (09/10/2020)



Fonte: DGS (<https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao/>); consultado dia 09/10/2020

- 21 Como vários autores nos alertam, nomeadamente Stephan Van den Broucke (2020), “(...) mudar o comportamento das pessoas simplesmente não é tão fácil como apenas informá-las dos riscos que correm” (p. 2). Mudar os comportamentos implica considerar os diversos aspetos fundamentais para uma comunicação de risco em saúde eficaz, que, na perspetiva de Curtis *et al.* (2020), são os seguintes:
1. Constituir uma *task-force* e nomear uma personalidade central nacional;
 2. Mobilizar recursos e envolver o setor privado;
 3. Definir exatamente quais os comportamentos que devem mudar e por quem;
 4. Rever sistematicamente o que é feito internacional, nacional e localmente;
 5. Rever o que se sabe sobre os motivadores desses comportamentos e preencher rapidamente lacunas no conhecimento;
 6. Produzir ações criativas e assertivas para a mudança;
 7. Desenvolver uma marca nacional unificadora;
 8. Desenvolver essas ações promocionais usando os canais mais relevantes para o público-alvo;
 9. Testar rapidamente e rever continuamente os conteúdos informativos;
 10. Monitorizar, avaliar e partilhar, continuamente, as ações e os resultados da avaliação.³
- 22 Prior (2020), num artigo dedicado precisamente à forma como Portugal reagiu à COVID-19 na comunicação de risco realizada pelas autoridades de saúde, afirma que, na

fase inicial, a comunicação pública de risco em Portugal foi bastante irregular e pouco tranquilizadora. Um dos exemplos que o autor utiliza é a declaração da Diretora-Geral de Saúde ao semanário Expresso, quando afirmou que, “(...) no pior dos casos, Portugal pode chegar a um milhão de infetados”⁴.

- 23 Posteriormente, a Diretora-Geral de Saúde (como representante e responsável das autoridades de Saúde em Portugal) fez várias declarações para combater o cenário mais pessimista, mas a comunicação pública da DGS, do Ministério da Saúde e do Governo em geral, na fase inicial, foi marcada por “comunicação excessiva” e: 1. errática; 2. incoerente; 3. pouco clara; 4. insuficiente no que importa; 5. demasiada no que não importa; 6. ao sabor das crises e fluxos de informação dos próprios meios de comunicação, nacionais e internacionais.⁵
- 24 Ou seja, as recomendações mais básicas do que deve ser uma comunicação de risco em saúde pública têm sido pouco aplicadas no caso português, e as consequências são visíveis na forma como, progressivamente, a população se revela mal orientada e confusa sobre a forma como deve seguir as indicações. Situações pouco claras, problemas de comunicação, (maus) exemplos de personalidades com responsabilidades políticas e governamentais, falta de transparência nas informações disponibilizadas têm contribuído para uma comunicação pouco eficaz na fase do desconfinamento.
- 25 De uma maneira geral, a comunicação que as autoridades de saúde em Portugal têm desenvolvido junto dos cidadãos é genérica e dispersa. A realização de conferências de imprensa diárias tornou-se, com o tempo, pouco eficaz, por vagas, erráticas e demasiado politicamente determinadas. Foram sendo distribuídas indicações, nomeadamente à comunicação social, sobre qual a informação a disponibilizar e como (ver Anexo 1), mas essa mesma informação chega à população de forma dispersa e não corresponde, frequentemente, à informação de que a população necessita para o seu quotidiano, nomeadamente em aspetos práticos do dia a dia.
- 26 Junta-se a estes fatores, necessariamente, a proliferação de despachos, decretos, normas, etc., quase diários, a regular os comportamentos dos cidadãos em diversas áreas, designadamente: nas praias, nos restaurantes, nas empresas, no comércio, na rua, nas obras de construção civil, enfim, uma infinidade de indicações que os cidadãos têm e terão muita dificuldade em acompanhar⁶. Porém, não é identificável uma estratégia clara e, tal como refere Prior (2020): “O desenvolvimento de uma estratégia nacional de comunicação de risco, que inclua um guia de comunicação política e operacional para crises, é essencial para promover a tomada de decisão informada, a mudança de comportamento e a manutenção da confiança nas autoridades públicas” (Prior, 2020, p. 11).

3. Literacia em Saúde e Comunicação de Risco

- 27 Em tempos de crise, as pessoas querem estar bem informadas, para que saibam quais as medidas preventivas individuais que devem ser tomadas e como podem lidar com as consequências (Van den Broucke, 2020). Essas medidas preventivas individuais devem também ser consistentes com a comunidade em que os indivíduos estão inseridos, ou seja, devem ser preventivas para cada um e para os outros, sendo assim medidas de saúde pública.

- 28 Como já referimos, tanto em Portugal, como no resto do mundo, em relação à COVID-19, há uma abundância de informações disponíveis, com *sites* oficiais e não oficiais a atualizarem continuamente as recomendações e instruções, e os *media* noticiosos a fazerem a cobertura praticamente em tempo real. Porém, não é claro que todas as informações sejam úteis nem que sejam disponibilizadas efetivamente todas as informações disponíveis a cada momento.
- 29 O excesso de informação disponibilizada pelos *media* (diariamente, em todos os meios de comunicação social, são dedicadas muitas horas a informar o público sobre números de todas as naturezas, reportagens em locais como residências de idosos e localidades onde se pensa existirem surtos, pequenas entrevistas a cidadãos, entrevistas em estúdio e na imprensa a muitos especialistas de várias áreas, etc.), ainda que bem-intencionado, pode criar confusão. Seria, assim, indispensável a coordenação das principais mensagens difundidas entre o setor da saúde, e respetivas autoridades, e os outros setores da sociedade para uma resposta efetiva em termos comportamentais à pandemia. Além disso, para que a informação e a comunicação possam ser realmente úteis para os cidadãos agirem de forma articulada e consciente e, simultaneamente, contribuam para o controlo e combate à pandemia, é necessário que sejam entendidas e aplicadas.
- 30 As pesquisas realizadas, também em Portugal, sobre Literacia em Saúde, mostraram que mais de um terço da população em todo o mundo tem dificuldades em encontrar, entender, avaliar e usar as informações necessárias para lidar com a sua saúde (Sørensen *et al.*, 2015).
- 31 No caso português, a pesquisa realizada por Espanha & Ávila, 2016, permite concluir que em 11% dos portugueses têm um nível de literacia inadequado e cerca de 38% um nível de literacia em saúde considerado problemático. 50% dos inquiridos, neste estudo, apresentam um nível de literacia “excelente” ou “suficiente”, sendo a percentagem no nível “excelente” 8,6%.⁷ Este dado é muito relevante para o caso da promoção da saúde, em que podemos incluir a comunicação e a informação no âmbito da comunicação de risco para a saúde pública. Acrescente-se ainda que, no mesmo estudo, e relativamente ao índice de literacia no âmbito da promoção da saúde, Portugal concentra 51,1% da população nos níveis com mais limitações (problemático e inadequado).
- 32 Dos dados deste projeto, resultou ainda claro que a literacia em saúde se encontra positivamente correlacionada com as práticas de literacia, sejam estas práticas de leitura de diversos materiais, sejam práticas de utilização de tecnologias da informação e comunicação. Confirma-se, assim, que a literacia em saúde não pode ser dissociada da literacia (entendida em termos mais abrangentes). Quanto ao acesso à informação sobre saúde, os resultados revelaram a preponderância do contacto direto com profissionais de saúde (médico ou farmacêutico) enquanto forma privilegiada de obtenção de informação sobre saúde. Predomina assim, de forma inequívoca, o contacto interpessoal, preferencialmente com especialistas, enquanto modo de obtenção de informação sobre saúde. Os amigos e familiares surgem também com algum destaque.
- 33 Seguem-se outros meios, como a TV e a leitura de folhetos ou bulas de medicamentos. O recurso a redes (por exemplo associações de doentes) é, em média, bastante menos frequente, assim como a leitura de artigos ou livros.
- 34 A pesquisa de informação através da internet surge como o meio que, em média, é usado com menor frequência, mas a internet constitui o meio para a procura de

informação que está mais relacionado quer com a idade, quer com a escolaridade. Além disso, à medida que aumenta o nível de literacia em saúde, aumenta a intensidade de utilização de todos os meios, incluindo o contacto com profissionais de saúde. Ou seja, o nível de literacia em saúde parece estar associado a uma maior utilização de todos os meios para a procura de informação sobre saúde (Espanha & Ávila, 2016).

- 35 É importante realçar que estes dados nos remetem para a necessidade de refletir sobre a possibilidade de grande parte dos indivíduos, incluindo aqueles que, no estudo referido, foram classificados como tendo elevados níveis de literacia em saúde, ter, afinal, uma baixa perceção da complexidade envolvida nos processos de análise e descodificação da informação sobre saúde que circula nas sociedades atuais, em múltiplos suportes e produzida por diversas fontes.
- 36 Temos, assim, dois aspetos a considerar: baixos e inadequados níveis de literacia em saúde numa parte significativa da população portuguesa e, nos casos em que esses níveis são mais elevados, uma baixa perceção da complexidade da informação sobre saúde que é difundida. As autoridades de saúde devem levar isso em consideração ao informarem o público sobre a COVID-19 e adaptar as informações aos níveis de literacia dos cidadãos com quem comunicam. Isso significa que a resposta à pandemia deve ser equacionada considerando as desigualdades das sociedades em causa (Van den Broucke, 2020), com atenção particular para aqueles que são os mais vulneráveis em pandemias, como idosos, migrantes ou pessoas com deficiência, mas também com níveis de literacia mais baixos. Sentell, Vamos e Okan (2020) apresentam um conjunto de recomendações a considerar em termos de literacia em saúde quando se comunica sobre a COVID-19, nomeadamente, fornecer informações de maneira compreensível, reconhecendo que pessoas e grupos com baixa literacia em saúde podem precisar de mais explicações e de diferentes formatos e estilos de comunicação, como vídeos em animação que explicam o vírus, a doença, a sua transmissão e as medidas de proteção.
- 37 Os mesmos autores (Sentell *et al.*, 2020) recomendam ainda que se explique a situação de forma transparente e se esclareça os objetivos primordiais repetidamente, para preparar as pessoas para o facto de que intervenções e recomendações podem mudar quando novas evidências chegarem e que, por isso, ações e cenários podem ter de vir a ser adaptados, comunicando-se novas evidências e informações, sem medo de corrigir mensagens e declarações anteriores. Outro aspeto primordial é evitar o discurso culpabilizador, mas fortalecer a responsabilidade bem informada do indivíduo, mostrando, simultaneamente, solidariedade com grupos populacionais mais vulneráveis.
- 38 É fundamental reconhecer que a comunicação em saúde representa um processo cognitivo ativo. E, nesse sentido, quando se processa informação faz-se uma seleção ativa não só das fontes, mas da própria informação, com base no contexto, nas emoções e na atenção seletiva, o que leva a que muitas vezes se dê mais atenção à informação negativa, em conformidade com os níveis de preocupação com um determinado assunto (Van den Broucke, 2020).
- 39 Como as informações sobre a COVID-19 também são difundidas pelas redes sociais, há um risco adicional de que se tenha acesso a informações falsas e de que as mesmas sejam consideradas verdadeiras. Assim, também neste contexto a questão da literacia, em termos globais, e a literacia em saúde e digital é fundamental para que se possa limitar a disseminação de informações tendenciosas, falsas ou enganosas, por exemplo, incentivando as pessoas a verificar a precisão e a credibilidade das informações, a

verificar a fonte das informações – de onde elas vêm, quem está por trás da informação, qual é a intenção, porque foi partilhada, quando foi publicada (Paakkari & Okan, 2020).

Conclusão

- 40 A comunicação de risco em saúde combina a exigência com os princípios básicos da comunicação em saúde e com as exigências das autoridades em saúde pública para transformar o conhecimento médico, epidemiológico, comportamental e estatístico em mensagens e conceitos que o público possa entender, mesmo perante grandes dificuldades ou tensões políticas e sociais. Como enfrentamos coletivamente desastres em potência, como pandemias, acidentes industriais, bioterrorismo, tempestades intensas, incêndios de grandes dimensões ou outras sérias ameaças à saúde, comunicar-se adequadamente com os *media* e com o público (através dos *media* ou não) pode ser a melhor maneira de fazer chegar as mensagens de forma efetiva e eficaz (Glik, 2007).
- 41 Podemos então afirmar que a promoção em saúde pode contribuir de várias formas para enfrentar a crise sanitária provocada pela COVID-19, e, em particular, com o seu impacto social e para lidar com ambos. Mas podemos também afirmar que essa ação de promoção em saúde tem, necessariamente, de considerar os aspetos que se relacionam com os níveis de literacia em saúde das populações em causa, como é o caso português, onde existem grupos particularmente vulneráveis, para quem deve ser desenvolvida comunicação específica.
- 42 Van den Broucke (2020) salienta ainda que esta crise, provocada pela COVID-19, chamou a atenção de todos os agentes envolvidos, e das populações em geral, para o facto de que a saúde humana não é um problema isolado, mas que deve ser reconhecido como um problema ambiental e ecossistémico, ligado ao desenvolvimento global e sustentável. Deve-se, assim, reconhecer que a promoção da saúde não pode esperar até que uma crise aconteça, mas deve estar sempre preparada para responder rapidamente. Para lidar efetivamente com uma epidemia, devemos não apenas entender os vírus e outros agentes patogénicos e como eles se espalham, mas também as maneiras como as pessoas tomam decisões, as organizações funcionam e as comunidades se relacionam em reação a essas crises pandémicas (Kickbusch & Sakellarides, 2006). Os investigadores em comunicação e saúde devem aprender com situações de crise, analisar as reações e documentar estas aprendizagens.
- 43 Do mesmo modo que as crises financeiras ou provocadas por atentados terroristas, a crise desencadeada pela pandemia da COVID-19 obriga-nos a aceitar a incerteza e a aprender a conviver com ela. A investigação em comunicação de risco em saúde tem um longo percurso a realizar, mas também um grande contributo a dar, para fazer face à crise atual e às crises futuras.

BIBLIOGRAFIA

- Curtis, V., Dreibelbis, R., Sidibe, M., Cardosi, J., Sara, J., Bonell, C., ... Aunger, R. (2020). How to set up government-led national hygiene communication campaigns to combat COVID-19: a strategic blueprint. *Preprints*.
- Espanha, R. (2009). *Saúde e comunicação numa sociedade em rede*. Lisboa: Monitor.
- Espanha, R. & Ávila, P. (2016). Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2016.09.277>
- Glik, D. C. (2007). Risk communication for public health emergencies. *The Annual Review of Public Health*, 28, 33–54. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.02>
- Kickbusch, I., & Sakellarides, C. (2006). Flu City - Smart City: Applying health promotion principles to a pandemic threat. *Health Promotion International*, 21(2), 85–87. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal014>
- Moscovici, S. (2005). *Memória, imaginário e representações sociais*, Rio de Janeiro: Museu da República.
- Noar, S. M. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 11(1), 21–42. <https://doi.org/10.1080/10810730500461059>
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: Health literacy is an underestimated problem. *The Lancet. Public Health*, 5(5), e249–e250. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4)
- OMS (2018). *Comunicação de riscos em emergências de saúde pública - Um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Prior, H. (2020). Comunicación pública de riesgo en tiempos de pandemia: Las respuestas de Portugal a la COVID-19. *Más Poder Local*, 41, 6-11.
- Sentell, T., Vamos, S., & Okan, O. (2020). Interdisciplinary perspectives on health literacy research around the world: More important than ever in a time of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3010. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093010>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa (Editorial). *Health Promotion International*, 35(2), 181–186. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>.
- Zhang, L., Li, H., & Chen, K. (2020). Effective risk communication for public health emergency: Reflection on the COVID-19 (2019-nCoV) outbreak in Wuhan, China. *Healthcare*, 8(1), 64. doi: [10.3390/healthcare8010064](https://doi.org/10.3390/healthcare8010064)

ANEXOS

Image 100F81D000051D9000073E00BD3836F5AB79511.emf



RECOMENDAÇÕES PARA MEDIA

Recomendações específicas a transmitir:

- Promover o recurso a fontes de informação de **INSTITUIÇÕES OFICIAIS** como DGS, OMS, SNS, IRLB com factos que combatam as informações enviesadas ou contraditórias;
- Comunicar que o **SUS24** é a porta de entrada para o cidadão esclarecer dúvidas e ter informação;
- "Importância dos cidadãos serem Agentes Ativos de Saúde Pública"** (i.e. as medidas mais eficazes para controlar uma pandemia, estão no que pode ser feito pelas pessoas);
- "Ao criar um escudo protetor à nossa volta, protegemo-nos e aos outros"** (i.e. os comportamentos de proteção e o distanciamento social criam uma barreira que reduz a possibilidade de contaminarmos e de sermos contaminados);
- "O COVID-19 não é uma "simples" gripe: parecidos nos sintomas, diferentes na gravidade"** (i.e. a frequente associação entre o COVID-19 e gripe feita por especialistas e cidadãos pode induzir subestimação do risco e reduzir motivação para adotar comportamentos protetores);
- "O vírus é o único culpado do contágio"** (i.e. os doentes de COVID-19 são vítimas de contágio, não os culpados pelo contágio e precisam de ser apoiados e suportados);
- "O vírus não tem idade"** (i.e. apesar da maior taxa de mortalidade ser em idosos ou pessoas com doenças crónicas, os jovens podem ser transmissores da doença e afetar outros);
- "O vírus não tem nacionalidade"** (i.e. não afeta apenas cidadãos de certos países);
- "Ter medo do medo"** (i.e. é normal sentir medo numa situação de pandemia, quando a sensação de medo não é demasiado elevada tem a função de nos manter alerta, vigilantes e de nos motivar para nos protegermos);
- "O pânico, é raro"** (i.e. durante uma pandemia, os comportamentos "irracionais" e pânico são raros, importa comunicar que os comportamentos de proteção são bastante eficazes e tentar diminuir o pânico da população);
- "Novo dia, medidas reforçadas"** (i.e. todos os dias, profissionais de todo o país, trabalham para a proteção dos cidadãos);

Recomendações gerais

- Promover a **lavagem das mãos** à entrada e à saída do estabelecimento de trabalho, antes e depois das refeições, depois de atividades de grupo (como reuniões) e de idas à casa de banho;
- Promover **medidas de etiqueta respiratória** - ao espirrar ou tossir devem tapar o nariz e a boca com o braço ou com um lenço de papel que deverá ser colocado imediatamente no lixo;
- Evitar** tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos;
- Evitar** partilhar comida, ou objetos pessoais (copos, telemóveis...);
- As pessoas que manifestam **sintomas de infeção** respiratória (tosse, febre ou dificuldade em respirar) não devem trabalhar;
- Caso sejam identificados sintomas nas pessoas institucionalizadas como febre, tosse ou dificuldade respiratória, **ligar para SUS24** - 808 24 24 24 e seguir as recomendações.

NOTAS

1. Em Portugal, a implementação do Estado de Emergência significa que ficam suspensos alguns direitos, com a exclusiva finalidade de adotar as medidas necessárias para a proteção da saúde pública, neste caso, no contexto da pandemia de COVID-19. Trata-se de um regime excecional, previsto na Constituição (<https://covid19estamoson.gov.pt/estado-de-emergencia-nacional/o-que-e/>)
2. https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/07/133_DGS_boletim_20200713.pdf
3. Dez etapas no desenvolvimento de uma estratégia nacional de comunicação para a prevenção da COVID-19 – adaptadas a partir de Curtis *et al.* (2020).
4. <https://executivedigest.sapo.pt/graca-freitas-admite-1-milhao-de-infetados-em-portugal/>.
5. <https://observador.pt/opinio/a-comunicacao-de-risco-em-saude-publica-portugal-pode-ser-o-manual-das-mas-praticas/>.
6. <https://covid19.min-saude.pt/materiais-de-divulgacao/>.
7. A partir da metodologia proposta pelo HLS-EU, foram construídos índices de Literacia (Índice Geral; Cuidados de Saúde; Prevenção da Doença; Promoção da Saúde) que em função de uma análise por níveis de performance permitiram posicionar os indivíduos nos níveis de literacia em saúde “excelente”, suficiente, “problemático” e “inadequado”.

RESUMOS

A comunicação de risco em saúde tem vindo a ser um campo de estudo, mas também de prática, fundamental na área da comunicação em saúde pública. Este artigo faz uma abordagem crítica, ainda que não sistemática, da comunicação de risco em saúde pública e da sua aplicação no caso português, nomeadamente pelas autoridades de saúde pública, durante os primeiros quatro meses da pandemia de COVID-19. Simultaneamente, aborda-se a importância dos níveis de literacia da população portuguesa para a compreensão, adoção e utilização da informação disponibilizada na eficácia da comunicação de risco em saúde pública.

Health risk communication has been a field of study, but also of practice, fundamental in the field of public health communication. This article takes a critical, albeit non-systematic, approach to public health risk communication and its application in the Portuguese case, namely by public health authorities, during the first four months of the COVID-19 pandemic. Simultaneously, the importance of literacy levels of the Portuguese population for the understanding, the adoption and the use of the information provided in the effectiveness of risk communication in public health is addressed.

ÍNDICE

Keywords: health literacy, risk communication, public health communication, COVID-19 information

Palavras-chave: literacia em saúde, comunicação de risco, comunicação em saúde pública, informação sobre COVID-19

AUTOR

RITA ESPANHA*

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

rita.espanha@iscte-iul.pt