

Departamento de Sociologia

**Comunicação oficial sobre a Gripe A em Portugal:
Uma análise dos comunicados de imprensa difundidos pelas autoridades
de saúde no ano de 2009**

João Paulo da Silva Costa Limão

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação

Orientador:
Doutor José Jorge Barreiros, Professor Auxiliar,
ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2012

Agradecimentos

São devidos agradecimentos a todos os que, de alguma forma, apoiaram e contribuíram para a realização deste trabalho. Em primeiro lugar, o meu orientador, Professor Doutor José Jorge Barreiros, pelos conselhos e orientação, que permitiram percorrer os trajetos de investigação mais acertados e direcionar adequadamente este projeto para o seu termo. À minha família e amigos, pela presença e apoio constantes e pela compreensão e paciência. Ainda uma palavra especial para o Pedro Alcântara da Silva e Sofia Lai Amândio, pelas generosas leituras e comentários e pela profícua partilha de ideias, e para a Fátima Limão, pelo apoio na revisão de dados.

Resumo

A comunicação de risco e a comunicação de crise desenvolveram padrões de discurso, aplicáveis em situações de ameaça ou ocorrência que ponham em causa a segurança, ambiente ou saúde, com o intuito de alterar comportamentos e reduzir ou evitar os danos. Foi o que se verificou durante a recente pandemia de gripe A, no ano de 2009, quando o discurso oficial difundiu mensagens de diagnóstico, caracterização da doença, tranquilização, garantia de respostas institucionais, auto-eficácia e comunicação. Esta investigação procurou apreender os conteúdos e ritmos das mensagens veiculadas pela comunicação oficial, nos comunicados para a imprensa, e observar a aplicação da teorias de comunicação de crise e risco, através de uma análise de conteúdo.

Palavras-chave: Discurso oficial; Comunicação de risco; Comunicação de crise; Gripe A

Abstract

Risk communication and crisis communication have developed discourse patterns for situations of threat and for incidents, that threaten the security, environment and health, in order to change behavior and reduce or avoid damage. That's what happened during the Influenza A pandemic, in 2009, when the official discourse broadcast messages of diagnosis, characterization of the disease, tranquilization, reassurance of institutional responses, self-efficacy and communication. This study tried to understand the content and rhythms of the official messages in press releases, observing the use of risk and crisis communication theories, using content analysis.

Keywords: Official discourse; Risk communication; Crisis Communication; Influenza A

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. EMERGÊNCIA DA GRIPE A – SÍNTESE CRONOLÓGICA.....	3
2. COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÕES DE CRISE E RISCO.....	4
2.1. Comunicação de risco.....	5
2.2. Comunicação de crise.....	5
2.3. Comunicação de crise e risco de emergência.....	6
2.4 Boas práticas de comunicação de risco e crise.....	7
2.4.1. Perceção de risco e auto-eficácia	8
3. ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO.....	9
3.1. Relação com media	9
3.2. Comunicados de imprensa.....	10
4. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	11
5. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA E PERCURSO DE PESQUISA.....	12
6. A GRIPE A NA COMUNICAÇÃO OFICIAL EM PORTUGAL.....	13
6.1. Intensidade de informação – número de comunicados difundidos.....	14
6.1.1. Volume de texto – número de palavras e caracteres.....	16
6.2. Entidade emissora.....	18
6.3. Análise temática.....	19
6.3.1. Diagnóstico de casos.....	20
6.3.2. Auto-eficácia (recomendação de práticas comportamentais).....	21
6.3.3. Garantias de atuação institucional face à ameaça de pandemia	23
6.3.4. Caracterização da gripe A (H1N1).....	24
6.3.5. Tranquilização face à ameaça pandémica.....	25
6.3.6. Comunicação.....	26
6.3.7. Tema dominante.....	28
6.4. Auto-referência na escrita de comunicados.....	29
6.5. Designação da doença.....	30
6.6. Inteligibilidade do discurso.....	31
6.7. Linhas de comunicação para diálogo com o público.....	31
6.8. Localização e origem dos casos confirmados.....	32

7. ANÁLISE DIACRÓNICA.....	33
CONCLUSÃO.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	43

Índice de Quadros

Quadro nº6.1: Comunicados emitidos.....	15
Quadro nº6.2: Palavras e caracteres.....	17
Quadro nº6.3: Entidade emissora.....	18
Quadro nº6.4: Presença de temas identificados.....	19
Quadro nº6.5: Diagnóstico.....	21
Quadro nº6.6: Auto-eficácia (Recomendações comportamentais).....	22
Quadro nº6.7: Respostas institucionais.....	23
Quadro nº6.8: Caracterização da doença.....	25
Quadro nº6.9: Discurso de tranquilização.....	26
Quadro nº6.10: Comunicação.....	27
Quadro nº6.11: Tema dominante (1º parágrafo).....	28

Índice de Figuras

Figura nº6.1: Evolução mensal do número de comunicados.....	15
Figura nº6.2: Evolução mensal do número de comunicados difundidos e de casos confirmados de Gripe A.....	17
Figura nº6.3: Progressão mensal comparada do número de comunicados e número total de palavras.....	17
Figura nº6.4: Evolução mensal do número de comunicados por entidade.....	18
Figura nº6.5: Progressão mensal da comunicação, por temas.....	20
Figura nº6.6: Progressão mensal da comunicação, por tema dominante.....	29
Figura nº6.7: Percentagem da presença de linhas de comunicação para o público.....	32
Figura nº7.1: Cronologia de casos e alertas.....	33
Figura nº7.2: Evolução de temas por fase, em percentagem.....	34

INTRODUÇÃO

Para Luhmann, “[a] comunicação é improvável” (1992: 42). Segundo o mesmo autor, é também improvável que alguém compreenda o que o outro quer dizer, é improvável aceder aos recetores e é improvável obter o resultado desejado. É sob a condição destas improbabilidades que se inscreve a necessidade de comunicar. A mesma condição em que se inscrevem as comunicações para a saúde, de risco ou de crise.

Numa sociedade que vive sob o paradigma do risco (Beck, 1992, Luhmann, 1993), os indivíduos são levados a agir de acordo com a premissa de que vivemos num mundo em que os riscos são cada vez mais. Sob a constante ameaça do futuro, deve atuar-se de forma a evitá-los e controlá-los. Atitude manifesta na politização do medo e na regulação do risco. Reivindica-se mais controlo e intervenção das autoridades, numa dinâmica de securitização da saúde pública, que combina a regulação e vigilância, dos indivíduos e do corpo social, para garantir a segurança das comunidades (Petersen e Lupton, 1996; Davis *et al.*, 2011). Esta exigida segurança reclama informação essencial para o estatuto de cidadania (Wolton, 1993) e o público exige tudo saber, à imagem do princípio “panóptico” de Bentham (Rodrigues, 2001). Por isso, não partilhar informação ou não responder aos jornalistas é olhado com desconfiança (Aubemas e Benasayag, 2002).

Por outro lado, os *media*, sob os valores-notícia, que transformam ocorrências em acontecimentos, escrutinam os acontecimentos de natureza especial, dignos de registo discursivo, e transformam-nos em notícias (Rodrigues, 2001; Rebelo, 2003). Na área da saúde, estas têm vindo, progressivamente, a conquistar um maior espaço nos órgãos de comunicação social (Miller *et al.* 1998; Nery, 2004; Silva, 2011). Mas a difusão de informação sensacionalista, escassamente fundamentada ou mesmo errada, pode contribuir para gerar desconfiança e potenciar outros problemas de saúde pública (Gwin, 2002; Mebane *et al.*, 2003).

A investigação tem-se debruçado demoradamente sobre o jornalismo, as condições do seu exercício e produção e sobre o discurso das notícias (Gans, 1980; Fowler, 1991; Traquina, 1993; Correia, 1997; McNair, 1998; Traquina, 2000; Rebelo, 2003; Traquina, 2007; Fidalgo, 2008; Wolf, 2009), a organização e estratégias de fontes oficiais e profissionais de comunicação também têm gerado inúmeros estudos (Negrine, 1996; Cockerel, 2000; Davis, 2000a; Gaber, 2000; Bennett, 2001; Gonçalves, 2006; Foster, 2010) e as relações entre jornalistas e fontes têm ainda sido objeto de análise (Davis, 2000b; Santos, 2006; Ribeiro, 2009). Mas menor atenção tem sido dedicada à produção de discurso das fontes oficiais de informação. Sabendo-se da relevância destas fontes para a construção do discurso jornalístico, um conhecimento mais detalhado acerca da comunicação oficial é fundamental para se compreender a apropriação que é feita pelos meios de comunicação social, mas também para se

perceber a adequação das mensagens emitidas.

Assim, a comunicação oficial sobre a gripe A em Portugal, no ano de 2009, revela-se uma interessante oportunidade para, através de um estudo de caso (Lima, 2000), confirmar a adequação das teorias de comunicação de risco e crise ao desempenho prático dos profissionais de comunicação e compreender se estes estão, efetivamente, a apropriar-se dos desenvolvimentos teóricos ou se existe uma desvinculação entre teoria e prática (Avery e Kim, 2009; Kim *et al.*, 2009).

Este estudo permitirá identificar os temas e modelos de discurso utilizados, mas também compreender a evolução do processo, em termos práticos e em comparação com os enunciados teóricos. A ação analisada desenrola-se ao longo de oito meses e uma semana. Como estudo de caso, possui características de durabilidade invulgares numa situação de crise, que permitem estudar o comportamento de fontes oficiais e dos *media*, numa perspetiva diacrónica, de modo a identificar eventuais variações estratégicas e estabelecer correlação com acontecimentos exógenos como a evolução da doença, comportamentos sociais e influências supranacionais e políticas, que podem oferecer pistas para descortinar a razão dessas mudanças na comunicação.

No caso em análise, acresce dizer que as situações de risco e crise implicam grande pressão, que pode redundar em comportamentos de pânico ou desconfiança, com repercussões ao nível dos riscos e danos para a saúde pública e sociedade. Trata-se de uma situação de escala global, gerida localmente mas condicionada pela atuação e diretrizes de entidades supranacionais, num registo de múltiplas vozes oficiais. Acresce a estes condicionamentos o desconhecimento e a evolução imprevisível da própria doença, em relação à qual se dispunha de informação escassa.

Para o desenvolvimento deste estudo, optámos por analisar os comunicados de imprensa emitidos pelo Ministério da Saúde e Direção Geral de Saúde, no ano de 2009, pela possibilidade de acesso a um corpo de informação sólido, coerente, acessível e quantificável, completamente distinto de outras dinâmicas de comunicação mais voláteis e menos acessíveis, e temporalmente menos prolongadas e contínuas.

1. EMERGÊNCIA DA GRIPE A – SÍNTESE CRONOLÓGICA

Em anos recentes, o mundo foi exposto a uma série de ameaças à saúde pública. A Síndrome Respiratória Aguda Severa, a gripe das aves, os ataques de antraz, nos Estados Unidos da América (EUA), ou os surtos de Febre do Nilo Ocidental (Vírus do Oeste do Nilo), deixaram de sobreaviso especialistas, populações, governos e entidades supranacionais.

Face a estes episódios, foi com natural preocupação que se assistiu ao aparecimento de um novo vírus de origem animal, mutante, e transmitido entre humanos, contendo ADN típico de vírus aviários, suínos e humanos (Christman *et al.*, 2011). Em 24 de abril de 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) difundiu informação relativa a sete casos confirmados de gripe suína A/H1N1, reportados pelo Governo dos EUA, e sobre três eventos distintos assinalados pelo Governo mexicano, que incluíam um acumulado de 878 casos de pneumonia no distrito do México e na região central, dos quais tinham resultado 62 mortes, e quatro casos na zona de fronteira com os EUA. A organização confirmou ainda que 18 dos casos mexicanos seriam gripe suína A/H1N1, enquanto que 12 se revelavam geneticamente idênticos ao vírus encontrado na Califórnia. A associação de casos humanos a um vírus da gripe animal, a disseminação geográfica em diferentes comunidades e o padrão de idades incomum eram motivo de preocupação¹. Nesse mesmo dia, a OMS ativou o Strategic Health Operations Centre e, um dia depois, a 25 de abril, declarou a epidemia como um caso de “emergência para a saúde pública internacional”².

A 27 de abril, a organização elevou o nível de alerta pandémico para 4, de acordo com o “WHO global influenza preparedness plan” (WHO, 2005a; 2005b; 2005c), significando que se verificava a transmissão de pessoa para pessoa, com risco de surtos localizados. Apenas dois dias depois, a 29 de abril, verificou-se um aumento para o nível de alerta 5, que significa a transmissão da doença entre pessoas em pelo menos dois países, com um risco de pandemia iminente³. Mais tarde, a 11 de junho, o alerta foi elevado para o nível 6, correspondente ao máximo da escala, e é decretada pandemia pela primeira vez na história. Nesta fase, a doença estava disseminada em 74 países, registando-se 28.774 casos de gripe A e 144 mortes⁴.

No final de 2009, ano abordado neste estudo, a OMS confirmava que mais de 208 países haviam reportado casos confirmados em laboratório, incluindo-se 12.220 mortes⁵. Somente a 10 de agosto

1 WHO, “Influenza-like illness in the United States and Mexico”

(http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html)

2 WHO, Declaração da Diretora-geral, Dra. M. Chan, a 25 de abril

(http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090425/en/index.html)

3 WHO, “Influenza A(H1N1) – uodate 5” (http://www.who.int/csr/don/2009_04_29/en/index.html)

4 WHO, “Influenza A(H1N1) – uodate 46” (http://www.who.int/csr/don/2009_06_10a/en/index.html)

5 WHO, “Pandemic (H1N1) 2009 – update 81” (http://www.who.int/csr/don/2009_12_30/en/index.html).

de 2010, a diretora-geral da OMS anunciou a passagem à “fase pós-pandémica”, que decretou o fim da pandemia de gripe A.

A gripe A irrompeu bruscamente no quotidiano e rapidamente escalou entre a novidade exótica e a ameaça de pânico. Era desconhecido o grau de virulência, não existia vacina e as previsões de dispor de uma não previam essa solução para menos de seis meses. Um longo período de incerteza para o mundo. A dimensão global implicava a coordenação da OMS e a observância de diretivas e regulamentações desta entidade (Carapinheiro, 2006; WHO, 2008), que se enquadram numa lógica de securitização da saúde pública (Petersen e Lupton, 1996; Davis *et al.*, 2011).

Em Portugal registavam-se algumas especificidades, não tanto no contexto da saúde mas no quadro político. O ano de 2009 estava marcado pela realização de três atos eleitorais (europeias, legislativas e autárquicas) que motivavam um cuidado extra na gestão deste processo, obrigando Governo, serviços de saúde e diversas forças partidárias a precauções na abordagem ao tema. A este cenário acresce a relevância do papel da comunicação social. Para a maioria dos indivíduos a crise é vivenciada de forma mediada, pois apenas uma pequena minoria é vítima, por ação direta ou através das suas redes interpessoais. Deste modo, as perceções resultam da projeção dos *media*. Em Portugal, a gripe não demorou a fazer manchetes na imprensa. O tema foi primeira página no Público e Correio da Manhã, ininterruptamente, até ao final de abril e nos primeiros sete dias de maio⁶. Esta atração, natural em função do valor-notícia (Hall, 1993; Correia, 1997; Traquina, 2007) multiplica a possibilidade de difusão de informação mal fundamentada ou mesmo errada, que podem contribuir para o agravamento do risco (Mebane *et al.*, 2003). Múltiplos fatores, características e constrangimentos de uma situação que exige uma comunicação eficiente e profissional, num processo que se pretende eficaz na transmissão de informação, e no envolvimento e alerta, sem gerar pânico nem complacência.

2. COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÕES DE CRISE E RISCO

A literatura de investigação distingue, habitualmente, entre as diferentes abordagens de comunicação em situações de risco (Covello *et al.*, 2001; Witte *et al.*, 2001; Lundgren e MacMakin, 2004) e a comunicação em situação de crise (Coombs e Holladay, 1996; Seeger, 2002; Caetano *et al.*, 2006; Mendes e Pereira, 2006; Regester e Larkin, 2008), mais direcionada para contextos organizacionais. No entanto, ambas as abordagens partilham pontos comuns, que levam à proposta

⁶ Observação resultante da análise dos títulos de todas as primeiras páginas e notícias publicadas em três jornais (Público, Correio da Manhã e Expresso), entre 25 de abril e 30 de setembro, que foi realizada como complemento a este trabalho.

de uma comunicação integrada de risco e crise.

2.1. Comunicação de risco

A comunicação em situação de risco corresponde a um processo de troca de informação e opinião entre indivíduos, grupos e instituições, envolvendo múltiplas mensagens a propósito da natureza de um risco e das preocupações, opiniões e reações às mensagens de risco e aos processos para a sua gestão (US Department HSS, 2002). Inicia-se perante um eventual perigo para a segurança, ambiente ou saúde pública, por ação de uma organização responsável pela gestão do risco, através da prevenção ou mitigação dos danos (Lundgren e MacMakin, 2004). Após a deteção e avaliação de uma ameaça, atua na tentativa de persuadir o público a adotar comportamentos adequados à redução desse mesmo risco, pois assenta no princípio de que a comunidade tem o direito de conhecer os riscos a que está exposta, de modo a poder tomar decisões conscientes (Reynolds e Seeger, 2005).

Witte *et al.* (2001) salientam que a comunicação de risco deve incluir auto-eficácia, que deve ser acionada através da indução de comportamentos. Por isso, implica longos períodos de atuação, de modo a promover alterações de comportamento naturalmente lentas. Este processo implica também uma racionalização da ameaça, que muitas vezes não é perceptível. Daí o recurso a especialistas que providenciem credibilidade às mensagens, de modo a sustentar a argumentação. Facto que tem contribuído para que a comunicação de risco seja progressivamente assumida enquanto rotina de disponibilização dos novos saberes científicos, face à crescente exigência de informação por parte do público (Reynolds e Seeger, 2005).

Esta sustentação em informação técnica e científica sobre uma ameaça, deve ser incorporada em discursos simplificados, com mensagens claras, com apelo à razão e emoção, oferecendo soluções para os problemas, mas sendo também direcionadas para as necessidades e valores dos indivíduos (Glik, 2007). Witte *et al.* (2001) observam ainda que estas mensagens estão, muitas vezes, sustentadas em investigação sobre o medo como dispositivo persuasivo, com a apresentação de uma ameaça e a descrição de um comportamento que a pode reduzir.

2.2. Comunicação de crise

A comunicação em situação de crise está desenhada para reduzir e conter os danos, providenciar informação específica para os interessados (*stakeholders*), iniciar e promover a recuperação, gerir a imagem e as perceções de culpa e responsabilidade, repor a legitimidade, gerar suporte e assistência, explicar e justificar ações, desculpar, e promover a reparação, aprendizagem e mudança (Coombs, 1999; Mendes e Pereira, 2006).

Estas situações podem decorrer de acidentes, transgressões, passo em falso, terrorismo, rumores, desastres naturais, malevolência, consoante as classificações (Coombs e Holladay, 1996; Mendes e Pereira, 2006). A comunicação de crise resulta da necessidade de defender e explicar a posição da organização, em função da ameaça e incerteza. Muitas vezes, é necessário explicar o que correu mal, porquê e o que está a ser feito para remediar a situação. Mas também deve ser partilhada informação instrutiva para os interessados, que inclua avisos e medidas e comportamentos a ser seguidos (Coombs, 1999; 2004).

A comunicação em situação de crise é direcionada para um evento específico, que deve ser explicado, quanto à evolução e resultados, assentando na difusão dos elementos conhecidos acerca do evento. Na maioria das vezes, mais do que uma comunicação persuasiva é sobretudo providenciadora de informação. Esta resposta às necessidades imediatas de informação por parte do público, faz com que a comunicação de crise seja mais espontânea e menos controlada, o que se traduz numa menor polidez, patente nos formatos que utiliza, como as conferências de imprensa e anúncios públicos.

Diferentes tipos de crises obrigam a diferentes exigências de comunicação. É fundamental perceber a dimensão e efetividade de uma crise, usando mecanismos de análise, de forma a distinguir a ameaça e definir os modelos de atuação (Coombs, 2002; Mehta e Xavier, 2012). Situações de desastre natural, emergências para a saúde pública, terremotos, inundações, furacões, passaram a incluir componentes de comunicação de risco, através da disseminação de informação acerca de evacuações, mensagens de auto-eficácia, informação relativa a sintomas e tratamento médico, redução de danos e informação acerca de perigos (Reynolds e Seeger, 2005).

2.3. Comunicação de crise e risco de emergência

Comunicação de risco e comunicação de crise partilham várias características fundamentais. Ambas envolvem o desenho de mensagens que visam despertar respostas do público, assentam na credibilidade como imperativo, e partilham propósitos de contribuir para a limitação, contenção, mitigação e redução de danos.

A possibilidade de incluir elementos da comunicação de risco na comunicação de crise, como a antecipação, envolvimento do público, confiança ou tolerância aos *media*, começou a ser equacionada, em virtude das vantagens que apresentava (Williams e Olaniran, 1998). Assim, Reynolds e Seeger (2005) propõem uma comunicação de crise e risco de emergência (CCRE), cujo perfil é mais abrangente do que os tradicionais modelos de comunicação de crise e comunicação de risco. Esta forma de comunicação combinada assenta nas características de desenvolvimento da

crise, respeitando as exigências do público em ser informado. Segundo os autores, a CCRE corresponde a uma visão do processo que se inicia nos estádios pré-evento, de prevenção, desenvolve-se com o emergir do evento e prossegue até às fases de pós-crise e finalização. Verificamos que a CCRE, como em qualquer abordagem de comunicação em situação de crise, estrutura-se em torno de uma visão processual.

No estado de pré-crise, as noções tradicionais de promoção da saúde e comunicação de risco são apropriadas para preparar e educar o público acerca das ameaças e para incentivar mudanças de comportamentos que reduzam o risco iminente. Quando a ameaça atinge os níveis de crise, deflagram diferentes exigências de comunicação em função dos vários públicos. A pressão exige respostas imediatas, direcionadas para vítimas, potenciais vítimas, familiares, profissionais de emergência, e todos os afetados pelo acontecimento. É essencial assegurar respostas para este público. Numa segunda linha, emerge uma segunda audiência, representada pelos *media*, na qual se inclui o “grande público”. À comunicação é exigida a redução de incerteza, de modo a que as comunidades possam formular uma conceção do que está a acontecer e do que devem fazer. Sem estes dados, o público pode agir erradamente, contribuindo para o aumento do risco e das perdas para a comunidade. Contempla informação acerca de como reduzir os danos, eventuais sintomas preocupantes e onde se dirigir para tratamento (Reynolds e Seeger, 2005). Ainda no espectro de atuação situa-se a redução de preocupações e ansiedade entre um público mais vasto. Um exemplo desses comportamentos é a tendência para a aparição dos chamados “worried well”, que correspondem a um público não diretamente afetado, mas que revela uma natureza propensa à ansiedade e tende a sobrecarregar a capacidade de resposta dos serviços de saúde (Witte *et al.*, 2001). Numa fase pós-crise, na qual é feito o rescaldo dos acontecimentos, muitas vezes surgem as críticas e questões por parte do público e dos *media*, querendo saber as causas da crise, a adequação das respostas e a responsabilidade pelo sucedido.

Neste processo, Reynolds e Seeger (2005) distinguiram cinco fases: pré-crise, início do evento, manutenção, resolução e avaliação. Este modelo de abordagem visa a redução do risco, antecipando as futuras necessidades de comunicação e os seus problemas. O modelo de cinco estádios do CCRE assume que as crises se desenvolvem de formas largamente previsíveis e sistemáticas. Contudo, as crises, devido a uma multiplicidade de fatores, podem não se desenrolar nesta sequência.

2.4 Boas práticas de comunicação de risco e crise

Complementar ao enunciado teórico da comunicação de crise e risco de emergência, existem diversas teorizações e listagens de boas práticas em contextos de comunicação de crise e risco.

Covello (2003) e Seeger (2006) convergem na importância do envolvimento de todos os interessados como parceiros legítimos; na capacidade de saber escutar públicos e interessados; no imperativo de revelar abertura, honestidade, clareza e sinceridade na partilha de informação; no estabelecimento de parcerias com outras entidades, de forma coordenada e colaborativa; na exigência de corresponder às necessidades dos *media*, garantindo acessibilidade; e no planeamento cuidado na fase de pré-crise. Seeger (2006) reclama ainda a importância das abordagens de processos e desenvolvimento de políticas (nomeadamente a inclusão das relações públicas no processos de decisão), e salienta a importância da expressão de mensagens de auto-eficácia.

O *Crisis and Emergency Risk Communication: Pandemic Influenza* (U.S. Department HSS, 2007), condensa algumas destas ideias em cinco boas práticas de um processo de comunicação, em situação de crise, bem sucedido: delinear um plano de comunicação sólido, ser a primeira fonte de informação, expressar-se com empatia, revelar competência e conhecimento, e revelar honestidade e abertura. O U.S. Department of Health and Human Services (2002) define também dois objetivos principais: tranquilização, através da caracterização do perigo, e transmissão de linhas de atuação e auto-eficácia. O primeiro objetivo comporta a enunciação de riscos, sintomas, propagação e tratamento. O segundo corresponde à referência a precauções, medidas a tomar em caso de sintomas ou contacto com indivíduo doente, e alerta em relação a terceiros.

2.4.1. Perceção de risco e auto-eficácia

Existem algumas evidências que indicam que a generalidade do público não encara uma pandemia de gripe como uma significativa ameaça para a saúde (Davis *et al.*, 2011). Em 2009, o conhecimento e perceção de risco em relação à gripe A eram escassos, incluindo a informação sobre formas de transmissão, medidas de prevenção e comportamentos adequados (Kiviniemi *et al.*, 2011; Ramsey e Maczinski, 2011; Mak e Lai, 2012). A perceção de risco é variável mediante o evento e é importante distinguir entre ameaça real e ameaça percecionada. A primeira é um perigo objetivo que existe independentemente da perceção. A segunda resulta de uma perceção ou crença da sua existência, podendo ser real ou imaginada (Witte *et al.*, 2001). Acresce que a aceitação dos riscos varia consoante as circunstâncias. Riscos involuntários, descontrolados, entendidos como injustos, com poucos ou nenhuns benefícios, causados pela ação humana, gerados por fonte não confiável ou não familiares veem amplificada a perceção de risco (Covello *et al.* 2001; US Department HSS, 2002; Reynolds, 2011). Verifica-se também que o público revela elevados índices de tolerância à adversidade, com baixa reatividade, mas se perceciona irresponsabilidade ou despreocupação das instituições de saúde pública, então pode tornar-se muito intolerante (Coombs e Holladay, 1996;

Maxwell, 2003).

Jones *et al.* (2010) defendem que na fase inicial de uma pandemia, anterior à identificação de casos, a comunicação deve incidir no aumento dos níveis de alerta face à doença e na comunicação de comportamentos de proteção que reduzam os riscos de transmissão. Esta fase é fundamental por empenhar o público e, em simultâneo, expressar atuação do Governo. Os autores defendem ainda a inclusão de abordagens de marketing social. A propósito da gripe das aves, referem que a melhor medida para evitar a doença é promover práticas de higiene básica (lavar as mãos mais frequentemente e evitar contactos desnecessários) e comportamentos de auto-proteção. O controlo pandémico difere de outras ações de comunicação de risco porque o público é chamado a agir em situações excecionais, de emergência, e limitadas no tempo. Algo que é completamente diferente das solicitações para alteração dos padrões de vida em casos como o HIV ou a obesidade. Face a este carácter episódico, o público não deve ser sobrecarregado com avisos de saúde entre as pandemias, mas a relação fica dificultada (Davis *et al.*, 2011).

3. ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO

3.1. Relação com *media*

Coombs (1999) define uma crise como um vácuo que necessita de preenchimento. Se a organização não está preparada para prover a informação necessária, então a comunicação social irá procurá-la noutra local. A demanda é tão exigente que quando não é providenciada pelos canais oficiais, sê-lo-à por outras vias. Esse espaço pode então ser preenchido por rumores e especulação (Millner, Veil e Sellnow, 2011). Não expressar opinião tornou-se um perigo e um erro estratégico, mesmo que não exista nada para dizer (McInnes, 2005). Aliás, segundo Aubemas e Benasayag (2002), não responder tornou-se num ato estranho e a mínima opacidade é considerada marginal e desviante.

Fontes oficiais e jornalistas estão obrigados a entenderem-se numa relação de dependências que se assemelha a uma dança (Gans, 1980). Uma relação que leva a que se encarem com suspeição. Os jornalistas veem as relações públicas e a assessoria de imagem, comunicação e imprensa como meros veículos de propaganda e um estorvo no acesso às fontes, e, são vistos por estes, muitas vezes, como amplificadores de informação errada e mal documentada. No entanto, no processo de gestão de uma situação de crise são os jornalistas a disponibilizar informação para o público (Williams e Olaniran, 1998). É o que acontece numa situação de risco para a saúde pública, em que os *media* podem ser um aliado fundamental. Nestes momentos, os jornalistas, habitualmente

reticentes em colaborar com fontes oficiais, revelam-se transigentes em apoiar os esforços de divulgação (Veil e Ojeda, 2010; Fogarty *et al.*, 2011). Comportamento que justifica a defesa de uma parceria efetiva com estes profissionais, desenvolvida através de uma comunicação aberta e honesta (Seeger, 2006; Register e Larkin, 2008). Uma relação fundamental, mas que deve ser construída antecipadamente para ter maior sucesso (Levin, 2002; Veil e Ojeda, 2010). A abordagem da comunicação social por auto-iniciativa, numa situação de crise que atinge a organização, pode conduzir a um aumento da perceção de credibilidade, por parte dos media, mas pode também amplificar a suspeita (Arpan e Pompper, 2003). Em síntese, procurar estabelecer relações durante a fase de crise pode revelar-se tardio, visto que este processo deve ser iniciado numa fase pré-evento.

A honestidade é outro fator essencial antes e durante uma crise, pois fortalece a relação com o público e *media*. Uma resposta menos honesta alimenta a impressão de erro e gera a desconfiança (Seeger, 2006). Para os profissionais de comunicação, a confiança é essencial e a verdade um imperativo. Transgredir esta linha significa perder credibilidade junto dos *media* e da opinião pública (Santos, 2001). Este fator acentua-se no domínio da saúde, onde o grande público não consegue atestar da validade das recomendações e tem de confiar nos princípios e retidão dos profissionais do sector (Shore, 2003; Reynolds, 2010).

Em conclusão, Veil e Ojeda (2010) sintetizam cinco características: as organizações que disponibilizam informação estão menos expostas a acusações de erro por parte dos meios de comunicação social e público, os *media* podem ser usados não só como recurso de informação mas também como difusor de recursos, as organizações devem manter-se acessíveis aos *media* durante a resposta a uma crise, parcerias em que existe confiança mútua contribuem para ambientes de apoio, e estabelecer relações com os *media* antes duma crise facilita a comunicação durante a crise.

3.2. Comunicados de imprensa

Os gabinetes de relações públicas e as assessorias de comunicação têm vindo a apurar técnicas e ferramentas de trabalho, assistindo-se a uma miscigenação entre diversas disciplinas como marketing, relações públicas, gestão, audiometria ou jornalismo (Ribeiro, 2009). Numa atividade que comporta rotinas produtivas tão diferentes como comunicados, conferências de imprensa, recortes de imprensa, visitas oficiais ou fugas de informação, o comunicado é uma das formas mais convencionais. Trata-se de uma fórmula que contém uma estrutura informativa adequada ao interesse do jornalista (Santos, 2006). A maior fragilidade é ser demasiado comum (Gaber, 2000).

A especificidade da escrita de comunicados de imprensa tem de atender que o texto não compete

pela atenção do jornalista, *per se*, mas pretende a sua replicação, se possível *verbatim*, nos artigos que este produz (Jacobs, 1999). Para facilitar a sua reprodução, os comunicados são pré-formatados de modo a adequarem-se ao modelo de notícia. Incluem títulos fortes, à imagem da imprensa, parágrafo de “lead”, e traços metapragmáticos como a proeminência no uso da terceira pessoa e pseudo-citação (Sleurs e Jacobs, 2005; Maat, 2007; Carvalho e Reis, 2009). Segundo Ricoeur, são os designados “conectores”, como pronomes pessoais ou possessivos, que revelam a presença ou ausência do sujeito da enunciação no enunciado, sendo que a “dictização” revela essa presença (2009). Em contraponto à “dictização”, a modalização assenta na “subjetividade comunitária”, atribuindo o ato enunciatório ao “nós” (Parret, 1987; Rebelo, 2002). No seu estudo sobre a referência ao sujeito nos comunicados, Jacobs (1999) confirmou o predomínio da auto-referência na terceira pessoa, nomeadamente através do uso do nome da organização. Segundo este autor, a utilização da auto-referência na terceira pessoa é uma forma de deslocamento da perspetiva de quem escreve para quem lê, neste caso os jornalistas. A antecipação dos modos de referência dos jornalistas visa preencher os requerimentos da escrita jornalística, simplificando o trabalho destes profissionais, que, deste modo, apenas têm de reproduzir a informação. Por outro lado, o desaparecimento da primeira pessoa será também uma forma de contornar a tradicional desconfiança dos jornalistas, através de uma postura aparentemente desinteressada e neutral.

Levin (2002), em análise realizada ao sucesso de divulgação de comunicados na imprensa de dois movimentos de paz israelitas, identifica que pormenores relativos ao estilo e escrita, como ter o título adequado às normas jornalísticas ou incluir o horário de realização da atividade, são fatores determinantes para a cobertura ou não do evento divulgado. Os dias da semana e hora de envio também contribuem para a probabilidade de cobertura. A este propósito, Bennett salienta que as más notícias devem ser lançadas nos fins-de-semana, quando existem jornalistas de folga e o público está ocupado com *fait-divers* (2001). Os mesmos dias que representam maior sucesso para os grupos analisados por Levin (2002). O que revela a necessidade de adequação do calendário aos temas e aos objetivos pretendidos.

4. OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

O objetivo desta investigação é tentar apreender os conteúdos e ritmos das mensagens veiculadas pela comunicação oficial, nos comunicados para a imprensa, durante a pandemia de gripe A, em Portugal, no ano de 2009, e observar a aplicação da teoria de comunicação de crise e risco (Reynolds e Seeger, 2005). Esta análise permitirá compreender a adequação da teoria à prática, de

forma a perceber se os desenvolvimentos práticos correspondem às elaborações teóricas do modelo. Uma vez que, ao longo da história, os esforços de comunicação de risco têm sido mais fáceis de imaginar e criar do que de implementar com sucesso (Palenchar e Heath, 2007). Os resultados poderão funcionar como modelos para profissionais de comunicação no sector da saúde, que se deparem com idênticas situações de crise, ao mesmo tempo que poderão permitir eventuais adições aos modelos teóricos.

Para alcançar estes propósitos, a investigação recorre a uma análise de conteúdo, descritiva e quantitativa, na tentativa de responder a seis questões:

Q1: Quais os temas abordados nos comunicados emitidos pelo Ministério da Saúde, em 2009? Esses temas alteraram-se ao longo do tempo, mediante a evolução da pandemia e à medida que mais dados eram conhecidos?

Q2: Quais os temas dominantes dos comunicados emitidos pelo Ministério da Saúde, em 2009? Esses temas alteraram-se ao longo do tempo, mediante a evolução da pandemia e à medida que mais dados eram conhecidos?

Q3: De que forma ocorre a auto-referência nos comunicados emitidos pelo MS a respeito deste assunto? É utilizada a primeira pessoa do singular, a primeira pessoa do plural ou a terceira pessoa? Se existem variações, em que momentos é que se verificam?

Q4: Esses comunicados dispõem de referências a contactos onde o público possa aceder a mais informação?

Q5: O discurso difundido é inteligível ou recorre ao jargão especializado?

Q6: De que forma é feita referência ao tipo de gripe? Gripe A, suína, H1N1 ou outras?

As respostas a estas questões são comparadas com os enunciados das teorias de comunicação de crise e risco, de forma a perspetivar a existência de paralelismos e identificar dissonâncias.

5. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA E PERCURSO DE PESQUISA

Para alcançar os resultados a que se propõe, este estudo realiza uma análise de conteúdo a todos os comunicados oficiais emitidos pelo Ministério da Saúde a respeito deste assunto, no referido ano, no período compreendido entre 24 de abril, data da primeira comunicação, e 30 de dezembro, num total de 163 comunicados, que estão disponíveis para consulta no Microsite da Gripe, da Direção-Geral de Saúde (DGS)⁷.

Esta análise incide em duas componentes: uma primeira, relacionada com a intensidade de

⁷ Microsite da Gripe (<http://www.dgs.pt/ms/2/default.aspx?id=5509>).

informação, que permite perceber a evolução do processo de comunicação, a partir do número de exemplares difundidos e volume de texto neles constante; e uma segunda, segmentada e quantificada por áreas temáticas, que procura identificar os temas abordados e características discursivas dessa abordagem. Estas duas análises possibilitam uma interceção entre elas, que permite retirar ilações acerca da relação entre temas e intensidade informativa, e a comparação com elementos exteriores como a evolução da doença, número de casos ou alterações de nível pandémico (Krippendorff, 1980, 1990).

A análise desenvolveu-se a partir de uma lista de categorias que emergiu progressivamente de uma primeira leitura “flutuante” (Bardin, 2009), que permitiu encontrar padrões de texto identificáveis e repetidos, que se traduzem em seis grandes áreas temáticas: diagnóstico de casos, caracterização da gripe A (H1N1), tranquilização face à ameaça pandémica, recomendação de práticas comportamentais (auto-eficácia), garantias de atuação institucional, e comunicação. A codificação dos documentos com base na identificação desses temas e respetivos subtemas permitiu realizar uma análise quantitativa e estatística, encontrando padrões de repetição e regularidades.

Complementarmente, procedeu-se ainda a uma análise qualitativa em profundidade, que permite ilustrar com trechos de discurso a análise de cariz quantitativo, bem como evidenciar elementos de texto que não revelaram expressão quantitativa significativa mas que se afiguravam como importantes indicadores da estratégia de comunicação.

A partir desta pesquisa pretende-se apurar quais os temas selecionados para integrar a comunicação oficial difundida para os *media*, a intensidade com que foram abordados e em que momentos da crise. Estes dados permitirão perceber quais foram as principais preocupações do Ministério da Saúde nos comunicados de imprensa relativos à gripe A, e, por consequência, no processo de comunicação sobre a doença. Ao mesmo tempo que se pretende perceber qual o papel da comunicação na gestão da situação de pandemia, em Portugal.

O retrato dos temas dominantes e constantes nos comunicados oficiais será então analisado em comparação com as teorias de comunicação de risco e crise, de forma a identificar semelhanças e dissemelhanças e perceber a sua adequação às circunstâncias. Os resultados desse comparativo permitirão a elaboração de propostas tendentes à melhoria da comunicação em circunstâncias idênticas, bem como poderão trazer aquisições para o próprio modelo teórico.

6. A GRIPE A NA COMUNICAÇÃO OFICIAL EM PORTUGAL

O acesso à informação é fundamental em democracia (Wolton, 1999). No dia-a-dia, para que os

indivíduos disponham de recursos para tomar as decisões mais acertadas, mas também em situações de crise (Reynolds e Seeger, 2005). Para a maioria da população que, apesar de parte interessada, não é parte ativa nos acontecimentos, a comunicação é a única forma perceber a realidade. No sector público, o funcionamento do sistema é percebido, maioritariamente, a partir daquilo que é mediatizado (Cabral *et al.*, 2002; Silva, 2011).

Assim, extensos programas de comunicação têm sido dirigidos aos cidadãos, sendo sensível a linha que separa o marketing social, com mensagens consistentes com os valores do serviço público, e as mensagens de auto-promoção dos governos (Head, 2007). Seja por interesse genuíno em difundir informação útil para os cidadãos, seja por querer salvaguardar a sua imagem, os governos e os serviços públicos têm investido, cada vez mais, no sector da comunicação (Stanyer, 2007). Mas segundo Gallagher *et al.* (2007), uma característica que marca a comunicação institucional é que tende a resistir à admissão dos seus próprios erros, preferindo encontrar responsabilidades externas.

As diferenças entre comunicação no sector privado ou público não podem ser subestimadas. Liu e Horsley (2007) e Liu *et al.* (2010) identificaram diferenças ao nível do orçamento, influências políticas, pressão pública, frequência e avaliação da cobertura mediática e impacto legal. No geral, a informação no serviço público realiza-se com menos recursos financeiros e menos reconhecimento, mas com maiores restrições legais e perante uma grande pressão externa de forças políticas, público em geral e comunicação social. As autoras realçam que o sector público está exposto a um maior escrutínio e é encarado com cinismo pelo público. As ações destes serviços são objeto de maior cobertura mediática e a avaliação que dela resulta é maioritariamente negativa. Os valores-notícia atendem à informação negativa em detrimento de informação positiva (Correia, 1997; Traquina, 2000). Silva (2011) demonstra que esta lógica jornalística mediatizada influencia a percepção que os cidadãos têm dos serviços públicos, nomeadamente no sector da saúde, contribuindo para a generalização de uma imagem acentuadamente negativa. É neste cenário, amplificado pela lógica noticiosa, que se desenrola o processo de comunicação da gripe A. Um processo de comunicação de interesse público, de características delicadas, que em Portugal teve a particularidade de ocorrer num ano de atividade política invulgar, com a realização de três atos eleitorais, e sob a observação e indicações internacionais.

6.1. Intensidade de informação – número de comunicados difundidos

Numa situação de crise e risco para a saúde pública a comunicação é um elemento fundamental.

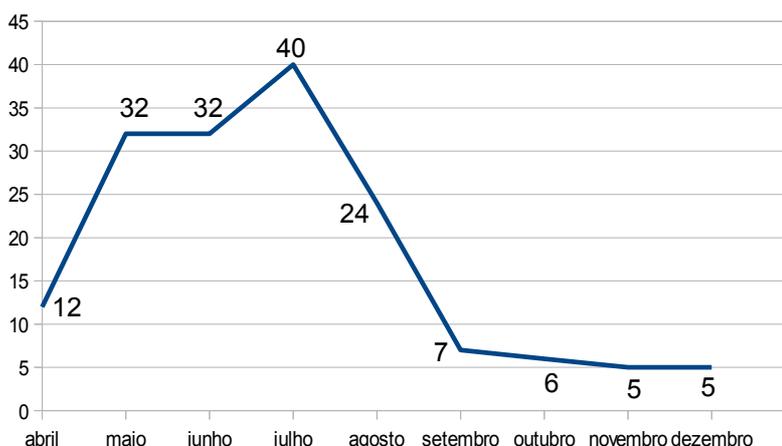
Constitui a principal forma de garantir o acesso do público à informação, para melhor precaver riscos e promover comportamentos (Williams e Olaniran, 1998). Contudo, para gerar os efeitos desejados é necessário que seja adequada na forma e intensidade. A resposta deve ser imediata à emergência do problema e as primeiras 24 horas são fundamentais (Caetano *et al.*, 2006). Assim, dia 24 de abril, data do primeiro primeiro alerta da OMS (“Influenza-like illness in the United States and Mexico”), surgiu também a primeira comunicação da DGS. Até final do mês de dezembro de 2009, foram difundidos 163 comunicados.

Durante o mês de abril foram enviados 12 comunicados em sete dias, numa média de 1,71 por dia. A média mais alta de todo o período observado. Nos meses seguintes, apesar de um decréscimo, a tendência mantém-se alta e a informação difundida obedece a um ciclo de intensidade crescente em maio, junho e julho. Em agosto assiste-se a um retrocesso para 0,77 comunicados/dia, valor ainda superior à média global de 0,65. Com a transição da fase de “Contenção” para a fase de “Mitigação”⁸ assiste-se a um acentuado decréscimo a partir de setembro.

Q. nº6.1: Comunicados emitidos

	<i>média por dia</i>	<i>Percent. do total</i>
abril	1,71	7,4
maio	1,03	19,6
junho	1,07	19,6
julho	1,29	24,5
agosto	0,77	14,7
setembro	0,23	4,3
outubro	0,19	3,7
novembro	0,17	3,1
dezembro	0,16	3,1
Total	0,65	100

Figura nº6.1: Evolução mensal do número de comunicados

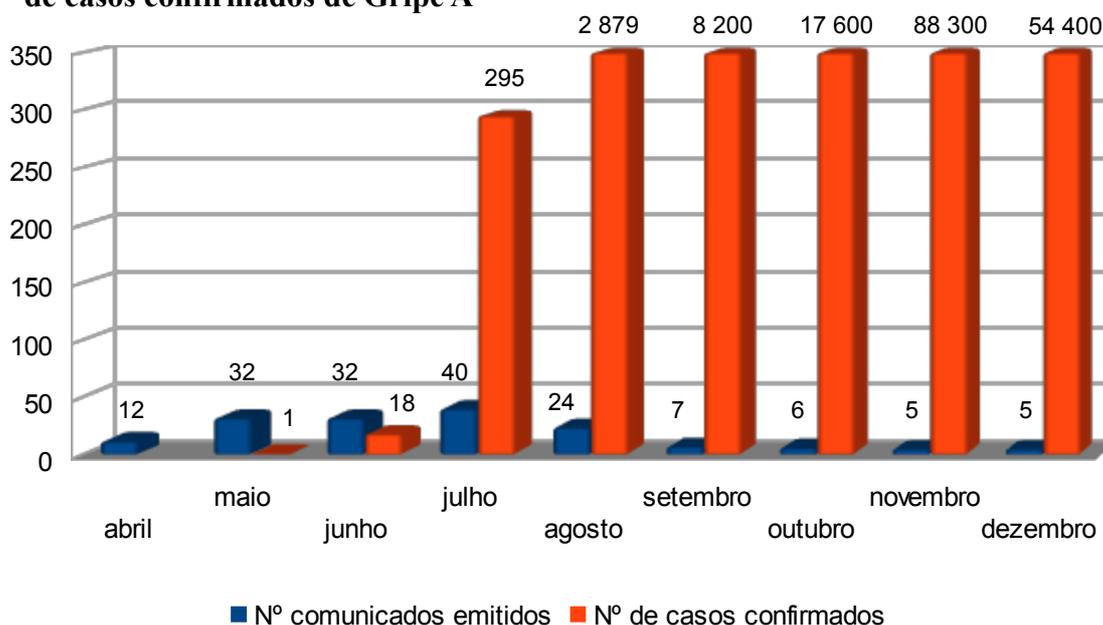


Verificamos que a partir da referida inversão, foram emitidos apenas 23 comunicados, durante quatro meses. Este número, que corresponde a 14,1% do total difundido em 2009, ocorreu ao longo de 122 dias, enquanto os 140 comunicados anteriores (85,9%) foram publicados durante 130 dias. Uma média de 1,09 comunicados por dia na fase de “Contenção” e 0,19 por dia na fase de “Mitigação”. Dados reveladores de uma evidente assimetria no volume de informação difundida entre o segundo e o terceiro quartel de 2009.

⁸ DGS, “Gripe – Informação Estatística. Resultados preliminares. Actividade gripal 2009-2010” (<http://www.dgs.pt/ms/2/default.aspx?id=5509>)

Esta assimetria da comunicação evidencia-se também em contraste com a própria evolução no número de casos confirmados de gripe A. Conforme se pode observar, a maior intensidade de comunicados difundidos coincide com o menor número de casos identificados. Quando se verifica um aumento mais intenso no número de confirmações é quando a intensidade de comunicação é reduzida. Tendência que indicia uma lógica de antecipação, promovendo informação antes da verificação da ocorrência.

Figura nº6.2: Evolução mensal do número de comunicados difundidos e de casos confirmados de Gripe A



6.1.1. Volume de texto – número de palavras e caracteres

A análise do volume de texto escrito (número de palavras e caracteres) pode constituir outra forma de aquilatar a informação produzida e conferir da existência de paralelismos com o número de comunicados difundidos. Desagregados por mês, os números relativos ao total de palavras e caracteres acompanham a evolução da emissão de comunicados, com algumas ligeiras variações.

Durante o mês de agosto, quando o número total de comunicados emitidos foi 24, inferior a julho (40), maio (32) e junho (32), o número total de palavras foi o mais elevado: 17.049, correspondendo a uma média de 710,4 palavras por comunicado. Média mais alta de todo o período observado. Segue-se o mês de julho, com uma média de 631,6. Meses em que se assiste a um volume de texto superior à média global de 433,8 palavras. Estes valores permitem perceber a necessidade de divulgação de informação nesta fase, que se pode classificar como de início do evento (“Contenção”), na qual se desenrola, em simultâneo, uma intensa transformação dos padrões de

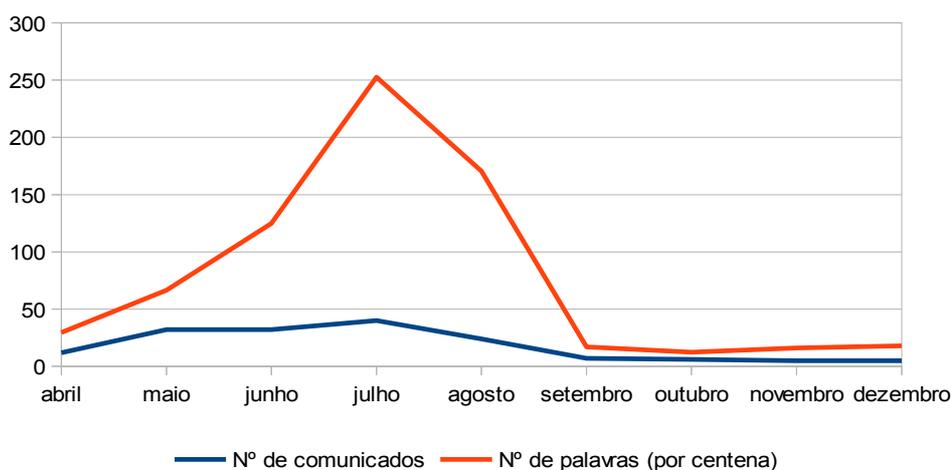
disseminação da doença, com o número de casos de gripe A confirmados a transitar, neste período, dos 20 identificados até 1 de julho para os 1.870 casos, de 20 de agosto.

Quadro nº6.2: Palavras e Caracteres

	<i>Palavras (total)</i>	<i>por comunicado</i>	<i>Caracteres (total)</i>	<i>por comunicado</i>
abril	2 968	247,3	15 990	1 332,5
maio	6 658	208,1	35 034	1 094,8
junho	12 488	390,3	63 370	1 980,3
julho	25 263	631,6	127 446	3 186,6
agosto	17 049	710,4	85 393	3 558,0
setembro	1 702	243,1	8 920	1 274,3
outubro	1 236	206,0	6 245	1 040,8
novembro	1 616	323,2	8 372	1 674,4
dezembro	1 789	357,8	9 359	1 871,8
Total	70 769	433,8	360 129	2 208,0

A análise dinâmica da variação no número de palavras e comunicados deixa perceber um aumento no número de palavras nos meses de julho e agosto, proporcionalmente mais elevado que o aumento no número de comunicados. Esta observação deixa transparecer uma estratégia de discurso mais assente no verbo do que em meses anteriores, porventura devido a uma maior necessidade de justificar a progressão da doença e as medidas implementadas.

Figura nº6.3: Progressão mensal comparada de número de comunicados e número total de palavras



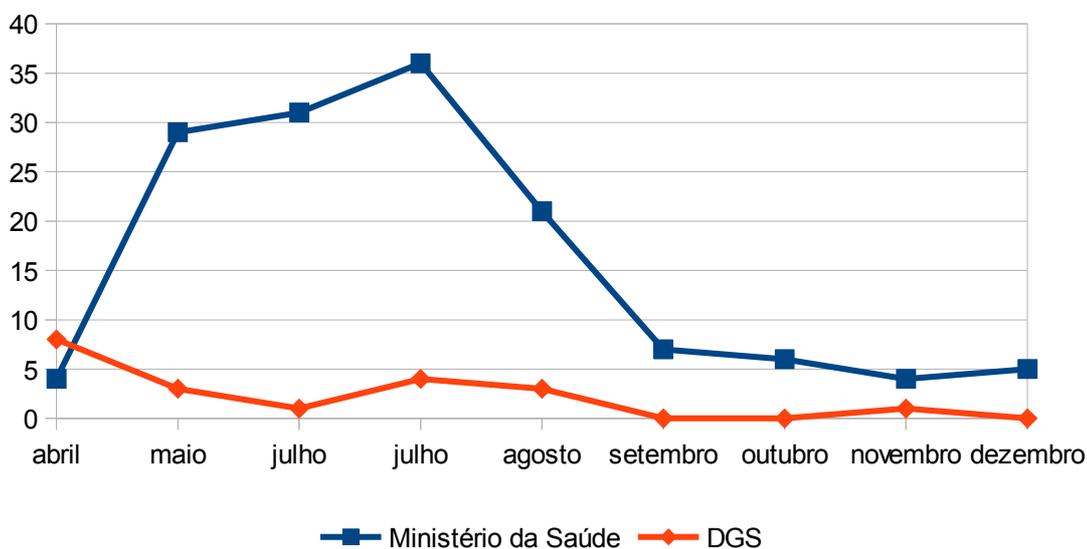
6.2. Entidade emissora

A decomposição das mensagens por entidade emissora permite perceber o protagonismo das várias entidades do sector e interpretar a importância política atribuída à ameaça de pandemia de gripe A. O gabinete da ministra da Saúde foi responsável por 143 dos 163 comunicados emitidos, o que corresponde a 87,7% da informação oficial difundida por esta via. Os restantes 20 comunicados (12,3%) tiveram origem na DGS.

Quadro nº6.3: Entidade emissora

	<i>Min. Saúde</i>	<i>percentagem MS</i>	<i>DGS</i>	<i>percent. DGS</i>
abril	4	33,3	8	66,7
maio	29	90,6	3	9,4
junho	31	96,9	0	3,1
julho	36	90	4	10
agosto	21	87,5	3	12,5
setembro	7	100	0	0
outubro	6	100	0	0
novembro	4	80	1	20
dezembro	5	100	0	0
Total	143	87,7	20	12,3

Figura nº6.4: Evolução mensal de número de comunicados por entidade



No entanto, numa primeira fase, verificada ainda durante o mês de abril, a operação de emissão de informação esteve concentrada na DGS, que emitiu 66,7% das comunicações ($n=8$), enquanto o gabinete da ministra da Saúde se limitou a 33,3% ($n=4$) do total. Esta tendência foi rapidamente

alterada, assistindo-se à imediata inversão a partir do mês de maio, quando o gabinete ministerial foi responsável por 90,6% da informação. Inflexão estratégica que se manteve durante os meses seguintes e que permite inferir que, depois de uma atuação mais técnica numa fase inicial do processo, houve uma transferência do problema da esfera técnica para a esfera política.

6.3. Análise temática

A organização de categorias desenvolveu-se a partir de um primeiro trabalho “exploratório” (Vala, 2003), e identificaram-se seis áreas temáticas, resultantes das características de discurso: diagnóstico de casos, caracterização da gripe A (H1N1), tranquilização face à ameaça pandémica, auto-eficácia (recomendação de práticas comportamentais), garantias de atuação institucional, e comunicação. A presença dos temas identificados nos comunicados emitidos regista uma variação de percentagens entre 62,6% e 90,8%, numa amplitude de cerca de 28 pontos percentuais. Salienta-se a elevada incidência de todos os temas (sempre acima de 60%), o que revela a persistência de estruturas de discurso abrangentes, abarcando múltiplos temas em cada unidade (comunicado).

O diagnóstico é o tema mais vezes presente, observando-se em 90,8% dos comunicados emitidos. Seguem-se a auto-eficácia (86,5%), comunicação (85,3%) e respostas institucionais (79,8%). Por fim, encontramos os padrões de discurso relativos a tranquilização face à ameaça pandémica (64,4%) e caracterização da gripe A (62,6%).

Quadro nº6.4: Presença de temas identificados

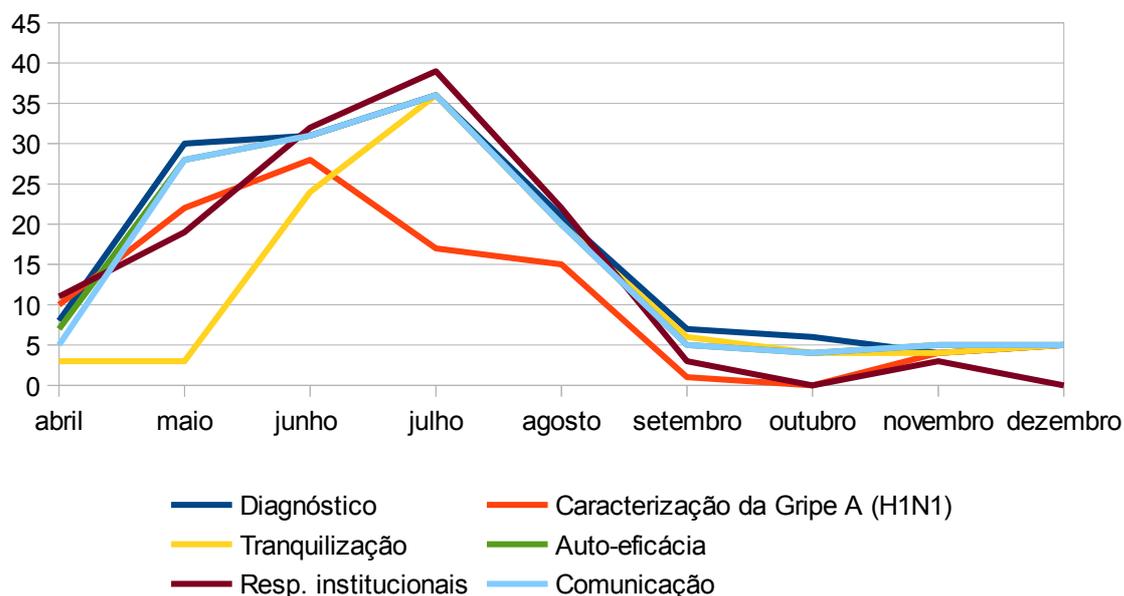
	<i>Diagnóstico</i>	<i>Característ. da doença</i>	<i>Tranquilização</i>	<i>Auto-eficácia</i>	<i>Respostas institucionais</i>	<i>Comunicação</i>
abril	8	10	3	7	11	5
maio	30	22	3	28	19	28
junho	31	28	24	31	32	31
julho	36	17	36	36	39	36
agosto	21	15	20	20	22	20
setembro	7	1	6	5	3	5
outubro	6		4	4		4
novembro	4	4	4	5	3	5
dezembro	5	5	5	5		5
Total	148	102	105	141	130	139
Percent.	90,8	62,6	64,4	86,5	79,8	85,3

A predominância do diagnóstico reflete a priorização do critério de veiculação de informação substantiva, assente em factos e atualidade (Levin, 2002). A restante sequência deixa perceber a intenção de sublinhar as práticas institucionais e induções comportamentais em detrimento do

enunciado de fatores externos como a nocividade ou benignidade da doença, padrões de disseminação e características. A informação oficial privilegiou a ação. É relevante acrescentar que os temas e padrões de discurso identificados assemelham-se aos perfis encontrados em investigações em áreas de estudo semelhantes (Avery e Kim, 2009; Fogarty *et al.*, 2011).

Uma análise dinâmica permite perceber uma evolução da abordagem temática consonante com a intensidade de difusão de comunicados. Os vários temas progridem numa curva semelhante ao padrão de disseminação destes. Contudo, uma primeira observação permite identificar algumas tendências particulares. O tema Tranquilização regista um crescimento mais tardio, alcançando níveis idênticos à maioria dos outros temas somente a partir do mês de julho, mas mantém-se num registo elevado até ao final do ano. Por outro lado, a Caracterização da Gripe A salienta-se no primeiro mês mas rapidamente regista uma utilização abaixo dos outros temas, antecipando a sua curva descendente. Já o tema Respostas Institucionais emerge como o mais utilizado em abril, junho, julho e agosto, mas praticamente desaparece nos últimos meses do ano. Observações que devem ser complementadas por uma análise detalhada de cada um dos temas.

Figura nº6.5: Progressão mensal da comunicação, por temas



6.3.1. Diagnóstico de casos

A presença do diagnóstico de casos em 90,8% dos comunicados difundidos assume múltiplas formas, que resultam da designação de “casos” agregada a diferentes predicados como “ausência”, “confirmados”, “negativos”, “suspeitos” ou “em investigação”, “estáveis” e “sob reserva”,

consoante a evolução clínica. “Contabilidade” e “mortes” são incorporados enquanto contagem do número de casos e de mortes associadas à doença. A “contabilidade” é o tema mais frequente (76,7%, $n=125$), seguindo-se os casos “confirmados” (44,2%, $n=72$) e “estáveis” (33,1%, $n=54$).

Cerçada pelos factos, a informação de diagnóstico obedece aos ciclos da doença. Por exemplo, a variável “ausência de casos confirmados” (26,4%, $n=43$), que pode ser percecionada no quadro de monitorização das fases de pré-crise e início do evento, encontra-se exclusivamente presente numa fase inicial da pandemia, entre abril e junho, por razões que se explicam com o posterior aumento acentuado do número de casos, ocorrido a partir de julho. O mesmo se verifica com o enunciado de casos negativos (16,6%, $n=27$), que desaparece a partir de 1 de julho, quando é anunciado que “[t]endo em conta o crescente número de casos suspeitos que, diariamente, são investigados, o Ministério da Saúde decidiu comunicar apenas aqueles cujos resultados se revelem positivos”.

Quadro nº6.5: Diagnóstico

	<i>Ausência</i>	<i>Confirma- dos</i>	<i>Negativos</i>	<i>Suspeitos</i>	<i>Sob reserva</i>	<i>Mortes</i>	<i>Estáveis</i>	<i>Contabili- dade</i>
abril	8			1			1	
maio	21	1	9	7			12	23
junho	14	11	17	17			16	30
julho		34	1	1			16	35
agosto		19		1			8	20
setembro		6		1	7	3	1	5
outubro		1			6	4		3
novembro					4	3		4
dezembro					5	4		5
Total	43	72	27	28	22	14	54	125
Percent.	26,4	44,2	16,6	17,2	13,5	8,6	33,1	76,7

Evolução inversa é registada nos casos “sob reserva” (13,5%, $n=22$) e “mortes” (8,6%, $n=14$). Ausentes da informação difundida na fase inicial, emergem como reflexo da propagação e aumento de gravidade da gripe A (H1N1), em simultâneo, em setembro, e prolongam-se até ao final do ano, de acordo com a evolução da doença.

6.3.2. Auto-eficácia (recomendação de práticas comportamentais)

A recomendação de auto-eficácia é um dos modelos de discurso mais frequentes na comunicação em situação de crise e risco para a saúde (Mebane *et al.*, 2003; Reynolds e Seeger, 2005; Jones *et*

al., 2010; Sellnow e Sellnow, 2010). Em Portugal, durante o ano de 2009, estas recomendações estiveram presentes em 86,5% dos comunicados ($n=141$).

Os modelos adotados no discurso enquadram-se em quatro categorias: “Recurso à Linha Saúde 24”, “cuidados de higiene pessoal”, “evitar comportamentos de risco” e “cuidados de limpeza” na habitação ou espaço de trabalho. No entanto, uma análise detalhada destas recomendações revela acentuada assimetria no seu uso estratégico, com uma aposta evidente na recomendação de recurso ao *call center* da Linha Saúde 24 (85,3%, $n=139$), numa afirmação pública deste recurso e como tentativa de promover a despistagem de casos sem a procura das unidades de saúde, diminuindo o risco de transmissão da doença e eventual rotura dos serviços.

Quadro nº6.6: Auto-eficácia (Recomendações comportamentais)

	<i>Recurso à Linha Saúde 24</i>	<i>Cuid. Higiene pessoal</i>	<i>Evitar comport. de risco</i>	<i>Cuidados de limpeza</i>
abril	7	2		2
maio	27	1	2	1
junho	31	24		
julho	36	36	30	
agosto	20	20	20	
setembro	5	1	1	
outubro	4			
novembro	4		5	
dezembro	5		5	
Total	139	84	63	3
Percentagem	85,3	51,5	38,7	1,8

Os cuidados de higiene como “a importância da lavagem frequente das mãos, da protecção da boca e do nariz ao tossir e espirrar, sempre que possível com lenços de papel que não devem ser reutilizados, para evitar a rápida propagação do vírus” seguem-se como segunda recomendação (51,5%, $n=84$). Correspondem a indicação supranacional da OMS, registada desde 27 de abril⁹, e prosseguida pelas entidades portuguesas em informação difundida também em cartazes e publicidade. Recomendações abundantemente referidas na literatura especializada (Jones *et al.*, 2010; Kiviniemi *et al.*, 2011; Ramsey e Maczinski, 2011; Mak e Lai, 2012).

Neste caso, verifica-se que, apesar das indicações supranacionais e da apropriação, a recomendação relativa a “cuidados de higiene” só foi incorporada em 6,8% ($n=3$) dos comunicados dos primeiros dois meses, e sempre por iniciativa da DGS. Nos comunicados do MS ocorre pela primeira vez em 11 de junho, data do aumento do nível pandémico para 6. O mesmo se verifica com

9 WHO, “Swine influenza - update 3” (http://www.who.int/csr/don/2009_04_27/en/index.html)

a inclusão tardia para “evitar recomendações de risco”. Esta indução está presente em 38,7% ($n=63$) da comunicação, mas utilizada em apenas dois momentos entre abril e junho. Somente a partir de 4 de julho, quando estão contados 38 casos é que se regista uma efetiva apropriação destes discursos.

6.3.3. Garantias de atuação institucional face à ameaça de pandemia

As garantias de respostas institucionais numa situação de risco para a saúde pública são essenciais e frequentes nestas circunstâncias, por constituírem uma forma de transmitir ao público uma mensagem de acompanhamento (Reynolds e Seeger, 2005; Gallagher, 2007; Jones *et al.*, 2011). Este caso não é exceção, registando-se em 79,8% ($n=130$) dos comunicados. Contudo, a desagregação por padrão de discurso permite perceber uma elevada fragmentação temática. A garantia de atuação, monitorização e acionamento de dispositivos é a mais frequente (58,9%, $n=96$), vertida em exemplos como “estão a ser accionados os dispositivos previstos para este tipo de situações”, “procedimentos implementados” ou “autoridades de saúde monitorizam permanentemente a situação”.

Quadro nº6.7: Respostas institucionais

	<i>Plano de Contingência</i>	<i>Equipa Acomp. da Gripe</i>	<i>Recursos médicos</i>	<i>Unidades do SNS</i>	<i>Dispositivos acionados</i>	<i>Indicações internacionais</i>	<i>Resposta social</i>
abril	5	1	4		6	8	
maio	13	5		2	13	7	
junho	30			1	29	15	
julho	36		7	28	36		28
agosto	10			22	10		6
setembro					2		
outubro							
novembro			3				
dezembro							
Total	94	6	14	53	96	30	34
Percent.	57,7	3,7	8,6	32,5	58,9	18,4	20,9

Segue-se a elaboração e cumprimento do “Plano de Contingência” (57,67%, $n=94$), referida em exemplos como “foram tomadas todas as medidas previstas no Plano de Contingência”. O elemento “Unidades do SNS”, que compreende a ativação destas unidades (constituído por unidades de referência da gripe, laboratórios e hospitais de referência) surge em 32,5% ($n=53$), com incidência nos meses de julho e agosto, quando se verifica a veiculação de 94,3% ($n=50$) destas mensagens. Igualmente circunscrito num período de tempo, o elemento “indicações internacionais” (18,4%,

$n=30$), concentra-se nos primeiros três meses. Consiste no enunciado de atuações conformes às indicações supranacionais, principalmente da OMS, que surgem como validações de boas práticas (“é o procedimento definido pela OMS” ou “em contacto permanente com as organizações internacionais e restantes parceiros europeus”). Outras indicações como “Equipa de Acompanhamento da Gripe” ou Projeto de “Resposta Sociais” são proporcionalmente menos frequentes.

No global, em garantias de respostas institucionais salienta-se a prontidão da sua inclusão na fase inicial de abordagem do problema e o gradual desaparecimento. Uma estratégia que parece revelar uma preocupação imediata em garantir a presença e acompanhamento do Estado e entidades de saúde nas fases de pré-crise e início, mas que é desconsiderada na fase de manutenção.

6.3.4. Caracterização da gripe A (H1N1)

Para caracterização do H1N1 são consideradas sete variáveis relativas às características e perigosidade da doença: alterações no nível de alerta de pandemia, aviso para “riscos de disseminação”, enunciado de ameaça proveniente do exterior, “definição de pandemia”, sintomas da doença, referência a possível gravidade da doença, e grupos de risco. Estes padrões de discurso constituem um corpo de enunciados que projetam as características, riscos, gravidade e potenciais vítimas da gripe A (H1N1), conforme recomendado pela teoria (Reynolds e Seeger, 2005) e referido em estudos de caso (Fogarty *et al.*, 2003).

Os enunciados de caracterização da gripe A apresentam uma baixa frequência comparativamente com outros temas (62,6%, $n=102$). A definição de pandemia é o elemento mais frequente (35,6%, $n=58$). Consiste na referência à propagação do vírus: “A passagem à fase 6 da pandemia deve-se à facilidade de propagação do vírus a nível mundial e não à sua gravidade clínica” ou “(...) significa que existem um ou mais pequenos surtos no mundo com transmissão pessoa-a-pessoa limitada”. Após escassas referências em maio e abril, nos períodos imediatamente subsequentes à alteração dos níveis de pandemia para 4 e para 5, é a partir de 11 de junho, quando se verifica a alteração para o nível 6, que se torna mais frequente, atingindo 75% das suas referências entre junho e julho (44,6% e 30,4%, respetivamente).

O discurso de referência à ameaça externa (21,5%, $n=35$) revela também maior incidência na fase inicial do processo, sendo que 80% das referências ocorreram nos meses de abril e maio. Este discurso sustenta-se na indicação da origem externa do surto, nomeadamente a associação aos EUA e México, e na referência à “deslocação a áreas afectadas”.

Quadro nº6.8: Caracterização da doença

	<i>Nível de Pandemia</i>	<i>Riscos de disseminação</i>	<i>Ameaça externa</i>	<i>Definição Pandemia</i>	<i>Sintomas</i>	<i>Gravidade da doença</i>	<i>Grupos de risco</i>
abril	2		9	4	2		
maio			19	2	2		
junho	3		3	25			
julho				17			1
agosto		10	4	9		12	
setembro				1			1
outubro							
novembro					1		4
dezembro					5		5
Total	5	10	35	58	10	12	11
Percent.	3,1	6,1	21,5	35,6	6,1	7,4	6,8

A enunciação dos riscos de disseminação emerge durante o Verão, associada à sazonalidade das férias e às aglomerações desse período (6,1%, $n=10$), enquanto a referência à gravidade da doença (7,4%, $n=12$) surge exclusivamente no mês de agosto, na sequência do reconhecimento do primeiro caso grave em Portugal, que se regista no dia 7 de agosto. Verifica-se, mais uma vez, que os temas usados na comunicação obedecem a circunstâncias externas, associadas a comportamentos sociais sazonais e às novas fases da doença.

6.3.5. Tranquilização face à ameaça pandémica

O discurso de tranquilização face à ameaça pandémica inscreve-se na linha de caracterização da doença, englobando componentes de redução de incerteza. É composto por enunciados com características da gripe A, que referenciam menor perigosidade, como a “benignidade” ou baixa virulência do H1N1, alusão ao facto de Portugal não se encontrar em situação de pandemia, retorno dos indivíduos afetados a uma vida normal, confirmação das expectativas médicas na evolução do surto, afirmação da inexistência de razões para alarme e apelos à tranquilidade da população.

Este discurso caracteriza-se por acentuadas assimetrias cronológicas. Apenas 5,7% ($n=6$) das 105 mensagens ocorrem nos dois primeiros meses (abril e maio). Em contraponto, 57,1% ($n=60$) verificam-se entre junho e julho e 19,1% ($n=20$) em agosto. O que revela que o principal foco de mensagens de tranquilização ocorre nos três meses de Verão, período coincidente com o acentuado aumento no número de casos confirmados, que evolui de 20 para 1.870 confirmações.

Quadro nº6.9: Discurso de tranquilização

	<i>Benignidade do vírus</i>	<i>Portugal sem pandemia</i>	<i>Retorno a vida normal</i>	<i>Expectativas confirmadas</i>	<i>Sem razão para alarme</i>	<i>Apelo à tranquilidade</i>
abril				3	1	2
maio				1		2
junho	17	24				
julho	1	3	25	33	22	
agosto			20	19	18	
setembro			4	2		2
outubro			4			
novembro			2	4		4
dezembro	3			2		2
Total	21	27	55	64	41	12
Percent.	12,9	16,6	33,7	39,3	25,2	7,4

A previsibilidade e confirmação de expectativas médicas face ao evoluir da doença e da pandemia constituem o modelo mais aplicado (38,7%, $n=63$), fundamentalmente nos meses de julho e agosto, durante o auge do aparecimento de novos casos. Durante o mesmo período, verifica-se também maior intensidade da variável de retorno a uma vida normal (33,7%, $n=55$), consagrada a casos de doentes completamente restabelecidos, assim como a afirmação de que não existem razões para alarme (25,2%, $n=41$), que concentra 97,6% do seu uso em julho e agosto. Pelo contrário, as variáveis relativas à benignidade e baixa virulência do H1N1 (12,9%, $n=21$), e à situação portuguesa estar distante de uma pandemia (16,6%, $n=27$), verificam-se maioritariamente durante o mês de junho, com 81% e 88,9% dos respetivos discursos numa fase em que ainda não haviam sido atingidas as duas dezenas de casos.

6.3.6. Comunicação

A importância atribuída à vertente de diálogo com a comunicação social expressa-se pela presença em 85,3% ($n=139$) dos comunicados. Desde o primeiro comunicado ministerial que a garantia de disponibilização de informação foi assumida no discurso, em 81,6% ($n=133$) da comunicação (“asseguramos que continuaremos a prestar todos os esclarecimentos considerados oportunos, à medida que surgirem novas informações” ou “[t]odos os dias, serão prestados esclarecimentos”).

Esta tipologia é esmagadora em relação aos outros subtemas, que não ultrapassam 10,4% ($n=17$). Caso da referência à mudança no processo de comunicação, que constitui um modelo transitório. No entanto, a diminuta utilização de outros géneros de discurso não deve remeter automaticamente

para a doutrina da escassa importância. Os apelos diretos à comunicação social registam-se em apenas 6,1% ($n=10$) da informação difundida (“[o] Ministério da Saúde pede a colaboração da comunicação social para fazer chegar a mensagem a todos os portugueses”, “agradece a colaboração dos órgãos de comunicação social”, ou “gostaria de pedir à comunicação social, que tem sido um parceiro valioso neste plano de controlo da Gripe, que nos continue a ajudar na divulgação de informação rigorosa e sem alarmismos”), mas revelam grande intensidade na fase inicial (80% das referências verificam-se entre 28 de abril e 8 de maio). Observam-se solicitações de “rigor” e “cuidado”, aliadas ao uso dos verbos como pedir, agradecer ou ajudar, nalguns casos na primeira pessoa do singular. O que parece remeter para uma tentativa de colaboração entre o MS e os órgãos de comunicação social, procurando envolver os jornalistas “na esfera do consenso” (Cabrera, 2001).

Quadro nº6.10: Comunicação

	<i>Garantia de informação</i>	<i>Apelo à com. social</i>	<i>Reatividade</i>	<i>Mudança de processo</i>	<i>Anúncio de evento</i>
abril	6	3	1		3
maio	24	5	3		1
junho	30	1		1	
julho	35			16	1
agosto	20				
setembro	5				
outubro	4				
novembro	4	1			
dezembro	5				
Total	133	10	4	17	5
Percentagem	81,6	6,1	2,5	10,4	3,1

A relação com os media contempla uma outra face, menos simbiótica e mais crispada. McNair (1998) assinala que uma elevada percentagem do trabalho das fontes oficiais incide na reatividade e refutação a notícias publicadas nos *media*. Este comportamento surge em 2,5% ($n=4$) dos comunicados, ilustrado por exemplos como “[f]ace às notícias hoje divulgadas, o Ministério da Saúde reitera que não há casos confirmados” ou “[t]endo em conta as notícias (...) esclarece”).

Por fim, o anúncio de conferências de imprensa e outras ações de comunicação (3,1%, $n=5$) consiste na divulgação destes eventos e corresponderá a um discurso transitório, em fase de adaptação, que terá sido incorporado noutros modelos e práticas de comunicação.

6.3.7. Tema dominante

Complementar à análise temática do discurso em geral, a análise do discurso dominante em cada comunicado pode constituir uma forma de confirmar ou afirmar tendências. A amplitude do discurso de temática múltipla é menos propensa a ilações evidentes, podendo a abordagem de tema dominante fazer relevar certas características. Para prossecução desse objetivo, são considerados temas dominantes as matérias incluídas no primeiro parágrafo, assumindo que a elaboração do texto obedece, naturalmente, a regras e padrões jornalísticos, que tendem a incluir no primeiro parágrafo ou *lead* a informação mais relevante (Carvalho, 2009; Ricardo, 2010). Não se considera a seleção temática como exclusiva mas múltipla, podendo verificar-se a inexistência das categorias selecionadas ou a existência de mais do que uma categoria.

Quadro nº6.11: Tema dominante (primeiro parágrafo)

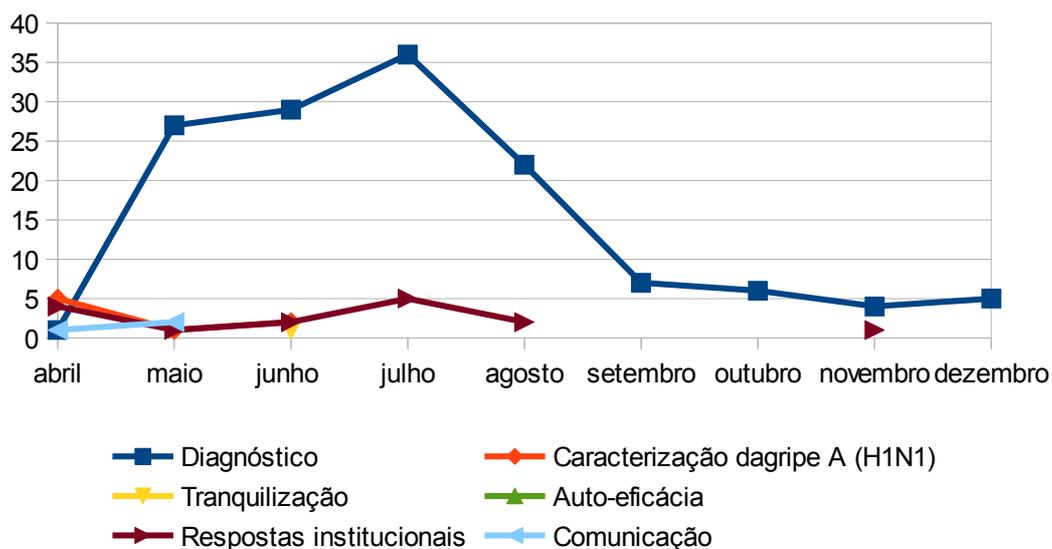
	<i>Diagnóstico</i>	<i>Caract. da doença</i>	<i>Tranquilização</i>	<i>Auto-eficácia</i>	<i>Respostas institucionais</i>	<i>Comunicação</i>
abril	1	5			4	1
maio	27	1			1	2
junho	29	2	1		2	
julho	36				5	
agosto	22				2	
setembro	7					
outubro	6					
novembro	4				1	
dezembro	5					
Total	137	8	1	0	15	3
Percent.	84	4,9	0,6	0	9,2	1,8

Estabelecida essa regra, observa-se uma predominância esmagadora da variável diagnóstico (84,1%, $n=137$), seguida, a considerável distância, das garantias de respostas institucionais (9,2%, $n=15$), caracterização da gripe A (4,9%, $n=8$), comunicação (1,8%, $n=3$) e tranquilização (0,6%, $n=1$). Regista-se a exclusão da variável auto-eficácia.

Mais uma vez, estes resultados reafirmam a predominância de veiculação de informação substantiva como objetivo prioritário na difusão de informação. O segundo tema evidenciado como dominante é referente ao enunciado de respostas institucionais, revelando a preocupação de mostrar a atuação institucional e governamental. Esta tendência é sobretudo visível numa fase inicial do processo de comunicação, concentrando-se um terço das comunicações com dominância das respostas institucionais nos dois primeiros meses de atuação. Junho, julho e agosto contemplam os

restantes exemplos consagrados a esta temática. A mesma lógica aplica-se às variáveis caracterização da gripe A e comunicação, que emergem como temas dominantes apenas na primeira fase do processo de comunicação. Este investimento inicial parece contemplar um imperativo de aumentar os níveis de alerta e, ao mesmo tempo, revelar a atuação institucional. Uma análise diacrónica evidencia as mutações do processo de comunicação e sustenta esta perceção. Em abril, nos 12 primeiros comunicados emitidos, a caracterização do H1N1 surge como tema dominante em 41,7% ($n=5$) da comunicação e respostas institucionais em 33,3% ($n=4$). Inversamente, o diagnóstico não ultrapassa 8,3% ($n=1$). Tendência que se altera drasticamente nos meses seguintes, com a dominância absoluta do diagnóstico. As outras variáveis ficam secundarizadas, existindo apenas um breve aumento de intensidade das respostas institucionais em agosto. Mês que comporta 33,3% das mensagens deste género.

Figura nº6.6: Progressão mensal da comunicação, por tema dominante



6.4. Auto-referência na escrita de comunicados

A especificidade dos comunicados de imprensa origina características como a exclusão de pronomes na primeira pessoa (Jacobs, 1999). A comunicação oficial do MS cumpre, na essência, com esta lógica, verificando-se que 97,2% ($n=139$) dos comunicados do MS utilizam a designação “Ministério da Saúde” em auto-referência. Também nos comunicados emitidos pela DGS se observa o enunciado “DGS” na terceira pessoa em 60% ($n=12$) das situações e “diretor-geral de Saúde” em 10% ($n=2$) dos comunicados emitidos.

Contudo, na comunicação do gabinete da ministra da Saúde verificam-se exceções, com a afirmação da primeira pessoa. Isto acontece em 6,3% ($n=9$) dos comunicados ministeriais, com expressões como “[e]nquanto Ministra da Saúde, garanto...”, “[q]uero reforçar”, “[n]ão tenho dúvidas”, “peço tranquilidade e calma”, “quero esclarecer o seguinte” ou “gostava de reiterar”. É interessante verificar que a utilização da primeira pessoa, em quatro das nove situações identificadas, acontece associada a apelos à comunicação social e, destas, em duas, em reatividade a notícias publicadas.

6.5. Designação da doença

Na informação oficial, difundida através de comunicados pelo gabinete da ministra da Saúde e pela DGS, a designação conjunta de gripe A e vírus H1N1, sob a forma “gripe A (H1N1)”, “Vírus A – H1N1” ou “gripe A (H1N1)v” foi usada em 74,2% dos comunicados ($n=121$). O uso de “gripe A” ou “gripe do tipo A” ocorreu em 17,2% das situações ($n=28$), e “H1N1” e “vírus H1N1”, em 2,4% ($n=4$). A designação “gripe pandémica” ocorreu uma vez (0,6%) e verificou-se que em 5,5% dos comunicados ($n=9$) não se encontrou qualquer designação para a doença. Dados que indicam uma elevada coerência, apesar de se tratar de um vírus único na sua evolução genética, o que dificultou a categorização (Christman *et al*, 2011).

É interessante observar que em Portugal não existiram quaisquer alusões a “gripe suína” ou “gripe mexicana” na comunicação oficial difundida em comunicados de imprensa pelo MS. Este facto é mais relevante por se observar que a OMS utiliza a designação “Swine Influenza A/H1N1” nas duas primeiras declarações da diretora-geral (25 e 27 de abril) e nas cinco primeiras atualizações sobre a doença, só alterando o registo para “influenza A (H1N1)” a 30 de abril. A DGS utilizou a designação gripe A (H1N1) desde 26 de abril.

Note-se ainda que a imprensa portuguesa revela, nesta primeira fase, uma apropriação da terminologia usada pela OMS em detrimento das opções do MS: “Médicos em alerta contra gripe suína”, “Gripe Suína suspende voos para o México”, “Gripe Suína no México torna-se preocupação de nível mundial”, “Gripe Suína. Mortes no México e casos suspeitos em três continentes” ou “Alerta de pandemia global de gripe mexicana”, são exemplos de manchetes identificadas durante o mês de abril, em dois diários portugueses (CM e Público)¹⁰. Um fenómeno que parece resultar das múltiplas vozes oficiais audíveis.

¹⁰ Observação resultante da análise dos títulos de todas as primeiras páginas e notícias publicadas em três jornais (Público, Correio da Manhã e Expresso), entre 25 de abril e 30 de setembro, e que foi realizada como complemento a este trabalho.

6.6. Inteligibilidade do discurso

A comunicação de risco e crise deve utilizar um discurso simples, claro e acessível, evitando o jargão (Covello, 2003; Witte *et al.*, 2001). A observação dos 163 comunicados permite concluir que apenas 17,2% ($n=28$) utilizam terminologia mais técnica. Inclui-se nesta categoria palavras e expressões como: “assintomático”, “antivirais”, “quimioprofilaxia”, “risco obstétrico”, “patologia crónica subjacente”, “metodologia Sentinela”, “odinofagia”, “artralgias”, “rinorreia”, “mialgias”, “cefaleias”, “sistema imunitário diminuído”, “sintomatologia”, “hemodinâmico”, “pneumonia bilateral”, “puérpera”, “clusters” e “antipiréticos”.

Refira-se que o vocabulário técnico se regista predominantemente na fase de manutenção, aquando da “mitigação”. Verificam-se neste período 57,1% ($n=16$) das referências. Atendendo ao menor número de comunicados emitidos, observamos que se regista o uso deste tipo de vocabulário em 72,2% da informação, enquanto anteriormente, durante a “contenção”, o mesmo só ocorreu em 8,5% dos comunicados. Esta opção pode estar associada, em alguns casos, ao aumento da complexidade e gravidade das situações. Como exemplo, no comunicado conjunto da “Direção Clínica do Hospital de Curry Cabral e do Ministério da Saúde”, de 12 de outubro, a propósito do segundo caso confirmado de morte devida a infeção pelo vírus H1N1, observa-se a utilização dos termos “puérpera” e “pneumonia bilateral”. Antes, em 26 de setembro, também em comunicação relacionada com uma morte, usaram-se “pneumonia viral”, “suporte hemodinâmico”, “deapuração renal” e “falência multiorgânica”.

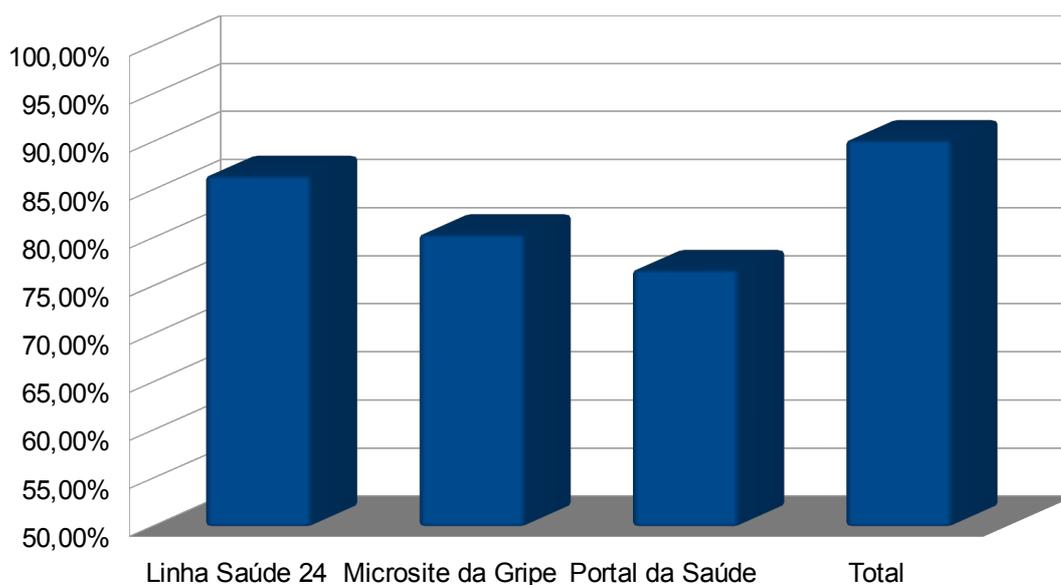
6.7. Linhas de comunicação para diálogo com o público

A capacidade de saber escutar públicos e interessados é assumida como uma boa prática na comunicação de crise e risco, tendente ao estabelecimento do diálogo (Covello, 2003; Seeger, 2006). A leitura dos comunicados do MS e da DGS permite identificar o enunciado de três contactos para estabelecimento dessa ligação: Linha Saúde 24 (808 24 24 24), Portal da Saúde (<http://www.portaldasaude.pt/>) e Microsite da Gripe, no site da DGS (<http://www.dgs.pt>). A Linha Saúde 24 surge enunciada como contacto em 86,5% dos comunicados ($n=141$), verificando-se ser a forma referida com mais frequência. Segue-se o Microsite da Gripe, no site da DGS (80,4%, $n=131$) e o Portal da Saúde (76,7%, $n=125$). Como se pode perceber a partir destes números, não existiu exclusividade de opção, sendo comum a presença de dois ou mesmo dos três modos de contacto. No

total, 90,2% dos comunicados apresentam pelo menos uma forma de contacto para o público, identificando-se 9,8% ($n=16$) que não dispõem de qualquer contacto.

Avery e Kim (2009) analisaram a mesma questão em comunicados de instituições de saúde americanas (Centers for Disease Control and Prevention, National Institute of Health e Department of Health and Human Services) e OMS, a propósito da gripe das aves, em fase de pré-crise, e verificaram que em 37,5% dos comunicados não constava nenhum contacto. Nesse estudo, o NIH revelou-se o mais consistente, com referências em 74,1% dos seus comunicados. É importante reafirmar que estes dados de Avery e Kim (2009) correspondem a uma situação exclusivamente de pré-crise, não se sabendo qual o comportamento em situação de crise. No entanto, se tomado o início da crise como o primeiro caso confirmado de gripe A em Portugal, em 4 de maio, verifica-se que 81,2% ($n=13$) dos comunicados do MS identificam um contacto para aceder a mais informação.

Figura nº6.7: Percentagem da presença de linhas de comunicação para o público



6.8. Localização e origem dos casos confirmados

Durante os primeiros 401 casos confirmados de gripe A em Portugal, divulgados em 51 comunicados, entre 4 de maio e 5 de agosto, verifica-se a identificação da idade e sexo dos doentes, hospital em que está referenciado e origem ou transmissão (proveniência geográfica, secundário ou terciário) em 98% das situações ($n=50$). Apenas no primeiro caso, de 4 de maio, esta informação não é disponibilizada. A partir de 6 de agosto, face ao aumento no número de casos registados

diariamente, “o Ministério da Saúde decidiu passar a contabilizar a totalidade dos casos registados agrupada pela sua origem (casos importados ou casos de transmissão secundária ou terciária), género e intervalo etário.”

7. ANÁLISE DIACRÓNICA

O processo de comunicação da gripe A, em Portugal, no ano de 2009, inscreve-se na lógica processual de comunicação de risco e crise, adotando algumas das diretrizes enunciadas pela teoria (Reynolds e Seeger, 2005). No entanto, esta análise restringe-se às três primeiras fases (pré-crise, início do evento e manutenção) do conjunto de cinco que constituem o modelo, visto que as duas últimas (resolução e avaliação) ocorrem num momento posterior ao período observado. Também a opção de análise dos comunicados oficiais emitidos pode revelar-se insuficiente para aquilatar toda dimensão do investimento realizado na fase pré-crise, uma vez que algumas dessas dinâmicas ocorrem noutras esferas que não apenas a difusão de comunicados, através do estudo, planificação e contactos diretos.

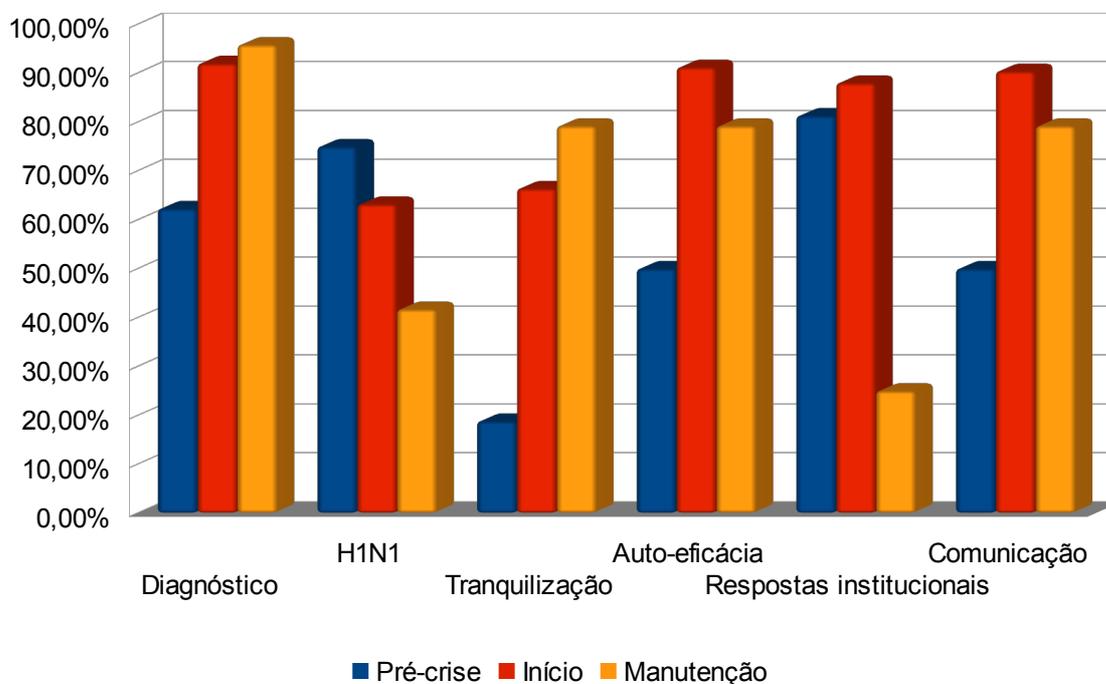
Figura 7.1: Cronologia de casos e alertas

abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro
	dia 4: 1º caso português	dia 1: 2º caso	dia 14: 100 casos	dia 14: mil casos	dia 23: 1ª morte	dia 11: 1ª morte dia 12: 2ª morte		dia 30: Total de 86 mortes
dia 24: Alerta OMS		dia 11: Nível 6 de Pandemia		dia 20: “mitigação”				

O desenvolvimento das três fases do processo desenrola-se também em função da evolução dos acontecimentos. A barra cronológica identifica alguns eventos que terão contribuído para modificações no processo de comunicação, como sejam a identificação de casos confirmados, a evolução do número de casos para valores significativos, o aparecimento de casos de morte, ou a

alteração de nível pandémico.

Figura nº7.2: Evolução de temas por fase, em percentagem



Pré-crise

É considerada no período compreendido até 4 de maio, data da confirmação do primeiro caso de Gripe A, em Portugal. A escalada nos níveis de alerta pandémico e a instantânea reação, à escala global, com repercussões na comunicação oficial e nos *media*, levantam dúvidas acerca da definição de um dia exato para o início do evento. No entanto, assumindo a crise numa perspetiva nacional, assume-se o seu começo coincidente com a data da primeira ocorrência. De acordo com Reynolds e Seeger (2005), esta corresponde à fase de elaboração de mensagens, avisos e preparação, de modo a promover o reconhecimento e entendimento do risco, por parte dos interessados. Existe a consciência de um perigo iminente e promove-se a alteração de comportamentos e o estabelecimento de cooperação com outras organizações.

De acordo com a observação, nesta fase, a intensidade de comunicação é a mais elevada de todo o período analisado, com a emissão média de 1,6 comunicados por dia. Ao nível dos conteúdos, apesar da formulação escrita adotar um formato abrangente à multiplicidade de temas, observa-se que a comunicação incide inicialmente nas respostas institucionais (81,3%, $n=13$), caracterização do

H1N1 (75%, $n=12$) e diagnóstico (61,3%, $n=10$).

Auto-eficácia, comunicação e tranquilização apresentam frequências mais baixas, com 50% ($n=8$), 50% ($n=8$) e 18,8% ($n=3$). Contudo, observa-se também intencionalidade no estabelecimento de colaborações com a comunicação social, realizadas através da referida solicitação direta. Os apelos aos *media* verificados na fase pré-crise e nos primeiros dias do início da crise, quase desaparecem nos meses seguintes. A avaliação aos resultados da relação com a comunicação social escapa aos meios deste trabalho, pois exigiria uma detalhada análise de conteúdo da imprensa, ou a aplicação de inquéritos ou entrevistas a profissionais da comunicação social. Modelos de análise que proporcionariam acesso a outros dados mas que correriam o risco de contaminação, que se procurou evitar através da opção pela análise de conteúdo (Krippendorff, 1980). Contudo, refira-se que a ministra da Saúde foi selecionada para o “Sobe” do jornal Público, em 5 de maio, pela informação “honestamente conduzida”, e em 8 de junho, pela forma como o MS tem lidado com gripe A¹¹.

Ao nível da emissão, é a fase em que a DGS é a principal entidade emissora de informação, o que indicia uma imediata abordagem técnica. Contudo, registam-se os primeiros indícios de transição para a esfera política, com as primeiras comunicações ministeriais.

Início do evento

Em maio, a eclosão do primeiro caso confirmado de gripe A em Portugal conduziu à transição para a fase de início do evento. Regista-se então o acentuado aumento de referências a diagnóstico, atingindo 92% das comunicações deste período. Com frequência igualmente elevada, encontram-se a auto-eficácia (91,2%, $n=114$), a comunicação (90,4%, $n=113$) e as respostas institucionais (88%, $n=110$). Mas também a tranquilização subiu para 66,4% ($n=83$). A caracterização do H1N1 foi a única área que registou uma descida, atingindo 63,2% ($n=79$). Neste período, é fundamental reduzir os níveis de incerteza, proporcionando conhecimentos acerca das características da ameaça e propostas de comportamentos de auto-eficácia. As mensagens de tranquilização, escassas nos dois primeiros meses, ganham incidência a partir de junho, principalmente a partir do aumento para o nível 6 de alerta, no dia 11 de junho. Aliás, este dia assinala um investimento em modelos de discurso associados à definição de pandemia e tranquilização face à situação portuguesa estar longe da pandemia, que se prolongaram, ininterruptamente, por 35 comunicados. Também a recomendação de cuidados de higiene ganhou notoriedade na comunicação oficial.

¹¹ Observação resultante da análise dos títulos de todas as primeiras páginas e notícias publicadas em três jornais (Público, Correio da Manhã e Expresso), entre 25 de abril e 30 de setembro, e que foi realizada como complemento a este trabalho.

Em junho assiste-se ainda à primeira inflexão informativa com o decréscimo de mensagens de caracterização da doença. A disponibilização dessa informação na fase inicial e a sintomatologia similar à gripe sazonal contribuem para esse ajustamento.

Inversamente, aumenta a incidência de todos os outros temas no ciclo que se prolonga por julho e agosto. Exemplo disso é a enunciação dos riscos de disseminação em aglomerados, que emerge durante o Verão, refletindo a sazonalidade dos ajuntamentos em período de férias.

Neste período, o avolumar do número de casos (atinge a centena a 14 de julho e o milhar a 14 de agosto), aliado ao detalhe informativo que contempla dados sobre sexo, idade, localização e origem de 98% dos casos confirmados, contribui para o intenso aumento do volume de informação difundida (número de palavras e caracteres). O volume de texto escrito atingiu os níveis mais elevados de todo o processo.

A teoria define como essencial a definição e designação de porta-vozes e seleção de métodos de comunicação. No entanto, neste aspeto verifica-se que a atuação precedeu esta indicação, com o estabelecimento da ministra da Saúde e do diretor-geral, como principais porta-vozes, e das conferências de imprensa e comunicados, como canais, ainda durante a fase pré-crise.

Manutenção

A transição da fase de “contenção” para a fase de “mitigação”, anunciada a 20 de agosto, corresponde, ao nível da comunicação, a uma transição para a fase de manutenção. Assiste-se a uma progressiva diminuição do volume informativo, que é reduzido ao essencial. O modelo adotado é de divulgação semanal de informação. As mensagens de caracterização da doença (41,7%, $n=10$) e de respostas institucionais (25%, $n=6$) são as menos frequentes. As últimas só reaparecem nesta fase em novembro, a propósito da realização de uma campanha de vacinação. Aliás, o indicador relativo a práticas medicamentosas revela uma aplicação cirúrgica em três momentos. Um primeiro, em abril, constituído por quatro mensagens a garantir que o país dispõe de reserva de medicamentos adequada a uma eventual pandemia. Segue-se um segundo, em julho, a “anunciar que foi decidida a pré-reserva de vacinas para 30% da população, à semelhança do que está a ser feito na maioria dos países europeus” e a garantir que “[n]ão há qualquer atraso no processo de pré-reserva de vacinas”. Por fim, em novembro, os anúncios da referida campanha de vacinação.

Os restantes temas (diagnóstico, tranquilização, recomendações e comunicação) são reiterados, mantendo-se uma frequência elevada. No caso dos temas diagnóstico e tranquilização verificam-se, inclusive, as frequências mais elevadas de todo o período observado.

Em contraste com a serenidade comunicacional, esta é a fase de maior turbulência na evolução

da doença. Assiste-se aos primeiros casos de morte provocada por gripe A em setembro e outubro. Momentos que afetam a comunicação, não ao nível dos números mas da forma. Verifica-se o recurso a mensagens de auto-referência com utilização da primeira pessoa do singular na apresentação de condolências. Até ao final do ano morrem 86 indivíduos por causas relacionadas com a gripe A, em Portugal.

Síntese

Ao longo das três fases, observa-se que o diagnóstico, acompanhado paralelamente por mensagens de tranquilização, registaram um contínuo aumento de frequência. Fenómeno que não pode ser dissociado do aumento de casos registados, o que implica uma maior necessidade de garantir tranquilidade aos interessados. Aliás, as mensagens de tranquilização apresentam uma subida muito acentuada desde os valores quase irrelevantes da fase pré-crise.

Como era esperado, as mensagens de auto-eficácia registam um crescimento acentuado no início do evento, e revelam um ligeiro abrandamento na manutenção, embora mantendo uma percentagem elevada. Percurso praticamente idêntico, até ao nível da percentagem, às mensagens de comunicação.

A mesma curva ascendente, durante o início, verifica-se nas respostas institucionais. Esta progressão era esperada, pela necessidade de garantir aos interessados a atuação e conforto da presença institucional, nas fases de pré-crise e início da crise. Surpreendente é a elevada quebra na fase de manutenção, que revela um desinvestimento muito grande neste domínio.

Como já referido anteriormente, globalmente a comunicação obedece a dois ciclos. Um primeiro, de grande intensidade da comunicação, verifica-se nas fases de pré-crise e início de crise, e antecede a fase de maior propagação da doença. Corresponde a um momento de preparação dos indivíduos, com a caracterização da doença, enunciação de mensagens de auto-eficácia e de respostas institucionais, além de uma dinâmica de apelos à comunicação social. Num segundo ciclo, coincidente com a fase de manutenção e de maior propagação da doença, observa-se um decréscimo da dinâmica informativa, restringindo os canais de diálogo ao essencial.

CONCLUSÃO

A análise dos comunicados de imprensa difundidos durante o ano de 2009 permite concluir que a comunicação da gripe A (H1N1) constituiu-se como um eixo fundamental no processo de atuação das autoridades de saúde face a esta ameaça de pandemia. Uma interpretação que resulta da identificação dos temas abordados e das suas regularidades, e das características de elaboração dos textos, bem como da intensidade e volume de informação.

Esta importância encontra-se patente em quatro características do discurso: centralidade do diálogo com os públicos; angariação da comunicação social como parceiro; afirmação da atuação política; e antecipação da comunicação em fases de pré-crise e início do evento.

O estudo das mensagens permite perceber que a centralidade do papel da comunicação assenta numa tentativa de mobilização dos públicos, que se encontra alicerçada numa tentativa de mobilização da comunicação social. Ou seja, verifica-se uma intencionalidade de transmitir mensagens para o público através da ação mediadora dos meios de comunicação social, alimentando uma relação de parceria. Por outro lado, esta importância interpreta-se também a partir do reflexo da presença ministerial, quer seja patente na pessoa discursiva, quer seja pela voz do seu gabinete. Ambos os casos remetem o enquadramento do problema para uma esfera mais política do que técnica. Por fim, observa-se a afirmação da comunicação como eixo fundamental desde o primeiro dia de alerta, antecipando o maior volume de ocorrências, numa lógica de prevenção e esforço de contenção da doença.

A referida mobilização dos públicos constitui-se principalmente em torno da promoção de comportamentos. A análise detalhada dos temas de discurso permite perceber que a comunicação emergiu como mecanismo estratégico com vista à promoção de comportamentos de auto-eficácia, de modo a contribuir para a contenção da pandemia. A Gripe A, subtipo H1N1, era caracterizada pela fácil transmissão entre indivíduos e pela rápida propagação, sendo por isso essencial a promoção de comportamentos que reduzissem os riscos de uma acelerada contaminação. Nesse sentido, a comunicação desempenhou um papel fundamental, através da emissão de mensagens de caracterização da doença, com enunciação de riscos e sintomas, e a prescrição de comportamentos adequados, como cuidados de higiene e precauções face a grandes aglomerados.

Complementar à formulação de mensagens de auto-eficácia é a indicação de respostas institucionais, que se processou através do anúncio de aquisição e disponibilização de medicamentos e vacinas, abertura de unidades de saúde ou segmentação de serviços. Declarações

que procuram revelar o empenhamento das autoridades, garantindo o acompanhamento e tranquilização dos indivíduos. Em qualquer dos casos identificados, as mensagens difundidas cumprem com os requisitos enunciados pela teoria.

Um reposicionamento de observação face a esta estratégia permite compreender algumas diretrizes de atuação institucional e política. Neste caso, salienta-se a proclamação da Linha Saúde 24 como resposta-chave para a problemática da propagação da Gripe A. Criada pelo Ministério da Saúde em abril de 2007, esta linha tem como objetivos garantir a triagem, diagnóstico, aconselhamento médico e eventual encaminhamento para os serviços de saúde mais indicados, reduzindo os riscos de propagação da doença e a sobrecarga dos serviços, devida aos “worried well”. Deste modo, a gripe A acabou por ser tornar fundamental na divulgação e promoção deste serviço. De acordo com o coordenador da Linha Saúde 24, de cerca de 500 mil chamadas recebidas em 2008, passou-se para 1,2 milhões em 2009, 630 mil em 2010 e 670 mil em 2011¹².

Em resumo, verifica-se que a Linha Saúde 24 foi um mecanismo de resposta para um risco de pandemia, mas também, simultaneamente, foi promovida como medida política a partir destas incidências, adquirindo uma importância até então não alcançada.

Alicerce fundamental neste processo de diálogo com o público, a comunicação social foi também objeto de tentativa de mobilização. Nesse sentido, assiste-se ao esforço de estabelecimento de uma parceria com estes meios, consolidada na contínua garantia de disponibilização de informação e em apelos diretos a boas práticas de comunicação, protagonizados, em alguns casos, na primeira pessoa, na figura da ministra da Saúde. Estes discursos contemplam, muitas vezes, a preocupação de enaltecer o trabalho da comunicação social e o alerta para a importância de uma comunicação responsável em contexto de perigo para a saúde. Discursos que parecem indiciar uma intencionalidade de deslocar o tema gripe A para a “esfera do consenso”, através de implicação da comunicação social no esforço coletivo, do país, em fazer face ao problema da gripe A. A refutação de notícias publicadas é ainda uma outra forma de responsabilizar os órgãos de comunicação social, assinalando publicamente informação equívoca e disponibilizando a acertada. Relembre-se que em 98% dos primeiros 401 casos confirmados houve identificação da idade e sexo dos doentes, hospital de tratamento e origem ou transmissão. Um esforço de transparência, facilitadora do trabalho da comunicação social, e uma garantia de que não é necessário o preenchimento do “vácuo” com a busca de informação noutras fontes.

12 Notícia Expresso de 25/04/2012 (<http://expresso.sapo.pt/linha-saude-24-desvia-25-mil-urgencias-por-mes=f721436>)

O caso português suscita ainda a interpretação de uma transferência da esfera técnica para a esfera política. A comunicação, inicialmente assegurada pela DGS, transitou, na sua maioria, para o MS. Também a participação frequente da ministra da Saúde em iniciativas de comunicação, como conferências de imprensa (não analisadas neste estudo) e também na auto-referência na primeira pessoa e na assinatura de comunicados, indiciam a atribuição de elevada importância à gripe A. Um comportamento pouco usual de se observar em relação a outras doenças. A análise efetuada neste estudo não clarifica as razões deste comportamento. Contudo, o facto da OMS ter decretado, pela primeira vez na história, o nível máximo de alerta de pandemia, a intensidade de comunicação da mesma OMS e o reflexo noticioso que teve na comunicação social portuguesa, aliados ao facto de estar num ano em que se realizavam três eleições num curto período de tempo, podem ser indicadores a considerar num eventual estudo mais detalhado sobre esta matéria.

Desde o primeiro alerta da OMS, em 24 de abril, durante as fases de pré-crise e início da crise, a estratégia caracterizou-se por um intenso volume informativo, patente no elevado número de comunicados e, sobretudo, no volume de texto. Este volume de informação não foi coincidente com as fases de maior propagação da doença, tendo-se verificado a mais intensa atividade informativa nas fases de pré-crise e início de crise, e uma muito menor atuação da comunicação na fase de manutenção, quando o vírus se propagou com maior velocidade e amplitude. Esta atuação indica a preocupação de antecipar as mensagens de auto-eficácia, respostas institucionais e tranquilização em relação ao auge do problema, quando os seus efeitos seriam muito menos eficazes.

Os ciclos de comunicação são conduzidos de acordo com os princípios defendidos pela teoria. No entanto, todo o processo revela adaptações várias às diferentes pressões e influências exteriores. Ao nível de influências exógenas identificam-se, naturalmente, as fases da doença e as repercussões sociais causadas pelo surto pandémico, mas também as indicações supranacionais. A gripe A, como fenómeno global, com repercussões em todo o planeta, foi gerida pela OMS. Deste modo, as diretrizes desta organização pautaram a evolução do processo em Portugal, como em todos os outros países membros. Exemplo evidente desta dinâmica é o efeito dos aumentos de nível de pandemia na comunicação nacional. Também a informação relativa às características do vírus, transmissão e sintomas, detalhes de diagnóstico, recomendações comportamentais (cuidados de higiene e atenção a aglomerados) e mesmo indicações relativas a controlo em voos, aeroportos e

portos, resultam de indicações supranacionais emanadas pela OMS.

Outra influência exógena é verificável no diálogo com a comunicação social. É sabida a dependência entre fontes e jornalistas e o propósito das fontes em aparecerem nas notícias. No entanto, a investigação não tem atendido ao fenómeno inverso. A reatividade a que estão obrigadas as fontes oficiais. Mas como afirmam Strömbäck e Nord (2006) quem lidera o tango continuam a ser os jornalistas. No caso da comunicação da gripe A, em Portugal, evidencia-se em vários momentos a necessidade de reagir a notícias da comunicação social, expressa literalmente, principalmente na fase inicial de todo o processo. Esta análise carece de investigação com maior detalhe. Seria por isso pertinente estudar a influência mútua entre órgãos de comunicação social e fontes oficiais numa situação de risco e crise para a saúde pública.

BIBLIOGRAFIA

- Arpan, Laura M. e Donnalyn Pompper (2003), “Stormy weather: testing “stealing thunder” as a crisis communication strategy to improve communication flow between organizations and journalists”. *Public Relations Review*, 29, pp. 291-308.
- Aubemas, Florence e Miguel Benasayag (2002), *A fabricação da informação. Os jornalistas e a ideologia da comunicação*, Porto, Campo das Letras.
- Avery, Elizabeth Johnson e Sora Kim (2009), “Anticipating or Precipitating Crisis? Health Agencies May Not be Heeding Best Practice Advice in Avian Flu Press Releases”. *Journal of Public Relations Research*, 21, (2), pp. 187-197.
- Bardin, Laurence (2009), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- Beck, Ulrich (1992), *Risk Society. Towards a New Modernity*, Londres, Towsand Oakes, Sage Publications
- Bennett, W. Lance (2001), *News: The Politics of Illusion*, Addison Wesley Longman.
- Cabral, Manuel Villaverde (coord.), Pedro Alcântara da Silva e Hugo Mendes (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabrera, Ana *et al.* (2001), “Missão Paz em Timor: Percurso de um pseudo-acontecimento”, em Nelson Traquina, Rogério Santos, Cristina Ponte e Ana Cabrera, *O Jornalismo Português em Análise de Casos*, Lisboa, Editorial Caminho.
- Caetano, Joaquim, Maria Vasconcelos e Paulo Vasconcelos (2006), *Gestão de Crise*, Lisboa, Editorial Presença.
- Carapinheiro, Graça (2006), “A saúde enquanto matéria política”, em Graça Carapinheiro (Org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores, pp. 137-164.
- Carvalho, Cláudia e Léa Maria Aarão Reis (2009), *Manual Prático de Assessoria de Imprensa*, São Paulo, Elsevier Editora.
- Christman, Mary C., Ambreen Kedwani, Jianpeng Xu, Ruben O. Donis e Guoqing Lu (2011), “Pandemic (H1N1) 2009 virus revisited: An evolutionary retrospective”. *Infection, Genetics and Evolution*, 11, pp. 803-811.
- Cockerel, Michael (2000), “Lifting the lid off spin”. *British Journalism Review*, 11, (3), pp. 6-14.
- Coombs, W. Timothy (1999), *Ongoing Crisis Communication: Planning, managing, and responding*, Thousand Oaks: Sage.
- Coombs, W. Timothy (2002), “Deep and surface threats: conceptual and practical implications for “crisis” vs. “problem””. *Public Relations Review*, 28, pp. 339-345.

- Coombs, W. Timothy (2004), "West Pharmaceutical's explosion: structuring crisis discourse knowledge". *Public Relations Review*, 30, pp. 467-473.
- Coombs, W. Timothy e Sherry J. Holladay (1996), "Communication and Attributions in a Crisis: An Experimental Study in Crisis Communication". *Journal of Public Relations Research*, 8, (4), pp. 279-295.
- Covello, Vincent T. (2003), "Best Practices in Public Health and Crisis Communication". *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 8, (S1), pp. 5-8.
- Covello, Vincent T., Richard G. Peters, Joseph G. Wojtecki e Richard C. Hyde (2001), "Risk Communication, the West Nile Virus Epidemic, and Bioterrorism: Responding to the Communication Challenges Posed by the Intentional or Unintentional Release of a Pathogen in an Urban Setting". *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78, (2), pp. 382-391.
- Correia, Fernando (1997), *Os Jornalistas e as Notícias*, Lisboa, Editorial Caminho.
- Davis, Aeron (2000a), "Public relations, business news and the reproduction of corporate elite power". *Journalism*, 1, pp. 282-304.
- Davis, Aeron (2000b), "Public relations, news production and changing patterns of source access in British national media". *Media, Culture & Society*, 22, pp. 39-59.
- Davis, Mark, Niamh Stephenson e Paul Flowers (2011), "Compliant, complacent or panicked? Investigating the problematisation of the Australian general public in pandemic influenza control". *Social Science & Medicine*, 72, pp. 912-918.
- Fidalgo, Joaquim (2008), *O Jornalista em Construção*, Porto, Porto Editora.
- Fogarty, Andrea S., Kate Holland, Michelle Imison, R. Warwick Blood, Simon Chapman e Simon Holding (2003), "Communicating uncertainty – how Australian television reported H1N1 risk in 2009: a content analysis". *BMC Public Health*, (Online), 11, 181.
Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/181>
- Foster, Steven (2010), *Political Communication*, Edimburgo, Edinburgh University Press.
- Fowler, Roger (1991), *Language in the news: discourse and ideology in the press*, Londres, Routledge.
- Gaber, Ivor (2000), "Government by spin: an analysis of the process". *Media, Culture & Society*, 22, pp. 507-518.
- Gallagher, Amanda Hall, Maria Fontenot e Kris Boyle (2007), "Communicating during times of crises: An analysis of news releases from the federal government before, during, and after hurricanes Katrina and Rita". *Public Relations Review*, 33, pp. 217-219.
- Gans, Herbert J. (1980), *Deciding what's news: a study of CBS Evening News, NBC Nightly News, Newsweek, and Time*, Nova Iorque, Vintage Books.
- Glik, Deborah C. (2007), "Risk Communication for Public Health Emergencies". *Annual Review of Public Health*, 28, pp. 33-54

- Gonçalves, Vítor (2006), “A Mediação do Poder: o papel dos assessores de imprensa nos governos presididos por António Guterres – 1996/2002”, em Manuel Meirinho Martins, *Comunicação e Marketing Político: contributos pedagógicos*, Lisboa, ISCSP – Universidade Técnica de Lisboa.
- Gwin, Richard (2002), *Communicating health and illness*, Londres, Sage.
- Hall, Stuart, Chas Critcher, Tony Jefferson, John Clarke e Brian Roberts (1993), “A Produção Social das Notícias: O 'Mugging' nos *Media*”, em Nelson Traquina (org.), *Jornalismo: Questões, Teorias e “Estórias”*, Lisboa, Vega.
- Head, Brian (2007), “The Public Service and government communication: Pressures and dilemmas”, em Sally Young, *Government Communication in Australia*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Jacobs, Geert (1999), “Self-reference in press releases”. *Journal of Pragmatics*, 31, pp. 219-242.
- Jones, Sandra C., Louise Waters, Omnia Holland, John Bevins e Don Iverson (2010), “Developing pandemic communication strategies: Preparation without panic”. *Journal of Business Research*, 63, pp. 126-132.
- Kim, Sora, Elizabeth Johnson Avery e Ruthann W. Lariscy (2009), “Are crisis communicators practicing what we preach?: An evaluation of crisis response strategy in public relations research from 1991 to 2009”. *Public Relations Review*, 35, pp. 446-448.
- Kiviniemi, Marc T., Pavani K. Ram, Lynn T. Kozlowski e Kaitlin M. Smith (2011), “Perceptions of and willingness to engage in public health precautions to prevent 2009 H1N1 influenza transmission”. *BMC Public Health*, (Online), 11, 152.
Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/152>
- Krippendorff, Klaus (1980), *Content analysis: an introduction to its methodology*, Newbury Park, Sage.
- Krippendorff, Klaus (1990), *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*, Barcelona, Paidós.
- Levin, David (2002), “Making Good Impression: Peace Movement Press Release Styles and Newspaper Coverage”. *The Harvard International Journal of Press/Politics*, 7, pp. 79-101.
- Lima, Marinús Pires de (2000), *Inquérito Sociológico. Problemas de Metodologia*, Lisboa, Editorial Presença.
- Liu, Brooke Fisher e J. Suzanne Horsley (2007), “The Government Communication Decision Wheel: Toward a Public Relations Model for the Public Sector”. *Journal of Public Relations Research*, 19, (4), pp. 377-393.
- Liu, Brooke Fisher, J. Suzanne Horsley e Abbey Blake Levenshus (2010), “Government and Corporate Communication Practices: Do the Differences Matter?”. *Journal of Applied Communication Research*, 38, (2), 189-213.
- Liu, Brooke Fisher e Sora Kim (2011), “How organizations framed the 2009 H1N1 pandemic via social and traditional media: Implications for U.S. Health communicators”. *Public Relations Review*, 37, pp. 233-244.

- Luhmann, Niklas (1992), *A improbabilidade da comunicação*, Vega.
- Luhmann, Niklas (1993), *Risk: a sociological theory*, Berlim, Walter de Gruyter.
- Lundgren, Regina e Andrea McMakin (2004), *Risk Communication. A Handbook for Communicating Environmental Safety, and Health Risks*, Columbus, Battelle Press.
- Maat, Henk Pander (2007), “How Promotional Language in Press Releases is Dealt With by Journalists. Genre Mixing or Genre Conflict?”. *Journal of Business Communication*, 44, (1), pp. 59-95.
- Mak, Kwok-Kei e Ching-Man Lai (2012), “Knowledge, risk perceptions, and preventive precautions among Hong Kong students during the 2009 influenza A (H1N1) pandemic”. *American Journal of Infection Control*, 40, pp. 273-275.
- Martins, Luís Paixão (2001), *Schiu... Está aqui um jornalista*, Lisboa, Editorial Notícias.
- Maxwell, Terrence A. (2003), “The public need to know: emergencies, government organizations, and public information policies”. *Government Information Quarterly*, 20, pp. 233-258.
- McInnes, Colin (2005), *Health, Security and the Risk Society*, The Nuffield Trust, The Nuffield Health & Social Services Fund, UK Global Health Programme, (Online).
Disponível em: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/health-security-and-risk-society>
- McNair, Brian (1998), *The Sociology of Journalism*, Londres, Arnold Publishers.
- Mebane, Felicia, Sarah Temin e Claudia F. Parvanta (2003), “Communicating Anthrax in 2001: A Comparison of CDC Information and Print Media Accounts”. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 8, (S1), pp. 50-82.
- Mehta, Amisha e Robina Xavier (2012), “Tracking the defining moments of crisis process and practice”. *Public Relations Review*, 38, pp. 376-382
- Mendes, António Marques e Francisco Costa Pereira (2006), *Crises. De Ameaças a Oportunidades. Gestão Estratégica de Comunicação de Crises*, Lisboa, Edições Sílabo
- Miller, David, Jenny Kitzinger, Kevin Williams e Peter Beharrell (1998), *The Circuit of Mass Communication. Media Strategies, Representation and Audience Reception in the AIDS Crisis*, Londres, Sage Publications.
- Millner, Alyssa G., Shari R. Veil e Timothy L. Sellnow (2011), “Proxy communication in crisis response”. *Public Relations Review*, 37, pp. 74-76.
- Negrine, Ralph (1996), *The Communication of Politics*, Londres, Sage.
- Nerlich, Brigitte e Nelya Koteyko (2012), “Crying wolf? Biosecurity and metacommunication in the context of the 2009 swine flu pandemic”. *Health & Place*, 18, pp. 710-717
- Nery, Isabel (2004), *Política e Jornais: Encontros Mediáticos*, Oeiras, Celta Editora.

- Palenchar, Michael J. e Robert L. Heath (2007), “Strategic risk communication: Adding value to society”. *Public Relations Review*, 33, pp. 120-129.
- Parret, Herman (1987), *Prolégomènes à la théorie de l'énonciation: de Husserl à la pragmatique*, Berna, Peter Lang.
- Pauchant, Thierry C. e Ian I. Mitroff (1992), *Transforming the Crisis-Prone Organization. Preventing Individual, Organizational, and Environmental Tragedies*, São Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Petersen, Alan e Deborah Lupton (1996), *The new public health: health and self in the age of risk*, Londres, Sage.
- Ramsey, Meagan A. e Cecile A. Marczinski (2011), “College students' perceptions of H1N1 flu risk and attitudes toward vaccination”. *Vaccine*, 29, pp. 7599-7601.
- Rebelo, José (2002), *O Discurso do Jornal: o como e o porquê*, Lisboa, Notícias Editorial.
- Rebelo, José (2003), *A Comunicação. Temas e Argumentos*, Coimbra, Minerva.
- Regester, Michael e Judy Larkin (2008), *Risk Issues and Crisis Management in Public Relations – A Casebook of Best Practice*, Londres, Filadélfia, Kogan Page.
- Reynolds, Barbara J. (2010), “Building Trust Through Social Media. CDC's experience during the H1N1 influenza response”. *MHS - Marketing Health Services*, pp. 18-21.
- Reynolds, Barbara J. (2011), “When the facts are just not enough: Credibly communicating about risk is riskier when emotions run high and time is short”. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 254, pp. 206-214.
- Reynolds, Barbara e Matthew W. Seeger (2005), “Crisis and Emergency Risk Communication as an Integrative Model”. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 10, (1), pp. 43-55.
- Ricardo, Daniel (2010), *Ainda bem que me pergunta*, Alfragide, Casa das Letras.
- Ricoeur, Paul (2009), *Teoria da Interpretação: O Discurso e o Excesso de Significação*, Lisboa, Edições 70.
- Ribeiro, Vasco (2009), *Fontes Sofisticadas de Informação*, Porto, Editora Media XXI.
- Rodrigues, Adriano Duarte (1993), “O acontecimento”, em Nelson Traquina (org.), *Jornalismo: Questões, Teorias e «Estórias»*, Lisboa, Vega.
- Rodrigues, Adriano Duarte (2001), *Estratégias da Comunicação*, Lisboa, Editorial Presença.
- Santos, Rogério (2001), “Práticas produtivas e relacionamento entre jornalistas e fontes”, em Nelson Traquina, Rogério Santos, Cristina Ponte e Ana Cabrera, *O Jornalismo Português em Análise de Casos*, Lisboa, Editorial Caminho.
- Santos, Rogério (2006), *A Fonte Não Quis Revelar – Um estudo sobre a produção das notícias*, Porto, Campo das Letras.

- Seeger, Matthew W. (2006), “Best Practices in Crisis Communication: An Expert Panel Process”. *Journal of Applied Communication Research*, 34, (3), pp. 232-244.
- Sellnow, Tim e Deanna Sellnow (2010) “The instructional Dynamic of Risk and Crisis Communication: Distinguishing Instructional Messages from Dialogue”, *Review of Communication*, 10, (2), pp. 112-126.
- Shore, David H. (2003), “Communicating in Times of Uncertainty: The Need for Trust”. *Journal of Health Communication*, 8, 13-14.
- Silva, Pedro Alcântara da (2011), *A Saúde nos Media – Representações do sistema de saúde e das políticas públicas na imprensa escrita portuguesa*, Lisboa, Editora Mundos Sociais.
- Sleurs, Kim e Geert Jacobs (2005), “Beyond preformulation: an ethnographic perspective on press releases”. *Journal of Pragmatics*, 37, pp. 1251-1273.
- Stanyer, James (2007), *Modern Political Communication*, Cambridge, Polity Press.
- Strömbäck, Jesper e Lars W. Nord (2006), “Do Politicians Lead the Tango?: A Study of the Relationship between Swedish Journalists and their Political Sources in the Context of Election Campaigns”. *European Journal of Communication*, 21, pp. 147-164.
- Traquina, Nelson (1993), “As notícias”, em Nelson Traquina, (org.), *Jornalismo: Questões, Teorias e «Estórias»*, Lisboa, Vega.
- Traquina, Nelson (2000), *O Poder do Jornalismo – Análise e Textos da Teoria do Agendamento*, Coimbra, Minerva Editora.
- Traquina, Nelson (2001), “O jornalismo português e a problemática VIH/SIDA: Um estudo exploratório”, em Nelson Traquina, Rogério Santos, Cristina Ponte e Ana Cabrera (2001), *O Jornalismo Português em Análise de Casos*, Lisboa, Editorial Caminho.
- Traquina, Nelson (2007), *Jornalismo*, Lisboa, Quimera.
- U.S. Department HHS (2002), *Communicating in a Crisis: Risk Communication Guidelines for Public Officials*, Washington DC, U.S. Department of Health and Human Services.
Disponível em: <http://www.hhs.gov/od/documents/RiskCommunication.pdf>
- U.S. Department HHS (2007), *Crisis and Emergency Risk Communication: Pandemic Influenza*, Washington DC, U.S. Department of Health and Human Services.
Disponível em: <http://emergency.cdc.gov/cerc/pdf/CERC-PandemicFlu-OCT07.pdf>
- Vala, Jorge (2003), “A análise de conteúdo”, em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento.
- Veil, Shari R. e Francisco Ojeda (2010), “Establishing Media Partnerships in Crisis Response”. *Communication Studies*, 61, (4), pp. 412-429.
- WHO (2005a), *Responding to avian influenza pandemic threat. Recommended strategic actions*, Geneva, WHO.

Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_05_8-EN.pdf

WHO (2005b), *WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics*, Geneva, WHO.

Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf

WHO (2007), *The World Health Report 2007. A Safer Future. Global Public Health Security in the 21st Century*, Geneva, WHO.

Disponível em: http://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf

WHO (2008), *International Health Regulations (2005)*, Geneva, WHO.

Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf

Williams, David E. e Bolanle A. Olaniran (1998), “Expanding the Crisis Planning Function: Introducing Elements of Risk Communication to Crisis Communication Practice”. *Public Relations Review*, 24, (3), pp. 387-400.

Witte, Kim, Gary Meyer e Dennis Martell (2001), *Effective Health Risk Messages: A step-by-step guide*, Thousand Oaks, Sage Publications.

Wolf, Mauro (2009), *Teorias da Comunicação*, Lisboa, Editorial Presença.

Wolton, Dominique (1999), *Pensar a Comunicação*, Algés, Difel.

curriculum vitae

INFORMAÇÃO PESSOAL

Nome	JOÃO PAULO LIMÃO
Telemóvel	92 740 35 19
Correio electrónico	jpslimao@gmail.com

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Novembro de 2008 a Junho de 2011	Ministério da Educação Assessoria na área de especialização.
Setembro de 2000 a Novembro de 2008	Inde, Intercooperação e Desenvolvimento, crl. Especialista na área de comunicação. Redator. Técnico de projeto (desenvolvimento local e intervenção comunitária).
Fevereiro a Março 2008	Terras Dentro e ESDIME Redator em regime de colaboração (publicação “Rotas Sem Barreiras”).
Fevereiro 2006 a Dezembro 2007	Minha Terra – Federação Portuguesa de Associações de Desenvolvimento Local Redator em regime de colaboração (exposição “Desertificação e Desenvolvimento Rural”, publicação “Sementes de futuro – Política de Desenvolvimento Rural 2007-2013 – Três Projectos LEADER”).
Setembro de 1997 a Junho de 2004	Jornais “A Capital”, “Jornal de Moura”, “O Emigrante / Mundo Português” e “Almada Press” Colaborações pontuais em regime freelancer.
Novembro de 1998 a Setembro de 2000	Jornal “O Emigrante / Mundo Português” Jornalista.

FORMAÇÃO ACADÉMICA

Datas (2008/2010) Organização de ensino Classificação obtida	Pós-graduação em Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação ISCTE-IUL - Instituto Universitário de Lisboa 17
Datas (1992/1999) Organização de ensino Classificação obtida	Licenciatura em Antropologia - secção especializada de Gestão do Património e Ação Cultural Universidade Técnica de Lisboa Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP) 14

Datas (1997)
Organização de ensino
Intercâmbio Erasmus
University of Central Lancashire
Reino Unido

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Jornalismo e comunicação	Atelier de Imprensa (Fevereiro a Abril 1998), Cenjor Atelier de Imprensa II (Maio a Junho 1998), Cenjor Workshop de Jornalismo Literário (Maio de 2008), Escrever Escrever Escrita para Suportes Digitais (Fevereiro de 2012), Cenjor
Fotografia	Aperfeiçoamento em Fotojornalismo – Nível I (Abril a Julho 2002), Cenjor Aperfeiçoamento em Fotojornalismo II (Outubro a Dezembro 2003), Cenjor Photoshop (Fevereiro de 2004), Cenjor
Guionismo e cinema	Collaborative Scriptwriting Workshop (Maio a Junho de 2008), UT – Portugal 2008 Digital Media Summer Institute – University of Texas Austin e Faculdade de Ciências Sociais e Humanas Workshop “Transforme-se num argumentista ainda melhor” (Julho de 2008), Encontros Internacionais de Cinema, Televisão, Vídeo e Multimédia – Avanca’08 Guionismo – Escrever Filmes: Noções-Base (2007), Nextart – Centro de Experiências Artísticas
Formação	Formação Pedagógica Inicial de Formadores (Maio a Junho de 2008), IIEFP
Outros	Workshop de “Inteligência Estratégica: Gerir a mudança observando os seus sinais” (Agosto de 2011), FCSH - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas Curso de auditor de “Gestão Civil de Crises” (Fevereiro a Junho de 2012), IDN – Instituto da Defesa Nacional

APTIDÕES E COMPETÊNCIAS

Publicações	Redator e coordenador do livro <i>Em casa também se aprende</i> ; edição Inde; 2003. Participação como redator nos capítulos “Comunicação e desenvolvimento local em meio rural” e “Educação e desenvolvimento local” no livro <i>O Desenvolvimento Local em Meio Rural face ao desafio da sustentabilidade</i> ; edição Inde: 2001.
Voluntariado	Voluntariado na AIDGlobal. Colaborador na revista “Cinema”, da Federação Portuguesa de Cineclubes. Colaborador no Cineclube do Barreiro (publicação “Voz Off”)