

Um ano de pandemia por COVID-19: Relatório de monitorização de redes sociais

- Perceção de risco sistémico, das exigências colocadas pela pandemia e dos recursos para lidar com estas



www.dgs.pt

Um ano de pandemia por COVID-19: Relatório de monitorização de redes sociais

Perceção de risco sistémico, das exigências colocadas pela
pandemia e dos recursos para lidar com estas

FICHA TÉCNICA

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

Um ano de pandemia por COVID-19: Relatório de monitorização de redes sociais

- Perceção de risco sistémico, das exigências colocadas pela pandemia e dos recursos para lidar com estas

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2021

PALAVRAS- CHAVE

Redes sociais, sensores sociais, risco, crise, pandemias, comunicação de crise, comunicação de risco

EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

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

www.dgs.pt

AUTORES

Rui Gaspar, Universidade Católica Portuguesa

Samuel Domingos, ISPA-Instituto Universitário

Jéssica Filipe, Direção-Geral da Saúde

Gisela Leiras, ACeS Baixo Mondego

Beatriz Raposo, Universidade Católica Portuguesa

Cristina Godinho, Universidade Católica Portuguesa

Rita Francisco, Universidade Católica Portuguesa

Miguel Telo de Arriaga, Direção-Geral da Saúde

Agradecimentos (extração de dados nos media sociais): Ana Paula Carvalho; Lígia Garcia; Maria João Serra; Natacha Leal; Margarida Barros; Mário Anselmo; Manuel Gaio Augusto.

Lisboa, junho, 2021

ISBN: 978-972-675-324-7

Índice

Resumo.....	3
Abstract	4
CAPÍTULO I - RISCO E CRISE: CONCEITOS E MODELOS	5
1. Perceção de risco(s).....	5
2. Perceção de crise	6
3. Etapas/fases de crise	10
4. Monitorização de sensores sociais: A abordagem <i>ResiliScence</i>	12
CAPÍTULO II - MÉTODO.....	15
1. Monitorização de sensores sociais e extração de dados	15
2. Codificação e análise de dados.....	16
CAPÍTULO III - RESULTADOS.....	19
Ciclo de Análise 26/01/2020 a 05/03/2020	20
Ciclo de Análise 06/03/2020 a 04/08/2020	22
Ciclo de Análise 05/08/2020 a 23/10/2020	28
Ciclo de Análise 24/10/2020 a 18/12/2020	29
Ciclo de Análise 19/12/2020 a 20/02/2021	32
Ciclo de Análise 21/02/2020 a 08/03/2021 – Marco de um ano de pandemia por COVID-19 em Portugal....	34
CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
1. Perceção de crise	37
2. Monitorização de sensores sociais e comunicação baseada na evidência.....	38
3. Recomendações globais	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXO I – CHECKLIST DE PROCEDIMENTOS DE GESTÃO DE CRISE E COMUNICAÇÃO.....	43
1. Nível Nacional.....	43
2. Níveis Regional e Local	45
ANEXO II – CHECKLIST DE BOAS PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO DE CRISE	47
ANEXO III – SÍNTESE DE TEMAS EMERGENTES NA PERCEÇÃO SOCIAL, EM UM ANO DE PANDEMIA POR COVID-19	49

Índice de figuras

Figura 1. Abordagem do Desvio Normativo (ADN).....	7
Figura 2. Modelo CERC aplicado ao contexto da atual pandemia por COVID-19 em Portugal.....	11
Figura 3. Modelo de Estratos e Limiares de Crise.....	12
Figura 4. Abordagem ResiliScence – Monitorização de sensores sociais.....	13
Figura 5. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de perceção de risco sistémico.....	19
Figura 6. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de perceção de risco sistémico durante o período de 26/01/2020 a 05/03/2020.....	20
Figura 7. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de perceção de risco sistémico durante o período de 06/03/2020 a 04/08/2020.....	22
Figura 8. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de perceção de risco sistémico durante o período de 05/08/2020 a 23/10/2020.....	27
Figura 9. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de perceção de risco sistémico durante o período de 24/10/2020 a 18/12/2020.....	29
Figura 10. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de perceção de risco sistémico durante o período de 19/12/2020 a 20/02/2021.....	31
Figura 11. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de perceção de risco sistémico durante o período de 21/02/2021 a 08/03/2021.....	34

Índice de quadros

Quadro 1. Comunicação de risco vs. Comunicação de crise.....	9
--	---

Resumo

Objetivo: Analisar como diferentes pessoas, em diferentes momentos, avaliam e respondem de às exigências colocadas pela pandemia. Esta análise permite compreender oscilações na adesão a recomendações de comportamentos de prevenção de contágio por SARS-CoV-2 durante a pandemia por COVID-19. A partir disto, estratégias, ações e materiais de comunicação de crise e risco, podem ser customizadas às percepções sociais do risco, i.e., como as pessoas avaliam o perigo, esforço e incerteza vs. recursos para lidar com estas, num certo momento.

Método: Foi realizado, entre março de 2020 e março de 2021, um estudo de monitorização, com extração e análise longitudinal de dados de mais de 120 mil comentários públicos de utilizadores portugueses de redes sociais, em resposta a publicações sobre a COVID-19 emitidas pela Direcção-Geral da Saúde e por sete meios de comunicação social nacionais (Expresso, TVI24, RTP3, SIC Notícias, Correio da Manhã, Público, Observador). Este estudo seguiu uma abordagem que tem demonstrado ser relevante na recolha de evidências científicas que sustentem estratégias, ações e materiais eficazes no incremento de adesão a recomendações e mobilização social dos cidadãos, a abordagem *ResiliScience*, que considera os cidadãos como “sensores sociais”, permitindo detetar oscilações nas suas avaliações e respostas ao longo do tempo.

Principais resultados: Em certos períodos, o nível de percepção de risco sistémico refletiu a gravidade da situação epidemiológica, mas noutros períodos isso não ocorreu, com algumas expressões de incerteza/desconfiança face à gravidade dos números reportados ou elevada percepção de risco quando a situação epidemiológica não era grave (e.g., início do ano letivo). Considerando a representação social das características da crise percecionadas num certo momento (ver os vários modelos de crise no anexo III), particularmente as exigências, os indicadores de esforço foram predominantes face a indicadores de perigo e de incerteza na situação, o que dá suporte à hipótese que a atual crise de saúde se tornou crónica, predominando a denominada fadiga pandémica.

O período da pandemia em que o risco sistémico foi percecionado como mais baixo, coocorreu com os primeiros casos de COVID-19 confirmados no país e com o primeiro registo de zero óbitos (inferindo-se que ambos os acontecimentos tenham sido potenciadores da percepção de controlo). Também no período de Natal verificou-se baixa percepção de risco, potencialmente associada à “sensação de segurança” nos encontros familiares e às consequências do longo período de esforço/fadiga nos meses precedentes, limitador de capacidades para se ser vigilante. O mais alto nível de percepção de risco ocorreu em janeiro de 2021, quando Portugal atravessou a mais grave situação epidemiológica desde o início da pandemia. Os resultados quantitativos podem ser visualizados em: <https://covid19.min-saude.pt/comunicacao-de-crise-e-percecao-de-riscos/>.

Conclusões: Após cada “período de crise”, em que a percepção de risco sistémico aumentou consistentemente até atingir o pico, verificou-se um “período de restauração”, em que esta diminuiu consistentemente, atingindo os níveis médios do ciclo anterior. Estes resultados podem por um lado, indicar resiliência social e individual, em que após cada crise existe recuperação e potenciação de recursos. Por outro lado, podem revelar escape/negação da situação com atenuação do risco, após um período de risco alto. Mais ainda, servem de alerta pois a repetição de vários ciclos de crise-recuperação pode originar consequências negativas na saúde psicológica e consequente maior tempo de recuperação após cada “pico” de crise, caso não sejam providenciados suficientes recursos sociais e pessoais aos cidadãos, que tornem a recuperação mais eficaz.

Neste âmbito, uma abordagem de sensores sociais permite customizar a comunicação de crise e de risco às percepções sociais da situação (modelo de crise identificado) num certo momento (e.g., empatia, reconhecimento do esforço e agradecimento pela adesão aos comportamentos recomendados, se o esforço psicológico for predominante no modelo de crise identificado neste).

Abstract

Goal: To analyse how different people, at different times, evaluate and respond to the demands placed by the pandemic. This allows to understand the oscillations in the adherence to SARS-CoV-2 contagion prevention behaviours' recommendations during COVID- 19 pandemic. From this, crisis and/or risk communication actions and materials, can be customized to social perceptions of risk, i.e. the way people assess the dangers, effort and uncertainties vs. the resources available to cope with these, at a given moment.

Method: A monitoring study was carried out between March 2020 and March 2021, based on longitudinal data extraction and analysis of more than 120,000 public comments from Portuguese social media users, in response to publications on COVID- 19 issued by the Directorate-General for Health and by seven national media (Expresso, TVI24, RTP3, SIC Notícias, Correio da Manhã, Público, Observador). This study has followed an approach that has proven relevant in obtaining scientific evidence to support effective actions and materials in increasing adherence to the recommendation and social mobilization of citizens - the *ResiliScience* approach. This approach considers citizens as "social sensors", allowing the detection of fluctuations in their evaluations and responses over time.

Main results: In certain periods, the level of systemic risk perception reflected the severity of the epidemiological situation, but in other periods this did not happen, with some expressions of uncertainty/distrust regarding the seriousness of the reported numbers or high-risk perception when the epidemiological situation was not severe (e.g., school year beginning). Considering the social representation of the crisis characteristics at a certain moment (see the various crisis templates in Annex III), particularly the demands, the effort indicators were predominant in comparison to danger and uncertainty indicators in the situation, supporting the hypothesis that the current health crisis became chronic, with a predominance of the so-called pandemic fatigue.

The pandemic period in which perceived systemic risk was lower, occurred with the first cases of COVID-19 confirmed in the country and with the first record of zero deaths (from which it can be inferred that both events have potentiated perceived control). Also in the Christmas period, there was a low perception of risk, potentially associated with "feelings of safety" associated with family meetings and with the consequences of a long effort/fatigue period in the preceding months, which limits resources that are essential to be vigilant. The highest level of risk perception occurred in January 2021, when Portugal went through the most serious epidemiological situation since the beginning of the pandemic. Quantitative results can be visualized at: <https://covid19.min-saude.pt/comunicacao-de-crise-e-percecao-de-riscos/>

Conclusions: After each "crisis period", in which the perceived systemic risk consistently increased until reaching a peak, a "restoration period" was identified, where this perceived risk decreased consistently, reaching the average levels of the previous cycle. These results can, on the one hand, indicate social and individual resilience, in which after each crisis there is recovery and potentiation of resources. On the other hand, this can also indicate escape/denial of the situation with risk attenuation, after a period of high risk. Furthermore, this may serve as a warning because the repetition of several crisis-recovery cycles can originate negative consequences for psychological health and consequent longer recovery time after each "peak" of crisis, unless sufficient social and personal resources are provided to citizens, that make recovery more effective.

In this context, a social sensors approach may make it possible to customize crisis and risk communication to social perceptions of the situation (identified crisis template) at a certain moment (for example, showing empathy, recognizing effort and thanking for the adherence to protective behaviours recommendations, if psychological effort is predominant in the crisis template identified).

CAPÍTULO I - RISCO E CRISE: CONCEITOS E MODELOS

1. Percepção de risco(s)

Do ponto de vista técnico, a avaliação de risco implica um processo sistemático que tem como objetivo compreender a natureza do risco através da sua caracterização e avaliação com base no conhecimento científico disponível (Aven et al., 2015). Esta avaliação é tipicamente realizada por especialistas das ciências médicas, ciências naturais, entre outras.

Contudo, também os cidadãos podem realizar as suas próprias avaliações de risco, o que implica tentar compreender, caracterizar e avaliar o risco à luz do seu próprio conhecimento, das suas percepções, e daquilo que estão a sentir. Neste caso, a análise da percepção de risco, ou seja, da avaliação ou julgamento subjetivo do risco realizado por uma pessoa (SRA, 2015), é tipicamente realizada por especialistas das ciências sociais e humanas e, particularmente, das ciências comportamentais.

Esta análise é de extrema importância, já que comunicações de risco e intervenções ou comunicações de crise que recomendem um conjunto de comportamentos de proteção podem ser ineficazes se não tiverem em conta a forma como os indivíduos percebem e avaliam as características da situação e a consciência que estes têm dos diversos riscos associados. A adequada consciência dos riscos é condição necessária para que os indivíduos tenham motivação para a precaução e proteção de si próprios e dos outros, fomentando a adesão às recomendações e aos comportamentos necessários para mitigar a crise.

Como tal, importa identificar e analisar percepções de risco, representações individuais e sociais das características da situação de crise, crenças acerca de comportamentos de proteção e outros fatores situacionais, fontes e consequências do risco, linguagem e terminologia popular utilizada, e outras variáveis que permitam compreender a forma como os indivíduos e grupos, com diferentes características e vulnerabilidades, percebem e respondem à crise. Esta identificação e análise visa providenciar evidências para o desenvolvimento de comunicações de risco e intervenções ou comunicações de crise que sejam customizadas às cognições, emoções, linguagem, motivações, e comportamentos da população alvo.

De forma a compreender o significado do conceito “percepção de risco” importa também compreender conceitos que a este estão associados (adaptado de European Food Information Council, 2017):

Perigo = Potencial de causar dano. Exemplo: Quando atravessamos uma estrada, os carros são um perigo e podem causar muitos danos (ferimentos) se formos atropelados.

Risco = Probabilidade de ocorrer dano. Exemplo: Quando atravessamos uma autoestrada, o risco de acidente é alto. Quando atravessamos uma estrada rural, o risco de acidente é baixo.

Percepção de Risco individual = Avaliação subjetiva feita por uma pessoa, sobre a probabilidade de ocorrer dano ou consequências negativas e inesperadas, associadas a um perigo. Segundo o paradigma psicométrico do risco (e.g. Slovic, 1987), esta percepção é determinada por características percebidas tradicionalmente agrupadas em dois fatores: 1) “potencial ameaçador” que inclui a gravidade do risco, incontroabilidade, impacto catastrófico, difícil de prevenir, fatal, injusto, ameaçando as gerações futuras, não facilmente reduzido, aumentando exponencialmente, involuntário e pessoalmente

ameaçador, e 2) 'familiaridade' que inclui a observabilidade, ser conhecido (para aqueles expostos e para a ciência), imediatismo das consequências e reduzida novidade. Também determinante desta percepção, considera-se a vulnerabilidade percebida aos danos/consequências que possam ocorrer, sendo que pessoas mais vulneráveis farão estimativas mais elevadas do risco (Breakwell, 2010).

No caso da atual pandemia de doença (COVID-19) causada por infecção pelo coronavírus SARS-CoV-2, os conceitos podem redefinir-se como:

Perigo = danos/consequências negativas que podem ocorrer em caso de contágio por SARS-CoV-2.

Probabilidade de contágio = probabilidade de ocorrer infecção por SARS-CoV-2, após exposição ao vírus.

Risco de contágio = probabilidade de ocorrerem danos/consequências negativas a nível individual (e.g., para a nossa saúde) associadas a COVID-19, após infecção por SARS-CoV-2.

Risco sistémico = probabilidade de ocorrerem danos/consequências negativas em várias dimensões/elementos do sistema social (e.g., economia, sistema de saúde, relações sociais) decorrente de existir elevada incidência do vírus na população (i.e. vários indivíduos infetados com SARS-CoV-2).

Risco muito elevado (“nível vermelho”) = probabilidade muito alta ou muito forte probabilidade (acima de 90%) de ocorrerem danos/consequências negativas em caso de contágio por SARS-CoV-2.

Percepção de risco de contágio = Avaliação subjetiva feita por uma pessoa, sobre a probabilidade de ocorrerem danos/consequências inesperadas e negativas (e.g., para a sua saúde) associadas à COVID-19, em caso de infecção por SARS-CoV-2.

Percepção de risco sistémico = Avaliação subjetiva feita por várias pessoas, grupos/comunidades e organizações, sobre a probabilidade de ocorrerem danos/consequências inesperadas e negativas em várias dimensões/elementos do sistema social (e.g., economia, sistema de saúde, relações sociais), decorrente de existir elevada incidência do vírus na população. Apesar da percepção de risco corresponder a um julgamento subjetivo a nível individual, a percepção de risco sistémico pode constituir-se como uma percepção social de risco, que mais do que representar a “soma das percepções individuais”, pode configurar-se como uma **representação social do risco** (e.g. Joffe, 2003, 2004). É este conceito de percepção de risco sistémico que serve de base à monitorização apresentada neste relatório, decorrente da recolha e análise de dados que representam indicadores desta percepção.

2. Percepção de crise

Eventos específicos que envolvem riscos para a saúde, como é o caso de pandemias, são frequentemente classificados como crises pelos media, autoridades e outros intervenientes. Apesar de existirem diferentes visões daquilo que define uma crise, existem características consensuais: resulta de um evento inesperado, definido como uma ameaça, com um potencial elevado de consequências negativas para indivíduos e organizações e com sentido de urgência, exigindo respostas rápidas da sociedade. Contudo, não há ainda um entendimento claro por parte das autoridades de saúde e entidades decisoras sobre o momento a partir do qual os indivíduos percebem e concordam com a emergência de uma crise.

Geralmente, a identificação de emergência de uma crise resulta da preocupação das partes interessadas, em identificar e comunicar os comportamentos individuais que devem ser alterados para atenuar ou mitigar a crise, independentemente da percepção que as pessoas possam ter ou se existe consenso alargado de que uma crise emergiu. No entanto, as intervenções ou comunicações de crise que recomendam um conjunto de comportamentos de proteção podem ser ineficazes se não tiverem em conta a forma como os indivíduos avaliam as características da situação.

Como tal, importa analisar não apenas as percepções individuais de risco mas também as representações sociais do risco, referentes às características da situação de crise, crenças enviesadas (e.g., acerca de comportamentos de proteção, fontes e consequências do risco), e outras variáveis que permitam compreender a forma como os indivíduos e grupos – com diferentes características e vulnerabilidades – percebem a crise no sentido de providenciar evidências para uma comunicação de crise e de riscos associados, que seja customizada às suas cognições, emoções, motivações e comportamentos.

Para uma crise em saúde ser percebida como estando presente, as pessoas/organizações devem (Figura 1; adaptado de Gaspar, Seibt & Barnett, 2015):

1. Constatar um “desvio normativo” face ao que existia antes (i.e., situação “normal”);
2. Avaliar o perigo (para o próprio e/ou outras pessoas) e outras exigências (incerteza; esforço) que emergem na nova situação;
3. Implementar estratégias para reduzir ou eliminar o perigo e outras exigências, baseada na prévia identificação, procura e mobilização de recursos (individuais e sociais).

Tendo por base estes critérios pode definir-se:

Percepção de crise = Percepção de uma situação que se desvia do que é considerado “normal” e é avaliada como adicionando exigência(s), requerendo mobilização de recursos para lidar com estas e consequentes respostas de pessoas, grupos/comunidades e organizações, que normalmente não ocorreriam.

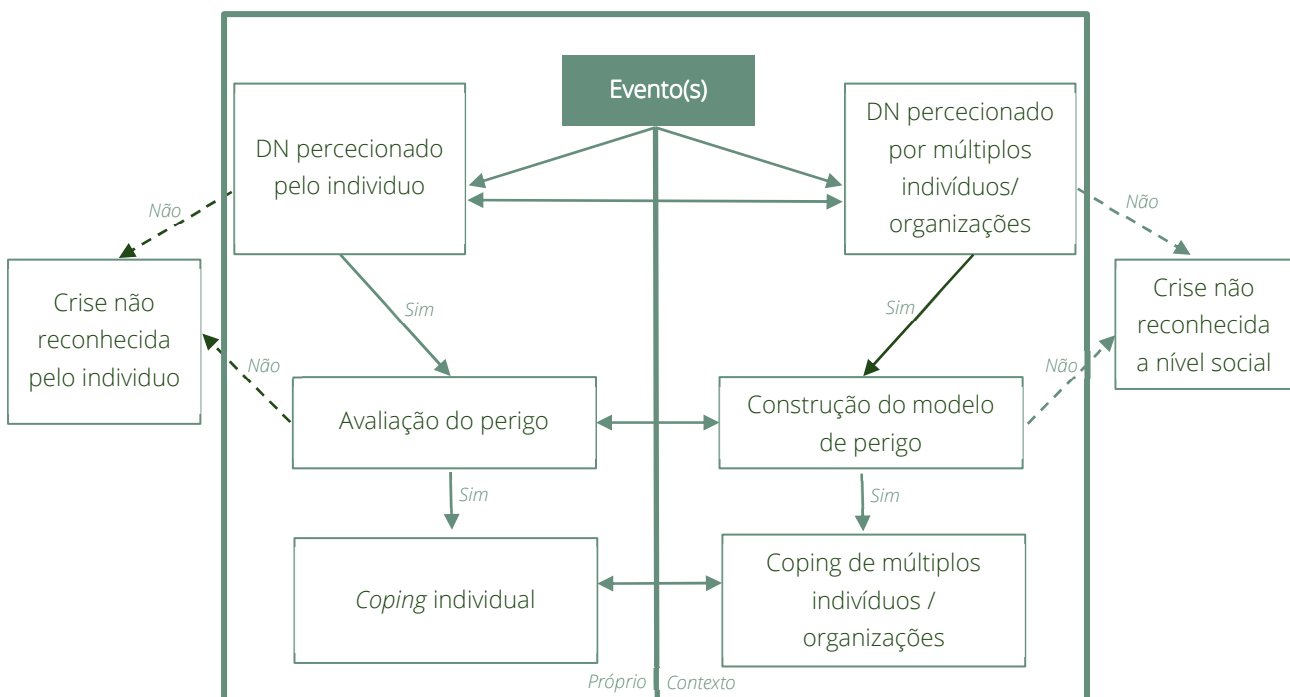


Figura 2. Abordagem do Desvio Normativo (ADN). Fonte: Adaptado de Gaspar, Barnett, & Seibt (2015).

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

Face a estes cenários epidemiológicos, as pessoas podem sentir falta de recursos para lidar com a situação, nomeadamente de informação, equipamentos e outros recursos, percecionando a situação como uma **ameaça**, ou por outro lado avaliar os seus recursos como suficientes para enfrentar a situação, vivenciando-a como um **desafio**. Desta forma, quando é incrementada a perceção de disponibilidade de recursos, estamos a capacitar para lidar com o risco emergente, reduzindo a perceção de ameaça. Independentemente de a situação ser avaliada como uma ameaça ou desafio, é necessária a implementação de estratégias (*coping*) para lidar com as exigências que emergem na nova situação. Deste modo, estaremos perante uma crise (no sentido em que é “tradicionalmente” definida) quando a situação é avaliada como **ameaça** (reduzidos ou ausentes recursos para lidar com as exigências).

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

- **Perceção de risco de contágio e perceção de risco sistémico** (anteriormente definidas).
- **Crenças enviesadas:** ideias, pensamentos, cognições acerca do perigo e do risco, não baseadas ou apenas parcialmente baseadas em evidências factuais (e.g., contágio através de roupa fabricada na China).
- **Perceção de exigências** (Domingos et al, 2020): perceção do perigo, incerteza e esforço necessário, inerentes à situação.
- **Perceção de recursos** pessoais e sociais (Domingos et al, 2020): perceção de recursos pessoais e/ou sociais avaliados como disponíveis para lidar com as exigências colocadas pela situação: 1) pessoais - conhecimentos e capacidades (e.g., resolução de problemas), e características disposicionais (e.g., resiliência psicológica, otimismo) e 2) sociais - suporte externo (e.g., informacional, institucional).
- **Avaliação de ameaça ou desafio**, i.e. se as exigências são superiores (desafio) ou inferiores (ameaça) aos recursos disponíveis.
- **Modelo de perigo** (“hazard template”; e.g. Barnett & Breakwell, 2003; Breakwell, 2010; Breakwell & Barnett, 2003): “representação social que fornece uma imagem facilmente acessível das facetas importantes de um perigo - causa, possíveis consequências, links para outros perigos e respostas comportamentais apropriadas - e forma a base, se necessário, para o desenvolvimento de modelos mentais mais detalhados” (Barnett & Vasileiou, 2014; p. 362). Quando ocorre um novo evento envolvendo um certo grau de risco, a forma como será representado será determinada pelos 'modelos' que já existem para a representação desse tipo de risco, nomeadamente o modelo de perigo.
- **Modelo de crise:** representação social do(s) evento(s) e sequências de eventos, das características do(s) perigo(s) e das características da situação (incluindo a perceção de risco individual, crenças acerca do perigo e risco, perceção do risco sistémico, perceção de exigências e dos recursos para lidar com estas), que podem variar no tempo, espaço, entre diferentes níveis de um sistema social (do nível micro intraindividual ao nível macro de países ou regiões do mundo) e entre indivíduos, grupos/comunidades e organizações dentro de cada nível de um sistema social. Note-se que este conceito de modelo de crise não se encontrava representada na proposta inicial da ADN (figura 1), dado que apenas se considerava a construção social do modelo de perigo. No entanto, propõe-se neste relatório uma reformulação dessa abordagem, para incluir a construção de um “modelo de crise” que inclua não apenas a avaliação do perigo mas também de outras exigências colocadas pela situação de crise: esforço e incerteza.

A partir da recolha de informação ao nível destes indicadores, poderão ser implementadas estratégias, ações e materiais de comunicação de risco e de comunicação de crise, consoante o objetivo associado a cada tipo de comunicação – e a sua customização ao momento de crise presente, i.e. ao *modelo de crise*. Neste âmbito, a comunicação de risco tem como objetivo o intercâmbio ou partilha de conhecimento, informação e dados relacionados com o risco, dentro de e entre diferentes grupos-alvo, como por exemplo, reguladores, *stakeholders*, media, público em geral e grupos específicos (Aven et al., 2015). A comunicação de risco em situação de crise partilha os mesmos objetivos, sendo aplicável especificamente em situações extremas, inesperadas e potencialmente stressantes que se desviam da “normalidade” (Gaspar et al., 2015). Esta última define-se como uma comunicação precisa e eficaz dirigida a diferentes audiências que se encontram em situação de emergência (Glick, 2007). Adicionalmente, ambas se distinguem num conjunto específico de características, tal como identificado no Quadro 1.

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

Quadro 1. Comunicação de risco vs. Comunicação de crise. Fonte: Adaptado de Reynolds e Seeger (2005)

Aplicado ao contexto da atual pandemia, a comunicação de risco deverá globalmente contribuir para:

- **Aumento da consciência do risco**, sensibilizando as pessoas para a presença do risco (por comparação a uma situação “normal” anterior em que este seria mais reduzido ou ausente).
- **Manter a perceção de risco em níveis moderados-elevados** (mas não demasiado elevados, evitando induzir sentimentos de impotência), tendo por base evidências sobre como são percecionadas as características do perigo e da situação, pessoas afetadas, entre outros, usando o modelo do perigo.

Por seu lado, a comunicação de crise deverá globalmente contribuir para:

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

3. Etapas/fases de crise

Ambos os tipos de comunicação – comunicação de risco e comunicação de crise – podem ocorrer simultaneamente ou sequencialmente, dependendo da fase em que a crise se encontra. Existem alguns modelos/abordagens que procuram caracterizar essas fases/etapas de crise. O mais conhecido e aplicado exemplo a esse respeito é o modelo CERC (*Crisis & Emergency Risk Communication*; Reynolds & Seeger, 2005), que propõe que as crises podem ser descritas em 5 fases: Pré-crise; Fase Inicial; Fase de Manutenção; Resolução; Avaliação. Estas equivalem aos níveis de alerta e resposta identificados no Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo Coronavírus COVID-19 (ver Figura 2, caixas a cor), podendo o modelo CERC ser representado incluindo estes níveis.

Estando neste momento a pandemia de COVID-19 na etapa de mitigação (Fase 3), considera-se que a fase inicial da crise (fase 1 e 2) já foi ultrapassada, representando a fase de manutenção do modelo CERC, a etapa presente.



Figura 2. Modelo CERC aplicado ao contexto da atual pandemia por COVID-19 em Portugal. Fonte: Adaptado de Reynolds, Hunter-Galdo e Sokler (2002) e PNPR COVID-19 (DGS, 2020)

Segundo o CERC, alguns dos aspetos centrais exigidos na fase 3 – manutenção da crise – são por exemplo “ajudar o público a compreender os riscos de forma mais precisa”, “empoderar na tomada de decisão de risco-benefício” e “explicar recomendações”. Para alcançar estes objetivos, considera-se que existem **cinco necessidades** das pessoas, que devem ser satisfeitas em situação de crise:

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

No sentido de promover uma eficaz comunicação em situação de crise, é necessário igualmente evitar um conjunto de **falhas da comunicação** que destroem o sucesso operacional: Mensagens diferentes, como as seguintes: mensagens “inconsistentes” por parte de múltiplos especialistas; informação partilhada tarde; atitudes paternalistas; não combater rumores e mitos em tempo real; lutas públicas de poder e confusão.

Apesar das vantagens deste tipo de abordagens de crise em fases, nomeadamente ao prescreverem aquilo que pode ser feito em cada fase, estas não captam a real complexidade de situações de crise, nomeadamente ao assumirem que as crises evoluem de forma linear/sequencial, unidirecional, em que as suas características permanecem estáticas e imutáveis ao longo do tempo.

4. Monitorização de sensores sociais: A abordagem ResiliScience

As crises evoluem de forma não linear, podendo implicar avanços e recuos, e sendo que as suas características evoluem se alteram de forma dinâmica, podendo existir múltiplas crises dentro de uma crise (Gaspar et al., 2021) – por exemplo associadas, associado a alterações nas características do perigo, (como é o caso do surgimento de novas variantes de SARS-CoV-2 com diferentes padrões de transmissibilidade e gravidade da doença, com implicações para as medidas de controlo da pandemia. Importa por isso, importa implementar uma abordagem de gestão de crise e comunicação de crise, que considere as características não lineares e dinâmicas de uma crise.

4.1 O modelo de estratos e limiares de crise

Tendo por base a necessidade de resposta a crises baseada nas evidências de alterações na situação e na avaliação e resposta de pessoas, comunidades e organizações que com elas coocorrem, Gaspar e colegas (2021) propuseram o Modelo de Estratos e Limiares de Crise (*Crisis Layers & Thresholds Model*). Este procura caracterizar e explicar as alterações nestas avaliações e respostas – avanços e recuos – nos diferentes estratos ou níveis de análise do mais micro (intraindividual) aos mais macro (organizacional), bem como a necessidade de evolução de uma crise no sentido de promover a resiliência de pessoas, comunidades e organizações. A representação gráfica deste modelo encontra-se em baixo (Figura 3). Para uma explicação detalhada deste, ver a referência associada.

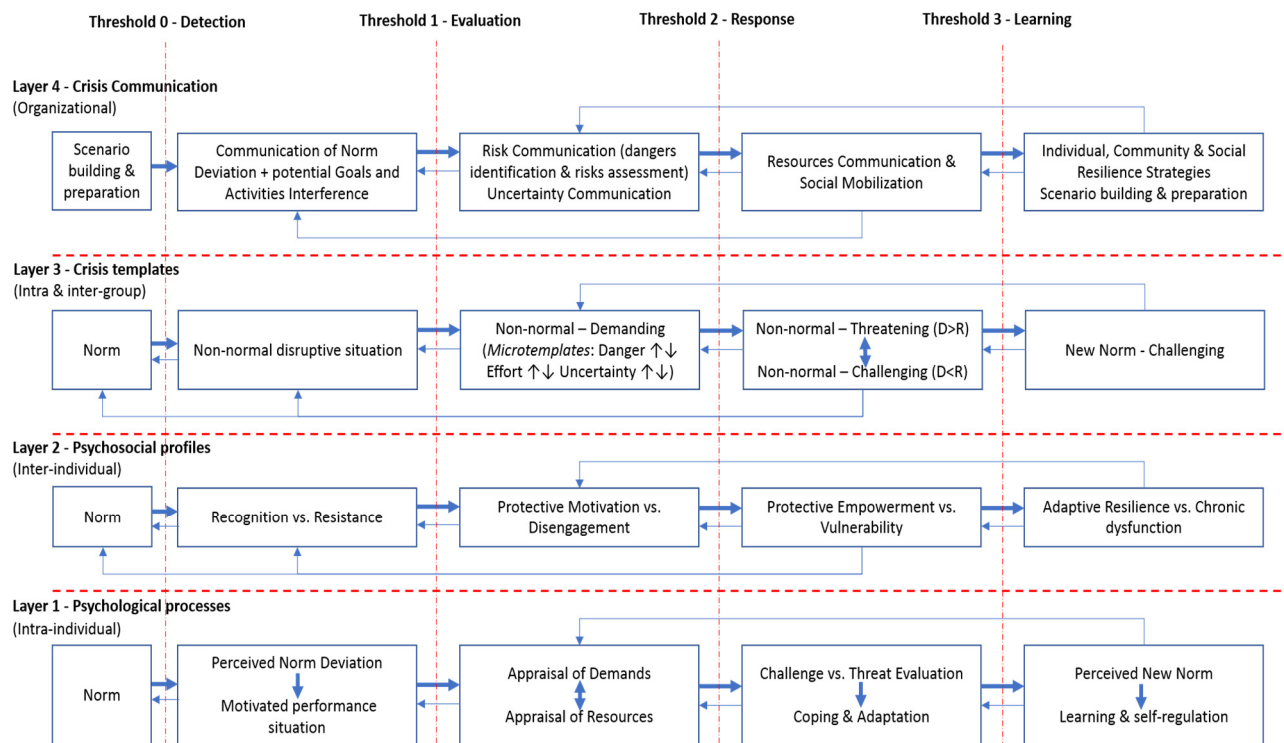


Figura 3. Modelo de Estratos e Limiares de Crise (Gaspar, Domingos, Brito, Leiras, Filipe, Raposo, & Arriaga, 2021)

Este modelo baseia-se no conceito de “modelo de perigo” (*hazard template*) que se define como uma estrutura para entender as informações de risco que incluem informações sobre o próprio perigo, sobre as organizações, grupos e indivíduos afetados por ele e envolvidos na sua gestão (Barnett & Breakwell, 2003). O modelo funciona como uma representação social, sendo socialmente construído por agências de risco, políticos, jornalistas e outros que influenciam a percepção dos indivíduos. O indivíduo também pode

contribuir para este modelo, procurando atribuir significado e interpretando as informações que possui sobre o assunto, podendo compartilhar essa interpretação e emoções associadas com outros indivíduos, por exemplo, através dos media sociais.

4.2 ResiliScience: Uma abordagem de monitorização de sensores sociais

Apesar de existirem vários exemplos internacionais de monitorização de uma situação de crise de saúde pública epidemiológica sustentados em vários indicadores epidemiológicos que representam a melhor evidência científica, são escassos os exemplos de monitorização da avaliação e resposta de pessoas, comunidades e organizações, que se baseiem em dados recolhidos no momento, para apoio à tomada de decisão no momento, em vez de exclusivamente de forma retrospectiva (e.g., através de inquéritos por questionário, não longitudinais).

Perante esta escassez, importa colocar uma questão central: Poderá ser desenvolvido um novo tipo de instrumento – um “macroscópio” – que permita avaliar o estado do mundo, aos olhos dos seus cidadãos? Um instrumento deste género deveria permitir observar, de forma confiável, fenómenos físicos e sociais à escala, tal como interpretados pela inteligência coletiva, por exemplo de utilizadores de media sociais. A partir desta necessidade, considera-se como central o conceito de “sensores sociais”, que parte do pressuposto que os seres humanos podem reconhecer, observar, descrever e reportar/interpretar um maior espectro de eventos do que os sensores físicos (Wang, Szymanski, Abdelzaher, & Kaplan, 2019).

De forma a responder a este desafio, foi proposta a abordagem de monitorização de sensores sociais – *ResiliScience* – que tem na sua base os pressupostos do Modelo de Estratos e Limiares anteriormente apresentado e que se encontra representada graficamente na figura em baixo (Figura 4).

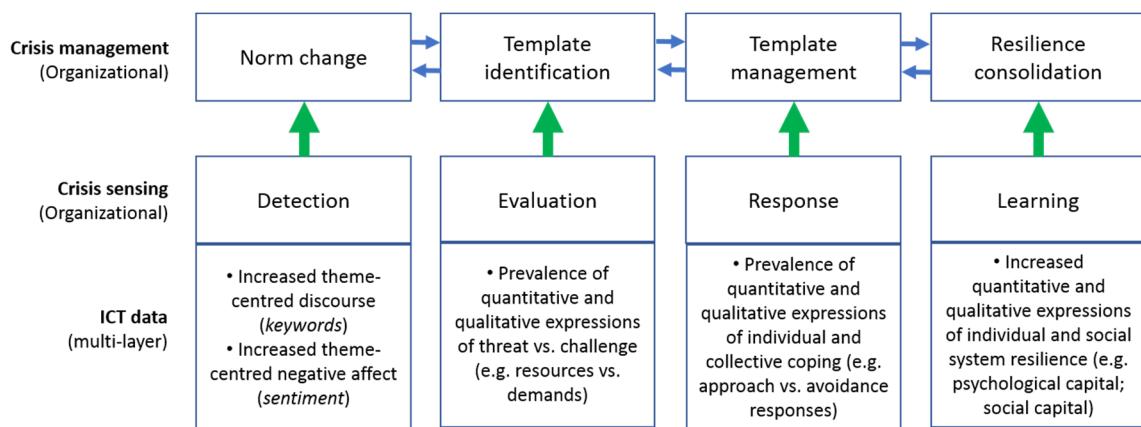


Figura 4. Abordagem ResiliScience – Monitorização de sensores sociais (Gaspar et al., 2021)

A implementação desta abordagem, tendo por base a monitorização dos media sociais durante um ano da pandemia por COVID-19 em Portugal, é descrita de seguida.

CAPÍTULO II - MÉTODO

1. Monitorização de sensores sociais e extração de dados

A recolha e análise de dados efetuada tendo por base a aplicação de uma abordagem multimétodo, que teve como objetivo identificar e monitorizar longitudinalmente: 1) indicadores quantitativos da perceção de risco sistémico e 2) indicadores qualitativos da variação no conteúdo dos modelos de crise, ao longo do tempo. A análise destes indicadores foi efetuada como uma de várias componentes de uma análise mais alargada no âmbito do Projeto ResiliScience 4 COVID-19 (para mais informação e detalhe, ver: Gaspar, Domingos, Toscano, Godinho, Francisco, & Arriaga, 2021) que teve na sua base uma adaptação do método multicamadas (“layering method”) proposto por Breakwell e Barnett (2003). Neste âmbito, em conjunto com a análise apresentada de seguida, foi igualmente realizado um inquérito longitudinal online, bem como a recolha de dados de exposição ao risco de contágio por intermédio de indicadores comportamentais recolhidos através de uma aplicação de smartphone (Vitoria). As diferentes camadas representam assim a análise de diferentes tipos de dados recolhidos longitudinalmente, dentro do mesmo intervalo de tempo, incluindo também o registo dos vários acontecimentos ao longo da pandemia, com relevância para esta análise. Como tal, a aplicação do método multicamada permitiu recolher dados de: 1) Media sociais; 2) Inquérito online; 3) App de smartphone; 4) Cronograma de acontecimentos. NO âmbito do presente relatório, serão apenas apresentadas duas “camadas”, correspondendo à coocorrência entre a análise dos media sociais e o cronograma de acontecimentos, durante um ano de pandemia por COVID-19 em Portugal.

Ao longo de um ano, e desde que foram identificados os primeiros casos da COVID-19 em Portugal (2 de março de 2020 a 4 de março de 2021), foram analisados um total de 127452 comentários públicos gerados por cidadãos, em resposta a publicações na rede social Facebook® relacionadas com a COVID-19 emitidas pela Direção-Geral da Saúde e 7 meios representativos da comunicação social nacional (Correio da Manhã; Expresso; Observador; Público; RTP Notícias; SIC Notícias; TVI24). Os resultados consideraram 92 períodos de 4 dias, tendo dado origem a 61 relatórios periódicos de análise de situação com consequente emissão de recomendações para a comunicação de crise/risco, e criação do gráfico da evolução da perceção de risco relacionada com a COVID-19 em Portugal disponível em <https://covid19.min-saude.pt/comunicacao-de-crise-e-percecao-de-riscos/>

A extração foi realizada, sempre que possível, diariamente (até 48h) a partir da página inicial da fonte (DGS ou meios de comunicação social) no Facebook®, após a identificação das publicações relevantes feitas ao longo do dia. Foram definidas palavras-chave para a pesquisa de publicações nas páginas do Facebook®, para quando não fosse possível fazer o acompanhamento e extração diária, ou quando o volume de publicações em determinada fonte fosse tão elevado que dificultasse a navegação. As palavras-chave definidas foram de carácter geral e usadas consistentemente em todas as fontes para pesquisa de publicações. São exemplos dessas palavras: “coronavírus”; “COVID”; “SARS”; “pandemia”; “boletim”; “relatório de situação”; “números”; “DGS”; “vacina”. Ao longo da evolução da pandemia foram surgindo novas terminologias, tendo sido criado um registo de palavras-chave e de expressões de pesquisa, acrescentando-se novas palavras/termos de pesquisa quando relevante. A pesquisa e seleção de notícias foi realizada por ordem cronológica.

Para uniformização do processo de extração foram definidas algumas regras: as extrações de comentários foram realizadas a partir de publicações nas fontes acima mencionadas que se relacionassem diretamente com a COVID-19 ou com o vírus SARS-COV-2, procurando ter-se, dentro do possível, uma homogeneidade no “tópico” das extrações entre fontes (e.g., evolução da pandemia em Portugal). A Direção-Geral da Saúde foi definida como a principal referência das restantes fontes, tendo sido privilegiada a extração de comentários relativos ao “Relatório de Situação”, pois estes relatórios têm como objetivo divulgar e atualizar de forma oficial os números diários e a evolução da pandemia em Portugal.

Ao extrair comentários, privilegiaram-se publicações relativas à divulgação dos números da evolução da pandemia em Portugal. Em situações em que estas não existiam em determinada fonte, ou em que o número de comentários não fosse suficiente para atingir a cota de amostragem de comentários para a fonte num dado período (e.g., ≈100-200 comentários) foram privilegiados, pela seguinte ordem, publicações relativas a: 1) comunicações da DGS sobre a pandemia ou sobre o vírus; 2) pontos de situação de surtos em zonas específicas de Portugal; 3) tópicos nacionais relacionados com a doença ou com o vírus, que foram centrais durante o período em análise; 4) números globais da evolução da pandemia a nível mundial; 5) tópicos internacionais relacionados com a doença ou com o vírus, que foram centrais durante o período em análise; 6) notícias sobre a evolução da pandemia noutros países, privilegiando países com maior fluxo de cidadãos de/para Portugal (e.g., Espanha ou Reino Unido). Foi evitada a extração de publicações que tivessem mais do que um tema no título (e.g., “infetados sobem em Portugal, 153000 mortos nos EUA, cinco bombeiros feridos”).

Como ferramenta para extração dos comentários foi utilizado o site “Export Comments to Excel Free - EXPORTCOMMENTS.COM” (Link de acesso: <https://exportcomments.com/>). Os comentários foram extraídos através do *link* da publicação da qual se pretendia a extração. Após o *download* do ficheiro *Excel* com os comentários extraídos pelo “Export Comments”, estes foram colocados, por ordem cronológica, numa base de dados e distribuídos por *sheets* de períodos de 4 dias consecutivos, para passarem para o processo de codificação.

2. Codificação e análise de dados

A análise dos comentários foi realizada através de uma metodologia sustentada na abordagem DeCodeR (Domingos et al., 2020) e no Modelo Biopsicossocial de Desafio e Ameaça (e.g., Blascovich & Mendes, 2000; 2010), permitindo assim uma análise desses comentários de duas formas: 1) quantitativa, tendo por base uma análise de conteúdo prévia com codificação a partir de categorias teóricas previamente definidas; e 2) qualitativa, com base numa análise temática com derivação teórica, i.e., com exploração de temas/padrões no conteúdo das mensagens, sem categorias definidas à partida mas com foco teórico nos modelos referidos. Devido às características do processo de extração de dados a partir da rede social Facebook® não foi possível extrair informação sociodemográfica.

Para a análise de conteúdo que serviu de base à posterior análise quantitativa, os comentários foram codificados numa de duas categorias globais (nível 1) e nas respetivas subcategorias (nível 2): a) Exigências (Perigo; Esforço; Incerteza); b) Recursos (Conhecimentos, habilidades e capacidades; Disposições; Suporte externo)¹. O produto desta codificação permitiu não só analisar e conhecer qualitativamente as formas de expressão, terminologia, perceções, ideias, e perspetivas que os cidadãos têm tido relativamente à situação pandémica em Portugal, às suas exigências, e aos recursos disponíveis para lidar com a mesma,

¹ As exigências podem ser definidas como condições ou requisitos acrescidos, perante o desvio normativo que a situação de crise impõe. Por seu turno, os recursos são entendidos como as ferramentas individuais e sociais que capacitam as pessoas para lidar positivamente com a situação de crise. Quando a categorização dos comentários em “recursos” é predominante, estamos perante uma situação avaliada como desafio, e quando as “exigências” são predominantes a situação é avaliada como uma ameaça.

mas também analisar quantitativamente o nível global de percepção de risco sistémico (ver definição no 1º capítulo) associado à pandemia por COVID-19 em Portugal, ao longo do tempo. Para o efeito, desta última análise considerou-se como indicador o nível de “Ameaça” já que, no paradigma psicométrico do risco (e.g., Slovic, 1987), o “potencial ameaçador” (*dread*) é considerado como o mais consistente preditor da percepção de risco e um dos dois fatores principais que subjazem esta percepção (a par do fator “familiaridade”). De acordo com o modelo de Blascovich e Mendes (2000) e a abordagem DeCodeR (Domingos et al., 2020), foi determinado um rácio de ameaça, sendo este calculado dividindo o total de comentários codificados como Exigências pelo total de comentários codificados como Recursos, para cada ciclo de 4 dias: Rácio de Ameaça = E/R. Considerou-se pelas razões apresentadas, que este rácio de ameaça representa um indicador de percepção de risco, pelo que se passou a denominar este indicador como “percepção de risco sistémico”.

Desta forma, foram ainda determinados 3 patamares de análise: 1) Valores superiores a 1 assinalam a presença de mais indicadores de Exigências que Recursos (Exigências > Recursos), configurando a avaliação da situação como uma Ameaça; 2) Valores inferiores a 1 assinalam a presença de menos indicadores de Exigências que Recursos (Exigências < Recursos), configurando a avaliação da situação como um Desafio; 3) Valores iguais a 1 assinalam a presença de igual número de indicadores de Exigências e Recursos (Exigências = Recursos), configurando também uma avaliação da situação como um Desafio. Tal diz respeito a um segundo nível de análise, permitindo facilmente identificar a saliência e prevalência de expressões de exigências vs. expressões de recursos ao longo dos diversos períodos de análise, fornecendo uma medida adicional do foco e acessibilidade cognitiva desses conceitos na mente dos cidadãos em cada momento de análise.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

Cada relatório, elaborado ao longo de um ano de pandemia conteve uma análise sucinta de um período de 8 dias (dois ciclos de 4 dias) e nos últimos meses, períodos de 15 dias (quatro ciclos), o cálculo do nível de perceção de risco e de “ameaça” (perceção de risco baixa; moderada; elevada; muito elevado) representado através de um gráfico explicativo e, posteriormente, um conjunto de recomendações adequadas e ajustadas a cada nível e aos resultados obtidos.

Através destes relatórios tem sido possível dar apoio/sustentação à comunicação dirigida à população, ajustando-a aos diferentes modelos de crise, que variam ao longo do tempo, espaço e níveis do sistema social (ver definição de modelo de crise, no 1º capítulo). Foi também possível desenvolver estratégias, recursos e materiais informativos baseados em evidência científica ao longo do tempo (comunicação de risco vs. comunicação de crise).

Para além da elaboração de cada relatório referido, para o presente relatório foi ainda realizada complementarmente uma análise de conteúdo nas três subcategorias de Exigências e três subcategorias de Recursos, bem como uma análise temática dentro de cada categoria. Esta análise será sucintamente apresentada na seção seguinte, referindo-se sumariamente aos períodos considerados mais marcantes ao longo do primeiro ano de pandemia em Portugal.

Considera-se que esta análise qualitativa permite aceder ao modelo de crise num determinado momento. Desta forma, os resultados apresentados de seguida constituem os vários modelos de crise (e correspondente modelo de perigo) que caracterizou cada período, identificando-se algumas semelhanças nestes ao longo do tempo (e.g. indicadores recorrentes de esforço ao fim de alguns meses da pandemia, mantendo-se até ao presente), bem como diferenças que constituem especificidades de um modelo face a outros, num determinado período da pandemia (e.g. perigo social associado a expressões de preconceito para com asiáticos, no início da pandemia).

Tendo por base os relatórios síntese e os relatórios de tópicos produzidos ao longo do último ano, apresenta-se seguidamente uma análise temática da evolução da pandemia em Portugal, dividida em 6 ciclos de análise. Estes ciclos de análise têm por base a evolução do indicador de perceção de risco sistémico e configuram blocos de tempo entre mínimos relativos.

De forma complementar aos resultados apresentados de seguida, no Anexo II encontra-se um quadro que sintetiza os temas mais prevalentes em cada período relevante de análise, durante um ano de pandemia em Portugal. Os períodos identificados incluem a representação social das características da situação naquele período, representando cada um, um “modelo de crise” diferenciado (ver definição no capítulo I), mesmo que partilhando algumas características semelhantes a modelos de outros períodos. Considera-se por isso que no total, emergiram 6 modelos de crise durante um ano de pandemia.

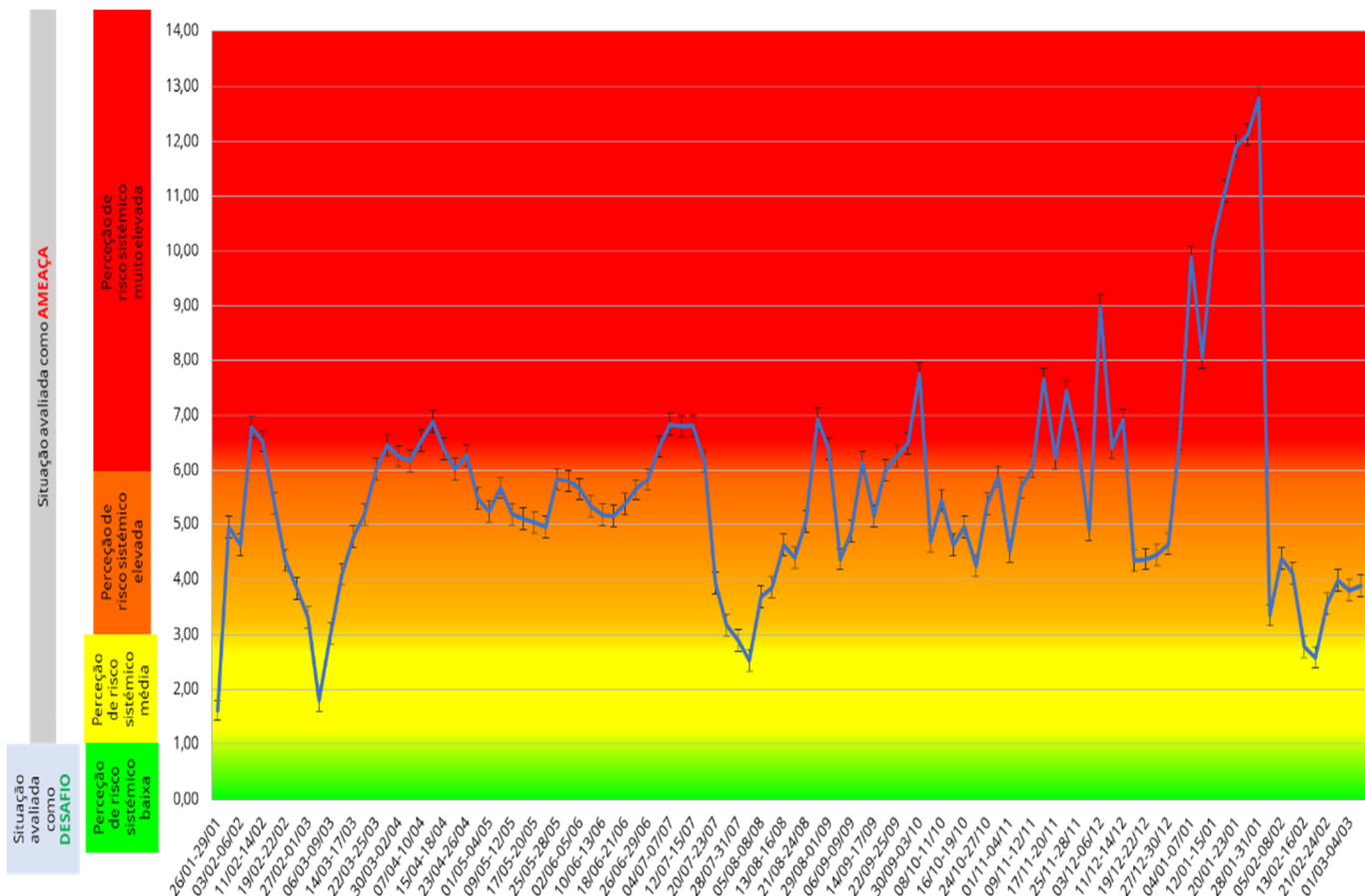


Figura 5. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de perceção de risco sistémico. Indicador calculado através do rácio de Exigências/Recursos (E/R).

Legenda: Situação avaliada como um desafio (Exigências < Recursos) = 0-1 Perceção de risco sistémico baixa; Situação avaliada como uma ameaça (Exigências > Recursos) = 1-3 Perceção de risco sistémico média; 3-6 Perceção de risco sistémico elevada; >6 Perceção de risco sistémico muito elevada.

Ciclo de Análise 26/01/2020 a 05/03/2020

Este ciclo de análise foi marcado por diversos acontecimentos, tendo início com a emissão dos primeiros folhetos informativos sobre a COVID-19 no Facebook® da DGS, culminando com a identificação dos primeiros casos em Portugal a 2 de janeiro de 2020, alguns dias antes da declaração de pandemia feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS). De forma geral podemos dizer que corresponde a um período “pré-pandemia” em Portugal. A evolução do indicador de perceção de risco sistémico ao longo deste ciclo pode ser vista na Figura 6.

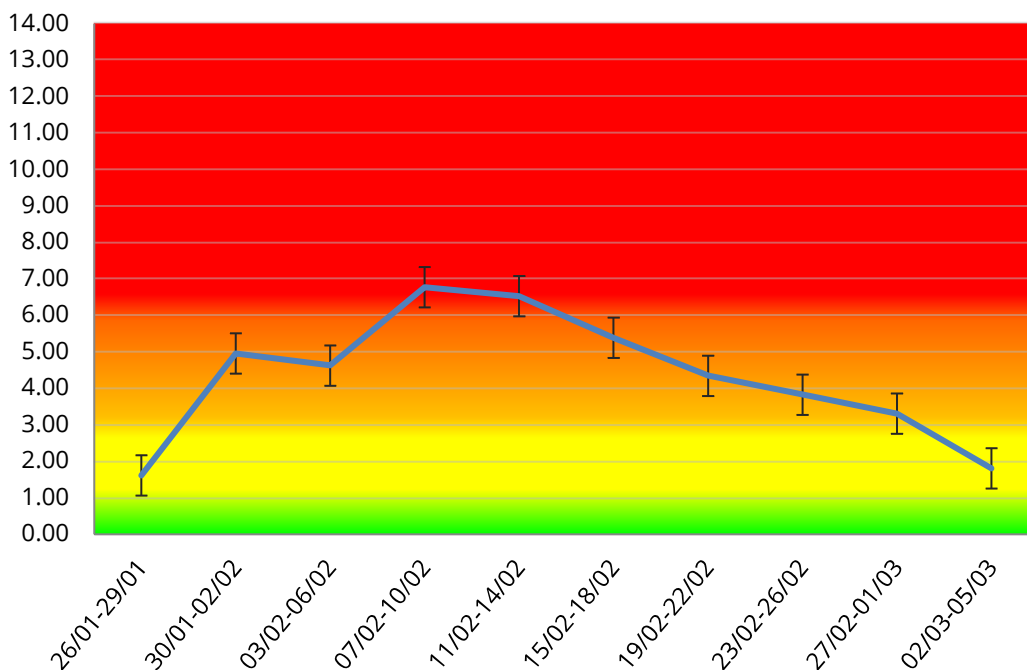


Figura 6. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de percepção de risco sistémico durante o período de 26/01/2020 a 05/03/2020.

Identificando o crescente aumento de preocupação e incerteza da população face à COVID-19, a DGS pública a 14 de janeiro de 2020, na página do seu Facebook®, o primeiro folheto informativo sobre a COVID-19. Nos dias seguintes a situação evoluiu internacionalmente, e dias antes do início do primeiro período de monitorização de indicadores de percepção de risco sistémico nas redes sociais, o Comité de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional reúne nos dias 22 e 23 de janeiro de 2020, tendo decidido não declarar Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional, por não haver “evidência de transmissão pessoa-a-pessoa fora da China”, tendo deixado a ressalva que esta decisão poderia ser alterada qualquer momento. Contudo, no dia 23 de janeiro de 2020 as Autoridades Chinesas suspenderam os transportes públicos na cidade de Wuhan, e cancelaram todos os voos de e para a cidade. No dia 25 de janeiro de 2020, com o intuito de reforçar a informação e reduzir a incerteza da população face à situação que se desenvolvia internacionalmente foi lançada na página da DGS uma subpágina sobre a COVID-19 com divulgação de informação na forma de perguntas frequentes e folhetos informativos. Este lançamento veio também dar continuidade às publicações sobre a COVID-19 no Facebook® da DGS, com a publicação de um novo folheto informativo no dia 25 de janeiro de 2020.

Perante estes acontecimentos, entre os dias 26 e 29 de janeiro, foi realizado o primeiro período de 4 dias de monitorização e análise de indicadores de percepção de risco sistémico nas redes sociais. Durante este primeiro período de análise observaram-se expressões de necessidade de compreensão da situação, marcadas por expressões de **esforço na compreensão da informação, incerteza no que se passava “lá ao longe”, e até perigo derivado das medidas, por vezes vistas como extremas (e.g., fechar uma cidade), que eram tomadas nos países afetados** e chegavam a Portugal pela mão da comunicação social. A análise forneceu indicadores de que a situação estava a ser percebida globalmente como uma ameaça, já que estavam a ser percebidas mais exigências do que recursos ($E/R > 1$), tendo-se registado um rácio exigências/recursos (indicador de percepção de risco sistémico) de 1.62 no período analisado. Definiu-se assim como sendo percepção de risco sistémico moderada/média, tendo sido o objetivo da comunicação

de crise o aumento da perceção de disponibilidade de recursos informativos (e.g., suporte informacional pelas autoridades).

Entre os dias 30 de janeiro de 2020 e 10 de fevereiro de 2020 observou-se uma tendência crescente e uma intensificação da perceção de risco sistémico, marcada por expressões de esforço na tentativa de compreensão da situação, e pelo **surgimento dos primeiros indicadores de preconceito associados ao perigo de que “os estrangeiros pudessem trazer o vírus para Portugal”**. Ao longo deste período observou-se igualmente uma redução de expressões de incerteza (para níveis moderados), e um aumento de expressões de disposições positivas na forma de lidar com a situação (e.g., otimismo; confiança), ainda assim insuficientes para travar o aumento do potencial ameaçador. A dia 2 de fevereiro de 2020 o indicador de risco sistémico já era 4.96, a 6 de fevereiro de 2020 verificou-se um pequeno decréscimo desse indicador para 4.63, motivado pelo surgimento de expressões de disposições positivas na forma de lidar com a situação, e a 10 de fevereiro de 2020 registou-se o valor máximo do indicador de risco sistémico do Ciclo de Análise 26/01/2020 a 05/03/2020, com o indicador a chegar a 6.78, configurando um cenário de perceção de risco sistémico muito elevada.

Após 10 de fevereiro de 2020 observou-se o início de uma tendência decrescente no indicador de risco sistémico, que coocorreu com uma **intensificação da partilha de informação por parte da DGS** relativamente às medidas preventivas e de controlo do vírus, bem como promoção da acessibilidade aos recursos necessários para lidar com a possível chegada do vírus a Portugal. Observou-se ainda um **aumento de expressões de disposições positivas, especialmente a 2 de março, aquando da identificação dos primeiros casos em Portugal**, já que este facto marcou o término de um período de esforço e ansiedade marcado por um “risco longínquo” e o início de uma nova fase em que o risco se materializou, aliviando assim, ainda que momentaneamente essa ansiedade (e.g., “finalmente chegou a Portugal”). Neste sentido, registam-se os seguintes valores do indicador de perceção de risco sistémico: 6.53 a 14 de fevereiro de 2020; 5.39 a 18 de fevereiro de 2020; 4.35 a 22 de fevereiro de 2020; 3.83 a 26 de fevereiro de 2020; 3.31 a 1 de março de 2020; e 1.81 a 5 de março de 2020. Note-se que, a 5 de março de 2020, três dias depois da identificação dos primeiros casos em Portugal, o valor registado do indicador de perceção de risco sistémico (1.81) encontrava-se num nível semelhante ao registado aquando do primeiro período analisado (1.62).

Ciclo de Análise 06/03/2020 a 04/08/2020

Este ciclo de análise tem início poucos dias após a identificação dos primeiros casos em Portugal a 2 de março de 2020, e compreende a declaração de pandemia feita pela OMS a 11 de março de 2020, o início do primeiro confinamento nacional, o período marcado pelo que ficou popularmente conhecido como “primeira vaga” em Portugal com um pico no número de casos a 10 de abril de 2020, o levantamento gradual das medidas de confinamento entre 4 de maio de 2020 e 1 de junho de 2020, a diminuição do número de casos a partir de 27 de julho de 2020, e pelo **primeiro dia sem óbitos por COVID-19** desde 16 março de 2020 registado a dia 3 de agosto de 2020. Embora longo, este ciclo de análise temporal apresenta um aparente “efeito de planalto”, pelo que se considerou importante a realizar também a análise qualitativa no seu todo. A evolução do indicador de perceção de risco sistémico ao longo deste ciclo pode ser vista na Figura 7.

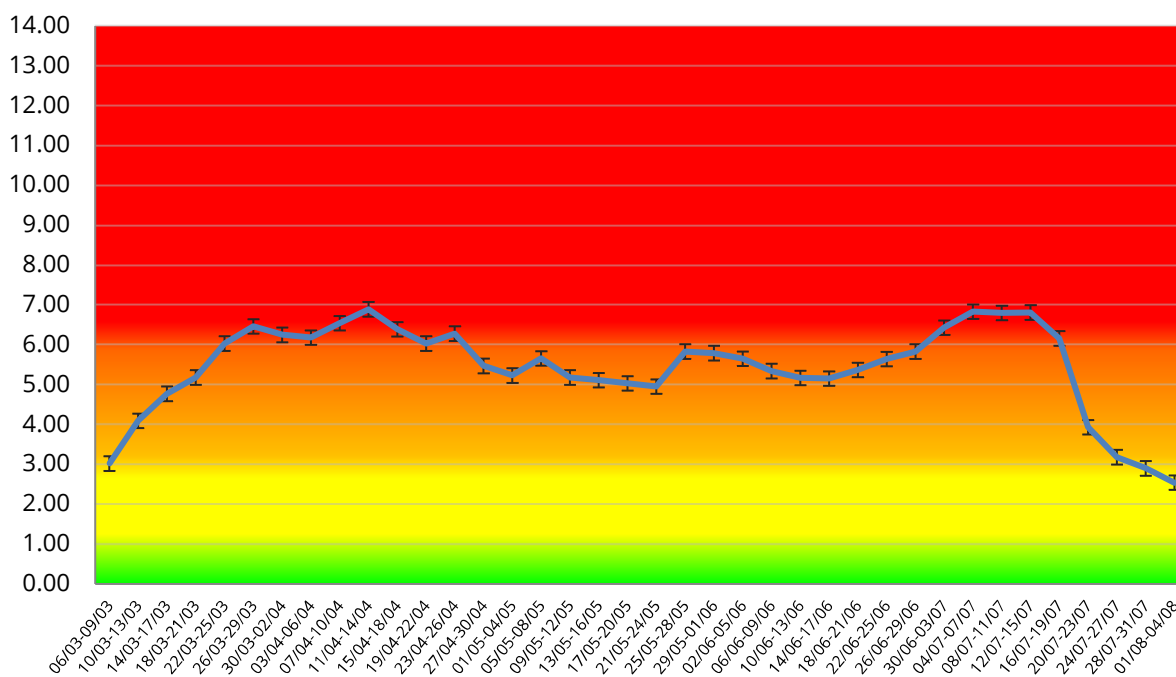


Figura 7. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de perceção de risco sistémico durante o período de 06/03/2020 a 04/08/2020.

Após o momentâneo alívio observado aquando da identificação dos primeiros casos em Portugal, o indicador de perceção de risco sistémico retomou uma tendência crescente, marcada por uma maior perceção do perigo associado ao vírus e uma maior preocupação e incerteza relativa à capacidade global do sistema de resposta para fazer face ao mesmo. Observou-se no conteúdo em análise o **surgimento de expressões de culpabilização das vítimas (e.g., “estão infetados porque foram irresponsáveis”) e críticas à capacidade global do sistema de resposta** (e.g., críticas ligadas à capacidade da linha SNS24 para dar resposta ao aumento de chamadas). Ainda assim as críticas ao sistema de resposta foram por vezes acompanhadas de demonstrações de defesa, apoio e confiança nas autoridades de saúde, tendo-se registado um valor do indicador de ameaça de 3.02 a 9 de março de 2020.

Esta tendência de aumento do nível de perceção de risco sistémico manteve-se, tendo sido reforçada com a **declaração de pandemia feita pela OMS a 11 de março de 2020**, tendo-se registado um valor de 4.09 no indicador a 13 de março de 2020. No seguimento desta declaração observou-se um incremento de expressões de perigo associadas a uma maior perceção do aumento de casos, ao receio de escassez de alimentos (e.g., devido a possíveis limitações ao transporte e venda), e à perceção de falta de controlo nas fronteiras e aeroportos. Surgiram também expressões de desconfiança/perceção de ocultação de números oficiais de óbitos (e.g., perceção que os números divulgados não estavam corretos já que a perceção, reforçada por notícias emitidas pela comunicação social, era de que noutros países estava a morrer muita gente). Identificaram-se também expressões de incerteza associadas à linguagem técnica utilizada por autoridades, especialistas e comentadores (e.g., COVID-19 vs. SARS-CoV-2), ao elevado número de medidas comunicadas pelo governo sem perceção de uma explicação ou justificação adequada, e às implicações do possível encerramento de escolas e creches. Mantiveram-se as críticas à capacidade global do sistema de resposta, e **aumentaram as expressões de culpabilização dirigidas não só às vítimas, mas também aqueles que eram percecionados como “incumpridores” das**

normas. Foram verificadas também as **primeiras manifestações de suporte e gratidão aos profissionais de saúde na “linha da frente”.** Neste sentido, a 17 de março de 2020, um dia antes do início do primeiro confinamento nacional, o nível de perceção de risco sistémico situava-se nos 4.77.

Dia 18 de março de 2020 marcou o início do primeiro confinamento nacional, contudo continuou-se a observar um aumento contínuo do nível de perceção de risco sistémico, caracterizado especialmente por expressões de perigo económico (e.g., quebra económica e aumento dívida do país), incerteza (e.g., relativamente às medidas de apoio) e outras exigências já recorrentes de períodos anteriores. Salienta-se também neste período as expressões de crítica, incompreensão, e incerteza à comunicação da possibilidade de se atingir o pico da pandemia em Portugal a dia 14 de abril de 2020, interpretado pela população “como a previsão e não como um dos cenários em cima da mesa”.

Esta tendência de aumento contínuo do nível de perceção de risco sistémico manteve-se até 29 de março de 2020, situando-se o indicador nos 6.46 nessa data. Este aumento foi também caracterizado por **expressões de perceção de lentidão na emissão de recomendações de proteção** (e.g., “porquê não usar máscaras quando na China todos usam”; “se os profissionais de saúde usam, porque não os cidadãos”), **expressões de desconfiança e incerteza face aos números comunicados pelas autoridades** (e.g., perceção de inconsistências nos números comunicados a nível nacional e regional), e expressões de incerteza face ao que fazer (e.g., quem pode sair para trabalhar, quem se tem que isolar). Verificaram-se, ainda, **expressões de culpabilização de idosos e outros cidadãos que procuravam manter alguma normalidade na sua vida e saiam para os seus passeios higiénicos e outras atividades diárias.**

De 30 de março de 2020 a 6 de abril de 2020 observou-se uma ligeira redução no indicador de perceção de risco sistémico, observando-se um valor de 6.25 a 2 de abril de 2020 e 6.18 a 6 de abril de 2020. Esta ligeira atenuação do nível de ameaça deveu-se sobretudo a um **aumento de expressões de recursos tangíveis e suporte percebido** (e.g., existência de equipamentos de proteção individual e testes disponibilizados pelas autoridades, empresas, e outras instituições). Esta descida no indicador coocorre também com o **alargamento das recomendações para uso de máscara emitias pela DGS a dia 3 de abril de 2020.**

Após este ligeiro período de atenuação do indicador de perceção de risco sistémico, caracterizado pela disponibilização de recursos pessoais e sociais por parte das autoridades de saúde e outros agentes, observou-se a retoma do aumento do indicador, atingindo o valor máximo registado durante o Ciclo de Análise 06/03/2020 a 04/08/2020 no dia 14 de abril de 2020 (6.89 – perceção de risco sistémico muito elevada). Este máximo observado do indicador registou-se no seguimento **de um pico de 1516 novos casos a 10 de abril de 2020.** Este foi caracterizado por expressões de **perigo para saúde do próprio ou de outras pessoas** (e.g., idosos em lares; falta de apoio a outras doenças; receio de ser contagiado por outros), **incluindo as primeiras expressões de perigo para a saúde mental** decorrente do isolamento, **perigo económico** (e.g., receio de desemprego e/ou perda de rendimentos), e **perigo social associadas ao preconceito e discriminação face aos Chineses e à China** (e.g., percecionada como responsável pela pandemia e principal favorecido, estando a lucrar com a situação).

Observaram-se também expressões de **perceção de injustiça e discriminação geográfica** na aplicação de medidas (e.g., perceção de discriminação entre diferentes zonas do país) e no acesso a testes e outros recursos de proteção. Identificaram-se também as **primeiras expressões de esforço e saturação emocional associadas ao confinamento** (e.g., “há muito tempo em casa”) e de incerteza e discussão quanto à possível duração do confinamento e da pandemia (e.g., motivada por diferentes datas/períodos comunicados pela DGS, pelo governo, e por diferentes especialistas). **Mantiveram-se as expressões ligadas à desconfiança e incerteza nos números reportados** (e.g., por vezes associadas a notícias de proibição de relatórios a nível local/autárquico), e à perceção de inconsistências no discurso e

recomendações das autoridades nacionais e internacionais (e.g. recomendações de uso emitidas pela OMS e outros países vs. Portugal).

Surgiram ainda expressões de incerteza sobre os procedimentos associados à utilização de máscaras e ao nível de proteção conferida, bem como aos procedimentos para fabrico de máscaras comunitárias/feitas em casa e eficácia das mesmas. **Verificou-se a identificação recorrente das máscaras como recurso para lidar com a pandemia**, embora também se tenham identificado expressões de oposição (e.g., oposição ao uso de máscaras em espaços ao ar livre) e críticas (e.g., “antes não recomendavam, agora recomendam”; “antes não tinham material e agora já têm”) pontuais.

De 15 de abril a 24 de maio de 2020 observou-se uma nova diminuição no indicador de perceção de risco sistémico, ainda que marcado por duas situações de aumento ligeiro. Esta redução foi motivada sobretudo por uma maior perceção de indicadores positivos, especialmente no número de recuperados que até então era visto como baixo comparativamente ao número de infetados e de mortos (e.g., “**dia 21 de abril de 2020 o número de recuperados ultrapassa o número de mortos em Portugal**”), e consequente aumento de expressões de disposições positivas (e.g., confiança/otimismo ancorados na perceção de resultados positivos e perceção de resiliência do SNS). Não obstante a isto a perceção de exigências continuou elevada, e apesar da tendência decrescente do indicador a perceção de risco sistémico manteve-se também elevada, continuando os recursos a ser percecionados como insuficientes.

Neste sentido, observou-se uma continuidade nas expressões de esforço associadas à perceção de escassez de recursos como máscaras e materiais para as fazer incluindo expressões de esforço económico para adquirir estes materiais de proteção, à perceção de esforço no uso de máscaras (e.g., “A máscara no nosso trabalho dificulta a respiração”), à perceção de inconsistências nas comunicações e recomendações das autoridades (e.g., “o que é hoje recomendável amanhã pode ser desaconselhável”), e à **preocupação pelo fim do primeiro confinamento** anunciado inicialmente para dia 2 de maio de 2020. Efetivamente, os dois ligeiros aumentos no indicador observados entre 15 de abril a 24 de maio de 2020 coocorreram, respetivamente, com o início da discussão pública da estratégia para o levantamento das medidas de confinamento que culminou com o **Comunicado do Conselho de Ministros de 30 de abril de 2020** que veio atenuar o aumento do nível de perceção de risco sistémico, e com o **início da implementação das primeiras medidas de desconfinamento a 4 de maio de 2020**. O aumento observado entre 23 de abril e 26 de abril coocorreu ainda com expressões de indignação e incompreensão face à celebração do 25 de Abril na Assembleia da República em contraste com as recomendações para manter as medidas de confinamento e os espaços fechados.

Observaram-se também expressões de perigo associadas ao receio de aumento de contágios com a retoma gradual das atividades (e.g., “O país foi fechado com poucos focos de contágio e agora vai ser aberto com muitos mais focos de contágio. Isso quer dizer que o esforço foi em vão. Não se percebe”), abertura de escolas e creches (e.g., crianças percebidas grupo de risco por um lado e vetor de transmissão por outro), e à perceção recorrente de que “os outros” não cumprem as recomendações nem o isolamento. Estas expressões contrastavam por vezes com expressões de perigo socioeconómico derivado do confinamento e diminuição da atividade económica (e.g., “Se não morrermos do vírus, vai ser à fome”). Surgiram também expressões associadas à **perceção dos hospitais e centros de saúde como locais “perigosos” e “focos de contágio”** (e.g., medo de ir ao hospital), bem como um retomar de **expressões de perigo para a saúde mental** (e.g., saturação; esgotamento; ansiedade; stress), guiadas pela perceção que “apenas se comunicava informação negativa”.

Continuou também a perceção de que as restantes doenças estavam a ser esquecidas. Estas expressões foram ainda acompanhadas por expressões de incerteza relativamente ao procedimento de utilização de máscaras e ao formato de comunicação numérico (e.g., “Gostaria que falasse à maneira de todos perceberem”; “Percentagens, percentagens, bla bla bla bla, falem para que a maioria da população portuguesa entenda sff”), bem como desconfiança relativamente aos números comunicados (e.g.,

percepção que o número de óbitos seria maior que o reportado). Manteve-se também a tendência de culpabilização da China e dos Chineses pela origem da pandemia, e **começaram a surgir expressões de culpabilização dirigidas a Portugueses imigrados no estrangeiro que planeavam regressar a casa.**

De 25 de maio de 2020 a 28 de maio de 2020 voltou a verificar-se um marcado aumento do indicador de percepção de risco sistémico. Este aumento surge no seguimento de **mais uma fase do plano de desconfinamento**, que veio aliviar de mais algumas restrições, com início a partir de 18 de maio de 2020 (e.g., reabertura das escolas para os 11.º e 12.º anos; reabertura de restaurantes, cafés e similares), e coocorreu em parte com a **vaga de calor que afetou Portugal entre 17 e 31 de maio de 2020** (IPMA, 2020a). Observou-se sobretudo um aumento de expressões de preocupação, receio, e perigo, por vezes associadas a expressões de preconceito e culpabilização de determinados grupos sociais (e.g., "Meu caro os bairros sociais são um perigo e as praias também"; "É fazer um cerco sanitário à mouraria"), e comunidades de diferentes localizações geográficas (e.g., "Cerca na margem sul"; "Até pode ter aumentado em Lisboa. Mas no geral o norte está bem pior. Acho que foram os do norte que vieram até Lisboa"; "Cerca sanitária já na mouralhada parola") pela ocorrência de surtos.

Estas foram ainda acompanhadas pela percepção de uma multitude de focos com potencial elevado de perigo para a saúde do próprio ou de outras pessoas (e.g., percepção de transportes públicos como focos de contágio; percepção de que há pessoas que não cumprem recomendações; percepção que outras doenças são ignoradas), bem como pela percepção de falta de justiça e equidade nas medidas tomadas (e.g., "Não podemos estar juntos na praia mas podemos estar num avião?"). Observaram-se também **expressões de saturação com o assunto da COVID-19** e esforço relativamente ao uso de máscaras (e.g., "Já estou cansada do vírus e das máscaras"). Identificaram-se algumas expressões de agradecimento às instituições, autoridades, e profissionais de saúde.

Após 28 de maio de 2020 e até 17 de junho de 2020, observou-se um período de ligeira tendência decrescente do indicador de percepção de risco sistémico. Este foi marcado sobretudo por expressões de disposições positivas (e.g., otimismo; esperança) associadas a percepção de aumento do número de recuperados, e **expressões de atenuação do risco** (e.g., "Agora tudo morre de COVID antes de isto existir havia pessoas a morrer todos os dias e não deste vírus"; "Só o ano passado morreram 3000 e tal em Portugal com o frio e gripe sazonal e não foi este pânico que passaram às pessoas não compreendo") por vezes **acompanhadas de analogias ao vírus da gripe com o objetivo de atenuar a percepção de risco** (e.g., "Toca a manter tudo fechado por um vírus que tem a mortalidade da gripe"), possivelmente indicadoras de uma forma menos adaptativa de lidar com a situação pandémica, e de uma saturação emocional e exaustão crescente. Ao longo de todo o período mantiveram-se as expressões de desconfiança e incerteza relativamente ao número de casos reportados, percepção de falta de justiça e equidade nas medidas e na distribuição de recursos (e.g., "Se quando o norte tinha o maior número de casos já todo o material ia para Lisboa agora é que vai ser. Até os médicos do norte vão ter que ir para Lisboa"), e percepção de perigo para a saúde (e.g., percepção de transportes públicos como focos de contágio; percepção de que há pessoas que não cumprem recomendações; percepção que outras doenças são ignoradas).

De 18 de junho de 2020 até 15 de julho de 2020 voltou a verificar-se um aumento consistente do indicador de percepção de risco sistémico, atingido o segundo valor mais alto (6.83) registado no Ciclo de Análise 06/03/2020 a 04/08/2020, e mantendo-se até 15 de julho de 2020. Este aumento coocorreu com um aumento do número de casos diários, por vezes acima do número de recuperados, e a entrada em vigor de novas restrições na Área Metropolitana de Lisboa. **Expressões de perigo económico, perigo para a saúde, e percepção de que "os outros" não estavam a cumprir as recomendações** foram comuns ao longo do período (e.g., "Sesimbra no seu maior. Vergonha na rua. Praias cheias, ruas cheias, cafés cheios. Onde está o GNR?! Acabem com isto sff"; "Acho que isto está completamente descontrolado"; "Não é normal todos os dias subirem os infetados, algo está fora de controle"; "Basta ver na rua toda a gente sem

mascara”; “O problema é que muitos dos infetados não ficam em casa e assim infetam outros assim nunca mais acaba”).

Manteve-se também a perceção que as restantes doenças estavam a ser ignoradas (“Há doentes graves em listas de espera intermináveis! Já começaram a contar os mortos sem ser covid?”), a desconfiança em relação aos números comunicados (e.g., “Continuam a não informar os dados por Concelho. Acho importante assim sabemos que há pouca circulação de vírus se os casos se mantêm constante no Concelho”), e as expressões de atenuação do risco (e.g., “Mais importante era acabar com a fantochada da Covid! Mortes atribuídas à Covid são muitíssimo inferiores às causadas pelas medidas de resposta a uma doença que tem mais de 99% de taxa de sobrevivência!”).

Reapareceram comentários perigo devido abertura de fronteiras e retoma de ligações aéreas nos aeroportos. Observou-se um intensificar de expressões **de exaustão psicológica e perigo para a saúde mental** (e.g., “Isto nunca mais passa”; “Estou exausta psicologicamente. Não sei como lidar com este receio diário”; “Estou farta dos estudos e contra estudos e contra estudos dos contra estudos”). Identificaram-se ainda um elevado número de expressões de incerteza associada à situação presente (e.g., “Eu estou cada vez mais confusa”) e às medidas implementadas (e.g., “(...) afinal, quer-se chegar à imunidade ou não? Se sim, qual a estratégia para isso?”; “Gente da inteligência, me tirem uma dúvida, o ar que se referem são de espaços fechados certo? E não ao ar livre, confirma?”).

A partir de 16 de julho de 2020 e até 4 de agosto de 2020 observou-se uma constante e marcada diminuição do indicador de perceção de risco sistémico, registando-se a dia 4 de agosto de 2020 um valor de 2.54, relativamente próximo do registado a 5 de março de 2020 (1.81) e 9 de março de 2020 (3.02), altura que marcou o final do Ciclo de Análise 26/01/2020 a 05/03/2020 e o início do Ciclo de Análise 06/03/2020 a 04/08/2020. Este período foi marcado pelo **registo de mais recuperados que infetados** a 17 de julho de 2020, melhoria do índice de transmissibilidade (Rt), pelo anúncio da Sra. Dra. Ministra da Saúde de Portugal do decréscimo de novos casos a 27 de julho de 2020, pelo fim do estado de calamidade na Área Metropolitana de Lisboa que passou a estado de calamidade a 30 de julho de 2020, e pelo primeiro dia sem óbitos por COVID-19 desde 16 março de 2020 registado a dia 3 de agosto de 2020.

Observou-se assim um **aumento de expressões de reconhecimento de indicadores positivos** (e.g., mais recuperados, menos infetados, menos hospitalizados), e **de disposições positivas, especialmente otimismo e esperança face ao futuro, associadas frequentemente a uma sensação de que “o pior já passou”** (e.g., “Eu tenho feito uma vida normal”). Embora com menor preponderância comparativamente a períodos anteriores, continuaram a observar-se expressões de perigo, esforço, e incerteza já identificadas anteriormente, como o perigo para a saúde, a perceção que as restantes doenças continuavam a ser ignoradas (e.g., perceção de uma lenta retoma de atos médicos que tinham sido suspensos), e perigo para a economia (e.g., derivada de uma perceção de retoma lenta e incerteza face ao turismo no verão). Salienta-se uma **persistência de expressões de saturação emocional e perigo para a saúde mental que começavam a configurar um cenário de fadiga pandémica** (e.g., “estou muito em baixo psicologicamente são meses e meses a ouvir isto todos os dias”; “A saúde mental é outra pandemia”). No mesmo sentido, e acompanhando a subida de temperatura e as atividades características desta altura do ano **surgiram novas expressões de esforço e também perigo associado ao uso de máscaras** (e.g., “A obrigatoriedade do uso da máscara dificulta o reconhecimento das pessoas e é incómoda, pelo que evito locais onde sou obrigado a usá-la”; “Vamos ver num futuro próximo, as consequências negativas do uso excessivo das máscaras”; “Não vou usar máscara na rua, podem fazer o que quiserem comigo”; “Nas ruas não se justifica, exagerado esta medida”).

Ciclo de Análise 05/08/2020 a 23/10/2020

Este ciclo de análise foi caracterizado por dois períodos de subida mais marcada do indicador de percepção de risco sistémico. O primeiro tem início a 5 de agosto de 2020 tendo-se prologado a tendência até 28 de agosto de 2020, ainda que atenuada entre 13 e 20 de agosto. O segundo tem início a 6 de setembro de 2020 tendo-se prolongado a tendência até 3 de outubro de 2020, ainda que atenuado entre 10 e 17 de setembro de 2020. Isto configura assim um ciclo marcado por oscilações do indicador de percepção de risco sistémico associadas a eventos como as vagas de calor que ocorreram em agosto, polarização social motivada pelo anúncio e realização de eventos políticos e culturais, o regresso às aulas em setembro, e um instalar da “fadiga pandémica”. A evolução do indicador de percepção de risco sistémico ao longo deste ciclo pode ser vista na Figura 8.

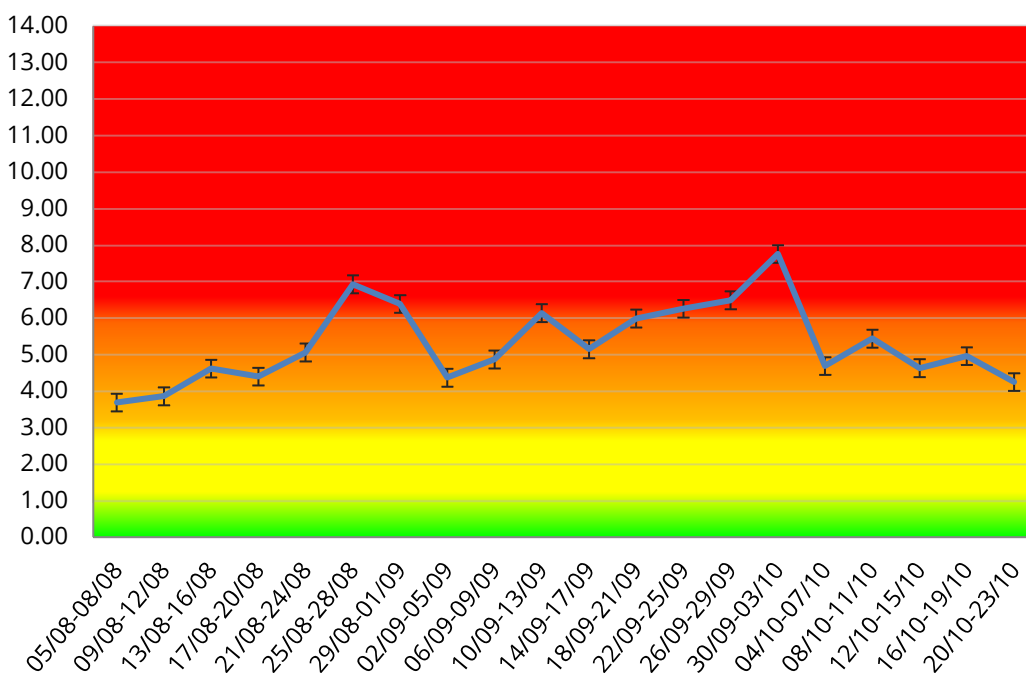


Figura 8. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de percepção de risco sistémico durante o período de 05/08/2020 a 23/10/2020.

Com o início do mês de agosto, e a partir de 5 de agosto de 2020 voltou a observar-se um aumento do indicador de percepção de risco sistémico. Este início do aumento do indicador coocorre com um período de **temperaturas acima do normal** em alguns locais do Norte e Centro do país observado entre 4 e 10 de agosto de 2020 (IPMA, 2020b). Observou-se, contudo, uma ligeira diminuição do indicador entre 13 e 20 de agosto de 2020 que ocorre poucos dias após o **anúncio da criação da vacina Sputnik V** a 11 de agosto de 2020, e coocorre com uma diminuição da temperatura entre os dias 12 e 17 de agosto (IPMA, 2020b). Após 20 de agosto de 2020 o indicador de percepção de risco sistémico aumenta consistentemente até atingir, a 28 de agosto de 2020, o segundo valor mais alto registado no Ciclo de Análise 05/08/2020 a 23/10/2020 (6.93), e o valor mais alto registado até então. Este máximo coocorre, mais uma vez, com a onda de calor que afetou Portugal entre 28 e 31 de agosto de 2020 (IPMA, 2020b).

Este período foi caracterizado por expressões de perigo para a saúde e perigo para a economia, semelhantes às identificadas em períodos anteriores, marcadas pela percepção de falta de resposta às restantes doenças, pela percepção de que “os outros” não cumprem as recomendações, e pela **percepção**

de perigo que os turistas possam disseminar o vírus (e.g., “O turismo veio estragar tudo”). Observaram-se também expressões de esforço, particularmente associadas à dificuldade em manter o uso de máscara, à percepção de injustiça e falta de equidade na aplicação das medidas, e à **polarização social causada pela discussão pública relativamente à realização de eventos/manifestações políticas, desportivos e culturais** (e.g., “uma vergonha deixar realizar este atentado à nossa saúde coletiva”). Esta temática manteve-se central ao longo de todo o ciclo de análise, sendo um tópico recorrente, usado para manifestar desconforto, mesmo vários meses após a realização desses eventos. Em contraponto, identificam-se expressões de disposições positivas de compreensão e apelo à calma, e conhecimento relativo a comportamentos de proteção e recursos sociais disponíveis.

De 29 de agosto de 2020 até 5 de setembro de 2020 observou-se uma descida do indicador de percepção de risco sistémico acompanhado sobretudo de expressões de disposições positivas e conhecimento relativamente à situação e às medidas de proteção. Este voltou novamente a aumentar após essa data, mantendo a tendência até 3 de outubro de 2020, atingindo um novo máximo (7.76), motivado particularmente pela **percepção de perigo e esforço associada à abertura das creches e escolas** quando ocorresse o início do ano letivo a 21 de setembro de 2020, ao **esforço em manter a utilização da máscara e outros comportamentos de proteção**, e ao cansaço e saturação emocional relativamente à pandemia e às medidas que esta implica. Manteve-se a polarização social causada pela realização de eventos e manifestações de carácter político, desportivo e cultural, acompanhada de expressões de injustiça e falta de equidade (e.g., “uns podem e outros não”).

Este período foi também caracterizado por expressões de perigo devido a percepção de indicadores negativos com o **maior aumento de casos desde abril e maio de 2020** (e.g., “Mais 900, amanhã estou para ver quantos são”, “O que preocupa mesmo é os hospitais a encherem, vamos ver o que isto vai dar...”, “Credo números horror”) e à **antevisão de uma possível “segunda vaga”** (e.g., “A segunda vaga a caminho e não é só em Portugal”). Foram ainda comuns expressões de saturação emocional (e.g., “fadiga pandémica”), caracterizadas especialmente por manifestações de cansaço, irritação, pedidos de ação, e **conflito entre aqueles que tinham receio da doença e do vírus e aqueles que estavam saturados com as medidas restritivas**.

Com o aumento do número de casos surgiram também algumas expressões de incerteza e falta de face ao evoluir da situação (e.g., “A informação disponibilizada é muito pouca, tem pouco interesse. Porque deixaram de informar os casos por concelho?”). De uma forma geral o recurso mais comum ao longo do período foi a expressão de disposições positivas (e.g., esperança que tudo corresse bem) e o salientar de indicadores positivos, por vezes acompanhado de estratégias de minimização da gravidade da doença e do vírus (e.g., “Mais infectados assintomáticos, UCI quase sempre igual, apenas 50 e poucos, internados baixa, óbitos cada vez menos!!!”), tendo sido este o principal motor da diminuição do indicador que se observou entre 3 e 23 de outubro de 2020.

Ciclo de Análise 24/10/2020 a 18/12/2020

Embora com semelhanças na evolução do indicador e percepção de risco sistémico comparativamente ao período anterior, o ciclo de análise entre 24 de outubro de 2020 e 18 de dezembro de 2020 fica marcado pelo que ficou popularmente conhecido como “segunda vaga” em Portugal, com um pico de 7497 novos casos a 4 de novembro de 2020, pelo decreto do estado de emergência, no dia seguinte, a 5 de novembro de 2020, onde foram implementadas medidas mais restritivas, e pelo decreto do Estado de Calamidade em Portugal a 14 de outubro de 2020.

Este período ficou marcado pelo anúncio das medidas previstas para a quadra Natalícia e Ano Novo. A evolução do indicador de percepção de risco sistémico ao longo deste ciclo pode ser vista na Figura 9.

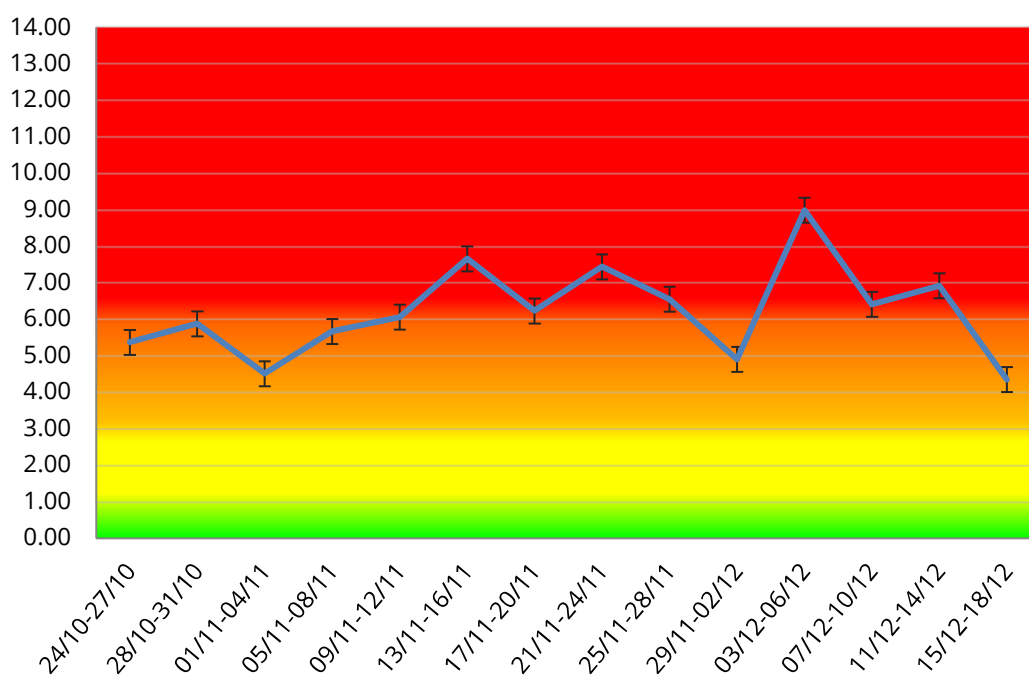


Figura 9. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de percepção de risco sistémico durante o período de 24/10/2020 a 18/12/2020.

Entre 24 de outubro de 2020 e 4 de novembro de 2020 observou-se uma tendência semelhante à que vinha a ser observada no final do período anterior de oscilação no indicador de percepção de risco sistémico, com a percepção do aumento do número de casos e sinais de fadiga pandémica a contraporem-se a expressões de mobilização de disposições positivas de otimismo e esperança face ao futuro. Contudo após 4 de novembro de 2020, **coocorrendo com o pico 7497 novos casos por dia e com o decreto do estado de emergência a 5 de novembro de 2020, em que foram implementadas medidas mais restritivas**, observou-se uma nova tendência de crescimento do indicador de percepção de risco sistémico que se manteve até 6 de dezembro de 2020, altura em que foi registado o maior valor do indicador até então (8.99), salvo dois períodos de atenuação onde se observou a diminuição do indicador a 20 de novembro de 2020 e entre 25 de novembro e 2 de dezembro de 2020. Note-se, contudo que a percepção de risco sistémico se manteve em níveis muito elevados em diversos momentos ao longo deste ciclo.

A partir de 4 de novembro de 2020 e num contexto de saliência do aumento do número de casos, observou-se um aumento de indicadores de esforço marcados especialmente por expressões irritação (e.g., "CALEM SE! JA NINGUÉM VOS PODE OUVIR"; "Então querem que feche sempre... E vão viver de quê? Doenças sempre existiram. As pessoas vão ficar fechadas em casa para sempre?"), saturação emocional (e.g., "Quando é que isto vai parar meu Deus!!!"), alteração de rotinas devido a medidas mais restritivas, **expressões de pouca confiança e descrença na eficácia das medidas** (e.g., "As mascaras e as restrições continuam a dar optimos resultados"), conflito entre aqueles que tinham receio da doença e do vírus e aqueles que estavam saturados com as medidas restritivas, e polarização social devido à realização de eventos e manifestações de carácter político, desportivo e cultural.

Embora com menor duração temporal comparativamente ao esforço, observou-se também um aumento de indicadores de perigo, marcados particularmente por expressões de **perigo para a saúde** (e.g., receio de contágio), percepção que as restantes doenças estavam a ser ignoradas (e.g., “E os que têm outras doenças e morrem á espera de tratamento?”), **perigo socioeconómico** (e.g., “Quantos vão perder o emprego? Quantos já não têm comida para comer? Vamos acabar com as empresas. Todo em nome da constipação”), e perigo social (e.g., culpabilização de determinados grupos sociais pelo aumento de casos). Voltaram também a surgir expressões de incerteza e desconfiança quando aos números divulgados e até quanto à real gravidade da pandemia (e.g., “Os números não são reais se é que esta parvoíce existe”). Para além de expressões de disposições positivas de otimismo, apelo à calma e ao cumprimento das recomendações (e.g., “Ajudem e respeitem os profissionais de saúde Usem máscara e fiquem por casa”; “Já se sabia que os mortos iam aumentar pq correspondem aqueles dias em que se verificou o pico. Vamos ter calma e acatar as indicações dos técnicos. E viva o SNS”), e acomodação à situação.

Observaram-se ainda **expressões de conhecimento relativamente à situação pandémica**, possivelmente indicando conhecimento adquirido com eventos anteriores e de resiliência (e.g., “A descer ou a subir, importa que estes números refletem vidas, pessoas, que podem estar em sofrimento. Os números refletem também, que o vírus existe, não é uma simples gripe e é contagioso”). Esta mobilização de disposições e conhecimento (e.g., “já não é novo”) ajuda explicar a redução mais rápida de expressões de perigo comparativamente a expressões de esforço, e a atenuação do indicador de percepção de risco sistémico em alguns momentos do ciclo de análise, mesmo em contraciclo com notícias de aumento de novos casos.

Notou-se ainda o **aparecimento das primeiras expressões de apoio, mas também de receio e desconfiança relativamente a uma futura vacina** (e.g., “Por mim pode leva las todas nunca levei a da gripe também não quero essas”; “Eu só tomo a vacina do Covid.19 se for obrigatório”).

Após atingir o máximo valor mais elevado observado até então (8.99) a 6/12/2020, o indicador de percepção de risco sistémico voltou a diminuir entre 7 e 18 de dezembro de 2020, motivado essencialmente pelo anúncio da chegada das primeiras vacinas a Portugal, pelo aparente alívio de novos casos diários, pelo anúncio das medidas para a quadra Natalícia e Ano Novo, e pela aparente tentativa por parte da população de ter um Natal “normal” (equivalente a anos anteriores), tendo-se observado igualmente um aumento do número de testes. Ainda assim **surgiram expressões de receio e desconfiança relativamente à eficácia das medidas anunciadas para a quadra Natalícia** (e.g., “Já ouvi que estão a pensar levantar restrições no natal, é uma péssima ideia!!!”; “Depois está descer, se abrirem para o Natal estamos tramados em Janeiro”; “Aliviem muito no Natal para nunca mais sairmos deste confinamento. Haja paciência”) e de incerteza e desconfiança face aos números reportados. Continuaram também a surgir expressões de receio e desconfiança face à vacinação (e.g., “Eu não quero obrigada”; “Injetam o virus”; “Não obrigado, dispenso”; “Ah e tal, não se preocupem o vírus não chega cá e não se transmite de pessoa pa pessoa. Ah e tal não se preocupem com os sintomas da vacina. Mesmo se eu quisesse não conseguia acreditar na DGS”).

No mesmo sentido identificaram-se expressões de perigo associadas à percepção da situação pandémica como sendo cada vez mais negativa (e.g., “Os óbitos é que não baixam de maneira nenhuma!!!”; “Em janeiro irao ser 10.000 ao dia ...”; “Parece-me é que isto está tudo descontrolado mas nenhum responsável o afirma”; “Número de óbitos a subir não imagino como será depois do Natal e ano novo”).

Ciclo de Análise 19/12/2020 a 20/02/2021

Este ciclo de análise ficou marcado pela chegada das primeiras vacinas a Portugal a 26 de dezembro de 2020 mas também pelo registo dos valores mais elevados de perceção de risco sistémico durante o primeiro ano de pandemia em Portugal, e até ao momento da publicação deste relatório, tendo-se observado o valor máximo (12.78) a 31 de janeiro de 2021. Este período foi caracterizado pelo que ficou popularmente conhecido como “**terceira vaga**” em Portugal, com um pico de 16432 novos casos a 28 de janeiro de 2021, e descrito na altura, pela comunicação social como o “pior país do mundo em número de casos e número de mortos por 100 mil habitantes com uma média semanal de casos de 13200 e mais de 200 mortos por dia com picos que ultrapassaram 300 mortos por dia”.

Perto do final do ciclo de análise observou-se também uma diminuição abrupta do indicador de perceção de risco sistémico, explicada em parte pelo alívio associado à perceção de redução de casos e ao não colapso do Sistema Nacional de Saúde, sendo que a 20 fevereiro de 2021 o valor do indicador perceção de risco sistémico se situava nos 2.59, perto do registado a 4 de agosto de 2020.

Salienta-se ainda que a subida observada do indicador de perceção de risco sistémico coocorreu com uma prolongada vaga de frio que afetou Portugal entre 23 de dezembro de 2020 e 11 de janeiro de 2021 (IPMA, 2021) tendo o valor máximo do nível de ameaça sido observado no seguimento da mesma. A evolução do indicador de perceção de risco sistémico ao longo deste ciclo pode ser vista na Figura 10.

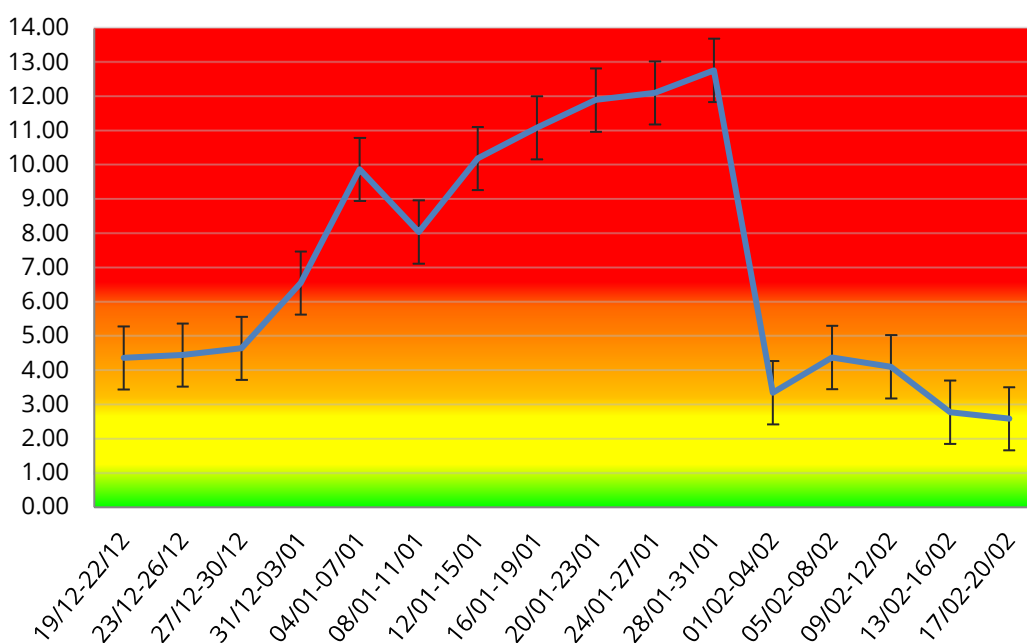


Figura 10. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de perceção de risco sistémico durante o período de 19/12/2020 a 20/02/2021.

Entre de 19 a 30 de dezembro de 2020 observa-se uma manutenção do indicador de perceção de risco sistémico, embora apresentando uma ligeira tendência de aumento. Esta manutenção ocorre no seguimento da declaração do Sr. Dr. Primeiro-Ministro de Portugal onde foram anunciadas as medidas que iriam vigorar durante a quadra Natalícia e Ano Novo, sendo permitidas reuniões familiares durante o Natal e proibidas celebrações públicas no Ano Novo, tendo sido um período marcado pelo **início da vacinação em Portugal a 28 de dezembro de 2020**, e por alguma contenção com um aumento de

expressões de recursos de suporte externo e disposições positivas (e.g., “Sim, o nosso vai ser, infelizmente! Tudo para proteger quem mais precisa. Bom Natal a todos! <3”; “Haja esperança para tudo mudar com a vacina Força a todos”), e com uma diminuição de expressões de perigo, ainda que, acompanhadas de um aumento de expressões de esforço, comparativamente a períodos anteriores.

Prevaleceram expressões de esforço, sobretudo emocional, manifestado na forma de irritação ou de desconfiança face à eficácia das medidas, bem como expressões de incerteza e desconfiança face aos números e à natureza da pandemia (e.g., “Gostava era de ver o gráfico das mortes de covid puro e das de covid associado a outras doenças preexistentes e quais...”). Continuaram a verificar-se expressões de **perigo social com culpabilização “dos outros que não cumprem” as recomendações** (e.g., “E as restrições teriam ainda maior impacto se toda a gente fosse rigorosa no uso da máscara e não quando apetece, andando com o nariz fora dela ou com ela debaixo do queixo e metendo-a e tirando-a repetidamente do bolso, tudo comportamentos a bem da badalhoquite sanitária”).

A partir de dia 31 de dezembro de 2020 e até 31 de janeiro de 2021 observou-se um marcado aumento do indicador de perceção de risco sistémico, observando-se apenas uma atenuação do mesmo entre 8 e 11 de janeiro de 2021, ainda que em valores muito elevados e acima dos registados durante a maior parte do primeiro ano de pandemia em Portugal. Este aumento progressivo foi motivado pela **perceção do agravamento da situação, com aumento de casos, hospitalizações, e mortes por COVID-19** (e.g., “Era o que eu temia. Aumento do número de mortes quando os hospitais entram em colapso”; “Morrem mais de 500, 118 de covid Tragédia”), e nem o anúncio de novas medidas de controlo da pandemia feito pelo Governo de Portugal a 14 de janeiro de 2021, nem o reforço de medidas de confinamento a 18 de janeiro de 2021, nem o novo encerramento das escolas a 21 de janeiro de 2021, foram suficientes para travar, no imediato, o **aumento da perceção de risco sistémico observado, tendo este indicador atingido o valor mais elevado (12.78) observado ao longo de 1 ano de pandemia em Portugal a 31 de janeiro de 2021.**

Prevaleceram expressões de perigo e esforço, manifestados especialmente no **pedido frequente de tomada de medidas mais duras e abrangentes**, como um novo confinamento (e.g., “Urgente confinamento geral”; “Confinamento total :(Não temos outra opção. Imediatamente”), e o encerramento de fronteiras e aeroportos (e.g., e.g., “Alem do estado de emergência no nosso pais façam o que deviam ter feito a mto bloqueio das fronteiras total so com entrada com teste negativo todas as fronteiras”), bem como na perceção de agravamento da situação (e.g., “Portugal ultrapassa USA e India no maior numero de casos em 24 horas. Alguns Portugueses ainda nao estão convencidos de que o caso é sério”). Mantiveram-se constantes as expressões que indicavam uma **perceção social de que “os outros” não estavam a cumprir as recomendações** (e.g. “Continuem a ir a festas ilegais e a passear na rua que é o que a maioria faz em vez de ficar em casa”; “Que mais é necessário para que os portugueses metam na cabeça de que estamos com um problema sanitário e económico gravíssimo? Alguém lhe passou pela cabeça que chegaríamos a este ponto em que somos o pior país do mundo em número de mortos e contágios por número de habitantes?”).

Mantiveram-se expressões de desconfiança face aos números reportados associada a expressões de minimização da COVID-19 como forma de lidar com o que estava a acontecer (e.g., “O ano de 2020 foi um ano histórico com um registo de 0 casos de gripe, grande trabalho do sns, parabéns”; “Eu aí da pergunto...Será que essas mortes são todas de Covid ou haverá outras doenças por detrás e fica mais fácil dizer que foi com Covid?????”; “Notícia é não ter gripe!.. A gripe A desapareceu do mapa já ninguém morre de gripe A. !! É tudo covid!!.. Oh valha me Deus!! FF”), **possíveis indicadores de uma exaustão de recursos emocionais, disposicionais, e de suporte externo**, que permitiriam estratégias potencialmente mais adaptativas.

Após 1 de fevereiro de 2021, e no seguimento das medidas tomadas, observa-se uma tendência de diminuição do número de casos e hospitalizações, observando-se uma pronunciada descida do indicador de perceção de risco sistémico, motivada não só pela perceção desses indicadores positivos, mas também

pelo não colapso do Sistema Nacional de Saúde. Esta descida é reforçada pela confirmação da tendência decrescente da Pandemia em Portugal a 9 de fevereiro de 2021, o prolongamento do confinamento anunciado a 12 de fevereiro de 2021. Este período, e particularmente entre 1 e 4 de fevereiro 2021, foi marcado por inúmeras expressões de alívio, multiplicaram-se as expressões de percepção de conhecimento relativo a indicadores positivos, disposições positivas, e suporte externo, especialmente marcadas expressões de suporte espiritual (e.g., fé e agradecimentos a Deus).

A 20 fevereiro de 2021 o valor do indicador percepção de risco sistémico situava-se nos 2.59 (moderada/média), perto do registado a 4 de agosto de 2020.

Ciclo de Análise 21/02/2020 a 08/03/2021 – Marco de um ano de pandemia por COVID-19 em Portugal

Ao longo deste ciclo, após os valores observados no ciclo anterior, o nível de percepção de risco sistémico situou-se de forma consistente num nível elevado, com valores entre 3.56 e 3.98, ainda assim relativamente dos valores máximos verificados no período anterior (12.78), e abaixo dos observados durante a maior parte do primeiro ano de pandemia em Portugal. Ainda assim, e no seguimento desse período, prevaleceram **expressões de perigo, esforço, sobretudo emocional, e desconfiança face ao futuro e às medidas anunciadas** (e.g., “Acho que devíamos esperar até passar a Páscoa”; “Não estraguem o que estes 2 meses de confinamento fizeram levem o confinamento até ao fim, assim nunca mais iremos sair deste fandango”; “Ai vem o desconfinamento para estragar tudo. Daqui a uns meses estaremos a confinar outra vez”).

Observaram-se também expressões frequente de expectativa e **receio de agravamento da situação** (e.g., “Os casos vão voltar a subir com os testes e vamos voltar a fechar novamente isso sim”; “Crianças de regresso. Professores e educadores sem vacinas nem tão pouco testados. Serei só eu a achar que estão reunidos os elementos para nova vaga”). Voltaram também a surgir, com maior intensidade, expressões de **perigo socioeconómico** (e.g., “Entretanto estão a morrer muitos mais de fome e de suicídio. Continuem a matar pessoas á fome!”; “Mais do que isso é o número de desempregados diários, devido a Covid”), e a manutenção da percepção que “os outros” não cumprem as recomendações (e.g. “Não dou mais de 15 dias para voltar o confinamento, as pessoas continuam a não respeitar”; “Mas porque pode haver tanta ignorância? Primeiro dia desconfinamento 60% das pessoas foram a rua”).

Com o avançar da vacinação observou-se também um aumento de expressões de **perigo e incerteza relativamente às vacinas** (e.g., “Retirem a AstraZeneca, como fizeram os outros países. Já chega de mortes?”; “Já 10 pessoas morreram com a vacina da Astrazeneca na Noruega. A OMS diz que os benefícios ultrapassam os riscos, então uma pessoa está à espera de tomar uma vacina para não ter complicações graves de covid em vez disso morre da suposta cura”; “Os médicos enfermeiros levaram a boa e os outros vão apanhar a fraca”). Não obstante, esta percepção de perigo e incerteza foi também frequentemente contraposta com mensagens de **apoio à vacina e ao processo de vacinação**, vistos como um recurso fundamental. Indicando um possível fator de aprendizagem e resiliência prevaleceram também expressões de conhecimento e capacidades.

A dia 1 de março de 2021 é anunciado o marco de 35% de pessoas vacinadas com mais de 80 anos. A evolução do indicador de percepção pode ser vista na Figura 10.

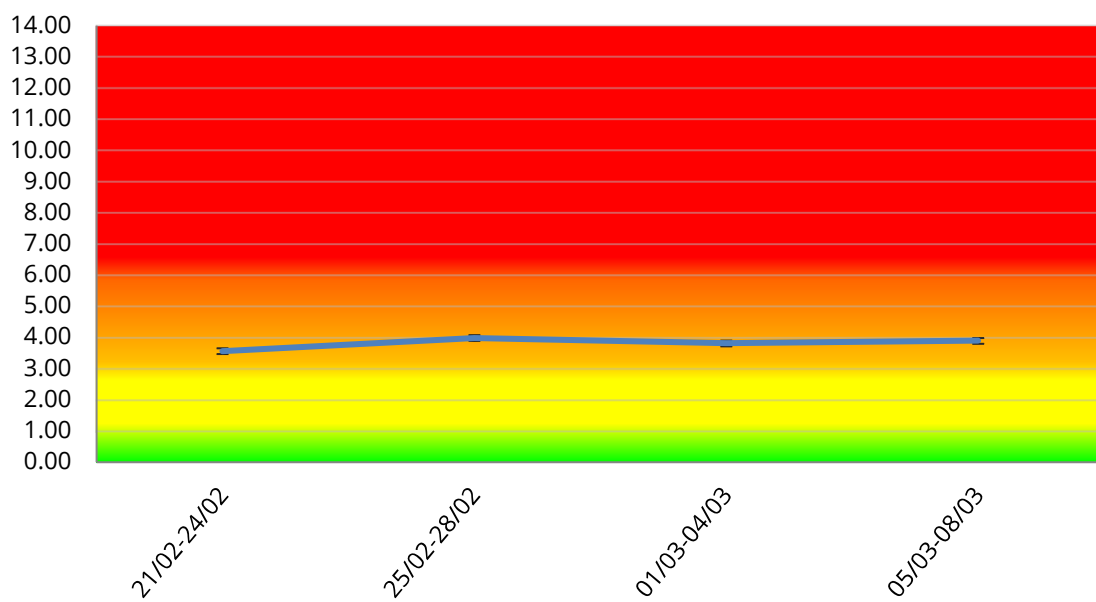


Figura 11. Gráfico de monitorização longitudinal do nível de perceção de risco sistémico durante o período de 21/02/2021 a 08/03/2021.

CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Perceção de crise

Globalmente, a perceção do risco sistémico pelos utilizadores de redes sociais em Portugal ao longo da pandemia tendeu a refletir a situação epidemiológica, com níveis elevados de risco percebido nos períodos em que a situação foi mais grave. No entanto, houveram períodos em que isso não aconteceu, coocorrendo estes por exemplo com expressões de incerteza/desconfiança face à gravidade dos números reportados pelas autoridades. Mais ainda, também se registaram perceções de um elevado risco sistémico, quando os números não o fariam prever, coocorrendo por exemplo com preocupações relacionadas com o início do ano letivo e o regresso das crianças à escola em setembro de 2020, não se tendo verificado o aumento de casos que era antecipado pela população. Globalmente, estes resultados aparentemente inconsistentes, demonstram que a perceção de risco sistémico é influenciada por múltiplos fatores que poderão ter diferentes efeitos em diferentes momentos: por vezes pode a perceção ser influenciada mais pela situação epidemiológica (i.e. nº de casos, óbitos, etc.) e outra vez mais por eventos que coocorram com a situação epidemiológica, quer aqueles percecionados como positivos (e.g. início do processo de vacinação para certos grupos etários), quer os que sejam percecionados como negativos (e.g. início das medidas mais restritivas para controlo da pandemia, como o confinamento nacional). Esta explicação deverá ser testada em estudos futuros, no sentido de perceber que fatores em diferentes momentos poderão ser mais preditivos da perceção de risco sistémico.

No que se refere à análise qualitativa com objetivo de identificar os vários “modelos de crise” ao longo do tempo, verificou-se que nas exigências específicas expressadas pelos cidadãos, os indicadores de esforço foram sempre predominantes face ao perigo e incerteza percecionados na situação, o que confirma que a atual crise de saúde se tornou crónica, predominando a denominada “fadiga pandémica”. Outro provável indicador de “fadiga pandémica”, foram as alterações relativamente mais acentuadas (subidas e descidas) do indicador de perceção de risco sistémico em espaços de tempo relativamente mais curtos, observadas sobretudo entre meados de agosto de 2020 e meados de dezembro de 2020. Note-se que este conceito de fadiga pandémica poderá ser demasiado simplista, dado que em diferentes momentos, as características dos modelos de crise identificados mostravam diferentes tipos de fadiga associados a diferentes tipos de esforço com diferentes origens e consequências (e.g. esforço psicológico vs. esforço financeiro).

Verificou-se igualmente que após cada “período de crise”, em que a ameaça percebida aumentou consistentemente até atingir o pico, foi verificado um “período de restauração”, onde a ameaça percebida diminuiu consistentemente, atingindo os níveis médios do ciclo anterior. Estes resultados podem por um lado, indicar resiliência do sistema social, indicando que após cada “pico” de crise poderá existir recuperação e reforço de recursos percebidos (e.g. incremento de disposições positivas, como otimismo e esperança). Por outro lado, poderão também indicar, uma eventual negação/escape da situação, associada a uma atenuação social e individual do risco, com o objetivo de (re)ganhar controlo sobre a situação (e.g. Kasperson, & Kasperson, 1996; Kasperson, Kasperson, Pidgeon, & Slovic, 2003). Porém, serve também como alerta, dado que a repetição de vários ciclos de crise-recuperação pode levar a consequências negativas para a saúde mental e consequente maior tempo de recuperação após cada período de crise, caso não sejam providenciados recursos sociais e pessoais aos cidadãos, que tornem a recuperação mais eficaz. Exemplos do que poderá ser providenciado será comunicar os recursos sociais e comunitários disponíveis aos cidadãos (e.g. Linha de Aconselhamento Psicológico do SNS24) e potenciar disposições

positivas (e.g. demonstrar otimismo e esperança em relação ao futuro próximo, associado a informação que demonstre maior controlo da situação epidemiológica),

2. Monitorização de sensores sociais e comunicação baseada na evidência

Para incrementar a adesão dos cidadãos às diferentes recomendações de comportamentos de prevenção de contágio, emitidas pelas autoridades de saúde, importa compreender os fatores que podem influenciá-la, nomeadamente a forma como os cidadãos respondem a uma crise de saúde pública e socioeconómica, como a que caracteriza a atual pandemia, e como estes avaliam os acontecimentos ao longo do tempo. Destacam-se, por exemplo, as primeiras notícias vindas da China, a entrada do vírus na Europa, a emergência de expressões de preconceito e racismo, as exigências do primeiro confinamento e a esperança no futuro durante o primeiro desconfinamento, o aparente “normal” no verão e a perceção de risco no regresso à escola, a constatação do “não normal” em outubro/novembro e o aparente relaxamento do “efeito Natal”, seguido da perceção de perigo extremo associado ao maior grau de ameaça percecionada em Portugal desde o início da pandemia.

Uma abordagem de sensores sociais, como a exemplificada, permitiu e poderá permitir no futuro próximo bem como em futuras epidemias/pandemias, a customização da comunicação de crise e/ou de risco às perceções sociais – i.e. à perceção de risco sistémico - num determinado momento da situação pandémica (e.g., indicadores de fadiga pandémica), com recomendações específicas a emitir (e.g., comunicação empática, de reconhecimento do esforço e agradecimento pelos comportamentos de prevenção de contágio por SARS-CoV-2 implementados pelos cidadãos).

3. Recomendações globais

Perante uma cada vez maior frequência de riscos emergentes para a saúde, para a economia, e para sociedade em geral, o objetivo de qualquer estratégia de intervenção/comunicação deverá ser sempre a avaliação de atuais e futuros eventos mais como um desafio (perceção de recursos suficientes para lidar com as exigências atuais e futuras) e menos como uma ameaça (perceção de recursos insuficientes ou inexistentes para lidar com as exigências), assegurando ainda que as perceções e crenças que os cidadãos têm relativamente a esses recursos e exigências estão ajustados aos factos e evidências científicas existentes.

Para atingir estes fins, as recomendações devem ser adequadas ao modelo de crise no presente e antecipados cenários futuros de pandemia. Para tal é fundamental conhecer e compreender quais as perceções que os cidadãos têm a cada momento e eventuais avaliações face a cenários possíveis, com abordagens de sensores sociais como a apresentada. No entanto, existem também recomendações que globalmente são transversais aos vários momentos de crise/modelos de perigo, e podem sintetizar-se nas seguintes:

- ✓ Implementar uma abordagem de sensores sociais com base em estudo multimétodo longitudinal que permita monitorizar variáveis psicossociais de forma quantitativa (perceção de risco sistémico) e qualitativa (modelos de crise), para sustentar uma comunicação baseada na evidência. Por exemplo, perceções de risco e variáveis que permitam compreender como indivíduos e grupos com diferentes características e vulnerabilidades percecionam e respondem à crise.

- ✓ Manter a percepção de risco sistémico em níveis moderados-elevados – i.e., comunicar que mesmo que a situação melhore o risco continuará presente, sendo esta percepção condição necessária para a manutenção dos comportamentos de proteção no futuro.
- ✓ Assegurar um modelo de crise que implique a redução da percepção de exigências e incremento da percepção de recursos – a comunicação deve contribuir para reduzir a percepção de esforço individual e coletivo, perigo (saúde, económico, ...) e incrementar a percepção dos recursos pessoais (e.g., otimismo, esperança, resiliência) e sociais (e.g., o que as autoridades estão a fazer para reduzir o risco, recursos de suporte na comunidade) disponíveis.
- ✓ Preparar para o futuro – facilitar a adaptação ao “novo normal” e manutenção dos comportamentos de proteção, retirar aprendizagens para situações futuras, motivar a planear o futuro, manter/aumentar a confiança nas autoridades de saúde e outras.
- ✓ Envolver os cidadãos, grupos/comunidades e organizações no planeamento e nas propostas de ações de mitigação/adaptação ao presente e ao futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnett, J., & Breakwell, G. M. (2003). The social amplification of risk and the hazard sequence: the October 1995 oral contraceptive pill scare. *Health, Risk & Society*, 5 (3), 301 – 313.
- Breakwell, G. M. (2010). Models of risk construction: some applications to climate change. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Climate Change*, 1(6), 857-870. doi: <https://doi.org/10.1002/wcc.74>
- Breakwell, GM, & Barnett J. (2003). Social Amplification of Risk and the Layering Method. In: Pidgeon N, Kasperson R, Slovic P, eds. *The Social Amplification of Risk*. Cambridge: Cambridge University Press, 80–101.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Princípios orientadores para comunicação de riscos e crise, baseados na perceção de riscos – Doença Respiratória Aguda por 2019-nCoV*. Lisboa: DGS.
- Domingos, S., Gaspar, R., Fonseca, H., & Marôco, J. (2020). DeCodeR framework: data collection and coding for demands and resources appraisal in extreme weather events. *PsyEcology*. 11, 90-103. <https://doi.org/10.1080/21711976.2019.1643988>
- European Food Information Council (2017). Difference between hazard and risk (infographic). Available at: <https://www.eufic.org/en/understanding-science/article/hazard-vs.-risk-infographic>
- Gaspar, R., Barnett, J., & Seibt, B. (2015). Crisis as seen by the individual: The Norm Deviation Approach. *PsyEcology*, 6, 103–135. <https://doi.org/10.1080/21711976.2014.1002205>
- Gaspar, R., Domingos, S., Brito, D., Leiras, G., Filipe, J., Raposo, B., & Arriaga, M. T. (2021). Striving for crisis resolution or crisis resilience? The crisis layers and thresholds model and Information and Communication Technology-mediated social sensing for evidence-based crisis management and communication. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 3, 40-52. <https://doi.org/10.1002/hbe2.241>
- Gaspar, R., Domingos, S., Toscano, H., Godinho, C., Francisco, R., ... & Arriaga, M. T. (2021). Relatório final do projeto “Resilience 4 COVID-19: Social Sensing & Intelligence for Forecasting Human Response in Future COVID-19 Scenarios, towards Social Systems Resilience” financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia no âmbito do Programa Research 4 COVID-19 2ª Edição (projeto n. 439). Lisboa; Universidade Católica Portuguesa.
- Gaspar, R., Yan, Z., & Domingos, S. (2019). Extreme natural and man-made events and human adaptive responses mediated by information and communication technologies' use: A systematic literature review. *Technological Forecasting & Social Change*, 145, 125-135. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2019.04.029>

- IPMA (2020a). *Resumo Climatológico Maio e Primavera de 2020*. Lisboa, Portugal: Instituto Português do Mar e da Atmosfera.
https://www.ipma.pt/pt/media/noticias/documentos/2020/resumo_clima_mai2020.pdf
- IPMA (2020b). *Resumo Climatológico Agosto e Verão de 2020*. Lisboa, Portugal: Instituto Português do Mar e da Atmosfera.
https://www.ipma.pt/resources.www/docs/im.publicacoes/edicoes.online/20200903/aLIMdENsRORERLkagmmX/cli_20200801_20200831_pcl_mm_co_pt.pdf
- IPMA (2021). *Episódio frio persistente: dezembro 2020 a janeiro 2021*. Lisboa, Portugal: Instituto Português do Mar e da Atmosfera.
https://www.ipma.pt/pt/media/noticias/documentos/2021/acompanhamento-jan-2021-atualizacao_dia13-vrs2.1.pdf
- Joffe, H. (2003). Risk: from perception to social representation. *British Journal of Social Psychology*, 42 (1), 55–73. doi: [10.1348/014466603763276126](https://doi.org/10.1348/014466603763276126)
- Joffe, H., & Lee, N. Y. L. (2004). Social representation of a food risk: the Hong Kong avian bird flu epidemic. *Journal of Health Psychology*, 9 (4), 517–533. doi: [10.1177/1359105304044036](https://doi.org/10.1177/1359105304044036)
- Kasperson, R. E., & Kasperson, J. X. (1996). The social amplification and attenuation of risk. *The annals of the American academy of political and social science*, 545(1), 95-105. doi: [10.1177/0002716296545001010](https://doi.org/10.1177/0002716296545001010)
- Kasperson, J. X., Kasperson, R., Pidgeon, N. F., & Slovic, P. (2003). The social amplification of risk: Assessing fifteen years of research and theory. In N. F. Pidgeon, R. K. Kasperson, & P. Slovic (Eds.), *The social amplification of risk* (pp. 13–46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Reynolds, B. (2002). *Crisis and emergency risk communication*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Reynolds, B., & Seeger, M. (2005). Crisis and emergency risk communication as an integrative model. *Journal of Health Communication*, 10, 43–55. <https://doi.org/10.1080/10810730590904571>
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280–285. <https://doi.org/10.1126/science.3563507>
- Wang, D., Szymanski, B. K., Abdelzaher, T., Ji, H., & Kaplan, L. (2019). The age of social sensing. *Computer*, 52, 36-45. <https://doi.org/10.1109/MC.2018.2890173>

ANEXO I – CHECKLIST DE PROCEDIMENTOS DE GESTÃO DE CRISE E COMUNICAÇÃO

1. Nível Nacional

1.1 Planeamento

- Designar um porta-voz: Autoridade de Saúde Nacional/Diretora-Geral da Saúde
- Criar comité nacional de resposta à COVID-19
 - Reunir com comité nacional de resposta à COVID-19
 - Identificar a instituição que irá liderar a comunicação: Direção-Geral da Saúde
 - Avaliar o estado de prontidão, nomeadamente dos recursos humanos, financeiros e materiais
 - Identificar a população alvo para cada instituição parceira e estabelecer objetivos gerais para gerir emergências de saúde pública
- Criar e rever regularmente o plano de comunicação:
 - Definir as funções de cada membro (instituição) da equipa de comunicação (fluxo de informação interinstitucional)
 - Definir as funções da equipa de comunicação dentro da instituição durante a crise (fluxo interno da informação)
 - Preparar uma lista que descreve como a informação será comunicada, quem irá comunicar e o que será comunicado (cadeia de comando)
 - Preparar protocolos para reportar informação com indicações específicas sobre o papel de cada um dos envolvidos em relação ao reporte interno e externo, considerando as recomendações do RSI
- Identificar canais de comunicação
 - Selecionar os canais de comunicação que vão ser usados para distribuir mensagens: e-mail, rádio, Internet, televisão, posters, placards, ...
 - Criar e atualizar bases de dados com os contactos dos media
 - Definir a logística da colaboração com os media, fornecimento de materiais e atualizações
 - Cooperar com os editores e repórteres para facultar informação e apoio aos jornalistas
 - Identificar mecanismos para comunicar com populações específicas (idosos, crianças...) e com pessoas isoladas para garantir que vão ter acesso a assistência e definir os canais de comunicação a ser usados para cada uma das populações
- Criar uma lista com rede de apoio (profissionais de saúde, promotores de saúde)
 - Identificar e criar uma base de contactos com os parceiros (grupos juvenis, escolas, câmaras, igrejas, associações...) e envolvê-los nas atividades de preparação

- Trabalhar com e envolver celebridades que tenham participado em campanhas anteriores e criar uma lista com outras celebridades a contactar
- Preparar um conjunto de mensagens chave para diferentes contextos e níveis de emergência
 - Preparar mensagens e material de comunicação em todas as línguas e dialetos falados pela população alvo
 - Preparar mensagens chave sobre prevenção baseada na evidência sobre conhecimento e atitudes relacionadas com emergências
 - Preparar orientações para profissionais de saúde
- Desenvolver mensagens para os media com o objetivo de educar a população e promover práticas de prevenção
 - Preparar comunicados de imprensa e folhas de perguntas e respostas com informação sobre doenças que possam dar origem a uma emergência em saúde pública e sobre a sua prevenção
- Criar uma equipa de monitorização dos media
 - Avaliar mecanismos para monitorizar a efetividade da comunicação durante uma emergência de saúde pública e métodos para perceber as atitudes, perceções e motivação da população
 - Investigar sobre perceções da população sobre situações que podem despoletar a crise (febre amarela, dengue, etc.) e nível de confiança nas várias fontes de informação, incluindo governos

1.2 Início da comunicação

- Ser o primeiro a iniciar a fase de comunicação com o objetivo de manter a confiança e transmitindo expectativas realísticas
 - A equipa de comunicação inicia as suas funções e aborda as questões da população
 - Determinar quem deve liderar a equipa de comunicação de risco de acordo com a natureza da emergência
 - Alertar o(s) porta-voz e atualizar a informação a ser disseminada através deste(s)
 - Ativar a equipa responsável pela monitorização interna e externa da informação
 - Estabelecer o fluxo de informação interna para operacionalizar a informação
- Atualizar constantemente a informação a ser disseminada
 - Averiguar o que a instituição está a fazer para abordar a situação
 - Determinar quem é afetado pela crise e quais as suas perceções
 - Determinar que ações devem ser tomadas pela população alvo
 - Determinar se a informação é consistente e obter clarificações adicionais de peritos se necessário
 - Determinar a gravidade da situação
 - Aconselhar as Autoridades de Saúde sobre a emergência da perspetiva dos media
 - Estabelecer linhas de contacto com peritos de áreas específicas
- Identificar quem deve ser notificado de acordo com a cadeia hierárquica de comando e a gravidade da situação (toda a comunidade ou só alguns membros?)
- Disseminar a informação

- Porta-voz reporta as mensagens atribuídas de forma empática e simples
- As mensagens pré-preparadas são distribuídas pela população
- Os profissionais são informados e estabelecidos mecanismos de comando e controlo
- Preparar os líderes comunitários e parceiros para explicar a situação
- Comunicar com os media de acordo com os princípios básicos de comunicação em contexto de crise
- Monitorizar comunicação:
 - Ativar centrais telefónicas e monitorizar as chamadas
 - Reunir com agentes e líderes comunitários
 - Manter a comunicação com os media e garantir que eles recebem informação atualizada através das fontes oficiais
 - Monitorizar os media, procurando rumores, preocupações ou ações da população
 - Garantir atualização de páginas web
 - Colaborar com o setor privado para desenvolver mensagens a serem comunicadas à população através dos profissionais de saúde
 - Garantir que os mecanismos para comunicar com populações específicas estão estabelecidos
 - Corrigir informação errada que tenha sido transmitida (e.g. rumores)

2. Níveis Regional e Local

2.1 Planeamento

- Designar um porta-voz
- Estabelecer, se necessário, um comité regional de resposta à COVID-19
 - Reunir comité regional de resposta à COVID-19
 - Estabelecer ponto focal de contacto com a instituição que irá liderar a comunicação, a Direção-Geral da Saúde
 - Avaliar o estado de prontidão, nomeadamente dos recursos humanos, financeiros e materiais
- Criar e rever regularmente o plano de comunicação
 - Definir as funções de cada membro (instituição) da equipa de comunicação (fluxo de informação interinstitucional)
 - Definir as funções da equipa de comunicação dentro da instituição durante a crise (fluxo interno da informação)
 - Preparar uma lista que descreve como a informação será comunicada, quem irá comunicar e o que será comunicado (cadeia de comando)
 - Identificar canais de comunicação regionais e locais
- Criar uma lista com rede de apoio regional e local (profissionais de saúde, promotores de saúde)
 - Identificar e criar uma base de contactos com os parceiros (grupos juvenis, escolas, câmaras, igrejas, associações...) e envolvê-los nas atividades de preparação

2.2 Início da comunicação

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

ANEXO II – CHECKLIST DE BOAS PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO DE CRISE

- Seja o primeiro.** Transmitir rapidamente a informação sobre um surto pode ajudar a controlar a transmissão do mesmo. As pessoas lembram-se geralmente da primeira informação que ouviram em contexto de crise, portanto esta deveria chegar de profissionais de saúde. Mesmo que a etiologia ou outros dados sejam ainda desconhecidos, transmita os factos que estão disponíveis. Transmita informação sobre sinais e sintomas da doença, grupos de risco, tratamento e sobre quando e como procurar cuidados médicos.
- Esteja certo.** Precisão estabelece a credibilidade. A informação deve incluir o que é conhecido e desconhecido. A informação transmitida deve ser coerente com a realidade (e.g. não recomende recorrer a um hospital, se este estiver a recusar admissões). Confirme a informação com outros peritos. A transmissão de uma informação incorreta pode comprometer a restante comunicação.
- Não dê demasiadas garantias.** O objetivo não é despreocupar, mas sim gerar atenção de forma calma, manter a perceção de perigo em níveis moderados a altos, mas não demasiado elevados pois é um potencial gerador de perceção de impotência.
- Reconheça a incerteza.** Comunique o que sabe e o que não sabe. Mostre a sua angústia e reconheça a angústia da população em relação à incerteza da situação. "Deve ser horrível ouvir que não podemos responder a esta pergunta neste momento...".
- Expresse que está em curso a obtenção de mais informação.** "Temos um sistema (plano, processo) para nos ajudar a responder (encontrar respostas, etc.)".
- Dê orientações antecipadamente.** Se estiver ciente de futuros resultados negativos, informe as pessoas do que esperar (e.g. efeitos colaterais dos antibióticos).
- Desculpe-se, não seja defensivo.** Diga "lamentamos que..." ou "sentimo-nos péssimos por..." ao reconhecer erros ou falhas da instituição. Não use "arrepender", pois parece que se está a preparar para uma ação judicial.
- Reconheça os medos das pessoas.** Não diga às pessoas que elas não devem ter medo. Elas têm medo e têm esse direito. Reconheça que é normal o ser humano estar assustado.
- Reconheça a tragédia partilhada.** Algumas pessoas vão ficar menos assustadas do que infelizes, sentindo-se desesperadas e derrotadas. Reconheça a tragédia de um evento catastrófico e ajude a fazê-los ter esperança no futuro através de ações da instituição e de ações que eles possam realizar.
- Expresse desejos.** "Gostaria que soubéssemos mais", "Gostaria que nossas respostas fossem mais definitivas."
- Pare de tentar aliviar o pânico.** O pânico é menos comum do que se imaginava. O pânico não vem de más notícias, mas de mensagens contraditórias. Se o público for confrontado com recomendações conflitantes e conselhos de especialistas, eles não terão uma fonte confiável para pedir ajuda. Esse nível de abandono abre as portas a oportunistas e ao julgamento em massa. A sinceridade protege a sua credibilidade e reduz a possibilidade de pânico, porque suas mensagens serão verdadeiras.
- Em dado momento, esteja disposto a responder às perguntas do tipo "e se".** Essas são as perguntas em que todas as pessoas estão a pensar e querem ouvir respostas de especialistas. Muitas vezes, é impraticável alimentar "e se" quando a crise está contida e provavelmente não afetará um grande número

de pessoas; é razoável responder “e se” se o “e se” puder acontecer e as pessoas precisarem de estar emocionalmente preparadas para isso. No entanto, se você não responder às perguntas “e se”, alguém responderá. Se você não estiver preparado para abordar “e se”, perde a credibilidade e a oportunidade de enquadrar as perguntas com factos e recomendações válidas.

❑ **Atribua às pessoas coisas para fazer.** Em caso de emergência, algumas ações comunicadas são dirigidas a vítimas, pessoas expostas ou pessoas com potencial de exposição. No entanto, aqueles que não precisam de tomar medidas imediatas tenderão a seguir essas recomendações e poderão precisar de ações substitutas próprias para garantir que não agem prematuramente com base nas recomendações que não são para elas. Ações simples em caso de emergência darão às pessoas uma sensação de controlo e ajudarão a mantê-las motivadas a manterem-se atentas ao que está a acontecer e preparadas para agir quando instruídas a fazê-lo. Dê-lhes uma escolha de ações correspondentes ao seu nível de preocupação.

❑ **Exija mais das pessoas.** Talvez o papel mais importante do porta-voz seja pedir às pessoas que assumam o risco com ele. As pessoas podem tolerar riscos consideráveis, especialmente riscos voluntários. Se você reconhecer o risco, a gravidade, complexidade e os medos legítimos das pessoas, poderá pedir que assumam o risco durante a emergência e trabalhem em busca de soluções. Como porta-voz, especialmente um que esteja no local e corra risco, pode torna-se o modelo do comportamento apropriado.

❑ **Seja empático, demonstre experiência, dedicação e acompanhamento.** São esses os elementos que constroem a confiança. Como porta-voz, precisa rapidamente de criar confiança e credibilidade se desejar que as suas recomendações de saúde pública sejam seguidas.

❑ **Comunique de forma simples.** Sem utilizar jargão ou demasiados números e mensagens fáceis de lembrar (e.g. comunicar números em conjunto com formatos alternativos não numéricos ou gráficos/pictogramas como a taxa de mortalidade).

❑ **Seja respeitador.** Comunicação respeitadora é particularmente importante para pessoas que se sentem vulneráveis. Reconheça diferenças culturais e práticas em relação à doença e trabalhe junto das comunidades adaptando-se às suas crenças e comportamentos de forma a gerar compreensão e promover cooperação. Devem ser evitados efeitos secundários decorrentes da comunicação de crise, como por exemplo o reforço de estereótipos negativos e de comportamentos de preconceito. (e.g. “evitar contato próximo com quem tem tosse ou febre”; vírus surgiu na China → evitar Chineses).

❑ **Use a incerteza como uma “aliada”, não deixe margem para dúvidas.** Apresente expressões verbais de probabilidade em conjunto com a expressão do seu intervalo numérico incluindo sempre o limite inferior e superior desse intervalo (e.g., é provável que aconteça, ou seja, há entre 66 a 90% de probabilidade que isso aconteça). Comunique projeções sobre a forma de intervalos, garantido que o valor real se situa dentro do intervalo comunicado, e se necessário transmita a melhor estimativa dentro desse intervalo (e.g. esperamos que o valor se situe entre 1 e 12, sendo a nossa melhor estimativa que 6 seja o valor verificado no final). Se apresentar uma representação gráfica dessa projeção esta deve incluir os valores comunicados (e.g. o intervalo e melhor estimativa). Sempre que possível utilize períodos de duração similar para comparar dados existentes com previsões futuras, justificando o porquê da utilização desses períodos para a comparação. Comunique a mudança absoluta em vez da mudança relativa.

❑ **Use linguagem simples.** Sempre que possível use palavras curtas, frases curtas, e linguagem que é familiar ao público-alvo. Evite usar acrónimos ou duplas negações. Lembre-se, por vezes menos é mais.

**ANEXO III – SÍNTESE DE TEMAS EMERGENTES
NA PERCEÇÃO SOCIAL, EM UM ANO DE
PANDEMIA POR COVID-19**