

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES PÚBLICAS

LUCIANA RODRIGUES ARAÚJO

**O PAPEL DA COMUNICAÇÃO PÚBLICA E
GOVERNAMENTAL NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO
CONTRA A FEBRE AMARELA DE 2017 E 2018**

São Paulo
2019

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES PÚBLICAS

LUCIANA RODRIGUES ARAÚJO

**O PAPEL DA COMUNICAÇÃO PÚBLICA E GOVERNAMENTAL NA
CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA DE
2017 E 2018**

Monografia apresentada à Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado - FECAP, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Relações Públicas.

Orientador: Prof. Me. Marcus Vinícius de Jesus Bomfim

São Paulo
2019

LUCIANA RODRIGUES ARAÚJO

**O PAPEL DA COMUNICAÇÃO PÚBLICA E GOVERNAMENTAL NA CAMPANHA
DE VACINAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA DE 2017 E 2018**

Monografia apresentada à Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado - FECAP, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Relações Públicas.

COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Me. Elisete Duarte Baião

Profissional de Relações Públicas, professora e Mestre em Ciências da Comunicação pela Faculdade Cásper Líbero

Prof. Me. Tânia Maria de Oliveira Teixeira Pinto

Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado - FECAP

Prof. Me. Marcus Vinícius de Jesus Bomfim

**Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP
Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora**

São Paulo, 10 de dezembro de 2019

RESUMO

A comunicação pública deve levar em consideração o interesse público. Na área da saúde pública, o Estado necessita criar um diálogo com os cidadãos, promovendo participação social por meio de estratégias que informem, deem visibilidade às decisões tomadas e aumentem a credibilidade do governo, já que aumentar a confiança da população no Estado é essencial para o combate da desinformação. Durante a campanha de vacinação contra a febre amarela em 2017 e 2018, houve boatos e medo de tomar a vacina - quando o próprio tema vacina já é complexo de se abordar porque diversas crenças se chocam. Logo, as estratégias de comunicação também precisam refletir sobre como difundir informações contextualizadas e completas tanto para a população como para a imprensa e outros *stakeholders*. A mídia é uma das principais propagadoras de informação no país e pode se tornar uma grande aliada ou uma antagonista na construção de saberes. A pesquisa buscará, a partir do pensamento de autores dos campos da Comunicação e Saúde como Araújo e Cardoso (2007), da Comunicação Pública como Koçouski (2013) e Haswani (2013); e das Relações Públicas com Grunig (2009) e Duarte (2011, 2012) fazer uma discussão sobre a atuação do profissional de Relações Públicas nesse contexto.

Palavras-chave: Febre Amarela. Estratégia. Comunicação Pública. Relações Públicas. Desinformação.

ABSTRACT

Public communication must reflect public interest. In public health domain, the State needs to create dialogue with citizens, promoting social participation by strategies that inform, give visibility to the decisions made and increase government's credibility since increasing population's trust in State is essential to combat disinformation. During yellow fever vaccination campaign in 2017 and 2018, there were rumors and fear to get vaccinated – when the vaccine theme is already complex to talk about because there are clashes over different beliefs. Therefore, communication's strategies must reflect about how to propagate contextualized and complete information to population, mass media and other stakeholders, whereas media is one of the most important information broadcasters in Brazil and it can be a great ally or antagonist in construction of knowledge. The research will discuss Public Relations professional's role in this context based on authors' thoughts from subsequently domains: Communication and Health as Araújo e Cardoso (2007), Public Communication as Koçouski (2013) and Haswani (2013) and Public Relations as Grunig (2009) and Duarte (2011, 2012).

Keywords: Yellow Fever. Strategy. Public Communication. Public Relations. Disinformation.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PUBLICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO INSTAGRAM.....	35
FIGURA 2 - PUBLICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO TWITTER.....	37
FIGURA 3 - NOTÍCIA NO SITE DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO.....	39
FIGURA 4 - PUBLICAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO NO TWITTER.....	40
FIGURA 5 - PUBLICAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO NO INSTAGRAM.....	41

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE NOTÍCIAS POR INDICADORES NO ESTADÃO.....	45
TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE NOTÍCIAS POR INDICADORES NO FOLHA DE S. PAULO.....	46

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - NÚMERO DE NOTÍCIAS POR MÊS.....	44
GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DE NOTÍCIAS POR CATEGORIAS.....	45

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 VACINAS E FEBRE AMARELA	11
1.1 HISTÓRICO	11
1.2 COMPLEXIDADE DAS VACINAS	13
2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE	15
3 COMUNICAÇÃO PÚBLICA	20
4 DESINFORMAÇÃO	23
5 RELAÇÕES PÚBLICAS	26
6 PESQUISA DE CAMPO	28
6.1 ANÁLISE DOCUMENTAL	28
6.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO	28
6.3 AUDITORIA DE OPINIÃO	32
7 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS, DISCUSSÃO E RESULTADOS	33
7.1 ANÁLISE DOCUMENTAL	33
7.1.1 MINISTÉRIO DA SAÚDE	33
7.1.2 GOVERNO E SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO	38
7.1.3 GOVERNO E SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	40
7.1.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
7.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO	44
7.3 AUDITORIA DE OPINIÃO	49
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE A – ENTREVISTA 1	66
APÊNDICE B – ENTREVISTA 2	74

INTRODUÇÃO

A comunicação é estratégica em diversas áreas e pode ser utilizada para diversos objetivos, como aumentar as vendas de uma empresa, gerenciar uma crise ou melhorar a imagem de uma organização. Conforme Pitta (2002), isso ocorre também quando se fala em política públicas, principalmente na área da saúde. No entanto, segundo Araújo e Cardoso (2007), o campo de Comunicação e Saúde na esfera governamental ainda é permeado por uma visão desenvolvimentista que utiliza a publicidade e o modelo informacional de Shannon e Weaver como seu principal modo de comunicar, ou seja, os problemas são resultados das ações da população, que precisa ser educada por meio de uma comunicação unidirecional e persuasiva.

Em realidade, a comunicação feita pelo governo, de acordo com Kunsch (2013), deveria ter os mesmos princípios da comunicação pública, isto é, precisa ser direcionada ao interesse público, fornecer informação para gerar debates e participação dos cidadãos (KOÇOUSKI, 2013). É importante criar diálogo e um relacionamento de confiança fornecendo informações suficientes para que a população consiga participar ativamente das decisões tomadas pelo governo.

Esses princípios são importantes principalmente quando se pensa na questão das vacinas, pois é um objeto complexo de se lidar. Conforme Pôrto e Ponte (2003), há crenças que se chocam dentro desse tema, como o direito coletivo e o individual. Ainda há o movimento antivacina que vem acontecendo no Brasil e no mundo, no qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica como uma das dez ameaças à saúde em 2019. Além disso, esse cenário pode ser agravado pela desinformação, já que de acordo com Henriques (2018), no campo da saúde a desinformação se difunde rapidamente e pode causar problemas sérios.

Durante 2017 e 2018, houve uma epidemia de febre amarela no Brasil. A vacina é a principal forma de prevenção. É possível ter algumas reações quando tomada; no geral são leves, porém, como a vacina é feita com o vírus vivo atenuado, é estimado que 1 a cada 400 mil pessoas desenvolva a própria doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), por isso ela é contraindicada em alguns casos ou é necessário se consultar com um médico antes (HONORATO, 2018). No começo, houve desespero e filas para se imunizar, mas conforme os boatos sobre as reações surgiram, as pessoas deixaram de se vacinar (MANIR, 2018).

Durante a pesquisa, buscou-se entender qual o papel da comunicação pública e governamental na campanha de vacinação contra a febre amarela e no combate à desinformação sobre as vacinas por meio da análise das estratégias de comunicação adotadas pelo governo. Além

disso, foi verificado a regularidade da comunicação sobre o tema e identificado quais fatores estão influenciando e gerando desinformação sobre as vacinas.

Para isso, foram aplicados três procedimentos metodológicos. O primeiro foi uma análise documental feita com o Ministério da Saúde, o Governo do Estado e do Município de São Paulo e suas respectivas secretarias de saúde para identificar a estratégia utilizada e verificar o que era comunicado.

Foi executada uma análise de conteúdo com as notícias de 2017 e 2018 da Folha de S. Paulo e do Estadão em que o tema principal fosse a febre amarela para comparar se a mensagem transmitida pelo governo foi a mesma que na mídia e se a forma como foram escritas poderia promover desinformação.

E, por fim, foi feita uma auditoria de opinião com duas jornalistas: uma que trabalha na assessoria de imprensa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a outra que trabalha em uma agência de publicidade com clientes da área da saúde. Dessa forma, foi possível entender melhor como o Estado se comportou durante a epidemia, além de aprofundar no que poderia ter sido feito de diferente.

1 VACINAS E FEBRE AMARELA

1.1 HISTÓRICO

A primeira vacina nos registros históricos é a antivariólica, desenvolvida por Edward Jenner no século XVIII. A experiência partiu da observação de que pessoas que ordenhavam vacas se tornavam imunes à varíola, então ele inventou, a partir da varíola bovina, uma vacina, injetando-a em uma pessoa saudável. Após isso, o indivíduo teve a doença de forma atenuada e tornou-se imune. A secreção que se formou nesse sujeito foi inoculada em outro ser humano saudável, tornando-o imune também (BIO-MANGUINHOS/FIOCRUZ, 2014). Essa vacina se propagou no mundo e chegou ao Brasil em 1804, trazida graças ao marechal Caldeira Brand Pontes, transmitida de braço a braço até chegar no Rio de Janeiro (FERNANDES, 1999).

Com o tempo, constatou-se que a inoculação perdia o efeito e novas pesquisas foram feitas, chegando à varíola bovina inicial e, assim, a imunização passou a ser feita da pústula da vaca. Houve contrariedade às vacinas; a feita braço a braço por causa da possibilidade de transmissão de outras doenças, a animal por conta do medo de utilizar o material extraído da vaca, fazendo com que a vacina antivariólica animal chegasse no Brasil somente em 1887 (FERNANDES, 1999).

Em 1832, no Rio de Janeiro, determinou-se a obrigatoriedade das vacinas em crianças por meio do Código de Posturas. No entanto, isto não foi cumprido integralmente; somente os escravos foram vacinados por causa da desconfiança (FERNANDES, 1999). Em 1846, a vacina passou a ser obrigatória inclusive para adultos, entretanto não foi acatado, já que não havia uma produção que suprisse (AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2005).

No início do século XX, o Rio de Janeiro passava por epidemias de varíola, febre amarela e peste bubônica. Oswaldo Cruz, conforme Franco (1969), assumiu o posto de Diretor-Geral de Saúde Pública e planejou como combater esses males.

Como noticiado pelo Estadão, a maioria das pessoas acreditava que o contágio era por meio do contato com a secreção dos doentes. Oswaldo Cruz, por outro lado, pensava que a transmissão era por meio da picada do mosquito, então sua atuação focou no combate dele (BATISTA, 2018). Segundo o Ministério da Saúde (2016, 2017), existem dois tipos de febre amarela: a urbana difundida pelo *Aedes aegypti* e a silvestre, no qual os principais vetores são

os mosquitos *Haemagogus janthinomys* e *Sabethes leucocelaenus*. Desde o século XVIII até o começo do século XX, a enfermidade foi a causa de diversas mortes.

Durante a campanha promovida por Oswaldo Cruz, agentes de saúde entravam nas casas para buscar focos de infestação do *Aedes aegypti*, além de outras ações que as pessoas não estavam acostumadas, o que tornavam essas práticas impopulares. No entanto, essas atitudes tiveram resultados positivos, pois houve queda nas mortes com causa de febre amarela; em 1903, foram 469 óbitos, já em 1904 esse número caiu para 39 (BATISTA, 2018).

Então, em 1904, Oswaldo Cruz, em meio a epidemia de varíola, incentivou o governo a restabelecer a compulsoriedade da vacinação, afetando a vida cotidiana das pessoas, pois só quem provasse estar vacinado poderia se matricular em escolas, conseguir contratos de trabalho, entre outros. Esse foi um dos motivos para haver a Revolta da Vacina no Rio de Janeiro, pois as pessoas não aceitavam ser vacinadas forçadamente. A população passou a protestar nas ruas e foi reprimida pela polícia. Houve 945 prisões, 461 deportados, 110 feridos e 30 mortos durante a revolta, fazendo o presidente da época, Rodrigues Alves, desistir da obrigatoriedade (AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2005).

Durante as décadas de 20 e 30, houve algumas descobertas importantes em relação à febre amarela: novos vetores, o ciclo silvestre da doença (BENCHIMOL, 2001) e a invenção da vacina (THEILER; SMITH, 1937). No ciclo silvestre, Henriques (2018) aponta que a circulação da doença ocorre em áreas de mata. Os mosquitos picam os macacos e os primatas que sobrevivem levam a doença em seus organismos, então quando outro mosquito pica esse macaco infectado, o ciclo continua. O ser humano entra nesse circuito quando vai para essas áreas e é picado, sendo infectado pela enfermidade. Geralmente, segundo o Ministério da Saúde (2017), os casos em primatas antecedem os casos em humanos, dessa forma, observar a morte dos animais é uma forma de vigilância.

No Brasil, de acordo com Benchimol (2001, p. 178), o último caso de febre amarela urbana foi em 1942, após campanhas de erradicação de seu vetor urbano, o *Aedes aegypti*. No entanto, o autor indica que o ciclo silvestre se “adaptava a grande variedade de ecologias, tipos de mata, mosquitos, fauna vertebrada e condições climáticas”, o que não permitia a extinção dessa variante de transmissão. Logo, a opção era a vacinação daqueles perto das áreas de circulação da febre amarela silvestre para evitar a reurbanização.

O *Aedes aegypti* voltou a ser detectado no país em 1967, expandindo suas fronteiras à medida que os anos passavam. Durante esse período, a febre amarela permaneceu em áreas

endêmicas, isto é, áreas de mata nas regiões Norte, Centro-oeste e em parte do Maranhão (BENCHIMOL, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Segundo o Ministério da Saúde (1999), também havia casos dispersos em Minas Gerais. No entanto, em 1997 e 1998, a enfermidade começou a se expandir em direção ao litoral, incitando o medo de uma possível reurbanização dela (BENCHIMOL, 2001).

Desde então, de acordo com dados do Ministério da Saúde (2016, 2018, 2019), de 2000 a 2010, 80,6% dos casos foram fora das áreas endêmicas. E mais recentemente, em 2017 e 2018, aconteceu o maior surto desde 1980, início do registro feito pelo Ministério da Saúde. Esses casos se concentraram no Sudeste, indicando a expansão da doença.

1.2 COMPLEXIDADE DAS VACINAS

O tema da vacina é complexo, pois, conforme Pôrto e Ponte (2003, p. 729), é um assunto que atrai interesses “geopolíticos e macroeconômicos” e há conflito entre diversas crenças, onde “concorrem representações antagônicas sobre o direito coletivo e o direito individual, sobre as relações entre Estado, sociedade, indivíduos, empresas e países, sobre o direito à informação, sobre a ética e principalmente sobre a vida e a morte”, ou seja, a vacina em si já é um tema difícil de se lidar por toda as crenças diferentes que as pessoas têm sobre.

Segundo o grupo de especialistas formado pela Organização Mundial de Saúde, o *Strategic Advisory Group of Experts Working Group on Vaccine Hesitancy* (SAGE-WG), as vacinas são tanto a nível individual como comunitário, uma vez que é necessária uma alta taxa de cobertura para diminuir as chances de circulação de uma doença em uma comunidade (SAGE-WG, 2014).

Atualmente, a hesitação em se vacinar vem crescendo no mundo. Ela consiste na demora em aceitar ou a recusa em se vacinar ainda que haja disponibilidade de vacina (SAGE-WG, 2014). Isso foi listado pela OMS (2019) como uma das dez ameaças à saúde em 2019; por exemplo, apontam que houve um aumento mundial de 30% nos casos de sarampo.

Os principais motivos para essa hesitação, apontados pelo SAGE-WG (2014), são acomodação, dificuldade de acesso às vacinas e falta de confiança. No Brasil, uma pesquisa feita por Brown et al. (2018) evidenciou que, dentre os que hesitam em se vacinar, 41,4% é por questão de confiança, 25,5% por causa da segurança da vacina e 23,6% por conta do risco de reações adversas.

Para resolver essa questão, o SAGE-WG (OMS, 2019) propõe a criação de estratégias baseadas em diálogo, engajando e criando uma relação de confiança. É mencionado que os funcionários da saúde são importantes nesse cenário, uma vez que são influenciadores na decisão de tomar uma vacina, porém enfrentam problemas de recursos limitados, informação inadequada ou treinamento falho para responder dúvidas e discutir os riscos e benefícios das vacinas.

O Ministério da Saúde (2018) divulgou em seu informe que entre julho de 2017 e junho de 2018 foram notificados 7.518 casos de febre amarela em humanos, dos quais 1.376 foram confirmados e 483 levaram a óbito. Para tentar conter a epidemia que ocorreu, a comunicação teve um papel considerável, já que foi feita uma campanha para informar a população sobre a importância de se vacinar. Como a doença estava circulando próxima a metrópoles, o governo também propôs a vacina fracionada para agilizar o processo de imunização da população. No entanto, como veiculado pelo G1 (SP1, 2018) em janeiro de 2018, as pessoas tinham receio da vacina de febre amarela fracionada por medo de reações.

2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Quando se traz a saúde para a esfera pública, ela tem uma grande relação com políticas públicas e, segundo Araújo e Cardoso,

[...] políticas públicas só se constituem efetivamente como tal quando saem do papel, circulam (adquirem visibilidade, portanto existência) e são apropriadas (convertidas em saberes e práticas) pela população a que se destinam, temos que considerar que a comunicação é inseparável desse processo. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 22)

A comunicação é fundamental para o sucesso de uma política pública, pois dá visibilidade, tornando possível que os cidadãos usufruam do que é oferecido. No caso da febre amarela, a comunicação é essencial no processo de dialogar com a população sobre o que está ocorrendo, quais medidas estão sendo tomadas e incentivar as pessoas a participarem.

No entanto, na área da saúde, de acordo com Araújo e Cardoso (2007), ainda há a visão desenvolvimentista que acredita que os problemas são resultados das ações da população e, portanto, as pessoas precisam ser informadas e educadas. As autoras citam que é amplamente utilizado o modelo informacional de Shannon e Weaver, também chamado de modelo matemático da comunicação, onde um emissor envia uma mensagem a um receptor usando um canal e evitando ruídos nessa transmissão, assim, a mensagem precisa chegar ao receptor da forma mais parecida possível de como foi emitida.

É desconsiderado o contexto do interlocutor, seus conhecimentos prévios sobre o tema, além de que o modelo impossibilita o *feedback*, ou seja, a comunicação bidirecional. As autoras também criticam a prática recorrente da comunicação como se fosse uma empresa privada, utilizando-se da publicidade.

De acordo com Araújo e Cardoso (2007 apud Bakhtin, 1992), o conceito tradicional de mensagem tem limitação quando comparado com o conceito de dialogismo de Bakhtin que é a fala determinada por um contexto e a interação que ocorre ao se comunicar essa fala. Dialogismo trata indiretamente do conceito de discurso, segundo Araújo e Cardoso (2007), apesar de não ser abordado por Bakhtin em sua obra original.

Logo, os discursos, conforme Foucault (1987), são determinados pelos contextos histórico, geográfico, social, econômico e linguístico. Quando se planeja estrategicamente a comunicação, é preciso refletir que os interlocutores também estão dentro de um contexto específico e suas percepções serão fundamentadas nele. Porém, geralmente as campanhas não

são pensadas com base nisso, tanto que Araújo (2012) cita que são feitas como se a pessoa nunca tivesse tido contato com o tema ou conhecimento sobre o assunto.

As campanhas idealizadas no campo da saúde são sazonais e os assuntos são abordados, tanto pela mídia como pelo governo, somente quando há epidemias (ARAÚJO, 2012). Assim, não existe continuidade da comunicação, dificultando criar objetivos e metas a longo prazo. Isso ocorreu também com o caso da febre amarela, uma vez que mesmo que o Ministério da Saúde (2014) tenha identificado uma possibilidade de epidemia em seu boletim epidemiológico de 2012/2013, a comunicação sobre o tema só foi feita em 2017 e 2018 quando de fato começou a epidemia. Portanto, é possível perceber uma tática mais voltada a evitar o alastramento ainda maior da doença ao incentivar a vacinação, ou seja, uma estratégia de prevenção de doenças. Czeresnia diz que

a base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. (CZERESNIA, 2003, p. 4)

Vasconcelos, Oliveira-Costa e Mendonça (2016) refletem que prevenção de doença é habitualmente confundida com promoção de saúde, portanto, é importante mostrar a discrepância entre eles. Na primeira conferência internacional sobre promoção de saúde, feita em 1986 em Ottawa, no Canadá, promoção de saúde foi conceituada como

o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 19-20)

Logo, a diferença entre promoção de saúde e prevenção de doenças é que a primeira é pensada de uma forma mais ampla, englobando práticas mais saudáveis em todos os aspectos da vida para gerar qualidade de vida; já a segunda é mais específica e tem como objetivo prevenir o adoecimento da população.

Uma pesquisa executada por Vasconcelos, Oliveira-Costa e Mendonça (2016) analisando 14 campanhas do Ministério da Saúde determinou que a promoção de saúde é pouco explorada pela instituição, pois somente 3 das 14 campanhas possuíam uma abordagem realmente dentro desse conceito.

Outro ponto comum nas ações do Ministério da Saúde, como apontado por Araújo e Cardoso (2007), é que a comunicação posiciona ao órgão central e a seus parceiros como as vozes autorizadas no campo da saúde, desconsiderando que há outros discursos, como os próprios cidadãos ou ONGs que trabalhem na mesma área. Por exemplo, Araújo (2012) diz que quando incluem a população é somente para legitimar os próprios discursos.

Esse panorama prevaleceu similarmente na comunicação no ciberespaço e mídias sociais:

De forma análoga, essa lógica da centralização do processo de comunicação em torno de um polo emissor, que leva à repetição de discursos em diferentes suportes midiáticos e fortalece a autoridade de determinadas vozes no cenário comunicacional, parece se repetir no âmbito da Comunicação e Saúde no ciberespaço. (SOBREIRA, 2013, p. 30)

Lévy (1999) define ciberespaço como o ambiente mediado pela rede mundial de computadores. Silva (2014, p. 24) aponta que as mudanças ocorridas na informática e nas telecomunicações ao longo dos anos “têm provocado transformações sociais, econômicas e culturais”, permitindo maior participação e interação. As buscas no Google têm modificado o relacionamento entre médicos e pacientes, além de haver blogs que contestam os discursos presentes na saúde pública (ARAÚJO, 2012).

Todavia, Sobreira (2013) diz que o modelo informacional e a influência da publicidade objetivando educar a população se mantiveram nas ações das instituições de saúde pública. Apesar da tecnologia abrir um leque de possibilidades de abordagens diferentes e inovadoras, como a facilitação de uma comunicação bidirecional, as práticas tradicionais de comunicação estruturadas na perspectiva unidirecional permanecem predominantes.

Dessa forma, Araújo e Cardoso (2007) apontam que a comunicação pública na saúde deveria gerar debate sobre os assuntos de interesse público, fornecendo informação com o fim de aumentar a participação da população. Já Pôrto e Ponte (2003) falam que é necessário pensar na cultura e realidade de cada região para tornar a comunicação mais assertiva. Assim, é mostrado a importância de se pensar a comunicação dentro do contexto do público, do seu território, para além do controle do fluxo da informação.

Porém, a participação só por meio do acesso à informação não basta. Araújo e Cardoso (2007, p. 84) lembram que o “direito de ser ouvido e ser considerado”, um princípio básico da participação, muitas vezes não ocorre. Por isso, é preciso criar mecanismos que possibilitem o *feedback* e realmente gerar um relacionamento com o público no qual se comunica. No caso do ciberespaço o processo é facilitado porque geralmente há seções de comentários ou até mesmo a interação pode ser feita por meio de mensagens privadas nas mídias sociais.

Além disso, para a construção de uma comunicação mais assertiva dentro do campo saúde, é fundamental a descentralização da comunicação. A maior parte do poder, inclusive econômico, fica com o Ministério da Saúde, no entanto, Araújo e Cardoso (2007) defendem que o ministério não deveria centralizar todas as demandas comunicacionais dentro da instituição. As autoras recomendam que a instituição dê o apoio técnico e econômico para que as instituições em nível estadual, municipal e do terceiro setor possam promover a comunicação dentro do contexto local, já que isso se torna mais complicado quando é promovido desde uma esfera federal.

Dentro do cenário da Comunicação e Saúde, a mídia tem o poder de interferir no que a população sabe, então é um agente importante a ser considerado em qualquer planejamento. Antigamente, acreditava-se que as pessoas eram uma massa que somente recebiam de forma igual a mensagem emitida. Conforme Pena (2005, p. 142-143), pela “teoria hipodérmica, os efeitos produzidos pela mídia atingem da mesma forma todas as pessoas, independente de suas características sociais, psicológicas ou culturais”. Em realidade, as pessoas, inseridas em seus próprios contextos, relacionam as informações recebidas com seus saberes anteriores e formam suas próprias conclusões (PITTA, 2002, p. 90).

Contudo, como expresso por Araújo e Cardoso (2007), a mídia tem um papel importante na construção da percepção de realidade da população, principalmente a televisão. Conforme Pitta (2002, p. 88-89), essa percepção é afetada pela escolha de assuntos a serem abordados pela mídia, que decide o que falar baseado na noticiabilidade e na gestão da organização. Dentro dos veículos de comunicação “[...] acontece um processo de gestão do discurso que está em público, um discurso que acaba determinando um certo acervo de conhecimento ao qual a população tem acesso”. Logo, outros assuntos que não se mostrem interessantes são silenciados.

Por exemplo, Araújo (2012) aponta que a dengue somente é noticiada quando há epidemias. As notícias sobre a febre amarela também começaram junto com a epidemia,

divulgando o que estava acontecendo e influenciando o que as pessoas sabiam sobre o problema que estava ocorrendo.

As grandes empresas midiáticas também influenciam o que será publicado nas menores. Pitta (2002) utiliza como exemplo quando trabalhava em uma emissora estatal: a pauta foi escolhida com base no que tinha sido publicado no *O Globo*. Essa influência, segundo Oliveira (1995), também permeia a esfera pública. Grupos a utilizam para tentar fazer suas vozes serem ouvidas, tornando-a um campo de embates. Evidentemente esse processo é desigual, pois aqueles que possuem mais poder têm mais chance de serem ouvidos. É mais provável que as pessoas discutam sobre o que saiu em um grande veículo do que em um menor.

No ciberespaço há uma dinâmica parecida. Como expresso por Sobreira (2013), dentro do campo de Comunicação e Saúde, a mídia tem o maior destaque na difusão de saberes sobre o tema, pois as notícias são abundantemente compartilhadas tanto nas mídias sociais como em blogs. Dependendo da maneira como uma epidemia é abordada, os cidadãos podem entrar em pânico. Por isso, mostra-se necessário manter um relacionamento com os jornalistas, passando as informações corretas e o mais completas possível de forma a reverter a mídia em uma aliada na difusão de informação relevante.

3 COMUNICAÇÃO PÚBLICA

O conceito de comunicação pública, tanto no Brasil como no mundo todo, tem diferentes abordagens. Kunsch cita que há quatro dimensões dentro da comunicação pública:

comunicação estatal; comunicação da sociedade civil organizada que atua na esfera pública em defesa da coletividade; comunicação institucional dos órgãos públicos, para promoção de imagem, dos serviços e das realizações do governo; e comunicação política, com foco mais nos partidos políticos e nas eleições. (KUNSCH, 2013, p. 6)

McQuail (2012) aponta que o termo comunicação pública muitas vezes significa a comunicação que ocorre na esfera pública. O autor considera esfera pública o lugar dado pela mídia de massa a temas de interesse público. Nesse mesmo sentido, Lima (2006) expõe que só a mídia pauta aquilo que é público. Lemos (2009), por outro lado, analisa a possibilidade de o ciberespaço configurar uma nova esfera pública. Nesse espaço, categorizado pelo autor como “pós-massivo”, há diálogo entre as pessoas ou grupos sem controle de quem emite a mensagem enquanto na mídia de massa o público só pode consumir a informação.

Já para Zémor o que define comunicação pública é o interesse geral. O Estado ou as organizações com papéis de interesse público são os principais atores, onde a transparência, o acesso à informação e o relacionamento são pontos que norteiam a comunicação. Logo, as funções são: “a) informar; b) escutar; c) contribuir para assegurar a relação social e; d) acompanhar as mudanças de comportamento e das organizações sociais” (KOÇOUSKI, 2013, p. 44 apud ZÉMOR, 1995).

Conforme a opinião de Koçouski, comunicação pública

é uma estratégia ou ação comunicativa que acontece quando o olhar é direcionado ao interesse público, a partir da responsabilidade que o agente tem (ou assume) de reconhecer e atender o direito dos cidadãos à informação e participação em assuntos relevantes à condição humana ou vida em sociedade. Ela tem como objetivos promover a cidadania e mobilizar o debate de questões afetas à coletividade, buscando alcançar, em estágios mais avançados, negociações e consensos. (KOÇOUSKI, 2013, p. 54)

Logo, Koçouski também defende que a comunicação precisa ser de interesse público, levando em consideração o direito à informação do cidadão, além de promover a participação social. Um ponto essencial colocado por Koçouski é a questão de gerar debates, pois vai ao encontro do que é proposto por Araújo e Cardoso (2007) no campo da Comunicação e Saúde,

já que as autoras defendem que a comunicação nessa área precisa ao menos criar debate na sociedade.

Quando se pensa especificamente na comunicação feita pelo governo, Koçouski (2013) diz que, diferentemente de outros interlocutores, as atividades do Estado, por lei, necessitam ser de interesse público. No entanto, a presença deste na mídia com foco no interesse público é falho, uma vez que poucos são os casos trabalhados, como a poliomielite e a dengue (HASWANI, 2007, p. 209).

Koçouski (2013) expõe que a comunicação pública compreende tanto o jornalismo como a publicidade e as relações públicas, sendo que jornalismo é o que mais se aproxima do interesse público e publicidade é o que menos, por causa de sua visão mercadológica.

Inclusive, esse pensamento fundamenta as críticas contra a publicidade de Araújo e Cardoso (2007) e Sobreira (2013) no campo de Comunicação e Saúde, pois dizem que as pautas deveriam ser de interesse público e não uma estratégia de persuasão como geralmente é feito pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, o jornalismo, conforme Duarte (2011), é importante para dar visibilidade aos assuntos, não obstante a mídia sozinha não é suficiente para garantir informação para a sociedade - é necessário variar as ferramentas utilizadas conforme planejamento estratégico.

Para Weber (2011, p. 111-112), o governo se comunica estrategicamente quando amplia e facilita “o processo de acesso aos cidadãos e à sociedade”, sendo “reconhecido em suas ações e discursos”. O Estado necessita demonstrar sua visão sobre os fatos e deixar com que os cidadãos tenham acesso à essas informações para construir seus próprios saberes reconhecendo a importância da instituição nesse processo. Para isso, Weber (2011, p. 112) diz que há algumas estratégias, sendo: visibilidade, credibilidade, autonomia, relacionamento direto, propaganda e imagem pública.

Para gerar visibilidade na esfera pública, é preciso criar um repositório de informações que fiquem disponíveis para a sociedade, gerando memória. A credibilidade ocorre com a divulgação das ações do governo e suas decisões, além da busca por reconhecimento e legitimidade, onde a sociedade se identificaria com as ideias do Estado. A autonomia aborda a questão de produção de informações por meio de uma estrutura organizada por profissionais de comunicação qualificados para competir com o que é comunicado pela mídia (WEBER, 2011, p. 112-113).

O relacionamento direto é a interação entre o Estado e a sociedade, gerando participação dos cidadãos. Isso acontece quando a pessoa tem acesso às informações divulgadas pelo governo e há como interagir, por exemplo, respondendo uma pesquisa. Weber (2011) defende a utilização da propaganda como persuasão, mas algo bem sutil e atrelado à informação. Por fim, a imagem pública é a soma de todas as estratégias anteriores para gerar uma identidade, criando um relacionamento entre sociedade e os temas propostos pelo Estado.

4 DESINFORMAÇÃO

Antes de abordar o conceito de desinformação e suas consequências dentro da área da saúde, é relevante conceituar a informação propriamente dita. Segundo o dicionário Michaelis, dentre as definições, estão:

1. Ato ou efeito de informar(-se). 2. Conjunto de conhecimentos acumulados sobre certo tema por meio de pesquisa ou instrução. 3. Explicação ou esclarecimento de um conhecimento, produto ou juízo; comunicação. 4. Notícia trazida ao conhecimento público pelos meios de comunicação. [...] (MICHAELIS, 2015)

Com essas definições é possível perceber que há uma relação entre a informação, comunicação e a mídia, mostrando a importância e influência que os meios de comunicação têm na formação de conhecimentos da população.

A desinformação, por outro lado, é definida por Brisola e Bezerra (2018 apud Serrano, 2010) como informações que não são obrigatoriamente falsas, mas sim manipuladas, descontextualizadas ou que mostrem somente partes da história, ou seja, não trazem a visão de um fato considerando todos os lados.

O grupo *High Level Expert Group on Fake news and Online Disinformation* (HLEG), criado pela União Europeia para estudar e criar estratégias contra a desinformação e as *fake news*, conceitua desinformação como informações falsas, imprecisas ou enganosas em que há o objetivo de causar algum dano ou ter retornos financeiros na veiculação da mensagem. Porém, eles desconsideram difamação, discurso de ódio e instigação de violência, pois estes casos já são tratados dentro da lei. Também afirmam que sátiras e paródias não estão dentro desse conceito (HLEG, 2018).

Em contrapartida, Allcott e Gentzkow (2017) citam que *fake news* são notícias intencionalmente falsas e que possam enganar quem é alcançado pela informação. Conforme o HLEG (2018), o conceito de *fake news* é impróprio para explicar a desinformação, porque a desinformação mescla informações falsas com verdadeiras. Além disso, expõem que é inapropriado utilizar o termo *fake news*, pois é usado por políticos para criticar aquilo com o que não concordam, além de ser uma forma de interferir no que é veiculado e de atacar a mídia.

Nesse panorama informacional, os meios de comunicação também são uma fonte de desinformação, já que, como dito por Brisola e Bezerra (2018 apud Serrano, 2010) os veículos têm o interesse de manter a ordem atual de dominação. Eles mencionam que

A competitividade entre os veículos de mídia e a concentração adequada de informação aos leitores ou usuários tendem a ser mais influentes na forma de divulgação das informações do que o compromisso com a verdade dos fatos e as múltiplas versões e olhares que se aproximam da verdade. (BRISOLA; BEZERRA, 2018, p. 3320)

Isso complica o entendimento por parte do leitor, uma vez que a situação não é contextualizada ou mostra todas partes da história para gerar uma reflexão maior no público, podendo tender somente para o lado que seja mais vantajoso para quem divulga a informação. Além disso, a linguagem utilizada pelos veículos de comunicação sugere imparcialidade, no entanto, escondem opiniões por trás, influenciando aqueles que leem (BRISOLA; BEZERRA, 2018).

No contexto da saúde, Henriques (2018) indica que este é um campo onde a desinformação se difunde rapidamente, já que a maior parte das pessoas pouco conhecem sobre a área e têm medo quando informações sobre epidemias são difundidas. É natural que as pessoas se preocupem com algo que não conseguem entender, ainda mais quando se trata de uma doença; quando somado com a manipulação intencional de informações, ações de risco podem ser geradas.

Ademais, conforme HLGE (2018), as consequências dessa manipulação podem ser intensificadas dependendo do quanto as pessoas engajem e espalhem a informação divulgada. Por exemplo, em 2008, houve cobertura massiva do surto de febre amarela, focando no risco e na possível reurbanização da doença, causando grande aumento na procura por vacinas (MALINVERNI, 2017).

Henriques (2018) especifica que informações falsas permeiam regularmente o que é divulgado sobre o tema vacina. Em 1998, Andrew Wakefield publicou na *The Lancet* uma pesquisa relacionando a vacina tríplice viral e o autismo. Anos depois, descobriu-se diversos conflitos nela, como o financiamento e o método de pesquisa, o que causou a retratação por parte da revista (HARRIS, 2010). Entretanto, muitas pessoas já tinham deixado de se vacinar e isso causou, inclusive, surtos de sarampo (HENRIQUES, 2018).

Segundo Henriques (2018), vários tipos de interesses podem ser os motivos pelos quais a desinformação é propagada: políticos, econômicos, religiosos e filosóficos. Como exemplo,

Valle, Pimenta e Aguiar (2016, p. 421) dizem que quando o Zika Vírus¹ ganhou destaque nas notícias, houve uma procura por respostas “mágicas”, predominantemente apoiando interesses financeiros. Os autores pontuam que a desinformação e a dificuldade de identificação do diagnóstico fazem com que haja o questionamento sobre quantas pessoas foram realmente infectadas, dificultando saber o real panorama da doença no Brasil. (VALLE; PIMENTA; AGUIAR, 2016, p. 420)

Para combater a desinformação, Henriques (2018, p. 12) discorre que o “fortalecimento das instituições de saúde, de ensino e pesquisa, com investimento em suas interfaces de comunicação pode contribuir para que sejam reconhecidas como fonte de consulta para profissionais e a população”, ou seja, as pessoas precisam reconhecer essas instituições como confiáveis.

Outro ponto levantado por Henriques é que em lugares onde a mídia não chega, o trabalho de campo é primordial para levar informações relevantes para a população local. No contexto da febre amarela, algumas prefeituras atuaram com agentes de saúde nas áreas rurais. Por exemplo, em Votuporanga, segundo a Secretaria de Saúde da cidade (2017), os profissionais percorreram essas zonas buscando as pessoas que ainda necessitavam da vacina e as imunizaram.

¹ O Zika Vírus é um arbovírus transmitido pelo *Aedes aegypti* com diversas complicações, tais como mielite e neuropatia. Durante a gravidez, o vírus pode causar aborto ou microcefalia nos fetos. (OMS, 2018)

5 RELAÇÕES PÚBLICAS

As Relações Públicas têm um papel estratégico dentro de uma organização, seja no primeiro, segundo ou terceiro setor. Para Grunig (2009, p. 27), pelas pessoas conviverem umas com as outras, há a inevitabilidade de “usar a comunicação para coordenar o seu comportamento com as pessoas que influenciam ou por quem são influenciadas” - caso todos vivessem isolados, não haveria essa necessidade. Da mesma forma ocorre com as organizações, entrando em cena o profissional de Relações Públicas.

Grunig (2009, p. 28) define as Relações Públicas como o “gerenciamento do comportamento da comunicação de uma organização com os seus públicos”, já Ferrari (2009, p. 158) considera como “a atividade responsável pela construção e manutenção das redes de relacionamento das organizações com seus diversos públicos”, ou seja, é a moderação da relação entre a instituição e seus *stakeholders*.

Ao invés de simplesmente transmitir mensagens, essa área tem como objetivo criar relacionamentos com os públicos, mantendo um canal bidirecional, onde os *stakeholders* podem expressar quais são seus anseios e, em resposta, a organização pode atendê-los. Logo, há uma interdependência para atingir os objetivos de ambos os lados. (GRUNIG, 2009)

O processo de comunicação pode ocorrer coletando informações de fora da instituição para decidir quais serão as decisões tomadas, isto é, identificar quais os propósitos dos *stakeholders* e os considerar na hora de definir estrategicamente os próximos passos. Por outro lado, pode-se gerar o fluxo de dentro para fora ao transformar essas decisões em mensagens claras que as pessoas entendam. Nem sempre haverá concordância entre a organização e o público, no entanto, é essencial que se compreendam. (GRUNIG, 2009)

No contexto da comunicação pública, mais especificamente o que é feito pelo governo, Kunsch (2013, p. 9) menciona que os “princípios e fundamentos das relações públicas na esfera governamental são os mesmos que são defendidos para a prática da comunicação pública em geral”, sendo Relações Públicas Governamentais, segundo Fortes (2002), as ações comunicacionais promovidas por todas as esferas do governo, assim como as agências reguladoras, estatais, entre outros. Quanto ao processo comunicacional, Duarte (2012, p. 64) aponta que são necessários “informação, mas também credibilidade dos interlocutores, meios e instrumentos adequados, valorização do conhecimento dos sujeitos, facilidade de acesso e uma pedagogia voltada para quem possui mais dificuldades”.

O relações-públicas precisa planejar a comunicação estrategicamente levando em consideração o interesse geral, garantindo informações suficientes para promover debates e participação por parte da população, mesmo daqueles que não têm o acesso facilitado, além de promover um relacionamento entre o Estado e os cidadãos.

A credibilidade, entretanto, é um ponto delicado para o governo, pois como constatado na pesquisa *Trust Barometer* (2019), feita pela agência Edelman, somente 28% dos entrevistados confiam no Estado. Segundo Duarte (2011), as pessoas demonstram não acreditar que o interesse público seja o foco do governo e grande parte da população não sabe como participar do processo decisório ou não obtém resposta dos legisladores, aumentando ainda mais a descrença que há. Por exemplo, nas últimas eleições para presidência no Brasil, conforme dados do Tribunal Superior Eleitoral (2018, 2019), houve aumento nos votos brancos e nulos na votação no segundo turno. Em 2014, votos brancos representavam 1,71% enquanto votos nulos eram 4,63% do total de eleitores aptos; já em 2018, esses números eram 2,14% e 7,43%, respectivamente, mostrando o aumento da descrença na classe política.

Todos esses dados apontam a importância de se trabalhar o relacionamento com os cidadãos, já que as pessoas precisam julgar as fontes como confiáveis e estarem envolvidas no processo para terem mais receptividade ao que é proposto. No caso da febre amarela, ao trabalhar o relacionamento com a população, haveria mais confiança nas informações passadas. O cidadão poderia entender o panorama real da doença para participar do debate, além de, como proposto pelo governo, tomar vacina somente se estivesse em uma das áreas de recomendação ou fosse para alguma delas. Ao invés disso, houve desespero para conseguir a vacina em outras cidades que não havia casos, como veiculado pela Folha de S. Paulo no dia 25 de janeiro de 2017. Esgotaram as vacinas em vários postos na cidade de São Paulo, sendo que os casos estavam concentrados em Minas Gerais e no interior do Estado de São Paulo (BERGAMIM JR., 2017).

Para fazer o planejamento trabalhando todos esses pontos levantados, Duarte (2012, p. 65) destaca dois tipos de instrumentos de comunicação: os focados em informação ou em diálogo. O primeiro tem relação com o fornecimento de informações a fim de “ampliar o conhecimento sobre um tema”, podendo utilizar relatórios, folhetos, manuais, entre outros. Já o segundo foca no relacionamento e compreensão entre interlocutores, fazendo com que os cidadãos participem do processo decisório. Podem ser criados serviços de atendimento, consultas públicas, reuniões, entre outros.

6 PESQUISA DE CAMPO

Na pesquisa de campo, foram aplicados três procedimentos metodológicos para entender como o Estado se comunicava com a população, o que foi difundido na mídia e a opinião de especialistas sobre a campanha de vacinação e a desinformação que ocorreu.

Primeiramente, foi aplicado a análise documental, reunindo dados sobre quais informações o Estado queria passar para os cidadãos, a mídia e os agentes de saúde. Após aplicado, os resultados foram comparados com a análise de conteúdo feita com a Folha de S. Paulo e o Estadão para ver se o que o governo queria transmitir foi refletido nos veículos.

Por fim, foram feitas duas entrevistas. Como uma das entrevistadas trabalhava dentro da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a outra em uma agência de publicidade com clientes da área da saúde, foi possível observar duas ponderações diferentes sobre o que ocorreu na campanha e o que poderia ser aplicado na comunicação do governo.

6.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Nesta etapa analisamos documentos oficiais de primeira mão do Ministério da Saúde, do governo do Estado de São Paulo, da prefeitura da cidade de São Paulo e suas respectivas secretarias de saúde que tinham relação com as estratégias de comunicação da campanha de febre amarela de 2017 e 2018, além das peças confeccionadas para essa campanha. Para obter as informações, os documentos e peças foram buscados nos sites oficiais das instituições, suas mídias sociais e no blog do Ministério da Saúde.

A análise foi qualitativa, a fim de entender quais são as estratégias comunicacionais empregadas pelo Estado, assim como a regularidade das peças. Dessa forma, utilizando a fundamentação teórica, houve uma reflexão se o que foi planejado e feito geraram debates, participação social e uma comunicação bidirecional entre o Estado e os cidadãos. Também foi verificado se o modo como as informações foram transmitidas poderia gerar desinformação.

6.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para comparar se as mensagens comunicadas pelo governo foram transmitidas na mídia - observando a abordagem, se mostra a história completa ou fragmentada - foi feita uma análise de conteúdo nas notícias e matérias dos jornais Folha de S. Paulo e Estadão em que o tema principal fosse a febre amarela, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Os veículos foram escolhidos por estarem dentre os que têm maior circulação no Brasil. Ao todo, foram analisadas 663 reportagens.

Conforme Bardin (2011, p. 44), análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Ao escolher as notícias a serem analisadas, foi utilizada a regra de exaustividade, onde todos os documentos que correspondem aos critérios devem ser analisados (BARDIN, 2011), isto é, foram separadas todas as matérias em que o tema principal fosse a febre amarela nos dois veículos escolhidos.

As matérias foram classificadas seguindo o princípio de categorização, ou seja, os documentos foram rotulados e agrupados em temas principais (BARDIN, 2011). Neste tipo de análise, Bardin expõe que há alguns parâmetros para criar as categorias:

- a) exclusão mútua: o texto não pode ser classificado em mais de uma categoria;
- b) homogeneidade: ter um padrão único para a análise;
- c) pertinência: as categorias são adaptadas aos documentos;
- d) objetividade e finalidade: a categoria deve se aplicar ao documento todo;
- e) produtividade: deve fornecer resultados positivos, isto é, novas possibilidades de pesquisa, dados corretos, etc.

Na classificação do material dos jornais, houve dificuldade em catalogá-los segundo os princípios de exclusão mútua e objetividade e finalidade. Em um mesmo texto jornalístico, eram abordados diversos assuntos diferentes, como os casos, estudos, ações do governo e recomendações. Dessa forma, para a categorização foi considerado o principal assunto da notícia, surgindo os seguintes temas:

- a) alerta: alertas dados em decorrência da expansão da doença, em especial de órgãos internacionais e governos de outros países;
- b) ações do governo: ações tomadas pelo governo;
- c) casos: número ou descrição de casos;
- d) dia D: veiculação das datas ou dados dos resultados obtidos nessas ações;
- e) especialista e estudos: novos estudos sobre a febre amarela e/ou opinião de especialistas;
- f) *fake news* e desinformação: boatos que ocorreram no período;
- g) falta de vacina: falta de vacina em um posto;
- h) filas: tamanho das filas e a demora para a vacinação;
- i) furto: furto de vacinas;
- j) história: histórico da febre amarela no Brasil ou no mundo;
- k) interdição de local: local interditado por conta da febre amarela, sendo válido também para quando reabriram;
- l) macaco: dados sobre adoecimento ou a violência causada aos animais por humanos;
- m) reações adversas: casos de reações adversas;
- n) recomendação: recomendações de como lidar com a doença, tirando as dúvidas;
- o) surto: aborda o cenário sem ter o foco nos números;
- p) vacinação: dados sobre a vacinação ou como é a rotina dos agentes de saúde.

O conteúdo também foi codificado por meio da análise de coocorrências que, segundo Bardin (2011), é a captação da presença de dois ou mais indicadores dentro de uma mensagem, buscando a relação entre esses parâmetros.

Os fatores foram escolhidos ao identificar, na análise documental, qual era o principal objetivo do Ministério da Saúde e o que era comunicado para a população por meio das peças de comunicação. Também foi levado em consideração itens que poderiam causar pânico na população, como o número de casos e a alta letalidade da febre amarela.

O objetivo era ter o conteúdo das notícias de forma mais detalhada e alguns parâmetros são os mesmos que as categorias apresentadas anteriormente por causa da multiplicidade de tópicos abordados em um mesmo texto, então mesmo que não esteja em uma categoria, o assunto poderia ter sido falado. Logo, os indicadores são:

- a) o número de casos;
- b) o número de mortes;
- c) diferença entre febre amarela silvestre e urbana;
- d) citação de ser o pior surto que já houve;
- e) recomendação de quem devia tomar vacina;
- f) menção sobre a vacina não ser de uso universal;
- g) indicação do perfil que não pode tomar vacina ou há restrições;
- h) citação de que há riscos de reações adversas;
- i) quais são os riscos de reações adversas;
- j) risco de reurbanização da febre amarela;
- k) a alta letalidade da doença;
- l) ações que o governo tomou;
- m) citam que a vacina é segura;
- n) o porquê a vacina é segura;
- o) descrevem os sintomas.

Observamos se cada indicador estava presente ou não em cada um dos textos para quantificar o que era mencionado nas notícias. Tanto a indicação dos perfis em que há restrições ou não podem tomar a vacina como a citação de quais são os riscos adversos foram avaliados de forma diferente. Além de observar se a notícia mencionava ou não os assuntos, também foi analisado se era a informação completa, já que há diversos perfis e reações mais brandas ou mais graves.

6.3 AUDITORIA DE OPINIÃO

A auditoria de opinião consiste em pesquisar qualitativamente a opinião de pessoas importantes dentro de um certo contexto para entender uma situação ou problema em específico. Logo, esse tipo de auditoria

visa ouvir o parecer de públicos representativos sobre determinada situação ou realidade de que está sendo pesquisada, a fim de colher dados significativos e relevantes para construir um diagnóstico correto, com vistas na realização de um planejamento de ações futuras para intervir nessa mesma realidade ou situação. (KUNSCH, 2002, p. 307)

Quando se elabora uma auditoria de opinião, Kunsch (2002) aponta para a importância de ser uma entrevista aberta, sendo o mais flexível possível. A metodologia aplicada foi baseada na entrevista em profundidade, pois conforme Duarte (2006), é um método qualitativo mais flexível para investigar um tema fundamentado nas vivências dos entrevistados.

Para explorar o assunto, foram feitas entrevistas abertas com a questão central “qual o papel da comunicação pública e governamental na campanha de vacinação contra a febre amarela e no combate à desinformação sobre as vacinas?”. Segundo Duarte (2006, p. 65), a entrevista aberta não tem um planejamento de perguntas a serem feitas. É iniciada com uma pergunta abrangente e é conduzida conforme as respostas dos entrevistados.

Dessa forma, entrevistamos duas jornalistas. Uma trabalha em agência de publicidade com clientes da área de saúde e outra é assessora de imprensa na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. A auditoria foi executada a fim de entender melhor como o Estado se comportou durante a epidemia, além de compreender a opinião dessas pessoas sobre a campanha feita e o que poderia ter sido diferente.

7 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS, DISCUSSÃO E RESULTADOS

8.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

7.1.1 MINISTÉRIO DA SAÚDE

Foram analisados 19 documentos provenientes do Ministério da Saúde e que são relacionados à febre amarela, dentre os quais o Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública (2016), o Guia de Vigilância em Saúde (2017, 2019), o Guia para Profissionais de Saúde (2017, 2018) e o Plano Estratégico de Vacinação contra Febre Amarela (2018). Além disso, foram observadas a seção sobre a enfermidade no site, 32 peças de comunicação confeccionadas para a campanha, 92 publicações no Facebook, 88 no Instagram, 514 no Twitter, 36 vídeos no YouTube e 22 matérias no blog.

O site da instituição traz as principais informações sobre a doença, isto é, descreve a doença, seus sintomas, como acontece a transmissão, qual é o período sazonal – dezembro a maio –, diagnóstico, tratamento, prevenção, reações adversas e que atitudes tomar em caso de viagem, além de trazer dados sobre a situação epidemiológica e os informes.

A página ainda é formulada com fundamentação no modelo informacional descrito por Araújo e Cardoso (2007), uma vez que somente se transmite a mensagem, sem um modo das pessoas darem *feedback* e, conseqüentemente, não há diálogo entre a população e a organização. Isso se torna um problema ao passo que diversas peças de divulgação têm indicação desse site para os cidadãos buscarem mais informações, pois é necessário procurar outras formas de se comunicar com o Ministério da Saúde, como um e-mail, telefone ou as mídias sociais.

Ao abordarem os eventos adversos da vacina, explicam que a chance de se desenvolver a própria doença é de 1 em 400 mil aplicações, citam superficialmente quais são as reações mais comuns e que um médico deve ser procurado no caso de sintomas da doença. Além disso, explicam a diferença da dose fracionada e a padrão, porém não falam sobre a segurança da vacina. Levando em consideração a pesquisa de Brown et al. (2018) em que a hesitação de se vacinar é principalmente por conta da confiança, segurança da vacina e o risco de reações adversas, estes tópicos poderiam ser mais explorados na página sobre a doença no site, esclarecendo o porquê da vacina ser segura e aprofundando na questão da reação para tirar as dúvidas da população.

A maioria dos documentos tem informações técnicas sobre a doença e as estratégias de vigilância, prevenção e controle, como no Plano de Contingência (2016) em que há a definição dos períodos epidemiológicos e as áreas de ativação com cada ação que deve ser tomada em cada área se houver a identificação de caso, tanto humano como primata. No Guia para Profissionais de Saúde (2017, 2018), também é ensinado a identificação e manejo de casos da doença e de reações adversas à vacina.

No boletim de 2012/2013, o Ministério da Saúde (2014) apontou aumento da chance de uma epidemia por causa da expansão da febre amarela em direção ao litoral. Nele, orientaram a manter a população informada, aumentar a vigilância, intensificar a vacinação em áreas de recomendação, entre outros. No entanto, não houve uma campanha de comunicação sobre esse assunto na época. Além disso, em 2016, 253 de 533 municípios de Minas Gerais tinham a cobertura vacinal abaixo de 50%, mesmo estando em zona de recomendação (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2017), o que evidencia o atraso nas ações tomadas tanto do Ministério da Saúde como do Estado de Minas Gerais.

Há pouca informação a respeito do planejamento de comunicação feito durante o surto em 2017 e 2018, mesmo quando pedido por meio da Lei de Acesso à Informação. Em 2016 e 2017, não houve um documento que detalhasse a estratégia de comunicação. O único documento que trata mais profundamente sobre as estratégias é o plano estratégico de vacinação contra febre amarela (2018), onde mostravam que o principal objetivo era imunizar as pessoas e evitar a expansão da febre amarela.

Havia a intenção de chegar a uma cobertura vacinal de 95% em determinados municípios de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia utilizando tanto a vacina fracionada como a padrão. Isso demonstra um plano voltado à prevenção de doenças como definido por Czeresnia (2003), visto que havia intenção de conter a transmissão e recomendar a vacinação com base nos informes epidemiológicos.

Nesse planejamento, havia dois públicos: profissionais de saúde e a população, sendo a segunda dividida por faixa etária e por grupos que têm contraindicações ou recomendações diferenciadas, por exemplo, idosos e gestantes. A mensagem direcionada aos agentes de saúde era para explicar a diferença entre a dose padrão e a fracionada, além do novo esquema vacinal.

No caso dos cidadãos, era para incentivar a vacinação, aclarar que a “dose fracionada é tão eficaz quanto a vacina na dose padrão, a diferença é o tempo de proteção”, esclarecer

quem deve tomar a vacina, quem deve ser avaliado por um médico e para se vacinar 10 dias antes de entrar em contato com áreas de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 25).

Ao final do documento, há recomendações que aconselham a mobilizar diversos segmentos, articular com organizações do setor da saúde, educação, etc., definir estratégias de mobilização incluindo o apoio estadual e federal, capacitar os profissionais, entre outros. Não há detalhes de como fazê-lo, deixando a cargo de cada município. Ainda que o poder esteja centralizado no Ministério da Saúde e, de acordo com Araújo e Cardoso (2007), isso é uma prática recorrente, também demonstra uma abertura maior para atuação regional com base no contexto local, atendendo às demandas específicas de cada lugar.

O conteúdo nas mídias sociais foi similar ao publicado no site do Ministério da Saúde, incentivando as pessoas a se vacinarem, esclarecendo os principais assuntos sobre a doença, como os sintomas e as recomendações de quem tem que se vacinar, quem não pode e quem deve ter avaliação antes.

Ao contrário do site, no blog e nas mídias sociais foram abordados mitos e verdades acerca da enfermidade, tentando conter os boatos que ocorreram durante o período. As imagens e vídeos, em sua maioria, foram publicadas igualmente em todas as mídias sociais, inclusive utilizando peças que não ficam tão legíveis nessas plataformas, como o cartaz abaixo, publicado no Instagram, dando detalhes sobre quem devia tomar a dose padrão e a fracionada.

FIGURA 1 – PUBLICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO INSTAGRAM



Fonte: Captura de tela de publicação do Ministério da Saúde no Instagram

A instituição transmitiu ao vivo as coletivas para atualizar sobre o número de casos e quais seriam os próximos passos a serem tomados. Fizeram também transmissão ao vivo com a Dra. Carla Domingues, coordenadora do Programa Nacional de Imunização, além de atender a imprensa diariamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). No entanto, a comunicação feita sobre a doença se concentrou no período de epidemia, diminuindo em épocas fora do surto da febre amarela, assim como observado por Araújo (2012) no caso da dengue.

Paralelamente, houve conteúdos sobre as vacinas em geral, por exemplo, falando sobre como agem no organismo, sobre as reações adversas e o porquê de se vacinar. Ao tratar desses assuntos, o Ministério da Saúde esclareceu sobre alguns dos principais pontos de hesitação em se vacinar verificados por Brown et al. (2018): a segurança e o medo de eventos adversos. Por exemplo, em um vídeo no YouTube, desmistificaram a crença de que vacinas causam autismo.

Passaram a combater ativamente as *fake news* que ocorrem na área da saúde e sobre as vacinas, dando dicas de como checar informações. Em 2018, criaram um canal no WhatsApp chamado “Saúde sem *Fake News*”, no qual a população podia perguntar se alguma informação provinda das mídias sociais é verdadeira. Esse tipo de canal fomenta uma comunicação bidirecional com os públicos, possibilitando, assim como proposto por Grunig (2009), criar um relacionamento ao ouvir as dúvidas da população e respondê-las. Entretanto, nas mídias sociais, a comunicação bidirecional não se aplica a todos cidadãos. Apesar do Ministério da Saúde responder algumas pessoas nos comentários, outras dúvidas acabam ficando sem resposta.

Em fevereiro de 2018, houve o primeiro caso de febre amarela autóctone em São Bernardo do Campo. A prefeitura local informou à Agência Brasil que a transmissão era pelo *Aedes aegypti* (CRUZ, 2018), o que se propagou pela mídia rapidamente. Foi difundido que era o primeiro caso de febre amarela urbana.

O Ministério da Saúde (2018) precisou intervir, comunicando, tanto para a população como para a mídia, que o caso ainda estava em investigação e que não havia casos de ciclo urbano desde 1942, além de que reafirmar que todos os casos atuais eram de ciclo silvestre. No Twitter, chegaram a contestar alguns veículos de comunicação, como Exame e Isto É. Apesar disso, nem todos os veículos corrigiram suas matérias, como a própria Isto É.

FIGURA 2 – PUBLICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO TWITTER



Fonte: Captura de tela de publicação do Ministério da Saúde no Twitter

Ao divulgar informações enganosas, a prefeitura causou um problema de desinformação. Ao julgarem a fonte como confiável, os veículos não buscaram outras fontes e passaram a divulgar a informação rapidamente, pois, como exposto por Brisola e Bezerra (2018), a concorrência entre eles e o montante de informação necessária para leitura tendem a pesar mais do que o dever com a verdade e a exposição de diversos pontos de vista.

Além da desinformação, a prefeitura afetou o relacionamento com os jornalistas e a credibilidade das instituições públicas em um momento que a confiança da população no governo já era baixa.

Dessa forma, considerando os instrumentos de comunicação propostos por Duarte (2012), o Ministério da Saúde utilizou mais recursos focados em informação para instruir a população. Por outro lado, os instrumentos focados em diálogo poderiam ser mais trabalhados, pois ainda que informassem a população, isso não foi suficiente para bater a meta de 95% de cobertura vacinal. Dados do Ministério da Saúde (2018) apontam que em abril de 2018, a cobertura era de 40,92% no Rio de Janeiro, 55,03% na Bahia e 52,45% em São Paulo, sendo que a campanha havia começado em janeiro no Rio de Janeiro e São Paulo e em fevereiro daquele ano na Bahia.

7.1.2 GOVERNO E SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

As estratégias e a comunicação do governo e da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo foram analisadas a partir do conteúdo sobre febre amarela nos sites, 5 documentos, 66 notícias, 121 publicações no Facebook, 17 no Instagram, 383 no Twitter e 5 vídeos no YouTube de ambas as instituições.

A estratégia de enfrentamento contra a Febre Amarela tanto do governo como da secretaria seguiu similarmente os princípios expostos pelo Ministério da Saúde em seus documentos e abordagens anteriormente retratados, tais como a forma de vigilância, a meta de vacinação e orientações à população.

Eles monitoraram a doença, acompanhando a circulação dela nos corredores ecológicos para definir em quais áreas haveria ações de combate e intensificação da vacinação. Por exemplo, ao haver mortes de macacos no Parque Estadual da Serra do Mar, a secretaria passou a incentivar a vacinação no litoral norte (PORTAL DO GOVERNO, 2018). Essas ações mostram a estratégia voltada para a prevenção de doenças, assim como feito pelo Ministério da Saúde.

A comunicação sobre o tema iniciou assim que começou a epidemia, porém houve um esforço maior a partir do momento que a cidade de São Paulo passou a ser afetada. No site do governo, em 2017 foram publicadas 4 notícias em que a febre amarela era o tema principal - enquanto em 2018 tiveram 62 matérias. De forma análoga, isso ocorreu nas mídias sociais, tais como o número de *tweets* no Twitter do Governo do Estado: 17 em 2017 e 78 em 2018. Além disso, em anos anteriores, não criaram campanhas sobre o tema. Em 2016, houve uma notícia no site do governo em que a doença era o assunto principal; em 2015, nada foi publicado, o que demonstra o mesmo padrão do Ministério da Saúde e do caso da dengue analisado por Araújo (2012) em que só se comunica sobre o assunto quando há um surto.

O conteúdo foi focado em dois pilares: comunicar sobre a enfermidade e a vacinação. Quanto à doença, divulgaram os dados de como acontece a transmissão, quais os sintomas, o papel do macaco como sentinela, entre outros. Sobre a vacinação apontaram a vacina como principal forma de prevenção, propagando a campanha, o balanço de vacinas dadas e as ações em prol do aumento da cobertura vacinal, como a vacinação em algumas estações da CPTM.

Durante esse período, também fizeram assessoria de imprensa, uma vez que os veículos de comunicação divulgaram as ações do governo e da secretaria, inclusive fazendo entrevistas com profissionais das instituições. Por exemplo, foi veiculado no Estadão a entrevista feita com

Regiane Aparecida Cardoso de Paula, diretora do Centro de Vigilância Epidemiológica Estadual, quando houve a morte por febre amarela de um macaco no Horto Florestal na cidade de São Paulo (GIRARDI, 2017).

Contudo, um dos principais motivos para a hesitação em se vacinar apontado por Brown et al. (2018), a segurança da vacina, foi pouco explorado pelas instituições. Apesar de abordar o assunto, isso poderia ser mais aprofundado e divulgado frequentemente para informar e evitar o alastramento de desinformação, principalmente após a campanha com vacinas fracionadas.

E assim como o Ministério da Saúde, os sites demonstram um padrão voltado para o modelo informacional, pois para se enviar uma mensagem, é necessário sair da página em que se esteja para entrar em contato pelo “fale conosco” ou fazê-lo por outros meios, como as mídias sociais, dificultando um processo bidirecional com os cidadãos.

FIGURA 3 – NOTÍCIA NO SITE DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

The screenshot shows a news article on the website of the Government of São Paulo. The article is titled "Antes de se vacinar contra a febre amarela, doe sangue" (Before getting vaccinated against yellow fever, donate blood). The article text states that people who want to get vaccinated but also want to help save lives should donate blood first. It also mentions that people who have received the vaccine should wait 28 days before donating blood. The article includes a photo of a woman in a white lab coat working in a laboratory setting. The page also features a navigation menu at the top, social media sharing buttons (Facebook, Twitter, Email), and a list of other news items on the right side.

Fonte: Captura de tela do site do Governo do Estado de São Paulo

Nesse caso, poderiam criar uma parte de comentários na página de cada notícia. Caso houvesse seria necessário responder a todos, o que não ocorreu nas mídias sociais, pois as instituições tinham o costume de responder, mas não a todos, deixando dúvidas e críticas sem solução.

Por outro lado, uma forma interessante de diálogo que ocorreu durante o período foi a criação de publicações que pediam para as pessoas enviarem as dúvidas que depois seriam respondidas em transmissões ao vivo no Facebook, permitindo uma participação maior da população.

7.1.3 GOVERNO E SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Foram analisados 2 vídeos no YouTube, 121 publicações no Facebook, 205 no Twitter, 37 no Instagram, além do conteúdo do site e 181 notícias de ambas instituições. De forma geral, a estratégia e comunicação foram similares tanto ao Ministério da Saúde como ao governo e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com a diferença que os assuntos eram tratados de forma local, trazendo informações especificamente para os cidadãos da cidade.

Em janeiro de 2017, comunicaram o fato de não haver casos na cidade de São Paulo, apesar do surto que estava ocorrendo em outros estados e cidades, como é possível ver na publicação abaixo divulgada no Twitter da Secretaria de Saúde:

FIGURA 4 – PUBLICAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO NO TWITTER



Fonte: Captura de tela de publicação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo no Twitter

Depois disso, voltaram a focar no assunto somente em outubro quando houve a morte do macaco no Horto Florestal, começando uma campanha de vacinação em torno do local, primeiro em um raio de 500 metros e com o objetivo de expandir para 1000 metros posteriormente. A terceira fase seria decidida com base na situação epidemiológica (SECOM, 2017), o que caracteriza a abordagem voltada à prevenção de doenças definida por Czeresnia (2003). Inclusive, em anos anteriores, assim como avaliado nos tópicos prévios, a doença não era uma pauta trabalhada, reforçando o padrão de comunicar sobre a doença conforme epidemias.

Em seus conteúdos, as instituições comunicam, primeiramente, sobre a febre amarela, informando sobre a transmissão, sintomas, prevenção, etc. É divulgado sobre a vacina, como as contraindicações, e a vacinação em si, propagando sobre as campanhas e incentivando as pessoas a participarem. Em um caso isolado, publicaram uma checagem de fatos, desmentindo o boato de que havia uma morte decorrente da febre amarela no município em outubro de 2017. Essa atitude seria interessante ter sido reutilizada para esclarecer boatos futuros.

FIGURA 5 – PUBLICAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO NO INSTAGR

FACT-CHECKING DA SAÚDE PÚBLICA

NOTÍCIA FALSA

Não houve morte humana por conta da febre amarela e o exército **Não** foi chamado.

saudeprefsp • Seguir

saudeprefsp Está rolando um boato em aplicativos de conversa de que o município de São Paulo relatou morte humana por febre amarela. Essa informação é MENTIRA. De fato, como falamos, não se trata de nada mais que boato. O que ocorreu foi a infecção de um macaco do tipo Bugio, encontrado morto no Parque do Horto. A Secretaria de Saúde, como forma de AÇÃO PREVENTIVA, ampliou o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) abertas para vacinação contra a febre amarela. A vacinação é recomendada apenas para aqueles localizados no entorno do Parque do Horto e Cantareira. 🐒 "É importante enfatizar que se trata de febre amarela silvestre transmitida pelo

Curtido por passaro.thiago e outras 18 pessoas

26 DE OUTUBRO DE 2017

Adicione um comentário... Publicar

fb.com/saudeprefsp SUS + PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE

Fonte: Captura de tela de publicação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo no Instagram

No geral, as ações foram divulgadas de forma mais detalhada, informando os locais e horários que funcionariam as Unidades Básicas de Saúde e os postos volantes. Também repassaram quando haveria a vacinação aos fins de semana e feriados, além de esclarecer o funcionamento da campanha fracionada, isto é, majoritariamente por meio de senhas entregues nas casas. Conforme Araújo e Cardoso (2007), a comunicação deveria ser promovida desde um ponto de vista local ao invés de ser centralizado no Ministério da Saúde. Com as mídias sociais esse processo é facilitado, pois tanto o governo como a secretaria puderam fornecer informações baseadas nas necessidades da população local. No entanto, levando em consideração a bidirecionalidade da comunicação, as instituições agiram da mesma forma que o Ministério da Saúde, o governo estadual e a Secretaria de Saúde estadual, pois também não respondiam a todos os cidadãos, além das páginas referentes à febre amarela serem segundo o modelo informacional.

Durante o período analisado, o *Aedes aegypti* foi um tema amplamente comunicado. De acordo com Cavalcante e Tauil (2017), o surto da doença mostrou a importância de se diminuir a chance de reurbanização da febre amarela, sendo que o número de casos e de mosquitos, além da baixa cobertura vacinal, facilitavam o ressurgimento dela. Por isso, as instituições promoveram ações para combatê-lo, como a nebulização no entorno do Horto Florestal (SECOM, 2017) e a criação do plano municipal de enfrentamento às arboviroses, na qual eram oferecidas as vacinas contra febre amarela também (SECOM, 2018).

Mesmo com todo o esforço voltado para aumentar a cobertura vacinal, o governo e a Secretaria de Saúde tiveram dificuldades em alcançar a meta de 95%. Em março de 2018, conforme a SECOM (2018), a cobertura era de 51,5% mesmo após toda a campanha de vacinação com a vacina fracionada, demonstrando que, apesar de informar a população, isso não foi o suficiente para a população se vacinar.

7.1.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como abordado no primeiro capítulo, para reverter e evitar o crescimento da hesitação em se vacinar que vem ocorrendo nos últimos tempos, o SAGE-WG (OMS, 2019) indica uma comunicação baseada no diálogo, criando uma relação de confiança. Também apontam a importância do profissional de saúde como influenciador nesse panorama.

A comunicação das instituições se mostrou mais voltada a transferir a informação do que propriamente dialogar e criar um relacionamento com os cidadãos, pois: em primeiro lugar,

os sites que serviam de repositório de grande parte das informações dificultavam o contato ao ter que buscar outras formas de falar com elas, mesmo em notícias que poderiam ter sessão de comentários; nas mídias sociais, nem todos eram respondidos; não havia muitas ações que buscassem a interação ou opinião das pessoas, sendo um dos poucos exemplos quando a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo pediu que enviassem dúvidas que seriam respondidas em transmissão ao vivo no Facebook.

Em relação aos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde produziu o Guia para Profissionais de Saúde (2017, 2018) que fala sobre a febre amarela. Também houve treinamentos, como o aplicado na zona norte de São Paulo para ensinar sobre doenças ocasionadas por arboviroses, como a febre amarela e a dengue (SANTOS, 2018).

No entanto, tanto o documento como os treinamentos focaram mais na parte técnica. Apesar de ser de extrema importância tratar desse tópico, poderiam acrescentar sobre a crescente hesitação da população em tomar vacina, mostrando a relevância dos profissionais nesse cenário e como orientar os cidadãos.

Assim como constatado por Araújo e Cardoso (2007), o Ministério da Saúde continuou a posicionar ele e seus parceiros como autoridade no caso da febre amarela, desconsiderando outros discursos. Da mesma forma ocorreu no estado e no município de São Paulo. Houve participação de ONGs, como veiculado pelo Estadão a parceria feita com a Cruz Vermelha para vacinação na zona rural de Mairiporã (RACY, 2018), porém foi um apoio técnico que nem ao menos foi divulgado pelo governo.

Confiança, segurança da vacina e os riscos de reações adversas eram as principais causas na hesitação em se vacinar (BROWN et al., 2018). Durante o período analisado, as reações adversas foram abordadas na comunicação do Estado, porém poderiam ter mais destaque; por outro lado, a segurança foi menos citada e não aprofundavam no assunto explicando as razões. A isso se somava o cenário de falta de confiança no Estado, como constatado pela agência Edelman (2019), o que significa que as pessoas teriam mais resistência a acreditar nas informações fornecidas.

Na verdade, assim como dito por Koçouski (2013), a comunicação deveria ser voltada para o interesse público, atendendo o direito à informação e participação, gerando debate, negociação e acordo. Grunig aponta que é possível, ao invés de somente transmitir mensagens, criar um relacionamento mantendo um canal bidirecional, onde o público expressa seu anseio e a instituição pode atendê-lo.

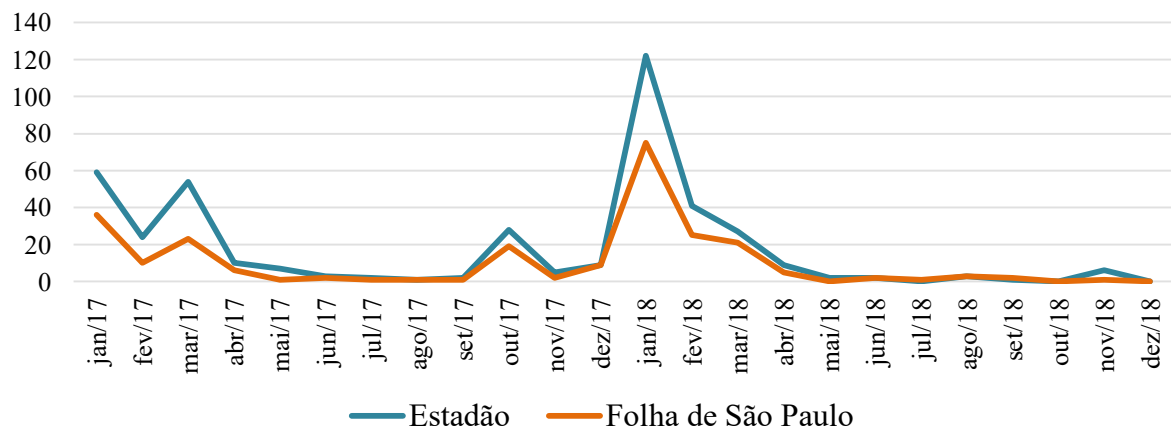
Especialistas discutiam os riscos e benefícios do aumento das áreas de recomendação da vacina e, segundo Noronha e Camacho (2017, p. 8), o que prevalecia era uma visão “conservadora de expansão das áreas com a recomendação para vacinação para regiões com risco detectado pelo surgimento de casos”, enquanto os próprios autores defendiam mudanças.

Duarte (2012) propõe, no processo comunicacional, a utilização de instrumentos focados em informação e em diálogo. Nos focados em diálogo, há as consultas públicas que poderia ser feita no caso da vacinação para explicar para a população os riscos e benefícios e pedir a opinião na decisão de manter a ampliação conforme casos ou adicionar a vacina no calendário nacional, permitindo a participação de todos.

8.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Entre 2017 e 2018, foram coletadas, ao todo, 663 notícias em que o assunto principal fosse febre amarela. Dessas, 417 notícias eram do Estadão e 246 da Folha de S. Paulo. O Estadão deu uma atenção maior à epidemia, publicando 171 matérias a mais do que a Folha de S. Paulo. No gráfico 1 abaixo há a distribuição de notícias por mês.

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE NOTÍCIAS POR MÊS



Fonte: Elaborado pela autora

A comunicação feita pela imprensa se concentrou no período de sazonalidade da enfermidade, isto é, de dezembro a maio, pois o número de notícias nesses meses representou 86% do total nos dois veículos.

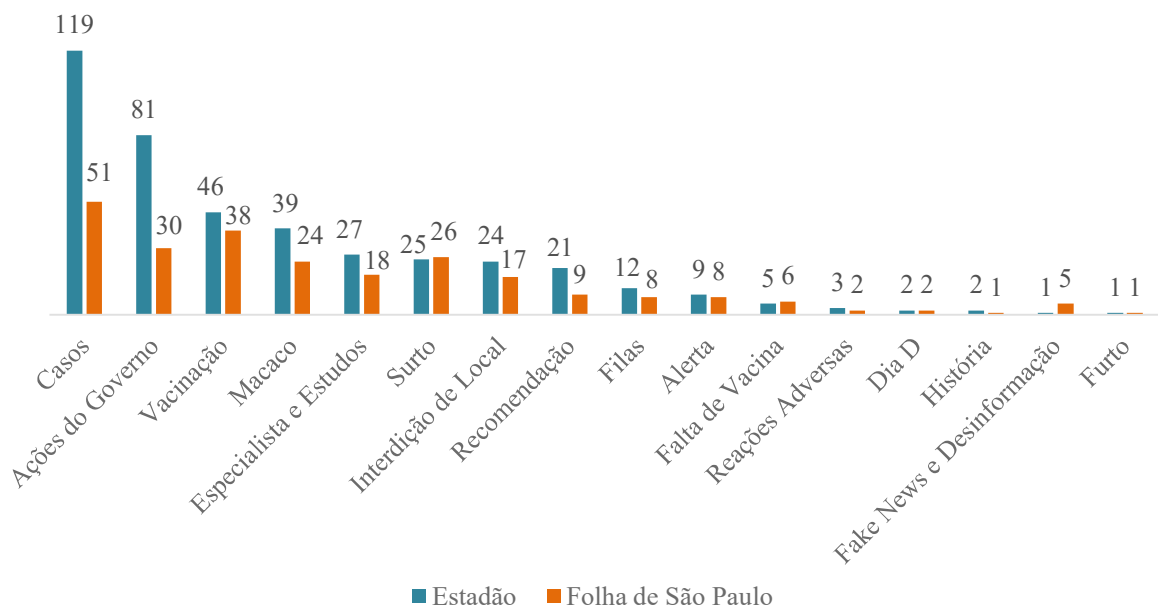
O pico em outubro de 2017 decorreu da morte de um bugio por febre amarela no Horto Florestal, na zona norte de São Paulo. Interditaram o parque e iniciaram ações de bloqueio,

vacinando as pessoas ao redor do local (GIRARDI, 2017). Depois desse caso, outros macacos apareceram mortos por conta da febre amarela no Horto Florestal e em outros parques, como o Anhanguera (TOLEDO; FELIX, 2017).

A partir do momento que a cidade de São Paulo passou a ser afetada, a quantidade de notícias aumentou consideravelmente. No Estadão foram publicadas 59 matérias em janeiro de 2017, já em janeiro de 2018 foram 122, o maior pico registrado, conforme o Gráfico 1. Isso demonstra que, da mesma forma que ocorreu com a comunicação do Estado, a doença só tinha destaque quando ocorriam mais casos ou quando passou a afetar uma das maiores capitais do país.

As notícias foram categorizadas para verificar quais eram os assuntos principais; ademais, foram analisados os textos para averiguar a presença ou ausência de 15 indicadores diferentes, como demonstrados no gráfico 2 abaixo e nas tabelas 1 e 2 a seguir.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DE NOTÍCIAS POR CATEGORIAS



Fonte: Elaborado pela autora

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE NOTÍCIAS POR INDICADORES NO ESTADÃO

(continua)

Estadão	Sim	Não	Parcialmente
Número de casos	199	218	-
Número de mortes	208	209	-
Diferença entre febre amarela silvestre e urbana	89	328	-

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE NOTÍCIAS POR INDICADORES NO ESTADÃO
(conclusão)

Estadão	Sim	Não	Parcialmente
Citação de ser o pior surto que já houve	28	389	-
Recomendação de quem devia tomar vacina	210	207	-
Menção sobre a vacina não ser de uso universal	74	343	-
Indicação do perfil que não pode tomar vacina ou há restrições	43	350	24
Citação de que há riscos de reações adversas	59	358	-
Quais são os riscos de reações adversas	1	396	20
Risco de reurbanização da febre amarela	42	375	-
Alta letalidade da doença	52	365	-
Ações que o governo tomou	253	164	-
Citam que a vacina é segura	29	388	-
O porquê a vacina é segura	0	417	-
Descrição dos sintomas	170	240	-

Fonte: Elaborado pela autora

O número de casos foi a categoria mais abordada durante 2017 e 2018 em ambos veículos de comunicação, representando 28% das notícias no Estadão e 20% da Folha de S. Paulo, conforme as Tabelas 1 e 2. Desde o ponto de vista dos indicadores, a citação do número de casos nas matérias era de 47% e 62%, respectivamente. O número de mortes também foi anunciado de forma semelhante, aparecendo em 49% das notícias do Estadão e em 60% da Folha. Isso evidencia o interesse em divulgar principalmente o aumento da epidemia.

As ações do governo foram amplamente difundidas, sendo a segunda maior categoria no Estadão e a terceira na Folha de S. Paulo, visto que a imprensa divulgava as decisões tomadas para conter a enfermidade. Somando as notícias dos dois jornais, esse parâmetro estava presente em 64% do conteúdo.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE NOTÍCIAS POR INDICADORES NO FOLHA DE S. PAULO

(continua)

Folha de S. Paulo	Sim	Não	Parcialmente
Número de casos	153	93	-
Número de mortes	150	96	-

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE NOTÍCIAS POR INDICADORES NO FOLHA DE S. PAULO

(conclusão)

Folha de S. Paulo	Sim	Não	Parcialmente
Diferença entre febre amarela silvestre e urbana	176	70	-
Citação de ser o pior surto que já houve	34	212	-
Recomendação de quem devia tomar vacina	96	150	-
Menção sobre a vacina não ser de uso universal	68	178	-
Indicação do perfil que não pode tomar vacina ou há restrições	36	186	24
Citação de que há riscos de reações adversas	54	192	-
Quais são os riscos de reações adversas	4	225	17
Risco de reurbanização da febre amarela	45	201	-
Alta letalidade da doença	15	231	-
Ações que o governo tomou	156	90	-
Citam que a vacina é segura	17	229	-
O porquê a vacina é segura	0	246	-
Descrição dos sintomas	38	208	-

Fonte: Elaborado pela autora

Os tópicos mais focados pelo Estado na análise documental eram informações sobre a doença e a vacina, incentivando a vacinação. Comparando com o difundido por ambos veículos, só 4,5% das 633 notícias tinham como categoria principal as recomendações para tirarem as dúvidas da população.

A diferenciação entre febre amarela urbana e silvestre estava em 41% dos textos, a recomendação de quem devia se vacinar em 48% e a descrição dos sintomas em 32%. Os três parâmetros combinados apareciam em somente 10,25% das matérias, o que demonstra que um dos principais pilares de informação do governo não foi repassado da mesma forma na imprensa.

Como exposto por Brisola e Bezerra (2018), a concorrência entre veículos e a divulgação do montante de informação que julgam apropriado é mais importante que a busca pela multiplicidade de pontos de vista e o dever com a verdade. Em 142 notícias existia a indicação que o uso da vacina não é universal, o que representava 22% do total.

No entanto, ao detalhar a informação explicando quem não podia tomar a vacina ou quem precisava consultar um médico, em 33% dos 142 textos havia a informação parcial e em 55% estava completa.

Em relação ao total das 633 matérias, essa informação parcial estava em 7% dos conteúdos, enquanto a completa estava em 12% deles, o que poderia desencadear desinformação. Esses dados eram imprescindíveis no caso da febre amarela, pois evitariam que pessoas dentro do grupo de contraindicações se vacinassem e talvez tivessem reações adversas à vacina. Ainda que houvesse hiperlinks em outras notícias que levassem para outros textos tirando as dúvidas, não é possível dizer quantas pessoas efetivamente acessaram, então não foi considerado na análise.

As reações adversas, por sua vez, tiveram menos destaque. Houve somente 5 notícias categorizando esse assunto e elas focavam em casos de reações adversas, como publicado pelo Estadão, em janeiro de 2018, quando houve duas mortes porque as pessoas adoeceram após tomarem a vacina (CAMBRICOLI; FELIX, 2018).

Em 17% das matérias foram citadas que existiam riscos de reações adversas à vacina, enquanto em 5% explicavam de forma parcial quais eram essas reações. Somente 0,78% das notícias explicaram de forma completa esse tópico; cruzando os dados de recomendação de quem deve se vacinar, sobre todos aqueles que têm restrições quanto a vacinação e a informação completa sobre as reações adversas, houve somente 1 notícia que englobasse tudo.

Por outro lado, foi citado que a vacina é segura em apenas 7% das matérias, o que já era um número baixo considerando o tópico ser um dos motivos para hesitação em se vacinar, como evidenciado por Brown et al. (2018). Contudo, em nenhuma notícia foi explicado o porquê a vacina era segura, mostrando uma falha no posicionamento e na sugestão de pauta do governo, além de também se apresentar como uma deficiência dos próprios veículos ao não buscarem se aprofundar no tema e, assim, colaborarem com a desinformação.

Outro tópico importante onde houve desinformação envolveu os macacos. Mesmo não transmitindo a febre amarela, passaram a ser atacados conforme aumentou o número de casos da doença (CORRÊA, 2018). No Rio de Janeiro, o Linha Verde lançou uma campanha para relatarem os maus tratos de primatas por meio de um disque denúncia (AGÊNCIA BRASIL, 2018).

Entre as categorias, os macacos foram o quarto assunto mais discutido no Estadão e o quinto na Folha de S. Paulo, sendo 9% do total de matérias. Mesmo assim, era necessária uma

melhor divulgação e esclarecimentos ao público tanto por parte da imprensa como pelo Estado sobre a função dos primatas de sentinela para desmistificar os boatos, visto as consequências para os animais.

Dessa forma, para converter a mídia em um aliado na difusão de informações sobre a febre amarela e assim a essência dos conteúdos serem as recomendações, ao invés do número de casos e mortes, os profissionais de relações públicas são importantes para promoverem um relacionamento entre o Estado e a mídia de forma estratégica. Conforme Grunig (2009), pode-se gerar um fluxo de dentro para fora da organização, transformando as decisões em mensagens claras; no caso da febre amarela, isso poderia se voltar para os pilares que foram comunicados, como as informações sobre a doença e as recomendações sobre a vacinação.

8.3 AUDITORIA DE OPINIÃO

Na auditoria de opinião, foram entrevistadas duas pessoas: Flavia, jornalista que trabalha com clientes da área de saúde em agência de publicidade; e Beatriz, jornalista que trabalha na assessoria de imprensa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Ambas reconheceram, no cenário da febre amarela, a importância tanto da comunicação governamental como da imprensa em disseminar informações. Na secretaria de saúde do estado, a assessoria de imprensa é a responsável pelo contato direto com os jornalistas. A comunicação foi baseada em estudos epidemiológicos que apontavam qual direção o mosquito estava indo, dessa forma, começavam a comunicar um pouco antes, chamando as pessoas para se vacinarem, reafirmando uma comunicação voltada para a prevenção de doenças exposta por Czeresnia (2003).

Os municípios têm a responsabilidade de vacinação, ou seja, de montar a estratégia e aplicá-la, o que reduz as possibilidades de ação dos estados. O que era comunicado pela assessoria da secretaria, fora o incentivo de vacinação, era: o balanço de casos e óbitos, quais são os perfis com contraindicação para tomar vacina, informação de combate ao *Aedes aegypti* para evitar reurbanização da enfermidade, quais eram os sintomas e o que fazer em caso deles, modo de prevenção, balanço de vacinação e, em alguns casos, as ações de vacinação em postos volantes, como no metrô.

No entanto, foi apontado que o que realmente interessava os jornalistas, em questão de dados, eram os casos e óbitos. Isso também ocorreu na análise de conteúdo, onde a categoria com mais notícias era o de casos e, somando Estadão e Folha de São Paulo, o número de casos estava em 53,09% das matérias; já o número de mortes estavam em 53,99% das 633 notícias analisadas.

Durante a campanha de vacinação, a meta de 95% da imunização não foi batida. Apontaram que a estratégia de sempre utilizar um porta-voz na assessoria dava certo no início, além de que mantiveram o mesmo número de matérias na imprensa que em campanhas anteriores. No entanto, a taxa de imunização de todas as doenças começou a cair mesmo assim. Não entendiam o porquê de não surtir o mesmo efeito, mas não fizeram nenhum tipo de pesquisa para entender essa situação.

Ao mesmo tempo, foi falado que o movimento antivacina e as *fake news* têm atrapalhado as campanhas, pois são divulgadas informações que promovem o medo - como o caso de Andrew Wakefield e seu estudo relacionando o autismo e as vacinas que, apesar de desmentido, ainda faz com que pais deixem de vacinar seus filhos.

No caso da febre amarela, já houve casos de pessoas alérgicas à vacina que a tomaram e tiveram reações. Apesar de isso ser esperado, foi motivo para medo. Em 27 de fevereiro de 2018, foi mostrado na matéria do BBC que, nas mídias sociais, atribuíram diversas reações à vacina que não estão nos documentos oficiais, como a perda de um feto. Além disso, o processo para identificar se a morte foi ou não por conta da imunização é mais complexo e lento, assim a resposta às famílias de pessoas que morreram após a vacinação demorava a ser dada e, durante esse período, surgiam diversos comentários avessos a vacinação, culpando-a (MANIR, 2018).

Uma das soluções empregadas pela secretaria de saúde, nesses casos, foi a de sempre ter um porta-voz para transmitir a mensagem e passar o sentimento de proximidade com a população. Tudo que não estava no release era falado pelo porta-voz. No entanto, as entrevistas salientaram a influência de outros agentes na decisão de tomar ou não uma vacina. É muito mais fácil acreditar em um conhecido no WhatsApp ou na opinião de alguém próximo que nos órgãos públicos.

Para combater o cenário da desinformação e incentivar a população a participar da campanha, citaram ser necessário investir em difundir para os cidadãos como consumir uma informação e investigar se ela é confiável. O Ministério da Saúde começou a produzir esse tipo de conteúdo, como a matéria no blog intitulada “8 passos para identificar *Fake News*” publicada

em setembro de 2018. Entre os tópicos abordados na matéria, estavam: avaliar a fonte, pesquisar em outros sites, ler a matéria completa, compartilhar a informação só em caso de certeza de ser verdadeira, entre outros (AMÉRICO, 2018).

Entretanto, é preciso de muito mais esforço para atingir toda a população se somente um ou alguns órgãos comunicarem isoladamente. Uma das possibilidades citadas é a de converter outros *stakeholders* em aliados na transmissão da mensagem, como as empresas privadas, startups e até mesmo a população em geral. A internet e as mídias sociais permitem que todos sejam criadores de conteúdo. Por exemplo, o que antes uma marca comunicava em um jornal interno ou em um anúncio de 30 segundos na televisão se transformou em um poder de informação maior, tornando-a um agente importante no processo comunicacional que pode auxiliar fornecendo informações confiáveis para a população. Nesse cenário, todos podem contribuir.

Ainda assim, é preciso investir em entender o que está causando a diminuição das taxas de vacinação por meio de pesquisas e recolhendo dados sobre o assunto, uma vez que a vacina é um assunto complexo e causa pânico rapidamente. Ao entender quais são as causas, é muito mais fácil traçar uma estratégia que dê resultado, pois é melhor investir na prevenção com as vacinas do que gastar milhões no tratamento de doenças que são facilmente evitáveis.

Nesses dados, também é necessário entender como impactar as pessoas, compreendendo em qual canal divulgar, isto é, há cidadãos para os quais é melhor comunicar pelas mídias sociais e outros por rádio, como quando moram em áreas rurais isoladas. Às vezes é necessário até mesmo ir ao encontro dessas pessoas para aplicar a vacina. A secretaria, por exemplo, negociou a entrada de agentes de saúde em um quilombo do Vale do Paraíba para vacinar os residentes do local. Isso levanta a importância do treinamento dos agentes de saúde que têm o contato direto com a população e precisam estar preparados para atendê-la, pois são influenciadores na decisão de se tomar uma vacina, segundo a OMS (2019).

As campanhas do governo são confusas, pois é comum ver a população sem entender quem deve se vacinar ou não, quais documentos levar e qual o período de campanha. Foi apontado a necessidade de se pensar em campanhas no mesmo formato para que a população se acostume com a maneira que são feitas. Além disso, deve-se sempre comunicar sobre o assunto, ainda que tenha menos efeito fora de épocas de surto porque darão menos atenção ao tema.

Os jornalistas comunicam sobre um tema quando ele está repercutindo e, por trabalhar sob demanda, a assessoria da Secretaria de Saúde também comunica conforme as epidemias ocorrem. Há gerenciamento de crise a todo momento e quando a enfermidade deixa de ter tantos casos, geralmente há outra doença em destaque. No caso da febre amarela, o foco logo foi para o sarampo, o que dificulta manter um planejamento a longo prazo para evitar futuros surtos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desconfiança em torno das vacinas sempre existiu. Quando a vacina de varíola chegou ao Brasil e tentaram torná-la obrigatória, não houve sucesso. Em 1904, foi restabelecido a compulsoriedade e isso, entre outros motivos, causou a Revolta das Vacinas. Além disso, esse tema é complexo por haver um embate de diversas crenças, o que se mostra na campanha de vacinação de 2017 e 2018 de febre amarela, pois a meta de 95% estabelecida pelo governo não foi alcançada por conta da desinformação e medo que houve na época.

Conforme Henriques (2018), na área da saúde a desinformação se difunde com facilidade pelo pouco conhecimento que as pessoas têm sobre. No começo da epidemia, as pessoas corriam para se vacinarem. Nesse caso, a imprensa também pode ter contribuído para o desespero da população, pois como constatado na análise de conteúdo feita com a Folha de São Paulo e Estadão, os veículos focaram em falar dos casos e mortes. Também foi o principal pedido de informação por parte da mídia para a assessoria de imprensa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Pode-se aplicar a pesquisa, futuramente, com outros veículos para atestar se isso foi uma ação recorrente com a maioria deles.

A partir do momento que começaram a surgir boatos sobre as reações adversas nas mídias sociais, o medo se instalou e isso afetou o volume de vacinados. Conforme Brown et al. (2018), os principais motivos na hesitação em se vacinar no Brasil são: confiança, segurança da vacina e o risco de reações adversas. Seria importante o Estado aplicar pesquisas e coletar dados para entender melhor o cenário, pensar na estratégia e em quais canais utilizar com cada público, já que a população ficou confusa durante o período da campanha. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, por exemplo, não fez nenhuma pesquisa. Eles tinham dados técnicos e conseguiram manter na mídia o mesmo número de matérias que em outros anos, porém, ao trabalhar sob demanda, isso demonstrava uma comunicação operacional ao invés de algo estratégico que fosse voltado a resolver os problemas que ocorreram durante a campanha e que diminuiriam a procura pelas vacinas.

O governo focava em temas de interesse geral, como a recomendação de quem devia se vacinar, quais eram os sintomas, quem eram aqueles que deviam se consultar no médico antes, o tratamento, entre outros. Contudo, a comunicação foi concentrada durante o período de epidemia, o que enfraquece a campanha, pois o assunto só é abordado nesse momento. Ainda que a comunicação não tenha o mesmo resultado que quando em períodos de epidemia por não

darem tanta atenção, é essencial que sempre se reforce o assunto para que a população esteja preparada para questionar os boatos que surgem em épocas de surto da doença.

Durante a análise documental, houve dificuldade na obtenção de documentos que falassem da estratégia de comunicação do Estado, sendo que o mais detalhado foi o plano estratégico de vacinação contra febre amarela (2018). Houve uma abordagem mais voltada a somente transferir informação, mesmo nas mídias sociais em que há mais possibilidades de interação. Os órgãos analisados não respondiam a todas as pessoas nas mídias sociais e não foram feitas muitas ações que fomentassem a interação. Um dos poucos exemplos foi o canal no WhatsApp criado pelo Ministério da Saúde para desmentir *fake news* e a publicação da Secretária de Saúde do Estado de São Paulo pedindo perguntas que seriam respondidas em uma transmissão ao vivo.

A estratégia era fundamentada na prevenção de doenças apresentada por Czeresnia (2003), pois era baseada em boletins epidemiológicos que diziam para onde o mosquito estava se movimentando e definiam que áreas seriam vacinadas para evitar o alastramento da doença. Houve discussões entre estudiosos se o melhor seria tornar nacional a área de recomendação da vacina de febre amarela ou manter conforme a expansão da doença por causa das possíveis reações adversas. A população poderia ser informada sobre o cenário e incluída na negociação por meio de consultas públicas para entender o que os cidadãos preferiam. Fomentar isso se torna extremamente relevante ao pensar que a comunicação governamental tem o papel de informar segundo o interesse público, considerando o direito à informação e participação da população.

A confiança também é um ponto importante para que os cidadãos queiram participar. No Brasil, a confiança na classe política atualmente é baixa, o que dificulta qualquer tipo de execução de um planejamento, pois as pessoas se tornam mais resistentes, ainda mais se considerar a própria complexidade do tema das vacinas. Assim, as Relações Públicas são imprescindíveis para manter um canal bidirecional e fomentar um relacionamento com a população para gerar um maior entendimento entre o Estado e os cidadãos, fortalecendo as instituições, além de promover maior confiança entre ambos.

Fora a população, há outros *stakeholders* importantes a serem considerados no processo comunicacional, como os agentes de saúde, ONGs, empresas privadas, startups e a própria mídia. As empresas privadas podem auxiliar a complementar as ações feitas pelo governo, principalmente porque a maioria não tem o mesmo problema de falta de confiança da

população. É possível fomentar um relacionamento com elas para que se tornem aliadas na difusão de informações de interesse público e na criação de ações voltadas à promoção de saúde.

Os agentes de saúde, especialmente importantes por seu poder de influência em tomar uma vacina, também precisam ser fortalecidos na comunicação promovida pelo Estado. O Ministério da Saúde, ao sempre indicar que um médico seja procurado em caso de dúvidas, começou esse processo, mas ainda há um grande caminho a ser percorrido, principalmente ponderando que ele e as demais instituições governamentais analisadas continuaram a se posicionar como as únicas autoridades no tema, desconsiderando outros discursos. O relações-públicas pode auxiliar criando um canal bidirecional que valorize e prepare os agentes para lidar com a epidemia para além de treinamentos técnicos, além de mostrar a importância desses profissionais para a população.

Dessa forma, ao incentivar um relacionamento com todos os *stakeholders*, eles podem se converter em grandes aliados na difusão de informações importantes, como a própria imprensa com notícias mais contextualizadas e completas ou uma empresa privada com um post nas mídias sociais alertando sobre a doença.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Disque Denúncia do RJ faz campanha para combater maus-tratos a macacos. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 25 jan. 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/01/1953409-disque-denuncias-do-rj-faz-campanha-para-combater-maus-tratos-a-macacos.shtml>>. Acesso em: 12 out. 2019.

AGÊNCIA BRASIL. São Bernardo do Campo confirma primeiro caso de febre amarela urbana na cidade. **Isto É**, 06 fev. 2018. Disponível em: <<https://istoe.com.br/sao-bernardo-do-campo-confirma-primeiro-caso-de-febre-amarela-urbana/>>. Acesso em: 03 out. 2019.

AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. **A Revolta da Vacina**. 2005. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>>. Acesso em: 01 set. 2019.

ALLCOTT, Hunt; GENTZKOW, Matthew. **Social Media and Fake News in the 2016 Election**. *Journal of Economic Perspectives*, v. 31, n. 2, p. 211–236. Disponível em: <<https://web.stanford.edu/~gentzkow/research/fakenews.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2019.

AMÉRICO, Carlos. 8 passos para identificar Fake News. **Blog da Saúde - Ministério da Saúde**, 03 set. 2018. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/53504-8-passos-para-identificar-fake-news>>. Acesso em: 09 nov. 2019.

ARAÚJO, Inesita Soares de. **As mídias, as instituições de saúde e a população: convergências e divergências na comunicação sobre a prevenção da dengue**. *Organicom*, v. 9, n. 16/17, p. 50-66, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/139128>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BATISTA, Liz. A primeira cruzada contra a febre amarela no País. **Estadão**, 16 jan. 2018. Acervo. Disponível em: <<https://acervo.estadao.com.br/noticias/acervo,a-primeira-cruzada-contra-a-febre-amarela-no-pais,13097,0.htm>>. Acesso em: 01 set. 2019.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

BERGAMIM JR., Giba. Febre amarela gera corrida a postos e provoca falta de vacina em São Paulo. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 25 jan. 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/01/1852883-febre-amarela-gera-corrida-a-postos-e-provoca-falta-de-vacina-em-sao-paulo.shtml>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

BIO-MANGUINHOS/FIOCRUZ. **Como surgiram as vacinas?** 2014. Disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/perguntas-frequentes/69-perguntas->

frequentes/perguntas-frequentes-vacinas/213-como-surgiram-as-vacinas#>. Acesso em: 31 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. ASCOM. **Não há registro confirmado de febre amarela urbana no Brasil**. 06 fev. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42486-nao-ha-registro-confirmado-de-febre-amarela-urbana-no-brasil>>. Acesso em: 03 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento do período sazonal da febre amarela: Brasil – 2017/2018**. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/08/Informe-FA.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacina de febre amarela será ampliada para todo o Brasil**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42849-vacina-de-febre-amarela-sera-ampliada-para-todo-o-brasil>>. Acesso em: 04 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha de vacinação contra febre amarela: São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia adotarão fracionamento das doses da vacina**. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/10/09.01.2017.Campanha-Fracionamento-Febre-Amarela.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**. 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/27/BE-V45-n---07-FebreAmarela.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre amarela: sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção**. [2018?]. Disponível em: <<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Boletim Epidemiológico: Evolução temporal das doenças de notificação compulsória no Brasil de 1980 a 1998**. 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epi_edicao_especial.pdf>. Acesso em: 07 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento do Período Sazonal da Febre Amarela Brasil – 2018/2019**. 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/informe-FA-n.3-21jan19.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento do Período Sazonal da Febre Amarela Brasil – 2017/2018**. 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/19/Informe-FA-22.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde:** volume único. Ed. 2, Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_volume_2.pdf>. Acesso em: 08 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde:** volume único. Ed. 3, Brasília, 2019. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 08 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre amarela:** guia para profissionais de saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_amarela_guia_profissionais_saude.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre amarela:** guia para profissionais de saúde. 1ª edição atualizada, Brasília, 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/18/Guia-febre-amarela-2018.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Monitoramento do Período Sazonal da Febre Amarela Brasil – 2017/2018:** Informe nº 21. 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/12/Informe-FA-21-11abr18-c.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública: Febre Amarela.** 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_emergencias_febre_amarela.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre amarela:** ações imprensa e redes sociais. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe especial febre amarela no brasil nº 01/2017.** 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/18/Informe-especial-COES-FA.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano estratégico de vacinação contra febre amarela.** Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/125/2018/01/42b172f7b18f2ddb1424cb17e1e6cb24f6fa03023d459d48116f95db7edf21ef.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre Amarela.** 09 jan. 2018. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/BdvO5O4AGCO/?igshid=1e2jljzt3301s>>. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mentira 1 - conheça 8 mentiras sobre a vacinação.** 12 ago. 2019. 44 segs. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BOIjvzyoTxY>>. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Não há registro confirmado de febre amarela urbana no Brasil!** 06 fev. 2018. Disponível em:

<<https://twitter.com/minsaude/status/960864675763277824>>. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Não há casos de febre amarela urbana no Brasil desde 1942.** 06 fev. 2018. Disponível em:

<<https://twitter.com/minsaude/status/960850797675335680>>. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Não há casos de febre amarela urbana no Brasil desde 1942.** 06 fev. 2018. Disponível em:

<<https://twitter.com/minsaude/status/960847662995116032>>. Acesso em: 29 set. 2019.

BRISOLA, Anna; BEZERRA, Arthur Coelho. **Desinformação e circulação de “fake news”:** distinções, diagnóstico e reação. In: XIX Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação - ENANCIB. 19., 2018, Londrina. **Sujeito informacional e as perspectivas atuais em ciência da informação.** Disponível em:

<<http://enancib.marilia.unesp.br/index.php/XIXENANCIB/xixenancib/paper/viewFile/1219/1636>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BROWN, Louise Amy et al. **Confiança nas vacinas e hesitação em vacinar no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, e00011618, 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n9/1678-4464-csp-34-09-e00011618.pdf>>. Acesso em 23 set. 2019.

CAMBRICOLI, Fabiana; FELIX, Paula. São Paulo registra duas mortes por reação à vacina da febre amarela. **O Estado de São Paulo**, 19 jan. 2018. Disponível em:

<<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sao-paulo-registra-duas-mortes-por-reacao-a-vacina-da-febre-amarela,70002157434>>. Acesso em: 22 out. 2019.

CAVALCANTE, Karina Ribeiro Leite Jardim; TAUILL, Pedro Luiz. **Risco de reintrodução da febre amarela urbana no Brasil.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 26(3):617-620, jul-set 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S2237-96222017000300617&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 out. 2019.

CORRÊA, Sílvia. Macaco não é o vilão da febre amarela. **Folha de S. Paulo**, 21 jan. 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/silviacorrae/2018/01/1950894-macaco-nao-e-o-vilao-da-febre-amarela.shtml>>. Acesso em: 22 out. 2019.

CRUZ, Fernanda. São Bernardo do Campo confirma primeiro caso de febre amarela autóctone. **Agência Brasil**, São Paulo, 06 fev. 2018. Disponível em:

<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-02/sao-bernardo-do-campo-confirma-primeiro-caso-de-febre-amarela-autoctone>>. Acesso em: 03 out. 2019.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** 2003. Disponível em: <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

DICIONÁRIO MICHAELIS. **Informação.** 2015. Disponível em:

<<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=xRVld#>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

DUARTE, Jorge. **Instrumentos de comunicação pública**. p. 59-71. In: DUARTE, Jorge (Org.). Comunicação Pública: Estado, Mercado, Sociedade e Interesse Público. São Paulo: Atlas, 2012.

_____. **Entrevista em profundidade**. p. 62-83. In: DUARTE, Jorge; BARROS (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2017.

_____. **Sobre a emergência do(s) conceito(s) de comunicação pública**. p. 121-134. In: Kunsch, M. M. K. Comunicação Pública, Sociedade e Cidadania. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2011.

EDELMAN. **2019 Edelman Trust Barometer: Brasil**. 2019. Disponível em: <https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/2019-03/2019_Edelman_Trust_Barometer_Brasil_Report.pdf>. Acesso em: 01 maio 2019.

FERNANDES, Tania. **Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal)**. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 29-51, junho 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 01 set. 2019.

FERRARI, Maria Aparecida. **Cenário latino-americano da comunicação e relações públicas**. p. 125-197. In: Grunig, J. E.; FERRARI, M. A.; FRANÇA, F. Relações Públicas: teoria, contexto e relacionamentos. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.
FORTES, Waldyr Gutierrez. **Relações Públicas: processo, funções, tecnologia e estratégias**. São Paulo: Summus Editorial, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

FRANCO, Odair. **História da Febre-Amarela no Brasil**. Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Endemias Rurais, 1969. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0110historia_febre.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

GIRARDI, Giovana. Horto Florestal é fechado após macaco morto com febre amarela ser achado. **O Estado de S. Paulo**, 20 out. 2017. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,horto-florestal-e-fechado-apos-macaco-morto-com-febre-amarela-ser-encontrado,70002054706>>. Acesso em: 22 set. 2019.

GRUNIG, James E. **Uma teoria geral das relações públicas: quadro teórico para o exercício da profissão**. p. 15-110. In: Grunig, J. E.; FERRARI, M. A.; FRANÇA, F. Relações Públicas: teoria, contexto e relacionamentos. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

HARRIS, Gardiner. Journal Retracts 1998 Paper Linking Autism to Vaccines. **The New York Times**, 2 fev. 2010. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2010/02/03/health/research/03lancet.html>>. Acesso em: 28 maio 2019.

HASWANI, Mariângela. **Comunicação pública e as novas dimensões para as relações públicas.** In: Kunsch, M. M. K.; Kunsch, W. L (Org.). *Relações Públicas Comunitárias: A Comunicação em uma Perspectiva Dialógica e Transformadora.* São Paulo: Summus Editorial, 2007.

HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha. **A dupla epidemia: febre amarela e desinformação.** RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 9-13, jan./mar. 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25772>>. Acesso em: 8 mar. 2019.

HIGH LEVEL EXPERT GROUP ON FAKE NEWS AND ONLINE DESINFORMATION. **A multi-dimensional approach to disinformation.** jan. 2018. Disponível em: <<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/final-report-high-level-expert-group-fake-news-and-online-disinformation>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

HONORATO, Ludimila. Febre amarela: vacina tem contraindicações e precauções; entenda. **O Estado de São Paulo**, 28 nov. 2018. Disponível em: <<https://emails.estadao.com.br/noticias/bem-estar,febre-amarela-vacina-tem-contraindicacoes-e-precaucoes-entenda,70002623736>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

KOÇOUSKI, Marina. **Comunicação pública: construindo um conceito.** In: MATOS, Heloiza Helena Gomez de (Org). *Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas.* Ed. rev. ampl. São Paulo, ECA/USP, 2013. 288 p. Disponível em: <<http://www3.eca.usp.br/biblioteca/publicacoes/e-book/comunica-o-p-blica-interlocu-es-interlocutores-e-perspectivas>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

KUNSCH, M. M. K. **Comunicação pública: direitos de cidadania, fundamentos e práticas.** In: MATOS, Heloiza Helena Gomez de (Org). *Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas.* Ed. rev. ampl. São Paulo, ECA/USP, 2013. 288 p. Disponível em: <<http://www3.eca.usp.br/biblioteca/publicacoes/e-book/comunica-o-p-blica-interlocu-es-interlocutores-e-perspectivas>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada.** São Paulo: Summus Editorial, 2002.

LÉVY, Pierre. **Cibercultura.** São Paulo: Editora 34, 1999.

LEMONS, A. **Nova esfera Conversacional.** In: MARQUES, A.; COSTA, C. T.; KÜNSCH, D. et al (orgs.) *Esfera pública, redes e jornalismo.* Rio de Janeiro, E-Papers, 2009, p. 9-30.

LIMA, Venício Artur de. **Comunicação, poder e cidadania.** Rastros (Joinville), v. VII, p. 8-16, 2006. Disponível em: <<https://www3.al.sp.gov.br/repositorio/ilp/anexos/1403/YY2013MM10DD8HH14MM42SS4-material%2004.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

MCQUAIL, Denis. **Atuação da mídia: comunicação de massa e interesse público.** Porto Alegre: Penso, 2012 [1998].

MALINVERNI, Claudia. **Uma doença, duas notícias: a febre amarela nos governos Lula e Temer.** 12 jul. 2017. Disponível em:

<<http://www.intervozes.org.br/direitoacomunicacao/?p=29956>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

MANIR, Mônica. Depois de corrida aos postos, vacina da febre amarela encalha em meio a boatos sobre reações. **BBC Brasil**, São Paulo, 27 fev. 2018. Disponível em:

<<https://www.bbc.com/portuguese/geral-43207268>>. Acesso em: 09 nov. 2019.

NORONHA, Tatiana Guimarães de; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. **Controvérsias sobre a ampliação das áreas com vacinação de rotina contra a febre amarela no Brasil.** Cad.

Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001002001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2019.

OLIVEIRA, V. C. **Os mídias e a mitificação das tecnologias em saúde.** p. 133-145. In:

PITTA, A. M. R. (Org.) *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios.* São Paulo:

Hucitec/Abrasco, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ten threats to global health in 2019.** [2019?].

Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>>.

Acesso em: 03 maio 2019.

_____. **Addressing Vaccine Hesitancy.** set. 2019. Disponível em:

<https://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/>. Acesso em: 03 maio 2019.

_____. **Zika virus.** 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>>.

Acesso em: 3 jul. 2019.

PENA, Felipe. **Teoria do jornalismo.** São Paulo: Editora Contexto, 2005.

PITTA, Aurea Maria da Rocha. **Por uma política pública de comunicação em saúde.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 85-93, 2002. Disponível em:

<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/486>>. Acesso em: 21. mar. 2019.

PÔRTO, Ângela; PONTE, Carlos Fidelis. **Vacinas e campanhas: imagens de uma história a ser contada.** História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.10, supl. 2, p.725-742,

2003. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24206>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

RACY, Sonia. Cruz Vermelha de SP vai entrar no combate à febre amarela. **Estadão**, 03 fev. 2018. Disponível em:

<<https://cultura.estadao.com.br/blogs/direto-da-fonte/cruz-vermelha-de-sp-vai-entrar-no-combate-a-febre-amarela/>>. Acesso em: 10 out. 2019.

SAGE VACCINE HESITANCY WORKING GROUP. **Report of the sage working group on vaccine hesitancy.** Out. 2014. Disponível em:

<https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf>. Acesso em 20 set. 2019.

SÃO PAULO (Estado). SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VOTUPORANGA. **Equipes de Saúde da Prefeitura percorrem área rural para vacina contra febre amarela.** 2017. Disponível em: <<http://votuporanga.sp.gov.br/n/noticia/?x=saude&n=2017216171633-equipes-de-saude-da-prefeitura-percorrem-area-rural-para-vacina-contr-febre-amarela->>. Acesso em: 2 set. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Portal do Governo. **No Litoral Norte, Saúde orienta intensificar vacinação contra febre amarela.** 2018. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/saude-orienta-litoral-norte-a-intensificar-vacinacao-contr-febre-amarela/>>. Acesso em: 18 set. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Portal do Governo. **Vai curtir o feriado no litoral norte? Vacine-se contra febre amarela.** 2018. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/vai-curtir-o-feriado-no-litoral-norte-vacine-se-contr-febre-amarela/>>. Acesso em: 18 set. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado. **Antes de se vacinar contra a febre amarela, doe sangue.** 04 fev. 2018. Disponível: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/antes-de-se-vacinar-contr-febre-amarela-doe-sangue/>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SÃO PAULO (Município). SANTOS, Patrícia. **Região Norte aprimora procedimentos de AMAS, UBS e UVIS para receber pacientes com arboviroses – doenças causadas por arbovírus.** 2018. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=249058>>. Acesso em 10 out. 2019.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Especial de Comunicação (SECOM). **Município amplia para 33 as UBS com vacinação preventiva contra febre amarela na Zona Norte.** 2017. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/noticia/municipio-amplia-para-33-as-ubs-com-vacinacao-preventiva-contr-febre-amarela-na-zona-norte>>. Acesso em: 29 set. 2019.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Especial de Comunicação (SECOM). **Ações de prevenção à febre amarela são intensificadas na Zona Norte.** 2017. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/noticia/acoes-de-prevencao-a-febre-amarela-sao-intensificadas-na-zona-norte>>. Acesso em: 10 out. 2019.

SÃO PAULO (Município). SECOM. **Capital lança plano de combate ao mosquito Aedes aegypti.** 2018. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/noticia/capital-lanca-plano-de-combate-ao-mosquito-aedes-aegypti>>. Acesso em: 26 set. 2019.

SÃO PAULO (Município). SECOM. **Regiões Sudeste, Leste e Centro de São Paulo registram baixa cobertura vacinal contra febre amarela.** 2018. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/noticia/regioes-sudeste-leste-e-centro-de-sao-paulo-registram-baixa-cobertura-vacinal-contr-febre-amarela>>. Acesso em 26 set. 2019.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Plano de combate ao mosquito Aedes aegypti envolve mais de 10 secretarias e órgãos municipais.** 2018. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=267005>>. Acesso em: 10 out. 2019.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **Fact-checking da saúde pública**. 26 out. 2017. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/BatpfRihZoG/>>. Acesso em: 08 out. 2019.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Febre amarela?** 19 jan. 2017. Disponível em: <<https://twitter.com/saudeprefsp/status/822197668407574529>>. Acesso em: 08 out. 2019.

SILVA, J. A. da. **Nova esfera pública na era da cibercultura**. Revista Inter-Legere, v. 14, n. 14, 6 maio 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/5309>>. Acesso em: 15 set. 2019.

SOBREIRA, Isabel Levy. **Práticas de comunicação e saúde no ciberespaço: uma análise a partir da campanha nacional de combate à dengue 2011/2012**. 2013. 87 f. Dissertação (Mestrado em Informação, Comunicação em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/7132>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

SP1. População ainda tem muitas dúvidas sobre vacina da febre amarela. **G1**, 31 jan. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/populacao-ainda-tem-muitas-duvidas-sobre-vacina-da-febre-amarela.ghml>>. Acesso em: 03 maio 2019.

THEILER, M.; SMITH, H. H. **The use of yellow fever virus modified by in vitro cultivation for human immunization**. 1937. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2133527/pdf/787.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

TOLEDO, L. F.; FELIX, P. Mais um parque é fechado após macaco morto por febre amarela ser achado. **O Estado de S. Paulo**, 24 out. 2017. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,mais-um-parque-de-sp-e-fechado-apos-macaco-morto-por-febre-amarela-ser-achado,70002059083>>. Acesso em: 15 out. 2019.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Estatísticas Eleitorais**. 2019. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

VALLE, Denise; PIMENTA, Denise Nacif; AGUIAR, Raquel. **Zika, dengue e chikungunya: desafios e questões**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.25, n.2, p.419-422, abr./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14655>>. Acesso em: 7 mar. 2019.

VASCONCELOS, Wagner Robson Manso de; OLIVEIRA-COSTA, Mariella Silva de; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. **Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013**. RECIIS - RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 1-11, abr./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16970>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

WEBER, Maria Helena. **Estratégias da comunicação de estado e a disputa por visibilidade e opinião.** p. 101-119. In: Kunsch, M. M. K. (Org.). Comunicação Pública, Sociedade e Cidadania. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2011.

APÊNDICE A – ENTREVISTA 1

Flavia Pegorin é uma jornalista que trabalha com clientes da área da saúde em uma agência de publicidade e tem quase 25 anos de experiência com comunicação tanto escrevendo para jornais e revistas como fazendo conteúdo para diversas marcas. A entrevista foi concedida presencialmente no dia 24 de outubro de 2019 e teve duração de 23 minutos.

Luciana Rodrigues Araújo: Eu queria que você falasse um pouco da sua experiência como jornalista e dentro do mercado de saúde.

Flavia Pegorin: Estou há quase vinte e cinco anos já, eu comecei bem cedo quando ainda estava na faculdade e aí mesmo antes de sair da faculdade eu me liguei muito em revistas, então tive a oportunidade de trabalhar com muito assunto diferente. Saúde é um deles. Começou a passar dentro das revistas, mesmo revista que não tinha esse tema, vinha uma pauta de saúde e eu acabava abraçando. Foi o caso da Galileu, por exemplo, que é uma revista de ciência, mas eu fiz várias matérias de esporte, de saúde, sobre memória. Tudo acaba flertando um pouquinho com saúde.

Eu comecei pontualmente assim, depois eu virei *freelancer*. Fui *freelancer* nos últimos 14 anos, só no último ano que voltei para o mercado formal. Dentro dessa minha fase de *freelancer*, eu fiz um monte de conteúdos de saúde, entre internet e *branded content* era muita coisa de saúde. Mas mais forte mesmo foi mais ou menos uns quatro anos atrás que comecei a fazer um conteúdo, *branded* também, para uma marca que não era plano de saúde, mas era uma operadora grande que fez um portal de saúde. Eu não tinha compromissos com a marca, só com o texto e eu atuava como jornalista, como repórter e editora mesmo.

Os temas eram variados, o portal falava mais de cardiologia por uma questão também da operadora e dos médicos envolvidos, mas eram pautas variadas e aí deslanchei. Foram três anos lá e mais matérias pontuais em vários veículos, na Folha de S. Paulo, nas revistas da editora Globo e da editora Abril.

LRA: O meu tema fala bastante sobre febre amarela e sobre as vacinas. Eu queria que você me desse sua opinião sobre qual é o papel da comunicação governamental nessa campanha que teve da vacinação de febre amarela e também na questão combate à desinformação dentro desse tema.

FP: Eu acho que comunicação e saúde a gente pode falar que tem dezenas de décadas já que a gente trabalha isso com o jornalismo, mas eu acho que é um fator mais forte e mais

recente que a gente fale sobre as *fake news*. Elas sempre existiram, na minha opinião. Mas agora a gente dá nome para elas, é a diferença. Eu acho ótimo dar nome para elas porque nós podemos combatê-las mais facilmente.

Aí eu acho que você foi no ponto certo que existe a comunicação pública e a comunicação dos meios tradicionais de informação. Acho muito importante que haja uma comunicação sólida do que é governamental, de prefeituras, de estados e do governo federal, mas o fato é que isso não é premente. A gente precisa muito da atuação da imprensa tradicional, aí com as *fake news* esse papel da imprensa passou a ser ainda mais importante porque a gente teve a ação de outros... Vamos dizer de um jeito ruim, de outros influenciadores nesta área, como pessoas comuns que passam a compartilhar. Antigamente existiam, mas eram muito pontuais. Você tinha lá um site feito por uma pessoa, um blog ou qualquer coisa assim. Ficava escondido. Com a propagação de meios, como o WhatsApp, a multiplicação disso é geométrica.

Não sei se você vai passar por isso no seu trabalho, mas o caso mais clássico que existe na questão vacina e *fake news* é de que a vacina causa autismo. Pesquisando sobre isso, por muitas vezes o que aparentemente aconteceu é que foi publicado um estudo há mais de vinte anos com essa ligação entre vacinação, o modo como é produzida e o autismo. Isso começou a propagar, poucos anos depois esse estudo foi completamente desacreditado. Os dados eram falsos, mas você não tira mais. A internet é escrita a caneta e a gente tem que admitir isso. Então se uma notícia dessa que já há vinte anos poderia estar desacreditada, não existe nenhuma relação entre autismo e vacinação, ela continua sendo motivo para pais terem medo de vacinar seus filhos. E com vacinas que existem há anos, o que é mais curioso, a vacina já é mais antiga que o estudo que diz que a vacina... não fez nem sentido.

LRA: Você acha que tem alguma forma, alguma ação, que podemos fazer como comunicadores para diminuir esse impacto?

FP: Como comunicadores, sim. A gente precisaria da força das pessoas em geral. São os consumidores de notícias que maculam essa relação.

Como comunicadores, nós temos que fazer nosso trabalho. Insistir para cada vez trazer esses assuntos novamente. Eu acho que todo jornalista já sentiu aquele drama de perto do verão fazer as matérias de verão, sobre proteção solar. As coisas sazonais são sazonais por um motivo. A gente tem que falar delas todos os anos e sim, quando tem campanha de vacinação, nós temos que falar sobre o assunto tudo de novo. A nossa audiência é rotativa, então a gente tem que fazer o papel da repetição. Eu acho que com a repetição a gente pode chegar a um entendimento

de quando a pessoa já recebe a *fake news*, ela já está vacinada, perdão do trocadilho, contra aquilo... De dizer “não, não, mas eu ouvi dizer que não”. Se eu ouvi dizer que sim, eu também ouvi dizer que não e você pode ter uma postura diferente ali ou de, pelo menos, pesquisar.

Acho que uma outra questão que a gente poderia pensar melhor seria como abordar essas pessoas. Às vezes não é só sobre jornais de grande circulação. É sobre eles, mas também sobre veículos menores, então são coisas que a gente planta e vai colhendo no futuro.

Acho também que a gente tem que ensinar as pessoas a consumir informação. É até prévio. Com relação à saúde é muito forte, mas isso se torna importante com qualquer assunto. Então quando sua mãe recebe uma notícia dizendo "Para de comer abacate agora porque ouvi dizer que o abacate...", é você estar preparado para ensiná-la a dizer "mas onde você leu isso?". É um site confiável? O que é um site confiável? Se isso fosse uma verdade, será que não estaria em um veículo de grande circulação? Ensinar as pessoas a não consumir qualquer coisa também é trabalho da imprensa paralelo, mas que para a área de saúde faz muita diferença.

LRA: você falou uma coisa bem interessante com relação a sazonalidade. O jornalista sempre vai estar com as pautas sazonais e quando tem as campanhas de vacinação também é da mesma forma. Você que poderíamos comunicar isso fora da sazonalidade ao invés de quando há uma epidemia? A gente fazer isso antes para as pessoas já estarem mais cientes do que pode acontecer?

FP: eu acho que faz todo sentido na teoria, mas a gente tem que admitir que as notícias terão mais impacto quando as pessoas estão preparadas para. Então se eu começar a falar, por exemplo, a gente teve a questão da febre amarela, teve até a questão pontual da poliomielite, aí tivemos fortíssima a questão do sarampo que aí sim mobilizou e agora a gente já tem a questão de caxumba... parece muito óbvio que precisamos falar disso o tempo todo, o ano todo, mas que quando os casos aparecem isso tem um impacto mais forte e a gente tem que se aproveitar disso é também uma verdade. Vamos dizer que daqui um ano a gente esteja falando de rubéola... na verdade, já está, porque a vacina é tríplice e todas as três estão prestes a retornar... Mas vamos supor, não adianta, eu acho. Não tem todo efeito porque adiantar sempre adianta. Não tem todo efeito se eu começar a falar de rubéola agora, onde você fala: “mas rubéola? Ninguém tem rubéola. Ah, só mulher grávida...”.

E tem outra coisa também, não é um assunto tão simples assim como a gente pensa “ah, é só uma vacina”. Não, na verdade, muita coisa precisa ser explicada. Na minha opinião, por exemplo, a comunicação pública é muito confusa. Não é raro começar uma campanha de

vacinação com toda a população em dúvida sobre quem é prioridade, de que dia a que dia vai a campanha, qual tipo de documento. Não seria uma coisa tão complexa assim, a gente já devia ter acostumado com isso, mas a gente não cria os dispositivos de fazer todas as campanhas no mesmo formato, talvez na mesma época, talvez da mesma maneira para acostumar as pessoas com elas. Cada ano de um jeito diferente, cada ano falta vacina. A gente, às vezes, vê mais notícias sobre a falta da vacina aqui do que é que essa vacina faz. Dá preguiça nas pessoas de ir até lá. Então eu acho que a comunicação é importante de ser feita todo o tempo, porém ela vai ter um óbvio impacto maior quando houver um surto. Seja como for, a gente precisa fazer.

LRA: No caso das vacinas tem um movimento antivacina que vem crescendo bastante, tanto é que a Organização Mundial da Saúde está colocando ele como uma das maiores ameaças à saúde em 2019 e, claro, também teve o caso que você falou do autismo ligado às vacinas que tem raízes nisso. Como a gente pode combater com informação ou o que a gente pode fazer para tentar reverter esse cenário?

FP: Eu acho que com relação à informação, a gente sempre tem que usar o método de ir onde o povo está, então a gente tem que ser mais inteligente nessa hora e a área pública falta muito nessa hora, fica muito presa a coisas muito tradicionais.

Campanha de vacinação ainda faz cartaz. Eu não vou ver o cartaz, mas eu vou ver o YouTube, então talvez a gente tivesse que estar mais em redes que as pessoas vão ver para propagar essa informação de um jeito mais rápido e coerente com a população que a gente tem hoje.

A gente falou do caso de autismo, mas assim, o caso de autismo não tem uma comprovação. Não existe uma comprovação do caso e não existe comprovação de casos. Não existem nem médicos que você fala “mas eu vi uma grande reportagem no fantástico com médicos...”. Isso não existe, portanto não tem nenhuma base. Por outro lado, você tem casos assim: “um surto de sarampo na Disney” faz coisa de cinco anos, não sei exatamente quando. São casos palpáveis, aconteceu. Você precisa fazer nesse momento um rastreamento e chegar na pessoa que não era vacinada.

Então um caso como a gente comentou já outro dia sobre vacina que é a questão de rebanho. Eu posso fazer a campanha que eu quiser, posso atingir pontualmente a população, mas se eu não atingir um determinado número não vai funcionar e principalmente a gente não vai proteger aquelas pessoas que talvez sejam mais importantes proteger que é quem não pode

tomar vacina. Então eu e você temos a opção se a gente quer ou não tomar. Tem gente que não tem opção e ele vai estar exposto a um vírus por causa daquela pessoa que não toma vacina

Esses movimentos são baseados sempre em medo. O movimento antivacina é totalmente baseado em medo e em jogar com o pânico da população. Você pega pais muito ansiosos e diz para eles que eles vão ter problema se aquilo acontecer, então espera aí, se eu tomar uma atitude e for lá dar a vacina, isso aqui vai acontecer. Se eu não fizer nada, não vai acontecer, então não faço nada. É muito mais cômodo para mim... Isso cresce como uma bola de neve e em pouco tempo a gente... é... Essa atenção da OMS eu acho até que foi branda, sabe? Não vacinar crianças... tem escritório de advocacia que considera até lançar projeto de lei para pedir aos legisladores que trate como crime. Você está condenando pessoas a morte. Não sei se chegaríamos a tanto, mas como toda certeza é uma questão muito mais grave, eu acho, do que a gente, às vezes, trata.

LRA: Eu entendo, tanto é que você me lembrou um pouco da Revolta das Vacinas que teve no Rio de Janeiro muito tempo atrás que foi quando a gente tentou exatamente obrigar as pessoas a se vacinarem. Foi aí que elas se revoltaram. Claro, não foi o único motivo, mas como que a gente consegue incentivar essas pessoas que tem essa hesitação, que por medo de “ah, eu tenho uma informação do Facebook que vai dar autismo ou vai dar uma reação muito forte”, como o caso da febre amarela que você pode desenvolver a doença com a vacina... Então, o que a gente pode fazer?

FP: É um caso muito complicado, acho que não envolve nem só a imprensa nem os formadores de opinião. Envolve bem mais do que isso porque, você vê, é uma questão comportamental da nossa sociedade muito complicada. Sim, a Revolta da Vacina foi um século atrás, mas acho que talvez o comportamento e a mentalidade das pessoas não tenham, nesse sentido, evoluído tanto porque o pânico se instala muito rápido.

Curiosamente as pessoas não tem nenhum problema em praticar a automedicação, então ela põe dentro. Não é que nosso corpo é um templo e eu não quero tomar vacinas porque eu tenho medo do que tenha nessa vacina porque eu não tomo nada. Não, muito provavelmente essas pessoas engolem analgésicos que nem bala, porém quando se fala em vacina ela tem o imaginário. Então, não é um projeto que a gente faz, ele nasce, ele acontece e aí ele resolve tudo. Não, isso é uma questão comportamental de sociedade. Assim como a gente vive um momento difícil com política e economia, a gente vive um momento difícil com saúde.

As pessoas querem estar bem, mas elas muitas vezes não sabem o que fazer ou agem muito por se basear... Em confiança nos veículos errados, no caso, pessoas erradas. Eu prefiro confiar na minha mãe com a informação dela do que nesse Ministério da Saúde que eu nem sei quem é.

Partindo desse princípio, eu acho que os órgãos de saúde, principalmente, têm que se aproximar mais do comportamento das pessoas. Eu acho que isso sai um pouco do escopo da imprensa, mas isso se faz com informação de um outro nível que são dados. Recolhendo dados, formando bancos de dados e entendendo o problema comportamental da população. Às vezes a fala sobre antivacina imaginando também que é meio a meio. Não, não é meio a meio. É uma pequena parte que desacredita da vacina, então talvez a gente tenha que atacar essa questão de modo muito mais pontual, com a comunicação muito mais focada, muito mais personalizada.

Quem é essa pessoa que não está levando a criança para tomar a vacina? Por que ela não está? Às vezes não é porque ela é antivacina, às vezes é porque o posto funciona em um horário estúpido. Então acho que hoje a gente pode falar de imprensa e pode falar de informação em um modo geral, onde tem muito mais *players* nesse negócio do que só a imprensa tradicional. A gente faz nosso papel, a gente pode fazer melhor. A comunicação governamental pode fazer seu papel incrivelmente melhor, mas principalmente a gente precisa de estratégia de ação.

LRA: Você falou que tem vários *players* diferentes, agora a gente pode até colocar os influenciadores digitais. Quais outros que você ache que talvez o governo poderia fazer algum tipo de parceria? Porque é isso... Você vai levar a informação em parceria para a população.

FP: Hoje em dia você vê né... Nós trabalhamos com comunicação dentro de uma agência de publicidade, onde a gente atende clientes da área de saúde. Planos de saúde, hospitais, médicos e tudo isso. A gente acabou virando *player* também nesse sentido, porque toda marca hoje em dia tem a sua própria comunicação de massa. O que antigamente uma empresa fazia em um jornalzinho interno para os funcionários ou então colocava uma propaganda de marca na televisão, hoje ela tem um poder de informação muito maior. A gente faz conteúdo, nada impede que uma empresa de saúde seja também um veículo de informação. Inclusive, eu acho muito válido que isso aconteça. Todo mundo pode ser um veículo de informação desde que você tenha as informações corretas e seguras para compartilhar.

Além de empresas privadas, órgãos públicos, a população em geral que também acabou virando... não só os influenciadores... A população em geral mesmo compartilha

notícias. Eu acho que a área... A questão das *startups* ainda é muito embrionária no Brasil, mas eu acho que eles serão grandes participantes deste assunto. Já são... não sei precisar quantas, mas as *health techs* já são muitas e elas estão atacando problemas pontuais e criando soluções tecnológicas para isso. Elas podem ser participantes nesse processo também.

Você pode criar qualquer tipo de produto e serviço, inclusive produtos e serviços focados no cidadão. Não preciso necessariamente vender o meu produto para uma empresa privada que compre e ponha isso em prática. Eu posso vender isso para o governo, posso vender um sistema para a prefeitura de São Paulo que monitore regiões e a aplicação de vacinas. No cruzamento de dados eu consigo saber que tipo de comunicação eu tenho que fazer para o povo ir se vacinar.

LRA: Você trouxe uma parte bem interessante quando falou das *startups* e a tecnologia. Um ponto que percebi durante a minha monografia é que temos um foco muito grande nas cidades e as pessoas que estão no meio rural não têm o mesmo acesso que nós, por exemplo, às redes sociais, então elas ficam muito mais dependentes de uma mídia tradicional, do governo, até mesmo dos funcionários irem lá vacinar. Então como a gente consegue atingir essas? Como conseguimos conversar com elas?

FP: Então, é isso que a gente fala sobre a personalização da informação. Você tem toda razão, não é que eles não têm como consumir informações sobre saúde. Eles têm menos informações sobre qualquer assunto.

Apesar das áreas rurais serem mais distantes de grandes centros urbanos, a gente não pode esquecer que elas fazem parte de uma alguma prefeitura. Alguma prefeitura que tem algum canal de comunicação estabelecido. Se ele não é bom, se ele não é eficiente, então ele precisa ser melhorado.

Saúde é um tema curioso, você pode investir milhões curando as pessoas de coisas e você pode investir bem menos do que isso evitando que a pessoa precise ser curada de alguma coisa que ela nem deveria ter. Tem médicos que fazem relação, por exemplo, sobre doença cardíaca... Você investe 10 em um remédio distribuído de graça, 10 que a prefeitura dá o remédio. Ou você pode investir 100 mil para fazer um hospital que tem um leito que acolha aquela pessoa que vai ter um custo de vinte anos de saúde pública para a gente pagar. No caso de vacina é a mesma coisa. Você evitar uma doença que vai ter um custo de cura muitíssimo maior do que o valor de uma aplicação de uma vacina, tem que se pensar que aí também tem o

custo de comunicar sobre essa vacina. Se a pessoa não souber que ela existe ou não souber onde ela tem que tomar e a importância daquilo, ela não vai tomar.

Sem falar que talvez a população... não sei se isso é pouco... talvez imaginação demais, não tenho dado para afirmar... Mas a gente imagina que uma população de uma área muito mais distante de um centro urbano seja mais resistente. Não sei. É isso? Não é isso? Existe população indígena, por exemplo. Temos que vacinar? Não temos? Mas como vamos fazer essa chegada lá? É isso, com agentes de saúde.

Agora, tudo é sobre comunicação. Desde como esse agente está preparado para falar com a população, até a matéria no jornal nacional, até o cartaz do posto de saúde... é tudo sobre informação.

LRA: Você abordou que o agente de saúde precisa saber como se comunicar. Você acha que falta treinamento para esses agentes? O que poderia ser mudado? Ou não, assim está bom?

FP: Não tenho uma proximidade com o tema tão grande assim para poder dizer, mas eu acho que se a gente olhar o viés da taxa de vacinação, me parece óbvio que os agentes talvez não sejam em número suficiente ou não tenham a base suficiente para comunicar. A gente vê muito isso acontecer com a dengue, por exemplo. É o tipo de doença desenvolvida a partir de um mosquito que você precisa fazer um trabalho prático e técnico de retirar aqueles nascedouros. Esses agentes a gente sabe que recebe muito treinamento, afinal de contas ele vai precisar entrar na casa da pessoa... Mas com a vacina é a mesma coisa. A gente vai precisar entrar no corpo da pessoa. É uma comunicação muito delicada também.

Acho que investir em treinamento, em comunicação e a prevenção em si, de um modo geral, é sempre muito válido. Me parece menos custoso do que tratar uma pessoa com sarampo, caxumba ou até a gripe.

LRA: Eu acredito que isso seja o necessário. Muito obrigada!

APÊNDICE B – ENTREVISTA 2

Beatriz Camilo Vera é uma jornalista que começou a trabalhar como estagiária na assessoria de imprensa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Depois foi efetivada e já trabalha no local há quase 5 anos. A entrevista foi concedida presencialmente no dia 24 de outubro de 2019 e teve duração de 31 minutos.

Luciana Rodrigues Araújo: Eu gostaria de começar falando um pouco da sua experiência dentro da área de comunicação, de saúde e dentro da secretaria. Me explica um pouco como é.

Beatriz Camilo Vera: Meu nome é Beatriz Camilo Vera, tenho 23 anos e eu tenho 4 anos e 8 meses trabalhando na Secretaria de Saúde do Estado na área de assessoria de imprensa. São 4 anos e 8 meses já.

LRA: O que você desenvolve no seu dia-a-dia lá dentro?

BCV: A gente elabora bastante nota e resposta a todos os veículos do estado. A gente elabora bastante release também e faz balanços normalmente de medicamentos, de repasse, de doenças, então são essas três vertentes que a gente trabalha. Em tese.

LRA: Eu gostaria de saber qual é o papel da comunicação governamental no caso da febre amarela e também no combate à desinformação?

BCV: O papel da assessoria de imprensa secretaria de estado é fundamental para que a população seja bem informada. A gente que entra em contato com as áreas técnicas da secretaria, então todos os dados de febre amarela... De balanço de caso, balanço de óbito, balanço de vacinação saem lá dos nossos releases e das nossas notas. Então essa contribuição, essa criação desses releases e o contato direto com a imprensa é extremamente importante no que diz respeito à informação da população como um todo. E no combate, a gente tenta muito colocar porta-voz para falar com jornalistas. A gente, principalmente na fase da febre amarela, abriu um pouco mão das notas e sempre que a gente tinha um release a gente tinha um porta-voz para falar. Ter esse contato com o público mesmo, é alguém falando, não é o apresentador do jornal, é um médico, é o coordenador da área. É uma pessoa especializada para falar. Foi uma das estratégias que a gente usou. Sempre disponibilizar alguém para falar independente do assunto... se foi vacina, se foi balanço, se foi óbito, era sempre muito importante que algum técnico, que alguém da área tivesse dando opinião também na matéria que vendeu os dados e os releases.

LRA: Na campanha de vacinação, quais eram as informações importantes a serem passadas para a população?

BCV: Na campanha, a gente tinha muito a questão das pessoas alérgicas à vacina porque existe uma taxa e isso tinha que ser passado.

As informações... Quando a febre amarela estourou aqui na capital, a gente teve um *boom* de milhares de pessoas buscando os postos de saúde de forma desenfreada, filas enormes. O trabalho do estado teve início um pouco antes, no sentido de quem precisa se vacinar por conta de um estudo epidemiológico da própria doença. Então existia esse estudo e, se eu não me engano, no início de 2018 a gente fez uma campanha para vacinar porque foi o estudo epidemiológico que indicou para onde o mosquito estava indo. Era importante no início da campanha estadual era que as pessoas desses municípios se vacinassem e para a gente... Aí entra uma questão de comunicação bem peculiar que é bem difícil no que diz respeito a vacinação da população e acho que em todos os estados porque é uma pactuação SUS de que são os municípios que são os responsáveis pela vacinação, então em tese as orientações do estado eram no sentido de “se você tiver algum sintoma, procure uma UBS mais próxima” ou “se você mora em determinada área, procure a UBS mais próxima”.

A informação mais importante no que diz respeito a febre amarela era mesmo o local de contágio, porque era a partir da divulgação... Por exemplo, houve um caso em Osasco, então as pessoas de Osasco iriam se vacinar também e aí a gente começava a comunicação antes um pouco antes por conta desse estudo epidemiológico que previa para onde o mosquito estava indo. Então a gente começava a divulgar os releases chamando o pessoal para a campanha um pouco antes. Foi essa informação, além dos casos e óbitos... E também nos nossos releases sobre amarela, a gente sempre tinha informação de combate ao mosquito do *Aedes*. A gente sempre tinha um parágrafo ali no finalzinho falando dessa questão do *Aedes aegypti*, que era importante manter o básico.

LRA: Você fala do risco que tinha da reurbanização?

BCV: O que acontece... nas áreas do interior o mosquito consegue o contágio porque é através do contato com o macaco, mas existiam casos do interior que tinham focos do mosquito. Então o sentido de passar a orientação é para que os focos não aumentassem ou não chegassem às capitais... não chegassem a ser a febre amarela urbana... E como não aconteceu. A gente ficou um bom tempo rodando no interior e aí as orientações também eram para combater o mosquito. As orientações acredito que podemos dividir em três: você saber o que

fazer em caso de sintomas, onde procurar; a comunicação começava um pouco antes quando a gente já sabia que o município teria probabilidade de ter o caso, então a gente já trabalhava com esse município antes; e também no sentido dos casos, óbitos e balanço de vacinação. Essas três frentes que a gente trabalhou durante o período da febre amarela.

LRA: Quanto tempo antes vocês começavam essas campanhas nos municípios que vocês sabiam que tinham um risco?

BCV: O estudo dessa campanha que a gente fez em janeiro, acho que começou no aniversário de São Paulo se eu não me engano. Tem que puxar, mas foi por aí. Foi na última semana.

O cenário epidemiológico, que é como as áreas técnicas costumam chamar... Esse cenário é estudado vinte e quatro horas. É um estudo que não é interrompido, eles têm esse acompanhamento semanal de casos de dengue, zika, chikungunya e febre amarela, então eles olham o cenário toda semana. As áreas técnicas falaram acho que um mês antes... Porque o mosquito tem o período do verão para explodir, então a gente pegou essa fase do período. A gente falou “é janeiro, já está calor, vamos fazer essa vacinação agora porque deve chegar até março ou abril”, então aí já foram várias ações de prevenção. Acho que foram uns vinte e cinco municípios nesse primeiro momento, fora os outros que já estavam sendo vacinados. Mas esse estudo do cenário é semanal. Eles têm balanço semanal de todos os casos e eles vão observando os dados, aí conforme vai crescendo em um local eles conseguem indicar para a gente.

Eles fazem o estudo do vetor. Não sei se você chegou tão fundo, mas tem um levantamento de índice de foco de *Aedes* no estado que chama LIRAA, aí eles conseguem pelo LIRAA identificar quantos focos. A gente divulgou texto recentemente. Por exemplo, a cada residência de São Paulo, são encontrados 4 focos para dengue... então eles conseguem ter esse controle também pelo LIRAA. E aí foi quando a gente começou a fazer as ações de bloqueio, de vacinação antes. Para prevenção mesmo.

LRA: Durante a campanha, deu para perceber que não conseguimos bater a meta do número de vacinados, então teve uma dificuldade aí mesmo com todas ações. Vocês chegaram a estudar o porquê isso ocorreu?

BCV: A gente não consegue... A questão da vacinação foi o que te disse: A responsabilidade é do município, então por mais que a gente chame, a gente não consegue ter um controle do que foi feito em cada UBS. A gente acompanha os dados de vacinação e não só de febre amarela, de todas as outras doenças teve uma queda muito grande. A gente esteve em

algumas entrevistas, eu lembro de rádio... CBN, Jovem Pan também fazia algumas vezes, a gente chegou a responder para o G1, mas o movimento antivacina tem atrapalhado as campanhas públicas constantemente. Cada vez menos pessoas se vacinam no estado de São Paulo, é o dado que eu acho que você encontrar se você pegar por campanha mesmo. Pegar a de sarampo para crianças, a gente está se esforçando ao máximo, soltando dois ou três releases por semana com informações diferentes sobre sarampo chamando para vacinação. E essas matérias saem nos jornais, então a gente não entende o porquê.

Antes a gente colocava porta-voz no começo da campanha e deu certo. As pessoas falavam “ah, doutora Helena Sato está falando isso aqui, então beleza”, só que de 2018 para cá as campanhas começaram a cair um pouco em relação à todas as doenças. A gente nunca conseguiu estudar o porquê, a gente não pesquisou, mas a gente tem os nossos dados e aí o que a gente pode ver que o número de matérias que saem desde... Eu estou lá desde 2015, então eu posso te falar... desde 2015, a gente consegue colocar o mesmo número de matérias sobre sarampo. É bem parecido que matérias que entram, mas a gente não entende o porquê não se vacinam mais. É complicado. Mesmo com a quantidade de matérias que temos, com porta-voz, com balanço... não surte mais efeito tanto quanto antes.

LRA: Você acredita que a desinformação, *fake news*, boatos têm a ver com isso?

BCV: Sim. Completamente. O movimento antivacina tem sido muito presente, inclusive aqui no estado. Tem pessoas que divulgam mesmo informações. A gente tinha bastante informação porque teve uma época, por exemplo, que pessoas alérgicas à vacina de febre amarela tomaram sem saber e tiveram contraindicação, ficaram internadas. Era o esperado. Aí pessoas começaram a criar informações que a vacina matava, que a vacina não protege.

Aí nesse sentido sempre colocava o porta-voz para desmentir. Não era por nota, era por porta-voz falando que a vacina era eficaz, que era a melhor maneira. Mas sem dúvidas *fake news* sobre vacinação nós temos acesso diariamente. É estranho até. E elas contribuem muito. Creio eu que as pessoas acreditam mais em quem está próximo e aí você receber uma notícia pelo WhatsApp e você vê o médico falando na TV, não vai fazer o mesmo efeito.

LRA: Fora os porta-vozes, teve alguma ação específica para desmentir os boatos? Ou para reafirmar a importância da vacinação?

BCV: No final de 2017, a febre amarela chegou aqui com força quando fechou o Horto Florestal. Aí a partir de novembro a gente fazia quase toda semana e a gente fez algumas

coletivas com secretários, técnicos das áreas, com todo mundo. Era uma coletiva mesmo, mais técnica, para explicar toda essa questão, para pedir auxílio na divulgação também. Os jornalistas ajudavam muito. Acho que vai provar aí no seu material, mas saía bastante matéria diariamente. Aí a gente fazia alguns eventos de vacinação. Por exemplo, no Horto Florestal ou em alguma estação de metrô. A gente fez bastante metrô. Se não me engano estivemos em alguns parques com ações, mas aí é o pessoal de eventos, então não tenho de cabeça porque a gente fica na assessoria mesmo. Mas a gente fazia essas ações com secretários, com técnicos, com porta-voz, com jornalista e com o público. A gente ia até o público.

A gente ia até o parque e falava “não pode entrar aqui no Horto sem vacina, vão se vacinar aqui no posto do lado”, então teve uma muita ação na rua, de levar o secretário para falar, de levar nossa porta-voz para falar lá com o público. Isso ocorreu bastante, as coletivas também e semanalmente a gente soltava um release. A gente combinou uma data com os jornalistas para compilar os dados e soltar semanalmente, então nós conseguíamos *brifar* a imprensa, tínhamos os dados para trabalhar da maneira que a gente conseguia e na data que a gente queria, da forma que a gente queria... embora os jornalistas, óbvio, não seguiam. A gente queria focar nos casos e aí tinham subido dez mortes, aí saía lá “no estado de São Paulo houve 10 mortes”.

Mas era nesse sentido, a gente trabalhava muito bem com os releases, de forma pontual para toda a imprensa. Para ter controle também do nosso trabalho, do que estávamos fazendo ali para não perder nenhum dado, nenhuma informação.

LRA: Você acabou de falar que, claro, os jornalistas não faziam tudo que vocês queriam.

BCV: Sim.

Luciana: Eles acabam publicando sobre as mortes, sobre os casos. Quais eram as informações que vocês focavam nos releases para passar para a imprensa?

BCV: Número de casos e óbitos eram o que os jornalistas queriam. Balanço de vacinação sempre tinha. Prevenção contra o *Aedes* sempre tinha. Sintomas da doença sempre tinha, qual era a orientação de procurar um posto de saúde. Aí em alguns desses releases tinham as ações, mas o básico era isso. Era o balanço de casos e óbitos, balanço de vacinação porque era muito importante na época a gente mostrar que estava vacinando e dados sobre a doença, sobre sintomas, modos de prevenção. A gente tentava colocar de tudo em todos releases, mas boa parte do que não entrava no release, como já mencionei, o porta-voz falava.

Então a gente tinha pessoas bem orientadas quando não tinha a informação no release. Comunicar a saúde é muito difícil, então os jornalistas tinham muitas dúvidas. Nós tínhamos muitas dúvidas no começo também, mas era isso: os porta-vozes eram muito bem treinados, falavam muito bem, aí quando não tinha no release, porta-voz era para isso. Colocava o porta-voz para dar uma explicação mais técnica.

LRA: A comunicação de vocês nos releases... Eles eram mais focados quando realmente estava acontecendo o surto ou tinham algo mais espalhado durante o ano? Sempre tendo essas ações?

BCV: A febre amarela aqui na capital... acho que é seu foco ou o estado?

LRA: Tanto o estado como a capital.

BCV: Ok. No estado, primeiro... Primeiro não porque sempre teve, mas a gente começou com foco muito grande de febre amarela no final de 2016 no interior do estado, São José do Rio Preto e Araçatuba. E lá a gente já vacinava as pessoas desde antes porque já era uma região considerada foco da doença, então já tinha uma taxa de imunização de 70% ou algo do tipo por causa daquele surto que tivemos anteriormente. Nos anos 2000, se não me engano. Por aí.

LRA: 2008.

BCV: Isso! 2008, desculpa. Aí as pessoas de lá dessas regiões já eram vacinadas, então quando começou lá toda a vigilância epidemiológica já estava estudando o cenário. A gente já trabalhava os releases de forma regional com aquela população.

O *boom* aqui na... se você pesquisar, você deve encontrar. Folha de S. Paulo, Estadão, G1 principalmente noticiaram esses casos de Rio Preto de 2016. Mas o boom aqui na capital mesmo foi quando a gente fechou o Horto Florestal e começamos a trabalhar desde esse momento. Desde antes já tínhamos releases para outras regiões, para algumas daqui também porque antes de chegar na capital, já tinha chegado na Grande São Paulo e eu que atendo a região, então eu já estava trabalhando esse texto com vários veículos aqui.

Mas quando fechou o horto foi uma loucura. Continuamos com os releases sobre febre amarela durante quase um ano. Se não era release, era nota... igual a gente faz com o sarampo. Quando a gente não solta um release, a gente solta uma nota menor com informações de dados mesmo, balanço de vacinação porque normalmente são os mesmos jornalistas que cobrem aí eles já têm o release. A gente dispara um por semana no mínimo, então eles já têm as

informações no release, já tem os materiais. Aí a gente passa a trabalhar com dados através de notas.

LRA: Depois que diminuiu o número de casos de febre amarela, também diminuiu um pouco o número de releases? Como foi esse processo?

BCV: Na secretaria a gente trabalha muito sob demanda. Gestão de crise, gestão de risco, dependendo de como quiser chamar, mas é isso o tempo todo. A partir do momento que uma doença, como a gente fala, esfria ou sai do cenário, como foi o caso da febre amarela, teve um pico epidemiológico e agora deu uma diminuída... O que acontece é que chegou o sarampo.

LRA: Aí o foco vai para o sarampo?

BCV: O foco vai para o sarampo porque os jornalistas nos demandam. A gente tem, inclusive mexi com esses dados hoje de febre amarela na assessoria, porque a gente ainda faz muito balanço para o governador, para o secretário e é sempre interessante colocar os dados de arboviroses: dengue, chikungunya, zika, febre amarela. Existe o estudo semanal, existe o balanço semanal de casos e óbitos, então para a assessoria não esfriou, todas as doenças continuam lá. A gente mexe com todas elas, se você pedir uma nota agora, a gente bate uma nota de febre amarela e te manda os dados atualizados agora, mas a gente não tem mais demanda. É essa a questão. Agora é só sarampo... há uns oito meses, talvez. Mas a gente sempre inclui esses dados em materiais sobre arboviroses ou quando existe algum... Eu fiz um balanço sobre a dengue e inclui, um balanço sobre *Aedes aegypti* e inclui esses dados também, mas a gente trabalha conforme a demanda e conforme o cenário epidemiológico.

Em 2016, a gente teve H1N1. Em 2015, a gente teve dengue. Ninguém mais fala de dengue agora. Ninguém mais fala de H1N1 agora. E a gente fala do que somos demandados. Mais ou menos é essa a relação com os jornalistas, com o próprio material de febre amarela.

LRA: A febre amarela tem transmissão mais na área rural por causa do tipo de transmissão dela que é silvestre. E para essas pessoas que estão na área rural, eu imagino que seja um pouco mais difícil a informação chegar. No caso, vocês têm algum tipo de plano voltado para essas pessoas?

BCV: A gente tem uma parceria com a rádio do Palácio dos Bandeirantes da comunicação do governo do estado e é uma parceria interessante porque eles convocam alguns jornalistas do interior que trabalham com rádio, que é o veículo que vira lá no interior. É rádio. TV eles têm acesso, mas mais isolado assim é rádio. Então a gente chama esses jornalistas que

essas rádios com alcance mais específico em certas regiões para entrevistar nosso porta-voz e aí eles vão e repercutem esse áudio que foi gravado com ele em várias outras rádios das regiões, então constrói uma cadeia de informação regional. Mas gente fez algumas ações também.

A febre amarela, assim que tinha um caso a gente ia para o local vacinar. Eu lembro que a gente teve caso em Osasco, era em fazenda... Era por ali. E assim que teve esse caso, era comunidade rural, os nossos técnicos e os técnicos da prefeitura foram vacinar esse pessoal a partir do primeiro caso. Então existe essa ação de bloqueio. Quando você identifica o caso, você vai vacinar. É igual está acontecendo com o sarampo agora.

Você identifica o caso, ou você vai vacinar ou você chega até essa população e pede para ela se deslocar até um local mais próximo. O município de Mairiporã teve um trabalho muito interessante também com a febre amarela nesse sentido de vacinar em casa. Eles tinham um carrinho que rodava a cidade falando “vá se vacinar contra a febre amarela”. São diversas maneiras de chegar.

A gente foi vacinar a população quilombola. A gente foi para o Vale do Paraíba, eles não aceitam vacinas assim com tanta facilidade, mas foi uma negociação que teve que ocorrer entre o chefe deles e entre o nosso coordenador do centro de vigilância epidemiológico da época, nossa coordenadora de imunização. Foram todos conversar e foram todos imunizados. Então quando precisa mesmo entrar em um lugar, a gente com conversa a prefeitura e vai. Vai vacinar. Se a vacina precisa chegar até lá, as pessoas serão vacinadas. Tem município que tem campanha e tem posto volante... Barco, caminhão... para chegar nessa população também. Então existem algumas ações nesse sentido, mas em tese, a maior parte das vezes, a gente indica que procurem uma UBS que é quem é responsável pela vacinação. É competência do município, aí nesses casos específicos que precisam de algum acordo ou de difícil acesso, o estado entra para apoiar os municípios e realizar a vacinação.

Teve algumas ações assim, tanto para o interior que eu lembro que eles foram também. Acho que no município de Amparo que teve bem no interior em algumas fazendas. Eles levaram na fazenda a vacina para a galera.

LRA: Você falou dessa negociação que tem que ter em alguns casos. Acredito que as pessoas também que as pessoas têm um pouco de medo em se vacinar, é necessário um pouco mais de influência da pessoa que está indo ali. Tem algum tipo de treinamento mais específico para os agentes de saúde para lidar com a população? Para explicar a vacina? Para explicar os sintomas?

BCV: Não vou conseguir te responder porque é o município. Cada município, em tese... O que eu consigo te responder conhecendo do SUS... é que cada município é o responsável pela sua vacinação e pelas suas estratégias, então depende dos municípios a instrução dos agentes. O que acontece é que o estado tem o departamento central que é o centro de vigilância epidemiológica e a gente tem os grupos de vigilância epidemiológica que são os VGE. Aí eles têm algumas web conferências com os municípios para falar sobre arbovirose, então eles recebem orientação via web conferência. Ou os VGE são os grupos responsáveis por orientar os municípios nas regiões. Qualquer município que tenha dúvida de algo ou que precise de auxílio recorre ao VGE em primeira instância e aí a gente presta esse apoio quando necessário. Mas em tese, os municípios traçam estratégias diferentes com os próprios agentes, com os próprios postos de saúde, com funcionamento, com distribuição de fila. Cada um tem a sua, não é nada específico, mas é mais ou menos nesse sentido.

LRA: Eu acredito que por enquanto é isso. Muito, muito obrigada pela entrevista.