
A comunicação do risco em medicina

Risk Communication in Medicine

José Mendes Nunes*

**Edição electrónica**

URL: <https://journals.openedition.org/cp/11386>

DOI: 10.4000/cp.11386

ISSN: 2183-2269

Editora

Escola Superior de Comunicação Social

Edição impressa

ISBN: 2183-2269

ISSN: 16461479

Referência eletrónica

José Mendes Nunes*, «A comunicação do risco em medicina», *Comunicação Pública* [Online], Vol.15 nº 29 | 2020, posto online no dia 15 dezembro 2020, consultado o 23 junho 2021. URL: <http://journals.openedition.org/cp/11386> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/cp.11386>

Este documento foi criado de forma automática no dia 23 junho 2021.



Comunicação Pública Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

A comunicação do risco em medicina

Risk Communication in Medicine

José Mendes Nunes*

NOTA DO EDITOR

Recebido: 15 de julho de 2020

Aceite para publicação: 6 de outubro de 2020

NOTA DO AUTOR

*Mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta. Doutorado em Medicina pela NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas da Universidade NOVA de Lisboa. Professor Auxiliar Convidado da NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa. Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar, na USF de Carcavelos do ACES de Cascais.

Introdução

- 1 Uma das principais características definidoras da medicina centrada no paciente é a decisão partilhada. O treino na comunicação centrada no paciente melhora a efetividade da comunicação do risco (CR) (Helitzer et al., 2011). Esta só é possível se ambas as partes envolvidas tiverem informação e entendimentos comuns e, para este entendimento comum, é essencial o processo de CR que fica a montante da tomada de decisão. A própria COMRADE (*combined outcome measure for risk communication and treatment decision making effectiveness*), que é um instrumento de medida da qualidade da comunicação do risco e da tomada de decisão, separa a avaliação destes dois processos,

com dez questões que avaliam a comunicação e dez outras a decisão (Adrian Edwards et al., 2003); no entanto, são indissociáveis porquanto a CR visa a decisão. Neste texto, assume-se como objetivo abordar a CR e não tanto a tomada de decisão.

- 2 Entende-se por risco “a probabilidade de um evento futuro adverso multiplicado pela sua magnitude” (Adams, 1995, p. 8) e por comunicação de risco a troca aberta e bidirecional de informações e opiniões sobre riscos, para alcançar o melhor entendimento e a tomada de melhores decisões para a gestão de riscos (Ahl et al., 1993; Schiavo, Leun, & Brown, 2014).
- 3 Na impossibilidade de se conseguir dizer melhor, transcreve-se o que dizem Gigerenzer, Gaissmaier, Kurz-Milcke, Schwartz e Woloshin (2007):

“A literacia estatística é uma condição prévia necessária para uma cidadania educada na democracia tecnológica. Compreender os riscos e fazer perguntas críticas também pode contribuir para o clima emocional de uma sociedade, para que esperanças e ansiedades não sejam facilmente manipuladas e os cidadãos possam desenvolver uma atitude melhor informada e tranquila em relação à sua saúde” (p. 53).
- 4 O processo de CR tem requisitos de qualidade de modo, por um lado, ser efetivo, isto é, levar aos resultados pretendidos e, por outro, a obedecer ao princípio de *primum non nocere*. Um dos exemplos, já clássico, dos prejuízos de comunicar o risco de forma errada é o da notícia publicada em 1995, no Reino Unido, que alertava para a toma de pílulas contraceptivas com gestodeno ou desogestrel, que aumentavam 100% o risco de tromboembolismo venoso. Não se pode dizer que fosse uma mentira, mas a forma como esta informação foi transmitida induziu a sobrevalorização do risco. Com efeito, o aumento do risco, em termos de risco absoluto, é muito pequeno: 0,01% (de 0,01% para 0,02%). Mas os estragos estavam feitos e foram devastadores. Muitas mulheres descontinuaram a pílula e houve um aumento de gravidezes e de abortos provocados. Ora, a gravidez tem um risco de 0,06% de tromboembolismo venoso (Furedi, 1999). Este também é um exemplo do poder da comunicação e dos danos que podemos provocar “só” com a palavra. Falar de comunicação do risco é consciencializar para a comunicação de risco.
- 5 A CR para ser efetiva exige elevado grau de entendimento concordante entre médico e paciente. No entanto, na prática, a avaliação da concordância entre os dois é difícil de operacionalizar porque está dependente do contexto e das perspetivas de quem avalia. A realidade mostra que a compreensão discordante entre os dois é mais a regra que a exceção (Röttele et al., 2020). Por exemplo, o doente percebeção ter compreendido a informação quando obtém informação nova; já o médico julga ter sido compreendido quando constata que o doente entendeu a linguagem que foi usada (Röttele et al., 2020). Kahneman também refere

“que os especialistas, frequentemente, medem os riscos através do número de vidas (ou anos de vida) que se perdem, enquanto o público estabelece distinções mais finas, por exemplo entre ‘mortes boas’ e ‘mortes más’ ” (Kahneman, 2017, p. 189).
- 6 Porque a discordância entre os dois é a regra, tudo deve ser feito para alcançar o entendimento comum.
- 7 O grande desafio da CR é ter de, em simultâneo, fornecer a melhor informação científica disponível, ajustada às necessidades das pessoas, e transmitir a ideia de que a informação apresentada tem como única certeza a incerteza (Han et al., 2012).

- 8 Quando se pensa em comunicar o risco, frequentemente, a maior preocupação vai para “o que” comunicar, ou seja, a dimensão verbal e o aspeto cognitivo. Contudo, para a compreensão do risco é fundamental a forma “como” se comunica o risco, ou seja, a componente não verbal e emocional. A informação gera conhecimento, mas é a emoção que leva à decisão. A CR só funciona se houver confiança entre o perito que tem a informação e os afetados pelo risco. Sem confiança é difícil a pessoa seguir um conselho. Escutar e compreender as crenças, os medos e as perceções das pessoas é tão importante como apresentar os factos e os conselhos, como se procura descrever nesta revisão.

1. Metodologia

- 9 Este artigo assenta numa revisão narrativa da literatura. A pesquisa foi conduzida na *PubMed*, com os termos MeSH “*risk communication AND health*” e os filtros: “nos últimos 10 anos”, “*free full text*”, “*clinical trial*”, “*meta-analysis*”, “*randomized controlled trial AND systematic review*”. Em 4 de abril de 2020 obtiveram-se 1395 resultados. Com base nos títulos, foram excluídos 1269 e, com a leitura dos resumos, foram excluídos mais 77 por não corresponderem especificamente ao tema da CR. Restaram 49 para leitura, a que se juntaram 17 artigos, referências dos anteriores, que se avalia serem pertinentes para o tema.

2. Teorias da comunicação e perceção do risco

- 10 Leiss (1996) considera três fases no desenvolvimento da comunicação do risco e define-as com marcos temporais.
- 11 A fase I (1975-84) é a dos peritos. Estes identificam o risco e creem que a comunicação da informação poderá levar as pessoas à concordância com a opção racional proposta e à adoção desta. Um dos principais problemas desta fase foi a “arrogância técnica dos peritos”, que, considerando-se possuidores da “verdade” absoluta, entendiam que a perceção falsa do risco era devida a um mal-entendido. Perante a arrogância dos peritos, o público desconfia deles e das instituições que representam, o que diminui o poder perlocutório da CR. Isto é agravado pelas incertezas que introduz, devido à falta de respostas em algumas áreas importantes para a gestão do risco e às mudanças constantes dos resultados da investigação científica. Estes fatores introduzem grande ansiedade na hora de escolher entre o sim e o não.
- 12 A fase II (1985-94) surge quando se toma consciência de que os atos comunicacionais do risco devem ser vistos como comunicação persuasiva, ou seja, a mensagem deve procurar persuadir o sujeito de que o ponto de vista que lhe é apresentado é o correto. A comunicação persuasiva tem em consideração dois fatores: as características do sujeito e o direito à sua perceção da situação de risco. Assim, a confiança surge como um fator fulcral para a CR. Esta fase, muito influenciada pelo marketing, tem subjacente uma tendência deletéria: a focagem nas técnicas de persuasão pode levar a descuidar o conteúdo das mensagens (que devem ser honestas) e a desvalorizar o conhecimento das perceções do risco pelos pacientes. Estamos nas teorias psicométricas ou cognitivas da perceção do risco, muito trabalhadas pela psicologia, tendo como autores mais representativos Slovic e Sandman (2006).

- 13 Na fase III reconhece-se que a falta de confiança é generalizada e, portanto, a CR não se pode focar apenas nas técnicas de persuasão e deve dar mais atenção ao contexto social. Nesta fase valorizam-se as características da comunicação efetiva: credibilidade das fontes, clareza da mensagem, uso de canais efetivos, compreensão das necessidades e da realidade percebida pelo paciente.

2.1. Teorias psicométricas ou cognitivas

- 14 Para se acreditar num risco tem de se confiar na fonte, gostar do tema, estar interessado neste e estar de acordo com a cultura do paciente. É a heurística do afeto de Slovic e Peters (2006). Ou seja, o risco percebido tem dois componentes: o conhecimento e a intuição. O conhecimento resulta da análise da informação disponível; a intuição resulta dos sentimentos despertados pelo assunto em causa.
- 15 Na CR, Fischhoff (1995) aconselha fornecer apenas a informação mínima necessária. O técnico deve procurar conseguir responder à questão do recetor: “Porque é que ele me está a dizer isto?”. A atenção deve ser focada nos factos que interessam ao cliente. Dizer-lhe mais do que aquilo que precisa de saber pode ser intoxicante e dificultar (desnecessariamente) a decisão. A cada um deve ser dada toda a informação de que precisa e nada mais do que aquilo de que precisa. O mesmo autor identifica sete (ou oito) fases, elencadas na Tabela I, no desenvolvimento da CR, que podem ser vistas como passos no processo de comunicar o risco.

Tabela 1 - Fases do desenvolvimento da comunicação do risco

<ol style="list-style-type: none"> 1. Tudo o que precisamos de fazer é chegar aos números certos. 2. Tudo o que precisamos de fazer é dizer-lhes os números. 3. Tudo o que precisamos de fazer é explicar-lhes o que queremos dizer com os números. 4. Tudo o que precisamos de fazer é mostrar-lhes que eles aceitaram riscos semelhantes no passado. 5. Tudo o que precisamos de fazer é mostrar-lhes que este é um bom negócio (para eles). 6. Tudo o que precisamos de fazer é tratá-los bem. 7. Tudo o que precisamos de fazer é torná-los parceiros. 8. Todas as estratégias anteriores.
--

Fonte: Adaptado de Fischhoff, 1995

- 16 Para Sandman (2012), a percepção do risco é o resultado da magnitude do perigo (*hazard*) e da indignação (*outrage*) perante a possibilidade de o evento acontecer, a que se associa a necessidade de culpabilizar alguém. Sandman cria a célebre fórmula: $PR = H + O$, em que PR é a percepção do risco, H (de *hazard*) é a natureza do risco e O (de *outrage*) a indignação. As pessoas não consideram o risco importante por ser perigoso, mas antes porque ficam preocupadas. Para quem estiver interessado em aprofundar o conhecimento desta teoria, aconselham-se as magníficas lições de Sandman em psandman.com/media.htm.
- 17 Aqui, encontra-se mais um possível ponto de discordância entre o técnico e o cliente: o cliente tende a olhar mais para a indignação associada ao assunto do que para a

probabilidade de a ameaça acontecer. Já o técnico tende a olhar mais para a probabilidade do que para a indignação.

- 18 Com base naquela fórmula, Sandman identifica três paradigmas da CR – defesa da precaução (alto risco, baixa indignação), gestão da indignação (baixo risco, alta indignação) e comunicação de crise (alto risco, alta indignação) – e enfatiza a necessidade de o técnico avaliar e reavaliar, continuamente, qual o paradigma exigido pelo ambiente de comunicação específico que enfrenta.

2.2. Teoria cultural

- 19 Apesar de as teorias cognitivas terem apresentado muitos estudos empíricos que fundamentam a sua validade, elas não consideram o ambiente social e cultural na percepção do risco. Continuam a não conseguir responder à pergunta: “*Porque é que uma tecnologia é temida numa sociedade e não é noutra?*” (Rippl, 2002). Assim, o estudo da CR cai no âmbito da sociologia com a teoria cultural do risco de Mary Douglas e Aaron Wildavsky. A teoria cultural usa conceitos teóricos, como valores, para explicar a percepção do risco (Rippl, 2002). A percepção do risco é individual, mas construída numa sociedade que lhe fornece os instrumentos culturais que dão sentido à vivência da ameaça. Mas o viver em sociedade também permite ao indivíduo externalizar a vulnerabilidade, como se o risco fosse “dissolvido” nos outros; no dizer de Hélene Joffe (citada por Mendes, 2016), é o fator “eu-não”. Este mecanismo funciona como ansiolítico e permite dar alguma tranquilidade e segurança, mas, se exagerado, pode dificultar qualquer medida de mitigação.
- 20 Um corolário possível desta complexidade é: por mais que o técnico conheça o risco, isso pouco interessa enquanto o seu cliente não importar esse conhecimento. Este importar é levá-lo “para dentro de portas, dentro de si” e “arrumá-lo” no seu esquema mental, compatibilizando-o com os seus valores, as suas crenças, a sua cultura, as suas capacidades e os seus recursos para enfrentar a ameaça.
- 21 A evolução da medicina centrada na doença para a medicina centrada na pessoa obrigou a ver a percepção do risco de uma forma mais holística, reconhecendo que ela é um produto moldado pela relação existente entre profissional e cliente, que, por sua vez, também é moldada pelo contexto em que se realiza. Assim, a percepção do risco pelo cliente é uma coconstrução não só do profissional e do paciente, mas também da sociedade que os envolve, ou não fosse a consulta um encontro de duas multidões: uma que tem como denominador comum o técnico e outra o paciente. Assim, a forma como o risco é percebido depende, por um lado, da forma como é transmitida a informação e, por outro, da atitude do próprio paciente face ao tema em causa e à forma como vê o técnico e como lida com as suas escolhas em saúde. O treino das habilidades comunicacionais centradas no paciente aumenta a escolha dos pacientes por estilos de vida saudáveis e esta decisão passa pela maior capacidade de comunicar o risco e, sobretudo, de discutir os riscos em saúde com os pacientes (Helitzer et al., 2011).
- 22 A forma como o profissional comunica o risco é moldada pela sua atitude em relação à tomada de decisão partilhada (Entwistle & Watt, 2006). De forma simples podemos considerar três formas: 1) o técnico apresenta as opções e decide pelo cliente, de maneira paternalista; 2) o técnico acredita na decisão partilhada e, neste caso, partilha a informação, enuncia as opções possíveis, procura compreender quais os desejos do

cliente. Os dois colaboram para chegar a uma escolha com a qual o cliente se sinta confortável e que sinta como sendo a "sua" escolha; 3) o técnico vê a escolha como sendo da exclusiva responsabilidade do paciente e entrega toda a informação que possui, com o menu de opções, e a responsabilidade da escolha cabe exclusivamente ao paciente.

3. Formas de comunicação do risco

- 23 A forma de apresentação do risco varia de profissional para profissional e influencia a percepção do risco, também variável, levando a estados emocionais e a decisões comportamentais igualmente diversas (Timmermans, Molewijk, Stiggelbout, & Kievit, 2004).
- 24 As formas de comunicação do risco podem ser numéricas, verbais ou gráficas.
- 25 As numéricas podem ser consideradas mais exatas, mas são de difícil compreensão. As verbais são mais fáceis de compreender, mas são inexatas pela ambiguidade. Já as gráficas parecem reunir as vantagens das numéricas e das verbais, muito particularmente para as pessoas com baixa literacia e numeracia. Contudo, não sabemos qual o seu impacto na compreensão por parte dos pacientes (Henneman, Marteau, & Timmermans, 2008).

3.1. Formas numéricas

- 26 A apresentação numérica do risco dá uma ideia de rigor. No entanto, uma coisa é ter uma informação nua e crua e outra é o valor que se atribui a essa informação. Muitas pessoas, sobretudo os políticos, resumem o risco dos outros a números e afirmam que “os números falam por si”, logo, não há mais explicações. Contudo, uma coisa é ter a informação do risco e outra é o valor que se atribui a essa informação. É um pouco como o sintoma dor. Uma coisa é a percepção da dor, que se faz numa dada área do cérebro, e outra é atribuir significado a essa dor, que se faz noutra área do cérebro.
- 27 A forma como os números são apresentados influencia muito as heurísticas de interpretação. O uso do risco relativo é um indutor de erro de percepção, como foi o exemplo já mencionado das pílulas contraceptivas de baixa dosagem.
- 28 No entanto, o uso do risco relativo pode dar a sensação de melhor compreensão do risco e levar o sujeito à ação – mais do que se for o risco absoluto ou o número que é necessário tratar (NTT, *number need to treat*). O NTT e o NNS (*number need to screen*), embora sejam ótimos para os estudos de custo/efetividade, parecem ser pouco úteis para a percepção do risco (Bell et al., 2018; Navar, Stone, & Martin, 2016; Zipkin et al., 2014). O risco relativo será tanto mais enganador quanto menor for a frequência do fenómeno. De qualquer modo, quando se usa o risco relativo, deve sempre mencionar-se o valor base (Ea et al., 2011) e explicitar-se claramente aquilo de que se está a falar: “x% de quê?”. Gigerenzer e Edwards (2003) dão o exemplo do psiquiatra que informa que o Prozac provoca impotência em 30 a 50% dos casos. Este número, aparentemente claro, tem em si ambiguidade suficiente para gerar diferentes interpretações pelos pacientes: alguns pensavam que teriam problemas em 30 a 50 por cada 100 dos atos sexuais (Gigerenzer & Edwards, 2003). O exemplo mais frequente deste tipo de erro encontra-se nas previsões de meteorologia: dizer que amanhã há uma previsão de 5% de chuva quer

dizer o quê? Vai chover em 5% de um determinado território? Vai chover durante 5% das 24 horas? Vai chover 5% de um determinado volume de chuva?

- 29 Parece que os formatos em percentagens são mais efetivos que as frequências ou as proporções independentemente do grau de numeracia (Aleksandr, Peters, Tusler, & Fraenkel, 2015). De qualquer modo, o seu uso exige rigor e padronização, porque há muitos pormenores que podem levar a resultados diferentes. Por exemplo, 1 em 100 comparado com 1 em 20 induz a ideia de que o segundo valor é menor que o primeiro, pelo que é desejável usar a formulação de 1 em 100 comparado com 4 em 100, ou seja, usar um denominador comum. Este é um enviesamento devido à tendência para negligenciar o denominador (Garcia-Retamero, Okan, & Cokely, 2012) e valorizar apenas o numerador (Zikmund-Fisher, Fagerlin, & Ubel, 2010) e, assim, o risco de 2 400 em 100 000 pode parecer maior que 48 em 1000. Evitar o efeito de negligência do denominador é uma boa justificação para a superioridade do formato em percentagem (Aleksandr et al., 2015).
- 30 A informação do risco deve estar associada a um enquadramento temporal (Navar, Stone, & Martin, 2016; Speiser et al., 2019). Exemplo: *4 em cada 1000 mulheres, nas suas condições, morrerão de cancro da mama nos próximos 10 anos*. O enquadramento “ao longo da vida” parece dar uma ideia de risco menor quando comparado com a apresentação do risco com limite temporal, mais frequentemente a 10 anos. O limite temporal de 10 anos é o mais usado, mas nos mais idosos, em que a expectativa de vida é reduzida, pode ser mais eficaz usar o limite de 5 ou 2 anos, por exemplo na fibrilhação auricular, quando se pretende comunicar o risco de fenómenos tromboembólicos (Thomson et al., 2002). Outro cuidado a ter na CR na forma numérica é o enviesamento de ancoragem: tendemos a dar mais atenção a um número saliente, ignorando a informação contextual, como seja o tempo de exposição ao risco. Por exemplo, o risco de 20% em 10 anos parece mais grave que o risco de 10% em 5 anos (Bonner et al., 2018).
- 31 A formulação negativa ou positiva do risco condiciona fortemente a perceção do perigo. Dizer que 4 em cada 100 pessoas vão morrer por um determinado evento gera uma perceção de risco muito maior do que se for dito que 96 em cada 100 pessoas sobreviverão ao evento. A solução, para evitar qualquer acusação de manipulação, é apresentar as duas formulações (Edwards, Elwyn, Covey, Matthews, & Pill, 2001; Skolbekken, 1998). Uma forma numérica que se tem revelado eficaz na perceção do risco cardiovascular é a “idade do coração”, que aumenta a memorização, a compreensão e a avaliação afetiva do risco (Damman, Vonk, van den Haak, van Hooijdonk, & Timmermans, 2018) e pode ser de maior utilidade nas idades mais jovens (Patel et al., 2016). Para mais detalhes e acesso ao calculador de risco, em termos de “idade do coração”, pode-se consultar: .

3.2. Formas verbais

- 32 A maioria dos pacientes prefere as palavras aos números; no entanto, são as probabilidades numéricas que levam à compreensão mais fidedigna (Barratt et al., 2005; Visschers, Meertens, Passchier, & De Vries, 2009). Parece que o formato com melhores efeitos é o da percentagem, associado a descritores verbais (Aleksandr et al., 2015; Büchter, Fechtelpeter, Knelangen, Ehrlich, & Waltering, 2014; Cheung et al., 2010).
- 33 Num estudo com voluntários colocados perante um cenário de diagnóstico recente de cancro do cólon, quando o risco foi comunicado na forma verbal, os participantes

mostraram tendência para atribuir valores mais baixos a situações mais graves (por exemplo, recidivas) do que se a situação fosse menos grave (por exemplo, náuseas) (Kunnean, Stiggelbout, & Pieterse, 2020). Embora, neste estudo, o fator emocional não entre na equação como entraria se estivéssemos numa situação oncológica real, parece que quem tem dificuldade em entender números também a tem em relação às palavras, portanto o aconselhável é associar as duas formas, mas sem sobrecarregar a informação.

- 34 Mesmo na apresentação numérica, o leitor tem a tendência para a registar em termos verbais (categoriais): é muito ou pouco perigoso, é raro ou frequente.
- 35 A focagem na ocorrência de um problema e não na sua ausência é uma característica importante na comunicação do risco médico, muito em particular no genético. Na formulação verbal, se a perspectiva for negativa, pode gerar uma emoção mais intensa que na numérica e mais facilmente induzir a pessoa a decidir agir (por exemplo, fazer um teste de rastreio genético) do que faria se a formulação verbal fosse positiva. A formulação negativa induz uma percepção de ameaça maior do que a positiva. De qualquer modo, repete-se o conselho já apresentado a propósito das formas verbais: os dois lados da moeda devem ser apresentados. A forma verbal é imprecisa e tem maior impacto emocional, mas o uso exclusivo de informação numérica pode dar uma ideia de uma precisão ou de certeza que, na realidade, a previsão de risco não tem (Welkenhuysen, Evers-Kiebooms, & D'Ydewalle, 2001). Estudos feitos recorrendo ao *Roter Interaction Analysis System* (RIAS) e ao *Linguistic Inquiry Word Count* (LYWC) sugerem que, se o conselheiro genético usar estratégias de comunicação que facilitem o processamento cognitivo (o *eu sei*) e o emocional (o *eu sinto*), isso ajuda na terapêutica, na melhoria da compreensão do risco e na gestão das medidas mitigadoras (Guan et al., 2018).
- 36 A conversão das formas verbais para numéricas, e vice-versa, pode gerar muitas confusões. Por isso, a Agência Europeia do Medicamento (AEM) criou uma tabela (Tabela II) de equivalências para usar nas bulas dos medicamentos na comunicação dos riscos de efeitos adversos (European Commission, 2009). Infelizmente, estes valores são expressos nas bulas de medicamentos de modo tão pouco legível e graficamente tão desleixado que isso é representativo do pouco valor dado à informação dos consumidores. No entanto, parece que associar aos números as formas verbais sobrevaloriza o risco dos efeitos adversos dos medicamentos (Knapp, Gardner, & Woolf, 2016).
- 37 No uso das palavras para a CR, salientamos a importância das metáforas, sobretudo se forem cuidadosamente escolhidas e o conteúdo da mensagem metafórica for sobreponível ao mapa concetual do recetor (Bielenia-Grajewska, 2015; Sopory, 2017). Um aspeto fundamental e geralmente descurado na CR é a necessidade de a informação ser consistente entre todos os membros da equipa de saúde, porque não há nada mais assustador para um paciente do que receber mensagens discordantes ou mesmo contraditórias, que fazem perder a credibilidade das mensagens e dos mensageiros. Isto exige que, na CR, a equipa, previamente à comunicação, estabeleça a informação a ser disponibilizada ao paciente (Stephens & Bruce, 2018) <https://www.nhs.uk/oneyou/for-your-body/check-your-health/heart-age-test/>.

Tabela 2 - Conversão da expressão verbal em numérica do risco

Descritores verbais	Escalões de frequências
Muito frequentes	$\geq 1/10$
Frequente	$\geq 1/100$ a $< 1/10$
Pouco frequente	$\geq 1/1000$ a $< 1/100$
Raro	$\geq 1/10\ 000$ a $< 1/1000$
Muito raro	$< 1/10\ 000$
Frequência desconhecida (não pode ser calculada a partir dos dados disponíveis)	

Fonte: AEM, 2009

3.3. Formas gráficas

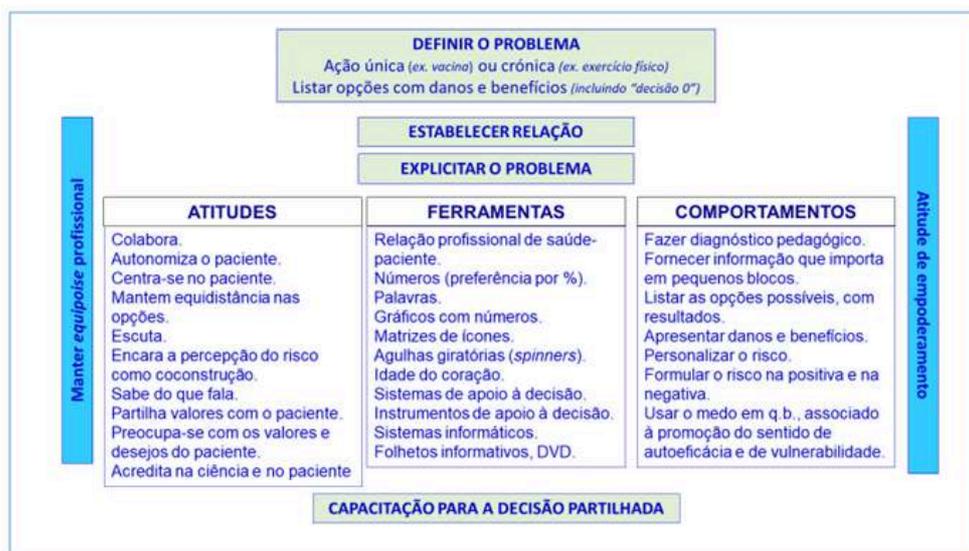
- 38 A informação quantitativa exige alguma numeracia para ser devidamente entendida e as ajudas visuais podem ajudar a ultrapassar a iliteracia numérica, contudo, existe pouca investigação sobre a literacia para gráficos (Stellamanns, Ruetters, Dahal, Schillmoeller, & Huebner, 2017).
- 39 As formas gráficas podem ser dos mais diversos tipos, como: gráficos de barras, fluxogramas, diagramas de 100 ou 1000 faces ou figuras humanas e agulhas giratórias (*spinners*). Estas últimas ainda podem ser arrumadas ou aleatórias, que, por sua vez, ainda podem ser fixas ou dinâmicas (as faces ou as figuras mudam aleatoriamente de dois em dois segundos). Claro que os dinâmicos só são possíveis com suportes eletrónicos.
- 40 Os mais fáceis de compreender são os gráficos de barras (verticais ou horizontais) e os menos fáceis são os gráficos de queijos. Para além disso, o risco pode ser apresentado em associação com um horizonte temporal (mais frequente a dez anos), como na forma numérica, e/ou comparando contextos (se tomar a opção A acontece x, se for a opção B acontecerá y).
- 41 Os gráficos são a melhor estratégia para se ultrapassar o efeito de negligência do denominador, particularmente as matrizes de ícones (Garcia-Retamero et al., 2012).
- 42 Comparando a apresentação na forma numérica com as matrizes de ícones ou com as agulhas giratórias (*spinners*), estas são mais eficazes na transmissão da noção do risco. A melhoria na compreensão do risco é particularmente eficaz nos sujeitos com baixa numeracia, mas as agulhas giratórias são mais eficazes em qualquer nível de numeracia.
- 43 Estes achados são consistentes com a teoria dos traços difusos, sendo que as agulhas giratórias apelam mais à comunicação "gist" (à intuição) e não tanto à representação "verbatim". Ou seja, fazem um maior apelo ao nosso lado mais preguiçoso do que ao mais exigente e esforçado (Eyler, Cordes, Szymanski, & Fraenkel, 2017). Finalmente as

formas gráficas são muito pouco eficazes quando os riscos são muito baixos (Fraenkel et al., 2018).

4. Estratégias para a comunicação do risco

- 44 Na CR uma coisa é a "compreensão do risco" e outra a "perceção do risco". A primeira diz respeito ao entendimento que a pessoa tem sobre o risco, depende do conhecimento sobre o risco e a sua estimativa faz-se numericamente (ex. 3 em 100); já a perceção do risco inclui a vulnerabilidade subjetiva das ameaças à saúde e, geralmente, exprime-se por palavras como "alto" ou "baixo", "muito" ou "pouco" (Speiser et al., 2019).
- 45 Na CR, o profissional de saúde deve conhecer as suas crenças e o seu papel no processo e no problema em causa. As suas atitudes determinam os seus comportamentos e a escolha das ferramentas a usar no processo (Figura 1).

Figura 1 - Estratégia para a comunicação do risco



- 46 Em nome da eficácia na CR, aconselha-se o recurso a ferramentas de apoio à decisão clínica (Flynn et al., 2013): 1) Sistemas de Apoio à Decisão Clínica (SADC); 2) instrumentos de apoio à decisão (IAD) do paciente (PDA = Patient Decision Aids); 3) folhetos informativos para o paciente; 4) instrumentos para a comunicação do risco. Estes sistemas devem ser vistos como autênticos dispositivos médicos de apoio à decisão – direi mesmo ortóteses da decisão – e, como tal, devem ser certificados por entidades idóneas. Os IAD são particularmente úteis porque permitem individualizar a decisão de acordo com os riscos e valores pessoais, reduzir a incerteza, aumentar o conhecimento (Grady, Carey, Bryant, Sanson-Fisher, & Hobden, 2017), ter expectativas mais realistas e clarificar os valores pessoais e o paciente fica com a perceção de que foi auxiliado na escolha (O'Connor et al., 1998). Contudo, ainda falta a validação para Portugal de muitos destes instrumentos (Gouveia, Rodrigues, & Pinto, 2018). A CR é um processo que está a montante da tomada de decisão, mas que é determinante para a ela chegar.
- 47 A primeira preocupação e tarefa na CR é estabelecer uma relação efetiva. Depois deve-se identificar e definir, com precisão, o problema em causa (Fransen, Meertens, &

Schrander-Stumpel, 2006) e fazer o diagnóstico pedagógico, i.e., avaliar o que o doente já sabe sobre o risco em causa. Quanto de informação é suficiente para a adequada percepção do risco é uma questão de difícil resposta. Contudo, devemos procurar garantir a transferência de informação suficiente para a compreensão, sem submergir o paciente em dados que se opõem ao adequado entendimento. Para o efeito, aconselha-se que a informação seja transferida em pequenos blocos, seguidos de ensino inverso, em que o paciente demonstra o entendimento, ajudando a assimilar o novo conhecimento e a permitir a correção de eventuais mal-entendidos (Blalock, DeVellis, Chewning, Sleath, & Reyna, 2016).

- 48 Para a eficácia da CR é fulcral o recetor ter confiança: na mensagem e no mensageiro. A confiança no mensageiro é facilitada se houver uma relação efetiva, mas depende também de algumas características do profissional de saúde (o mensageiro), como: 1) perícia – sabe do que fala, sabe como resolver o problema e está de acordo com outros peritos; 2) bom carácter – diz a verdade, não omite informação, é confiável; 3) identificação – partilha os valores, as experiências e o destino do paciente; 4) boa vontade – preocupa-se mais com o paciente do que consigo e conhece e tem em consideração (legítima) os medos do paciente (Gamhewage, 2014). Sandman (citado por Hooker, Capon, & Leask, 2017) salienta a importância da relação quando diz que as pessoas precisam de sentir o quanto o médico se interessa por elas antes de se importarem com o que ouvem. Responder às oportunidades empáticas oferecidas pelo doente é nuclear na comunicação (Sisk, Mack, & DuBois, 2019), incluindo na CR, pelo menos em oncologia.
- 49 Perante múltiplas opções válidas, em que cada uma delas exige ponderação pela parte do paciente com base nos seus valores, o profissional deve mostrar equidistância ou neutralidade (equipose profissional) (Halley, Rendle, & Frosch, 2013) sem, contudo, deixar de manter uma atitude de colaboração que ajude o paciente a fazer a sua escolha. O objetivo primário na CR é capacitar o paciente para fazer a sua escolha, resistindo à tentação de o conduzir para a decisão que o profissional quer. O resultado da CR efetiva não é o doente fazer uma escolha, mas estar capacitado para a escolha; é possuir ferramentas para a tomada de decisão partilhada. A CR tem o maior impacto no campo cognitivo (conhecimento e percepção do risco); menos claro é o efeito no campo afetivo (ansiedade, satisfação com a decisão, intenções) ou comportamental (fazer o teste ou aderir ao tratamento) ou na saúde mental. Contudo, pelo menos no aconselhamento para rastreio/diagnóstico de cancro genético, mais importante que a comunicação do risco é prestar apoio ao problema das perdas, da raiva e das relações familiares (Edwards et al., 2008).
- 50 A informação do risco personalizado aumenta a adesão aos rastreios de cancro da mama e do cólon (Edwards et al., 2013). Para o paciente o importante é saber a importância do risco e o quão relevante este é para ele e não tanto para uma população anónima. No entanto, a evidência sugere que a CR personalizada não modifica significativamente os comportamentos relacionados com a saúde; por exemplo, a prática de exercício físico (French, Cameron, Benton, Deaton, & Harvie, 2017). A sua eficácia para a mudança de comportamentos depende da confiança (autoeficácia) do sujeito para implementar o novo comportamento e da sua crença sobre a utilidade do tratamento para reduzir o risco. Ou seja, é preciso que o paciente acredite nele e na proposta.

- 51 A CR é a comunicação da incerteza. A incerteza, expressa não verbalmente, afeta a experiência pessoal da incerteza, reduz a confiança no médico e leva o paciente a procurar uma segunda opinião. O mesmo já não se verifica com a expressão verbal da incerteza. No entanto, não sabemos se o que está em questão na interpretação pelo doente do comportamento não verbal da incerteza médica é não tolerar incerteza do médico ou ver como falta de confiança (do médico), o que pode gerar ansiedade e insegurança no paciente (Blanch-Hartigan et al., 2019).
- 52 Os danos e os benefícios influenciam-se mutuamente: aumentar os benefícios pode não melhorar a perceção se o risco de danos persistir elevado; e a redução dos danos possíveis também não melhora a perceção se o benefício for baixo. Os benefícios e os danos funcionam de modo sinérgico, sendo que a adesão a um rastreio será muito menor se os benefícios forem baixos e os danos elevados (Ghanouni, Nuttall, Wardle, & von Wagner, 2017). Por exemplo, em termos práticos, no rastreio do cancro da mama a informação do risco de sobrediagnóstico terá maior impacto na decisão de se recusar a mamografia do que o incómodo associado a esta.
- 53 Como já atrás mencionámos, as matrizes de ícones com dados numéricos acerca dos riscos e dos benefícios são o meio mais vantajoso para transferir informação *verbatim*. Embora as matrizes de ícones ajudem as pessoas com baixa numeracia, parece que, se associarmos números aos gráficos, isso ajuda tanto os de baixa como os de elevada numeracia (Hamstra et al., 2015).
- 54 O recurso ao medo pode ser importante se usado em quantidade adequada, tendo em atenção a mensagem em si, os comportamentos (o que se deseja modificar e o pretendido) e o paciente. Em relação à mensagem, o apelo ao medo funciona muito melhor se tiver mensagens que salientam o sentido de autoeficácia (o paciente é capaz), de vulnerabilidade (isto é grave e pode acontecer-me) e de eficácia das respostas para reduzir o risco. O apelo ao medo pode ser mais eficaz se dirigido a comportamentos de rastreio do que a comportamentos de prevenção/promoção da saúde (Tannenbaum et al., 2015). Os comportamentos de rastreio visam identificar um problema, têm inerente uma possibilidade de perda e, perante o perigo de perda, o sujeito está mais disposto a assumir riscos, isto é, a fazer o rastreio. Já os comportamentos de prevenção/promoção da saúde visam obter resultados desejados e não envolvem riscos, mas sim um aumento da autoestima (por exemplo, condição física, perda de peso). De qualquer modo, mesmo no caso dos comportamentos de promoção da saúde, o apelo ao medo não tem efeitos nefastos, apenas não é tão eficaz como no caso dos rastreios. O uso do medo é sobretudo eficaz nos comportamentos únicos, cujo exemplo mais representativo é a vacinação, mais do que nos comportamentos crónicos, por exemplo, a prática de exercício físico. Em relação ao tipo de paciente, o apelo ao medo é mais eficaz no género feminino, por ser mais sensível à perda do que o género masculino, que é mais sensível aos ganhos. De qualquer modo, o que fica claro é que instilar o medo pode ser útil, mas usá-lo como estratégia isolada é que anula muita da sua efetividade. O apelo ao medo deve ser acompanhado de outras estratégias, como promover a autoeficácia, o sentido de vulnerabilidade e a clareza nos resultados das ações.

Conclusão

- 55 A intenção neste texto não foi abordar a tomada de decisão, mas apenas rever a CR e propor um modelo de abordagem para a prática clínica. A maioria da CR é feita numa

base pavloviana: a um estímulo (a mensagem), sucede uma resposta reflexa (a ação). Assim, bastaria informar a pessoa sobre o risco que logo ela assumiria o comportamento desejado. Contudo, a CR é muito mais complexa do que o simples reflexo, pelo que o profissional deve ter presente que está a gerar um ato de fala com função referencial (transferir informação) e performativa (fazer coisas, neste caso provocar emoções).

- 56 A CR começa com o profissional a procurar conhecer as suas convicções acerca do risco que vai comunicar e de como vê a relação com o doente. Escolhe os instrumentos que mais se adaptam ao paciente e está preparado para mudar os instrumentos e as estratégias sempre que veja indícios para o fazer.
- 57 O objetivo último da CR é levar a pessoa a agir. Assim, comunicar o risco é transferir conhecimento e induzir a ação. O conhecimento é fundamental para a escolha informada, mas é a emoção a força motriz da escolha e da ação. O profissional de saúde deve ter presente que, na CR, é tão importante o que comunica como a forma como o faz. Os seus comportamentos, para além de condicionarem a perceção do risco, o que é determinante para as escolhas, também provocam emoções que motivam ou desmotivam o paciente em relação a assumir os comportamentos desejados.
- 58 A proposta de modelo de CR que se apresenta fundamenta-se na revisão da literatura e na reflexão do autor e, como proposta que é, deseja-se a sua melhoria ou substituição por outra mais feliz.

BIBLIOGRAFIA

Adams, J. (1995). *Risk: The policy implications of risk compensation and plural rationalities*. London: UCL Press.

Ahl, A. S., Acree, J. A., Gipson, P. S., McDowell, R. M., Miller, L., & McElvaine, M. D. (1993). Standardization of nomenclature for animal health risk analysis. *Revue Scientifique et Technique (International Office of Epizootics)*, 12(4), 1045–1053. <https://doi.org/10.20506/rst.12.4.744>.

Aleksandr, S., Peters, E., Tusler, M., & Fraenkel, L. (2015). Presenting numeric information with percentages and descriptive risk labels: A randomized trial. *Medical Decision Making*, 35(8), 937–947. <https://doi.org/10.1177/0272989X15584922>.

Barratt, A., Edwards, A., Trevena, L., McCaffery, K., Woloshin, S., Bekker, H., ... Charvet, A. (2005). Presenting probabilities. *IPDAS Collaboration Background Document*, (c), 1–54.

Bell, N. R., Dickinson, J. A., Grad, R., Singh, H., Kasperavicius, D., & Thombs, B. D. (2018). Understanding and communicating risk: Measures of outcome and the magnitude of benefits and harms. *Canadian Family Physician*, 64(3), 181–191.

Bielenia-Grajewska, M. (2015). Metaphors and risk cognition in the discourse on food-borne diseases. *Risk and Cognition*, 80, 89–105. https://doi.org/10.1007/978-3-662-45704-7_4.

- Blalock, S. J., DeVellis, R. F., Chewning, B., Sleath, B. L., & Reyna, V. F. (2016). Gist and verbatim communication concerning medication risks/benefits. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 988–994. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.001>.
- Blanch-Hartigan, D., van Eeden, M., Verdam, M. G. E., Han, P. K. J., Smets, E. M. A., & Hillen, M. A. (2019). Effects of communication about uncertainty and oncologist gender on the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 102(9), 1613–1620. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.002>.
- Bonner, C., McKinn, S., Lau, A., Jansen, J., Doust, J., Trevena, L., & McCaffery, K. (2018). Heuristics and biases in cardiovascular disease prevention: How can we improve communication about risk, benefits and harms? *Patient Education and Counseling*, 101(5), 843–853. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.12.003>.
- Büchter, R. B., Fechtelpeter, D., Knelangen, M., Ehrlich, M., & Waltering, A. (2014). Words or numbers? Communicating risk of adverse effects in written consumer health information: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-14-76>.
- Cheung, Y. B., Wee, H. L., Thumboo, J., Goh, C., Pietrobon, R., Toh, H. C., ... Tan, S. B. (2010). Risk communication in clinical trials: A cognitive experiment and a survey. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6947-10-55>.
- Damman, O. C., Vonk, S. I., van den Haak, M. J., van Hooijdonk, C. M. J., & Timmermans, D. R. M. (2018). The effects of infographics and several quantitative versus qualitative formats for cardiovascular disease risk, including heart age, on people's risk understanding. *Patient Education and Counseling*, 101(8), 1410–1418. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.03.015>.
- Deborah L. Helitzer, LaNoue, M., Wilson, B., Hernandez, B. U. de, Warner, T., & Roter, D. (2011). A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.021>.
- Ea, A., Ad, O., Herrin, J., Ge, V., Terrenato, I., Sperati, F., ... Schünemann, H. (2011). Using alternative statistical formats for presenting risks and risk reductions (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006776.pub2>.
- Edwards, A. G. K., Naik, G., Ahmed, H., Elwyn, G. J., Pickles, T., Hood, K., & Playle, R. (2013). Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(2), 1–96. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001865.pub3>.
- Edwards, A., Gray, J., Clarke, A., Dundon, J., Elwyn, G., Gaff, C., ... Thornton, H. (2008). Interventions to improve risk communication in clinical genetics: Systematic review. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 4–25. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.11.026>.
- Edwards, Adrian, Elwyn, G., Covey, J., Matthews, E., & Pill, R. (2001). Presenting risk information: A review of the effects of “framing” and other manipulations on patient outcomes. *Journal of Health Communication*, 6(1), 61–82. <https://doi.org/10.1080/10810730150501413>.
- Edwards, Adrian, Elwyn, G., Hood, K., Robling, M., Atwell, C., Holmes-Rovner, M., ... Russell, I. (2003). The development of COMRADE - A patient-based outcome measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision making in consultations. *Patient Education and Counseling*, 50(3), 311–322. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00055-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00055-7).

- Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2006). Patient involvement in treatment decision-making: The case for a broader conceptual framework. *Patient Education and Counseling*, 63(3), 268–278. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.05.002>.
- European Commission. (2009). Guideline on summary of product characteristics. *Notice to Applicants*, 2C, 2, 1–29. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2015.4206.OJ>.
- Eyler, R. F., Cordes, S., Szymanski, B. R., & Fraenkel, L. (2017). Utilization of continuous “spinners” to communicate risk. *Physiology and Behavior*, 37(6), 725–729. <https://doi.org/10.1177/0272989X17707198>.
- Fischhof, B. (1995). Risk perception and communication unplugged: Twenty years of process. *Risk Analysis*, 15(2), 137–145.
- Flynn, D., Ford, G. A., Stobbart, L., Rodgers, H., Murtagh, M. J., & Thomson, R. G. (2013). A review of decision support, risk communication and patient information tools for thrombolytic treatment in acute stroke: Lessons for tool developers. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-225>.
- Fraenkel, L., Reyna, V., Cozmuta, R., Cornell, D., Nolte, J., & Wilhelms, E. (2018). Do visual aids influenced patients’ risk perceptions for rare and very rare risks? *Patient Education and Counseling*, 101(11), 1900–1905. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.007>.
- Fransen, M., Meertens, R., & Schrande-Stumpel, C. (2006). Communication and risk presentation in genetic counseling: Development of a checklist. *Patient Education and Counseling*, 61(1), 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.02.018>.
- French, D. P., Cameron, E., Benton, J. S., Deaton, C., & Harvie, M. (2017). Can communicating personalised disease risk promote healthy behaviour change? A systematic review of systematic reviews. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(5), 718–729. <https://doi.org/10.1007/s12160-017-9895-z>.
- Furedi, A. (1999). The public health implications of the 1995 “pill scare.” *Human Reproduction Update*, 5(6), 621–626. <https://doi.org/10.1093/humupd/5.6.621>.
- Gamhewage, G. (2014). An introduction to risk communication. *Who*, (November 2013), 1–6. Disponível em: <https://www.who.int/risk-communication/introduction-to-risk-communication.pdf>.
- Garcia-Retamero, R., Okan, Y., & Cokely, E. T. (2012). Using visual aids to improve communication of risks about health: A review. *The Scientific World Journal*, 562637. <https://doi.org/10.1100/2012/562637>.
- Ghanouni, A., Nuttall, E., Wardle, J., & von Wagner, C. (2017). Testing whether barriers to a hypothetical screening test affect unrelated perceived benefits and vice versa: A randomised, experimental study. *Patient Education and Counseling*, 100(2), e1–e24. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.007>.
- Gigerenzer, G., & Edwards, A. (2003). Simple tools for understanding risks: From innumeracy to insight. *British Medical Journal*, 327(7417), 741–744. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7417.741>.
- Gigerenzer, G., Gaissmaier, W., Kurz-Milcke, E., Schwartz, L. M., & Woloshin, S. (2007). Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychological Science in the Public Interest*, 8(2), 53–96. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6053.2008.00033.x>.
- Gouveia, M., Rodrigues, I. P., & Pinto, D. (2018). Importância da validação dos modelos de risco cardiovascular nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24(3), 101–103. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i3.12449>.

- Grady, A., Carey, M., Bryant, J., Sanson-Fisher, R., & Hobden, B. (2017). A systematic review of patient-practitioner communication interventions involving treatment decisions. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 199–211. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.010>.
- Guan, Y., Roter, D. L., Wolff, J. L., Gitlin, L. N., Christensen, K. D., Roberts, J. S., & Erby, L. H. (2018). The impact of genetic counselors' use of facilitative strategies on cognitive and emotional processing of genetic risk disclosure for Alzheimer's disease. *Patient Education and Counseling*, 101(5), 817–823. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.11.019>.
- Halley, M. C., Rendle, K. A. S., & Frosch, D. L. (2013). A conceptual model of the multiple stages of communication necessary to support patient-centered care. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 2(4), 421–433. <https://doi.org/10.2217/cer.13.46>.
- Hamstra, D. A., Johnson, S. B., Daignault, S., Zikmund-Fisher, B. J., Taylor, J. M., Larkin, K., ... Angela Fagerlin. (2015). The impact of numeracy on verbatim knowledge of the longitudinal risk for prostate cancer recurrence following radiation therapy. *Medical Decision Making*, 35(1), 27–36. <https://doi.org/10.1177/0272989X14551639>.
- Han, P. K. J., Klein, W. M. P., Killam, B., Lehman, T., Massett, H., & Freedman, A. N. (2012). Representing randomness in the communication of individualized cancer risk estimates: Effects on cancer risk perceptions, worry, and subjective uncertainty about risk. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.033>.
- Helitzer, D. L., LaNoue, M., Wilson, B., de Hernandez, B. U., Warner, T., & Roter, D. (2011). A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.021>.
- Henneman, L., Marteau, T. M., & Timmermans, D. R. M. (2008). Clinical geneticists' and genetic counselors' views on the communication of genetic risks: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.009>.
- Hooker, C., Capon, A., & Leask, J. (2017). Communicating about risk: Strategies for situations where public concern is high but the risk is low. *Public Health Research and Practice*, 27(1), 1–5. <https://doi.org/10.17061/phrp2711709>.
- Kahneman, D. (2017). *Pensar depressa e devagar*. Lisboa: Circulo de Leitores.
- Knapp, P., Gardner, P. H., & Woolf, E. (2016). Combined verbal and numerical expressions increase perceived risk of medicine side-effects: A randomized controlled trial of EMA recommendations. *Health Expectations*, 19(2), 264–274. <https://doi.org/10.1111/hex.12344>.
- Kunneman, M., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2020). Do clinicians convey what they intend? Lay interpretation of verbal risk labels used in decision encounters. *Patient Education and Counseling*, 103(2), 418–422. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.035>.
- Leiss, W. (1996). Three phases in the evolution of risk communication practice. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 545(1), 85–94. <https://doi.org/10.1177/0002716296545001009>.
- Mendes, J. M. (2016). *Sociologia do risco: Uma breve introdução e algumas lições*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1066-5>.
- Navar, A. M., Stone, N. J., & Martin, S. S. (2016). What to say and how to say it: Effective communication for cardiovascular disease prevention *Current Opinion in Cardiology*, 31(5), 537–544. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000322>.

- O'Connor, A. M., Drake, E. R., Wells, G. A., Tugwell, P., Laupacis, A., & Elmslie, T. (2003). A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expectations*, 6(2), 97–109. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2003.00215.x>.
- O'Connor, A. M., Tugwell, P., Wells, G. A., Elmslie, T., Jolly, E., Hollingworth, G., ... Drake, E. (1998). A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: Decision support framework and evaluation. *Patient Education and Counseling*, 33(3), 267–279. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00026-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00026-3).
- Patel, R. S., Lagord, C., Waterall, J., Moth, M., Knapton, M., & Deanfield, J. E. (2016). Online self-assessment of cardiovascular risk using the Joint British Societies (JBS3)-derived heart age tool: a descriptive study. *BMJ Open*, 6(9), e011511. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011511>.
- Rippl, S. (2002). Cultural theory and risk perception: A proposal for a better measurement. *Journal of Risk Research*, 5(2), 147–165. <https://doi.org/10.1080/13669870110042598>.
- Röttle, N., Schöpf-Lazzarino, A. C., Becker, S., Körner, M., Boeker, M., & Wirtz, M. A. (2020). Agreement of physician and patient ratings of communication in medical encounters: A systematic review and meta-analysis of interrater agreement. *Patient Education and Counseling*, 103(10):1873-1882 <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.002>.
- Sandman, P. M. (2012). *Responding to community outrage: Strategies for effective risk communication*. S.l.: American Industrial Hygiene Association.
- Schiavo, R., May Leung, M., & Brown, M. (2014). Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings. *Pathogens and Global Health*, 108(2), 76–94. <https://doi.org/10.1179/2047773214Y.0000000127>.
- Sisk, B. A., Mack, J. W., & DuBois, J. (2019). Knowing versus doing: The value of behavioral change models for emotional communication in oncology. *Patient Education and Counseling*, 102(12), 2344–2348. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.07.023>.
- Skolbekken, J.-A. (1998). Communicating the risk reduction achieved by cholesterol reducing drugs. *British Medical Journal*, 316, 1956–1958. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7055.438>.
- Slovic, P., & Peters, E. (2006). Risk perception and affect. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 322–325. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x>.
- Sopory, P. (2017). Metaphor in health and risk communication. *Oxford Research Encyclopedia of Communication*, (June), 1–22. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228613.013.304>.
- Speiser, D., Rebitschek, F. G., Feufel, M. A., Brand, H., Besch, L., & Kendel, F. (2019). Accuracy in risk understanding among BRCA1/2-mutation carriers. *Patient Education and Counseling*, 102(10), 1925–1931. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.007>.
- Stellamanns, J., Ruetters, D., Dahal, K., Schillmoeller, Z., & Huebner, J. (2017). Visualizing risks in cancer communication: A systematic review of computer-supported visual aids. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1421–1431. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.003>.
- Stephens, A. L., & Bruce, C. R. (2018). Setting expectations for ECMO: Improving communication between clinical teams and decision makers. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 14(2), 120–125. <https://doi.org/10.14797/mdcj-14-2-120>.
- Tannenbaum, M. B., Hepler, J., Zimmerman, R. S., Saul, L., Jacobs, S., Wilson, K., & Albarracin, D. (2015). Appealing to fear: A meta-analysis of fear appeal effectiveness and theories. *Psychological Bulletin*, 141(6), 1178–1204. <https://doi.org/10.1037/a0039729>.

- Thomson, R., Robinson, A., Greenaway, J., Lowe, P., Parkin, D., Eccles, M., ... Hutchinson, E. (2002). Development and description of a decision analysis based decision support tool for stroke prevention in atrial fibrillation. *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), 25–31. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.25>.
- Timmermans, D., Molewijk, B., Stiggelbout, A., & Kievit, J. (2004). Different formats for communicating surgical risks to patients and the effect on choice of treatment. *Patient Education and Counseling*, 54(3), 255–263. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00238-6](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00238-6).
- Visschers, V. H. M., Meertens, R. M., Passchier, W. W. F., & De Vries, N. N. K. (2009). Probability information in risk communication: A review of the research literature. *Risk Analysis*, 29(2), 267–287. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2008.01137.x>.
- Welkenhuysen, M., Evers-Kiebooms, G., & D'Ydewalle, G. (2001). The language of uncertainty in genetic risk communication: Framing and verbal versus numerical information. *Patient Education and Counseling*, 43(2), 179–187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00161-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00161-0).
- Zikmund-Fisher, Brian J. Fagerlin, A., & Ubel, P. A. (2010). Risky feelings: Why a 6% risk of cancer doesn't always feel like 6%. *Patient Education and Counseling*, 81(S1), 87–93. <https://doi.org/doi:10.1016/j.pec.2010.07.041>.
- Zipkin, D. A., Umscheid, C. A., Keating, N. L., Allen, E., Aung, K., Beyth, R., ... Feldstein, D. A. (2014). Evidence-based risk communication: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 161(4), 270–280. <https://doi.org/10.7326/M14-0295>.

RESUMOS

A comunicação do risco (CR) é um dos maiores desafios para a saúde pública e na prática clínica. O desejo dos profissionais de saúde e dos utentes é que se tomem as melhores decisões. Contudo, a forma como o clínico transmite a informação condiciona as escolhas do sujeito. Este pode fazer escolhas que não são consentâneas com as evidências reveladas pela ciência. E a ciência pode-lhe impor decisões que não são consentâneas com os seus valores. Neste processo comunicacional está em causa um mensageiro, uma mensagem e um recetor que se pretende decisor de uma ação. A CR efetiva é fulcral para uma decisão informada. Na CR, o profissional deve ter em conta as suas atitudes perante a tomada de decisão, em contexto clínico, conhecer as ferramentas comunicacionais e adaptar os seus comportamentos às necessidades do paciente.

O presente trabalho foca-se na CR no encontro face a face entre profissional de saúde e paciente. Partindo da revisão narrativa da literatura e da experiência do autor, como médico e investigador, pretendeu-se propor um modelo de estratégia estruturada para o processo da CR na prática clínica.

Risk communication (CR) is one of the biggest challenges for public health and in clinical practice.

The desire of health professionals and users is for the best decisions to be made. However, the way the clinician conveys information shapes the subject's choices. He can make choices that are not in line with the evidence revealed by science. Science can impose decisions on him that are not in line with their values. This messaging process involves a messenger, a message and a recipient who intends to decide on an action. Effective CR is central to an informed decision. In CR, the professional must be conscious of their attitudes towards decision making, in a clinical context, know the communication tools and adapt their behaviours to the patient's needs.

The present work focuses on CR in the face-to-face meeting between healthcare professionals

and patients. Based on the narrative review of literature and the author's experience, the intent is to propose a structured strategy model for the CR process in clinical practice.

ÍNDICE

Keywords: risk communication, consultation, shared decision

Palavras-chave: comunicação do risco, consulta, decisão partilhada

AUTOR

JOSÉ MENDES NUNES*

Comprehensive Health Research Centre (CHRC)

NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas

Universidade NOVA de Lisboa

Campo dos Mártires da Pátria 130

1169-056 Lisboa

jose.nunes@nms.unl.pt