

## A Comunicação em Saúde em tempos de Pandemia: que determinantes sociais?

Isabel De Santiago

### **Resumo**

Neste artigo, pretendemos refletir sobre a comunicação em saúde pública (CSP), um conceito de compreensão muito alargada e multidisciplinar. Discutimos e desconstruímos algumas ideias relacionadas com os direitos sociais na saúde pública. Finalmente, considerando a pertinência das estratégias de comunicação em saúde pública (ECSP) ou das estratégias de comunicação de crise em saúde pública (ECCSP) – Pandemia SARS-COV2 – consideramos que é mandatório desenhar uma estratégia com os campos Comunicação em Saúde (CS), que envolva os seguintes elementos: Público-Alvo (PA) + Mensagens-chave (MC) + Produtos de comunicação (PC) = Ganhos em Saúde (GS).

**Palavras-Chave:** comunicação em saúde, saúde pública, risco e emergência, pandemia, estratégias.

### **Introdução**

A comunicação em saúde pública (CSP) é um conceito de compreensão muito alargada e multidisciplinar. Trata-se de um campo aliciante e mobilizador de diferentes públicos-alvo. Esta reflexão obriga ao levantamento de tópicos sociais ligados: primeiro, à evolução das questões da saúde; segundo, à evolução das políticas de saúde; e terceiro, às exigências, em termos de comunicação e de informação, da saúde pública muitas vezes dependentes de políticas de saúde (positivas ou negativas). Finalmente, considerados os pressupostos, sempre esquecidos nas estratégias de comunicação em saúde pública (ECSP) ou de estratégias de comunicação em crise em saúde pública (ECCSP), é mandatório desenhar uma estratégia com os campos Comunicação em Saúde (CS): Público-Alvo (PA) + Mensagens-chave (MC) + Produtos de comunicação (PC) = Ganhos em Saúde (GS). É neste contexto que a CSP tem três grandes campos em termos de PA e um cariz interdisciplinar, entre as Ciências da Saúde, especialmente a Medicina Preventiva (MP) e também a Saúde Pública (SP), a Enfermagem, a Psicologia e as Ciências da Comunicação.

Nestes termos, apontam-se três campos de intervenção, no que respeita aos públicos-alvo, correspondendo a outros três níveis de informação e comunicação em saúde:

- i) Pessoal (crianças, jovens e velhos – indivíduos e famílias). Neste domínio, aponta-se um caminho para a informação pessoal e concreta. Decisão (positiva ou negativa). Escolha acertadas ou erradas em saúde<sup>3</sup>.
- ii) Institucional (serviços de saúde, de atendimento e prestação). Neste domínio, aponta-se um caminho para a Informação geral e coletiva. Acesso equitativo ou inequitativo. Com Eficácia ou ineficiência. Com conforto ou desconforto.

- iii) Público (a população em geral – por populações específicas consoante as mensagens em saúde). Neste domínio, aponta-se um caminho para a Informação universal se se tratar de uma crise de escala global em saúde (o caso da Pandemia da SARS-Cov2 – doença de Covid19), com mensagens gerais ou específicas, se destinadas a populações específicas, de acordo com as vulnerabilidades. Empoderamento para Conhecimento. Direitos e deveres das pessoas, beneficiárias desses direitos ou alvo desses deveres. Mobilização.

Trata-se de diferentes abordagens com metodologias, regras, critérios e exigências muitas vezes opostas. Mas há relação e articulação entre todos. A recomendação forte que se aponta é que se definam metodologias e se estabeleça um sentido de coerência na definição de projetos de comunicação em saúde e implementação das respetivas estratégias. Excetuando referência em contrário, não se distinguem muito rigorosamente entre estes três níveis, como se pode observar adiante, no diagrama da figura 1.

Com base nestes três campos de intervenção, quando se recorre à ciência da comunicação em saúde, é consensual indicar-se um conjunto de 10 postulados, a saber:

1. A saúde e a prestação desse cuidado são direitos sociais;
2. A consciência da doença e da saúde: maior necessidade do corpo e vida saudável; e até uma esperança de vida ilimitada /aumento da esperança de vida;
3. O consumo e uso de serviços de saúde cresceram vertiginosamente nas últimas décadas e as emergências em saúde pública indicam que continuarão;
4. O permanente incitamento ao uso e ao consumo de saúde;
5. O paradoxo: *“mais saúde e mais vida implicam mais doença”*;
6. A expansão dos meios de diagnóstico e de previsão criou novas necessidades e novas exigências;
7. A saúde pública, através da comunicação em saúde pública, transformou-se num trunfo eleitoral, vulnerável à demagogia;
8. Compete ao utente/paciente ou cliente/paciente ou cidadão/residente fazer as opções e fazer as escolhas acertadas para a sua vida e sua saúde.
9. A informação e a comunicação em saúde são essenciais para a defesa da sociedade e das pessoas, no sentido da prevenção da doença e promoção da saúde e, sobretudo perante comportamentos de risco, ameaças ambientais (previsíveis) e outros perigos emergentes imprevisíveis.
10. As condições sociais, familiares e ambientais são determinantes poderosas do estado de saúde (e da doença) das pessoas (sobretudo dos mais vulneráveis), assim como das condições de acesso aos cuidados (desigualdades em saúde).

## **A saúde e a prestação desse cuidado são direitos sociais**

A evolução histórica nos pontos seguintes:

- Direitos individuais vs. Direitos fundamentais.

- Direitos políticos vs. Direitos sociais.
- Direitos de terceira geração vs. Da caridade à Assistência.
- Da Assistência à Previdência vs. Da Previdência à Segurança Social e ao Estado de Proteção.
- O direito social. Vs. Para memória: da escolaridade obrigatória ao direito à educação.

Para melhor compreensão das determinantes, é preciso considerar no diagrama abaixo os quatro eixos que condicionam a eficaz metodologia e permitem uma potente estratégia de comunicação em saúde, capacitadora dos diferentes públicos-alvo, com mensagens chave eficazes, numa combinação perfeita de ciências sociais, como a comunicação com as completamente opostas, o caso das ciências da saúde, de que se destacam a medicina, psicologia, enfermagem, biologia (De Santiago, 2015; Schiavo, 2013).

Discussão e desconstrução dos conceitos: garantir direitos sociais na saúde pública.

2. A percepção sobre a saúde nas pessoas. Existe uma consciência em crescendo sobre o estado da doença e da saúde; maior necessidade de corpo e de uma vida saudável; e até uma esperança de uma vida ilimitada. Começamos a registar nos diferentes grupos de pessoas que a imortalidade e a beleza absoluta estão ao seu alcance.
3. Crescimento e expansão da saúde. O consumo e uso de serviços de saúde cresceram vertiginosamente nas últimas décadas e as emergências em saúde pública indicam que continuarão.
4. O incitamento ao consumo e ao uso tem origens diferentes, destacam-se a moda, o comércio, a publicidade e promoção, o exemplo de *opinion leaders*, o desporto e os cultos de modos de vida. De modo geral, a população tem assistido a um permanente incitamento ao consumo de *produtos saudáveis* e à prática de *exercícios saudáveis*, dependendo das origens, aceitáveis e oficiais, outros inaceitáveis e oficiosos. Tal prática, que a lei permite, tem conduzido ao crescimento vertiginoso de uso e consumo de serviços de saúde.
5. O paradoxo: “Mais saúde e mais vida implicam mais doença”. Os progressos da medicina e da saúde pública, assim como da esperança de vida, criaram mais necessidades de saúde e mais cuidados. A evolução da investigação em ciências da saúde e da medicina, bem como da saúde pública ou mecanismos consequentes de recurso a estratégias de comunicação em saúde, e tecnologias de informação e conhecimento, tal como da esperança de vida, têm despertado mais necessidades de saúde e mais cuidados, levam ao aumento das despesas com a saúde, aumentam

as doenças do envelhecimento, uma vez que a esperança média de vida tem aumentado, a mortalidade materno-infantil diminuído, bem como as doenças com origem na pobreza e nos países em vias de desenvolvimento. Também o controle e descida da percentagem das doenças infetocontagiosas permite que se viva mais tempo, tal como o aparecimento das doenças classificadas como “de civilização.”

6. Os meios de diagnóstico. A formidável expansão dos meios de diagnóstico e de previsão criou novas necessidades e novas exigências. Apareceram as doenças de diagnóstico. Com conseqüente aumentam as despesas e a derrapagem no orçamento da saúde.

7. A Saúde Pública e política.

A saúde pública como direito social, a saúde enquanto bem essencial do Estado de Proteção, a saúde pública e conseqüente usurpação da ciência da comunicação em saúde pública, tem vindo a transformar-se num trunfo eleitoral, vulnerável à demagogia, pois as promessas eleitorais criam expectativas ilimitadas, e, muitas vezes, defraudadas.

8. Escolhas conscientes

Compete aos cidadãos, sejam eles nacionais ou estrangeiros, tenham eles o papel de utente do SNS, ou de cliente de serviços de saúde, escolherem as opções em saúde em situação de doença e fazer as escolhas para a sua vida e/ou dos seus dependentes. Estas opções e estas escolhas/ tomadas de decisão dependem do grau de informação – de literacia em saúde – que lhes é fornecido pelo Estado, pelos serviços, pelas instituições e pelos profissionais. Sem um grau elevado de informação em saúde, a que chamamos literacia em saúde, as escolhas ficam dependentes dos preconceitos ou dos profissionais de saúde. Mesmo que as decisões sejam sérias e fundadas, não compete aos profissionais substituírem-se aos cidadãos e aos pacientes: aos cidadãos cabe a decisão sobre a sua vida. Regista-se um problema especial na informação individual, o qual não se deve confundir com as questões de comunicação em saúde, mas que com elas têm relações morais e filosóficas: é o problema dos graus de esclarecimento dado (o caso do consentimento informado) ao paciente sobre o seu estado e as suas expectativas legítimas ou realistas. Está condenado? Quanto tempo tem de vida? Que doença tem? Tem alguma ameaça inevitável no seu capital genético? Deve o paciente ser informado friamente? Ou antes a sua família? Tem a família o direito de ser informado também ou em vez do paciente? Em certos casos (HIV ou neoplasias, por exemplo) devem os familiares ser informados, eventualmente, (e mesmo) contra a vontade do paciente?

Este problema é diário e recorrente e não está ainda devidamente resolvido, pelo menos na prática. Talvez nunca venha a estar. A maior parte

da população portuguesa defende que deve dizer-se a verdade ao doente. A maioria dos códigos deontológicos afirma o mesmo. Todavia, não é essa a prática dominante. Ter acesso a toda informação clínica ou não, sobre todas as certezas e as incertezas, avaliar as consequências de uma condição deveriam primordialmente pertencer ao paciente e o médico e outros profissionais deveriam agir em consequência / concordância. E deveriam ser explícitos, não / inferir os sentimentos ou as vontades do paciente. A regra deveria ser informar completamente, a não ser que o paciente explicitamente não o queira. Existem duas tradições: a anglo-saxónica e a mediterrânica; ou a protestante e a católica. Afirma-se na primeira que estipula que se deve dizer toda a verdade ao paciente, sempre. E a segunda propõe que se diga só parte, devagar, gradualmente, até primeiro aos familiares. Os teóricos da comunicação em saúde, e especialistas, (De Santiago, 2015; Schiavo, 2013) defendem informação completa e direta, incluindo as incertezas dos médicos e do diagnóstico.

9. Informação. A informação sobre a saúde e a doença é fundamental para a defesa da sociedade e das pessoas perante comportamentos de risco, ameaças ambientais e outros perigos. Defende-se a necessidade de uma informação em saúde isenta, independente, completa e clara a fim de evitar ou contrariar a informação interessada, comercial e politicamente orientada, ajustando-a aos níveis diferentes de literacia e dos públicos-alvo.

10. As condições sociais, familiares e ambientais são fortes determinantes do estado de saúde das pessoas, assim como das condições de acesso aos cuidados. Durante muitas décadas, a esperança de vida e a mortalidade, designadamente a mortalidade infantil, foram muito dependentes destas condições sociais. Hoje poderão sê-lo menos, mas a influência persiste. Verifica-se e existe um registo de doenças fortemente associadas à classe social e às condições de residência e de trabalho, como, por exemplo as doenças dos mineiros. Existem doenças associadas a etnias ou a grupos de pertença. Também existem doenças ligadas às condições ambientais, bem como doenças relacionadas com comportamentos como é o caso das doenças crónico-degenerativas, relacionadas com o consumo de tabaco, o álcool, o sexo e o consumo de drogas.

Se as condições sociais são determinantes na doença, são-no tanto ou mais no acesso aos cuidados de saúde, onde se verifica uma grande desigualdade. Sabemos que a prontidão, a qualidade e a eficácia no acesso e prestação de cuidados médicos e de saúde depende da riqueza das pessoas, do estágio de desenvolvimento do país ou da região, da informação e literacia em saúde e do grau de instrução/educação das pessoas e dos pacientes/utentes, assim como da organização social.

Mas a saúde pública moderna, as conceções contemporâneas da cidadania e o Estado de proteção social têm como objetivo o tratamento igual: universal e tendencialmente gratuito. Hoje, considera-se cada vez mais que a saúde é não só um direito social, mas também um direito humano fundamental.

Objetivamente não se atingirá (nunca) que as condições sociais da doença e dos cuidados médicos e de saúde sejam neutras do ponto de vista social, familiar e ambiental, mas é um desiderato das sociedades e dos Estados modernos. A saúde pública e a proteção social dependem das condições sociais e económicas, assim como das condições políticas. Foram condições políticas e sociais muito particulares que levaram à criação *do National Health Service*, no Reino Unido e Grã-Bretanha, que inspirou em Portugal a criação do Serviço Nacional de Saúde.

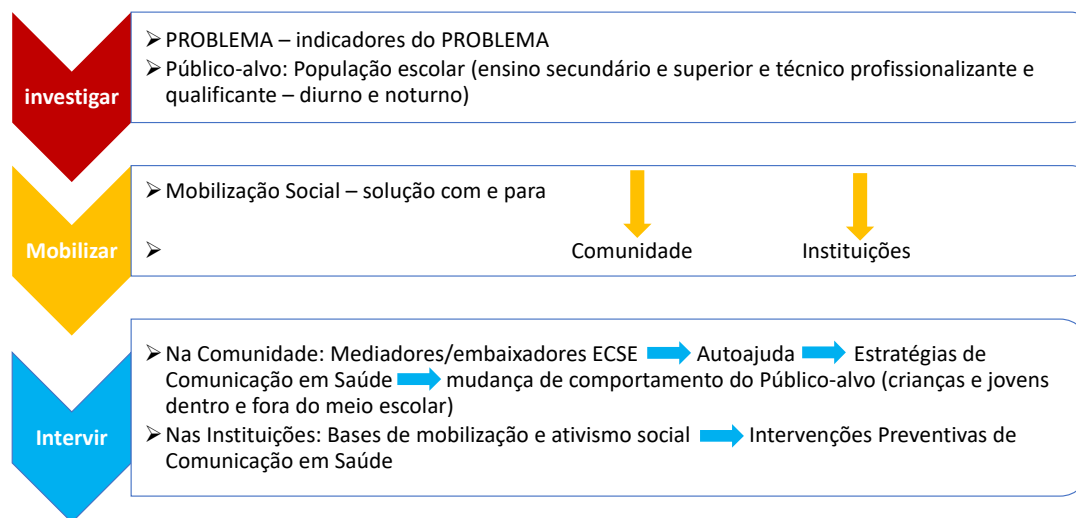
As conceções do SNS e da intervenção do Estado mudam com as crenças e as ideologias políticas. Mas a saúde tem sofrido menos contágio ideológico do que outros serviços sociais, como a educação, por exemplo, dado o *ethos* científico da profissão e dada a abertura da atividade e da ciência ao mundo.

## **Informação e comunicação em saúde (CS) em tempos de pandemia**

Página | 55

Quais são as vantagens de uma eficiente estratégia de comunicação em saúde e de uma boa informação, a ser seguida pelas instituições de saúde e pelos profissionais de saúde? E em matéria de saúde pública, doença, prevenção e organização?

Para que uma ECSP seja bem-sucedida é obrigatório que se investigue o problema de saúde pública com a melhor evidência científica disponível, antes de se mobilizar os diferentes públicos-alvo, capacitando-os para que a intervenção em saúde seja bem-sucedida com ganhos em saúde, na redução de casos de infeção ou minimização de mortes, se se tratar de uma pandemia (fig. 1).



Fonte: De Santiago, I, 2015, Health Communication Prevention, AMP. Dearing, J W, 2003. The state of the art and the state of science of community organizing

Figura 1 – Locus de problemas – QUE PROBLEMA DE SP – e soluções na mobilização da comunidade e das instituições

É assumido que a informação excessiva, como se verificou em Portugal com os recorrentes e repetitivos *outbreaks* da Direção Geral da Saúde (DGS) e Ministério da Saúde (MS), com apoio de outros organismos tutelados pelo MS, como o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSARJ) tem contribuído e aumentado a ansiedade pública e individual ou conduzido à redução ou diminuição de confiança nas Autoridades. A credibilidade perdeu-se em tanta informação e contrainformação, que resultou em imensa desinformação em saúde.

Página | 56

A evidência científica em matéria de comunicação em saúde sugere que se a informação for inteligente e calibrada, só aumenta a ansiedade quando há reais motivos para isso (ameaças efetivas de epidemia transformada em pandemia, por exemplo). Acontece, todavia, que certa informação sobre riscos hipotéticos ou eventuais, se não calibrada, pode criar um clima de alarme público injustificado, como tem ocorrido com a pandemia do SARS-CoV2 e que aconteceu noutras pandemias, como a gripe das aves, H5H1 e H1N1.

Essas situações de desconfiança nas autoridades de saúde pública podem potenciar um estado de descrédito total muito negativo, em situações ou condições de perigo real. Por outro lado, surgem assessores de imprensa, autointitulados como responsáveis pela comunicação em saúde, – emergem de todos os quadrantes, nascendo de forma “explosiva” - sem informação e conhecimento científico na área da saúde pública que lhes permita validar estratégias.

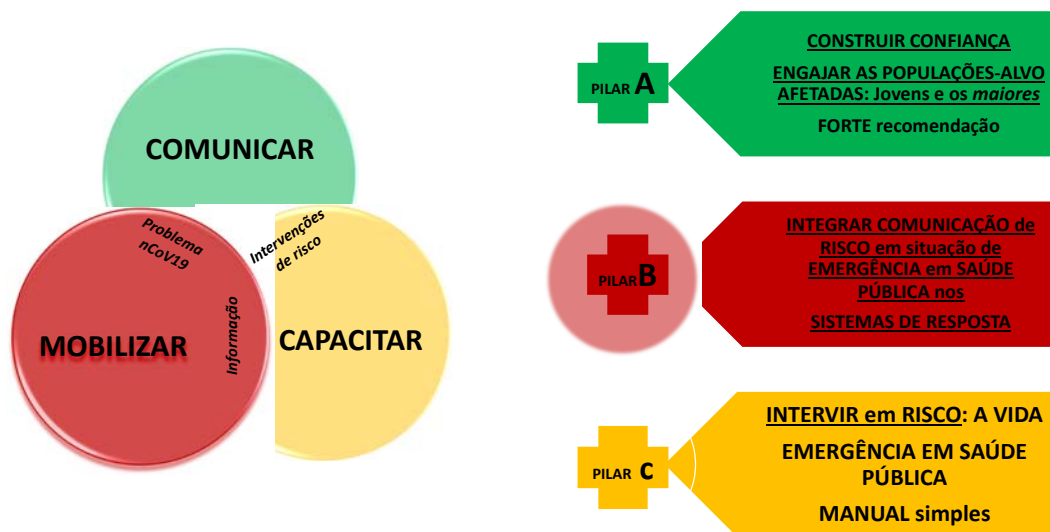
Hoje verificamos que existem psicólogos, biólogos (sem título de doutor ou especialização) a formar dentro de faculdades ou em institutos e com profissionais de variadas áreas clínicas (doutorados) em cursos acelerados, numa lógica de fonte de receita, mas sem a credibilidade científica adequada. Dos principais teóricos e correntes

de estratégias, defende-se principalmente estratégias, meios de comunicação social e engajamento na saúde global ou pública (Schiavo, 2013).

## ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CS: MC+PA+Produtos = GS

Fonte: De Santiago, Acta Médica Portuguesa, 2015



Página | 57

Figura 3. Comunicação e Capacitação para o risco em emergência em Saúde Pública Investigar. Mobilizar. Comunicar: Construir a confiança em Portugal durante uma crise  
Fonte: De Santiago, IMPSP, Medicina Ulisboa. 2021 e @World Health Organization 2017

Tais estratégias de comunicação em saúde podem e devem ter em conta a intervenção ou a mediação da imprensa, tendo como objetivos:

- A diminuição da ansiedade das populações afetadas e dos cidadãos.
- A melhoria das condições de uma opção informada das populações afetadas e dos cidadãos.



- c) O aumento das condições para uma escolha informada por parte das populações afetadas e dos cidadãos.
- d) A redução da tendência para o abuso de consumo de serviços de saúde, considerando a prevenção e a informação e CS.
- e) A melhoria das condições de defesa das populações afetadas e dos cidadãos perante ameaças ambientais ou riscos comportamentais ou epidémicos.
- f) O aumento e alargamento do escrutínio público sobre os serviços de saúde.
- g) O aumento ou melhoria da eficiência dos serviços de saúde.
- h) A melhoria da organização dos serviços de saúde.
- i) A possibilidade de diminuir os efeitos da demagogia política sobre a opinião pública.
- j) A diminuição do “ruído” da imprensa mal preparada ou da política demagógica em torno das questões e problemáticas graves de saúde pública.

**Conclusão:** A comunicação em saúde – em situação de crise – veio tornar evidente a necessidade de formar comunicadores em saúde, dentro e fora do meio académico, não se confundindo com assessores de imprensa, formados adequadamente e sustentados na capacitação nos teóricos principais, as metodologias adequadas e estratégias ajustadas aos diferentes públicos-alvo vulneráveis (fig. 2 e 3). Com eles se podem desenhar – e nunca sem eles – as melhores formas de aceder à melhor informação científica, baseada na evidência e com especialistas adequados, para comunicar aos diferentes públicos, com mensagens chave que empoderem tais públicos-alvo, em modelos inovadores de *storytelling* e os ajudem na tomada da melhor decisão em saúde, em situação de crise ou pandémica. Além disso, é exigido que se desenhe uma motivação para que o público-alvo geral ou específico responda às mensagens de saúde (de risco e crise ou de prevenção), com base em arquiteturas de estratégias que apresentem um conteúdo eficiente e ajustado aos contextos socioculturais de cada população e com questões linguísticas.

## Bibliografia

Maibach, E; Holtgrave, D. R. (1995). Advances in public health communication. *Annu Rev Public Health*. 16:219-238. doi:10.1146/annurev.pu.16.050195.001251.

Marmot, M; Allen, J. (2015). Health priorities and the social determinants of health. *East Mediterr Heal J*.21(9):671-672. doi:10.26719/2015.21.9.671.

Dean, H.D; Williams, K. M., Fenton, K. A. (2013). From theory to action: Applying social determinants of health to public health practice. *Public Health Rep*. doi:10.1177/00333549131286s301.

Núñez, A; Madison, M.; Schiavo, R., Elk, R.; Prigerson, H. G. (2020). Responding to Healthcare Disparities and Challenges with Access to Care during COVID-19. *Heal Equity*; 4 (1): 117-128. doi:10.1089/heq.2020.29000.rtl.

De Santiago, I.; Ribeiro, R. M.; Bacelar, N.; Marinho, L.; Pereira, M. J. (2020). Prevention Harmful Consumption of Alcohol and Drugs in Sao Tome and Principe Through Public Health

Communication : The Scientific Protocol Comunicação em Saúde Pública na Prevenção do Consumo Excessivo de Álcool e Drogas na População Escolar de São Tomé e. *Port Acta Médica*, 33(4):229-236.

Schiavo, R. (2013). *Health Communication: From Theory to Practice*. Jossey-Bass - John Wiley & Sons, Inc. [https://hshe-soh.iuims.ac.ir/files/hshe-soh/files/3.Health\\_Communication\\_%5BReneta\\_Schiavo%5D\(1\).pdf](https://hshe-soh.iuims.ac.ir/files/hshe-soh/files/3.Health_Communication_%5BReneta_Schiavo%5D(1).pdf).

Marmot, M. (1999). The Solid Facts: the social determinants of health. *Heal Promot J Aust Off JAust Assoc Heal Promot Prof.*; 9(2):133.

Sørensen, K; Van Den Broucke, S.; Fullam, J. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* ;12(1). doi:10.1186/1471-2458-12-80.

Turner, T. (2017). *Health Literacy and Medical Education.*; 2017. doi:10.1007/978-3-319-50799-6\_6.

WHO. *Comunicação de Riscos Em Emergências de Saúde Pública*. (2018). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259807/9789248550201-por.pdf?ua=1#:~:text=Comunicação dos riscos – troca de informações%2C aconselhamento,pessoas em risco%2C o que constitui parte integrante>.

Wallace R.B; Kohatsu, N.; Last, J.M. (2008). HEALTH DISPARITIES AND HEALTH EQUITY: Concepts and Measurement. In: Wallace/Maxcy-Rosenau-Last, Public, eds. fifteenth. *Public Health and Preventive Medicine*; 1-1393. doi:10.1036/0071441980.

Página | 59

Bavel J. J. V.; Baicker, K.; Boggio, P. S. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat Hum Behav*;4(5):460-471. doi:10.1038/s41562-020-0884-z.

Miranda, D; Galhordas, Alves I; Salavisa M. (2021). Guidelines to think, develop and implement health communication in Portugal. *Acta Med Port*. 34(13). doi:10.20344/AMP.15770.

Atkin, C.; Salmon, C. T. (2010). Communication campaigns. In: *The Handbook of Communication Science*. ; doi:10.4135/9781412982818.n24.

Denning S. (2006). Effective storytelling: strategic business narrative techniques. *Strateg Leadersh*. 34(1):42-48. doi:10.1108/10878570610637885

Harter, L. M., Ellingson, L. L.; Yamasaki, J.; Hook, C.; Walker, T. (2018). Defining Moments...Telling Stories to Foster Well-being, Humanize Healthcare, and Advocate for Change. *Health Commun*. 00(00):1-6. doi:10.1080/10410236.2018.1557468.

## Notas sobre o autor:

**Isabel De Santiago**

ORCID: 0000-0001-7843-1167

Professora Convidada e Investigadora em Comunicação em Saúde Pública  
Doutorada em Educação e Comunicação em Tecnologias de Saúde  
Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina da ULiso