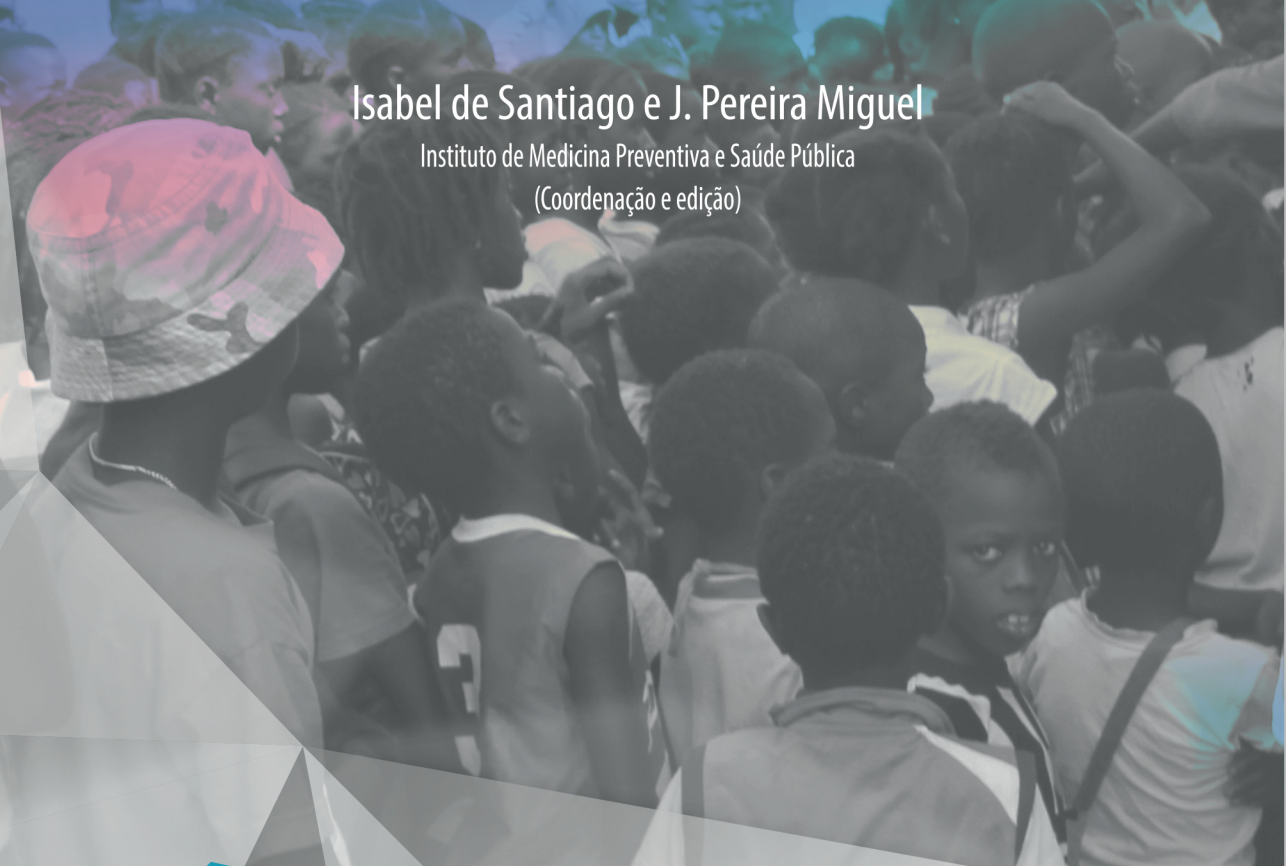
Isabel de Santiago e J. Pereira Miguel
Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública
(Coordenação e edição)



COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CONCEITOS, ESTRATÉGIAS E PLANOS para mais Ganhos em Saúde

ACTAS DA I CONFERÊNCIA

U LISBOA UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA LISBOA
EDIÇÕES ESGOTADAS

1ª Edição | Fevereiro 2017

Edições Esgotadas

www.edicoesesgotadas.com
geral@edicoesesgotadas.com

Título
Comunicação em Saúde Pública
Conceitos, estratégias e planos para mais ganhos em saúde | *Actas da I Conferência*

Coordenação e edição
Isabel de Santiago e J. Pereira Miguel
Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

ISBN
978-989-8801-65-4

Depósito Legal

Impressão
Tipografia Beira Alta, Lda. - Viseu

Execução gráfica
Ana Coelho | Edições Esgotadas, Lda.

© 2017, Isabel de Santiago e J. Pereira Miguel
Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública
Todos os direitos reservados.

Coordenação e edição

Isabel de Santiago e J. Pereira Miguel

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CONCEITOS, ESTRATÉGIAS E PLANOS PARA MAIS GANHOS EM SAÚDE

ACTAS DA I CONFERÊNCIA

U LISBOA UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA LISBOA

ÍNDICE

9 Introdução

13 Comunicação em Saúde: Conceito e Ciência enquanto Função Essencial da Saúde Pública
Isabel de Santiago e José Pereira Miguel

19 O Que é a Comunicação em Saúde?
Fernando de Pádua e Isabel de Santiago

33 Ebola – Um "Tsunami" na África Ocidental
Francisco Antunes

39 Comunicação em Saúde: Experiências, Reflexões e Lições Aprendidas
Graça Freitas

51 Plano de Comunicação em Saúde (PCS): Evitar o Contágio por Vírus Ebola nos PALOP
Isabel de Santiago

63 Comunicação em Saúde Pública nos domínios das Redes Sociais, internet e aplicações móveis
Carol Crawford

79 A Comunicação Não Verbal para Mediadores de Saúde Pública
Afonso Cavaco

83 Comunicação, Literacia e Mobilização Social para a Saúde
Luís Saboga Nunes

97 Comunicação em Saúde na Imprensa Portuguesa
Felisbela Lopes

AGRADECIMENTOS

anf

Associação Nacional das **Farmácias**

INTRODUÇÃO

No passado dia 2 de outubro de 2015, o Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública (IMP&SP) realizou a **I Conferência de Comunicação em Saúde (*I Conference on Public Health Communication*).**

Os objetivos da conferência visavam empoderar os alunos do Mestrado Integrado de Medicina e de outros cursos de Ciências da Saúde, e sobretudo os representantes de instituições de saúde e dos Países em desenvolvimento (PALOP) sobre a Comunicação em Saúde, considerada como Função Essencial da Saúde Pública (FESP).

Neste sentido, o IMP&SP não pode deixar de agradecer às eminentes figuras que se dignaram ajudar-nos, como a Dra. Maria de Belém Roseira, o nosso Diretor, Prof. Doutor Fausto Pinto e o nosso Mestre Prof. Doutor Fernando de Pádua. O mesmo se aplica a todos os oradores, especialmente a Carol Crawford que veio expressamente dos EUA, do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), Atlanta, Geórgia e a toda a equipa que tornou a Conferência possível, especialmente à Dra. Isabel de Santiago, a grande alma do evento.

Devemos ainda um cumprimento especial e agradecimento pela sua presença aos Senhores Charles Park da Embaixada dos EUA, *Political and Economical Officer from US Embassy in Lisbon*, Dr. Luís Viegas, Embaixador de São Tomé e Príncipe em Lisboa, Dr. Amílcar de Oliveira Afonso, Conselheiro Económico e Social da Embaixada de São Tomé e Príncipe e ao Comandante Ricardo Maia de Loureiro, Presidente dos Pilotos do Mundo.

O IMP&SP deve também um agradecimento aos apoios de diversas entidades como a Fundação Luso Americana para o Desenvolvimento, à Eurest Portugal, ao Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa, S.A., à Associação Nacional de Farmácias, à Sanofi Pasteur, à MSD, Jansen Cilag.

A área científica da FMUL em que se insere o nosso Instituto é a Medicina Preventiva e Saúde Pública. Não é a única em que a Comunicação em Saúde é importante. A comunicação clínica (na relação médico-doente) e a comunicação científica há muito que são cultivadas na Faculdade. A comunicação populacional tem sido menos abordada, o que determinou, para nós, a realização da I Edição desta Conferência.

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITO E CIÊNCIA ENQUANTO FUNÇÃO ESSENCIAL DA SAÚDE PÚBLICA

Isabel de Santiago[1] e José Pereira Miguel[2]

1. De Santiago, I. Health communication researcher at Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública and Invited Assistant Professor at Faculty of Medicine of Lisboa, IMP&SP - ISAMB, Portugal.

2. Pereira-Miguel J., Director of IMP&SP - ISAMB, Faculty of Medicine, University of Lisbon. Portugal.

Ao longo dos anos, até pela experiência de cada um de nós, no terreno, no mundo real, fora da torre de marfim da Universidade, fomo-nos apercebendo da importância da comunicação e do saber comunicar com a população. Estamos convictos de que as competências em comunicação são parte das competências transversais que devem interessar a diversas profissões e não só aos médicos ou aos profissionais de saúde.

Por isso, há anos que a nossa equipa – multidisciplinar – tem vindo a batalhar pelo desenvolvimento desta área, através de diversas iniciativas, em que destacamos a disciplina optativa de Comunicação em Saúde no Curso de Medicina, o Mestrado de Comunicação em Saúde (já com duas edições e agora em nova fase de acreditação pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior) e algumas iniciativas na comunidade, como os recentes projetos na Guiné (na prevenção da doença por vírus Ebola) e em São Tomé e Príncipe (na prevenção dos consumos excessivos do álcool e das drogas).

Acresce a tudo isto a posição que a Organização Mundial de Saúde (Região Europa) tem tomado sobre o assunto, que certamente se estenderá a todas as regiões da OMS, e que, também com a nossa colaboração, conduziu à publicação este ano do *Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region*[3].

Assim, apontamos algumas ideias-chave:

Informação, comunicação e mobilização social para a saúde passou a ser a designação oficial de uma das funções essenciais da Saúde Pública. Uma função que devemos exercer com a máxima competência.

Saúde Pública tem muito a ver com promoção, proteção da saúde e prevenção da doença. Mas estas funções nucleares dependem de outras ditas habilitadoras, igualmente essenciais, onde se inclui a comunicação.

Não podemos falar de literacia em saúde, de escolhas informadas dos cidadãos, do combate às desigualdades em saúde, esquecendo a comunicação. É preciso um

3. http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/self-assessment-tool-for-the-evaluation-of-essential-public-health-operations-in-the-who-european-region-2015

emissor capaz, uma mensagem adequada, um recetor atento e os produtos adequados para que a estratégia de comunicação em saúde seja eficaz.

A comunicação, hoje, não é um assunto trivial. O contexto é cada vez mais complexo. Além dos meios tradicionais, engloba as redes sociais, as novas TIC's, (Tecnologias de informação e comunicação) uma grande velocidade na difusão – "sociedade em aceleração". O medo e as ideias erradas espalham-se com imensa facilidade.

É preciso saber comunicar as boas e as más notícias. É preciso saber persuadir e mobilizar os públicos-alvo (selecionados) pelas boas causas em Saúde Pública.

Ao longo dos anos, o desenvolvimento e o aprofundamento desta área científica têm-se debruçado no ensino, na investigação e na intervenção. É pois, neste sentido, que têm sido criados e implementados projetos de intervenção preventiva com vista a mais e melhores Ganhos em Saúde, recorrendo, a metodologias específicas, da Comunicação em Saúde. Entre as metodologias utilizadas, para a promoção da saúde e a prevenção da doença, consideramos a – *KISS* & *KEYWORDS*, uma das mais eficazes – com recurso a *edutainment* [educação e entretenimento envolvendo o público-alvo (PA) e os diferentes meios de comunicação]. Esta Metodologia estrutura os seus projetos e intervenções preventivas na fórmula *HC: TA+KM+Deliberables = HG*[4], a qual visa a mobilização de determinados públicos-alvo, para determinadas problemáticas de saúde pública, em situações de crise, de modo a minimizar os riscos de contágio ou, para promover a saúde (prevenindo a doença), em situação de estratégia preventiva.

Por isso, este é um dos instrumentos de qualquer Plano de Comunicação em Saúde, sempre que tenhamos por base a prevenção de contágio de determinadas doenças ou a promoção da saúde. Obviamente que outros fatores não podem e não devem deixar de ser considerados: do conhecimento/ciência à ação; da mensagem-chave à informação junto do público-alvo, que se revela absolutamente condicionante para conhecer a realidade sobre a cultura de cada público-alvo. Sem esse fator, qualquer

4. HC: Health Communication (Comunicação em Saúde). De Santiago, I.
TA: Target audience (público-alvo)
KM: Key messages (mensagens chave)
Deliberables: produtos (a utilizar nas estratégias)
HG: Ganhos em Saúde.

estratégia de comunicação em saúde pode ter sucesso e atingir os seus objetivos, ou simplesmente, fracassar, antes de ser implementada.

Nestes termos, o desenho e a arquitetura de uma estratégia de Comunicação saúde devem ser baseados no seu princípio de Função Essencial da Saúde Pública, visando sempre comunicar, informar e educar, advogando e mobilizando, no sentido de empoderamento e capacitação, para mais Ganhos em saúde do público-alvo.

É tudo isto que nos traz e mobiliza para este tema e por estas razões, com vista a uma maior informação e discussão, produziu-se um programa científico e abrangente com um conjunto de oradores especializados.

O QUE É A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE?

Fernando de Pádua[5] e Isabel de Santiago

5 Licenciatura em Medicina pela Universidade de Lisboa em 1950, e partiu depois para a Universidade de Harvard, em Boston. Bolsa da *Rotary International Foundation*, para uma Pós-Graduação em Cardiologia.
Professor Agregado e Diretor de Serviço de Terapêutica Médica do Hospital de Santa Maria (1963). Professor Catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa aos 39 anos (1967).
Foi Presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, de que é Sócio e Presidente Honorário; Fundador e Presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia. Fellow da European Society of Cardiology e Presidente da International Society of Electrocardiology.

O que é a comunicação em Saúde? Pergunta-me o Prof. Pereira Miguel nesta primeira conferência, para a qual agradeço do fundo do coração ter-me convidado, dizendo não poder trazer à colação este tema sem me chamar… quase como a minha querida amiga Dra. Maria de Belém Roseira, minha "menina Ministra" dos tempos do Programa CINDI (*Countrywide Integrated Noncommnunicable Diseases Intervention*), quando, como Ministra da Saúde, foi à "Zona de Demonstração" do Programa CINDI-Portugal, em Setúbal, acompanhada pela sua filha de 10 anos, para viver o ambiente festivo populacional, que fez Andrea Petrasovits (um dos representantes do Canadá no Programa CINDI-Euro) dizer que, em 30 anos de Saúde Pública, nunca vira um evento tão vivido e participado pela população.

Disse a Dra. Maria de Belém, na Abertura, estar hoje aqui rodeada de Cardeais, mas ter na sua frente o Papa, o Prof. Fernando de Pádua.

E é aqui que eu entro, para dizer porque tanto agradeci o convite do Prof. Pereira Miguel. É que assim me possibilita dizer, mais uma vez e em alta voz, que nos primeiros 30 ou 40 anos da minha vida médica em termos de luta pela prevenção da doença procurando preservar a boa saúde (e já são mais de 60 anos de lutas!), o Prof. Pereira Miguel foi o meu braço direito e o capitão da equipa de colaboradores "prevenciologistas", o parceiro da comunicação em saúde ainda nos tempos do único canal da recém nascida televisão em Portugal – até que finalmente conquistou, ele também, o seu "castelo" no Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Lisboa, precedido pelo lugar de Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa, com o Prof. Leal da Costa, Catedrático de Higiene e Medicina Social (onde o Prof. Pereira Miguel se doutorou com a Hipertensão).

Com ele e toda a equipa, andámos pelas ruas de Lisboa e pelas terras da Estremadura e do Alentejo, nos primeiros tempos da "Luta Nacional contra a Hipertensão", quando em 1972, invadimos a comunidade! Outro exemplo muito especial foi Outeiro da Cortiçada, freguesia de Rio Maior, no Projeto Sem Sal – Restrição rigorosa do Sal na alimentação diária, com a equipa que incluía Maria de Lourdes Modesto e o Dr. Gil Forte entre outros, ou ainda no "Bairro da Lata" da Musgueira (em Lisboa) onde criou as primeiras Consultas de Hipertensão, lugar que acabou deixando para o seu

assistente e companheiro na equipa o Prof. Doutor Evangelista Rocha, hoje em dia seu "imediato" aqui na Cadeira.

E não posso deixar de recordar, agora que estou a escrever o trabalho da minha conferência, outros momentos quase diria de glória! Como sempre me queixo, nos primeiros tempos de comunicação em saúde (para os sãos se prevenirem e os já doentes lutarem pelo controlo da sua hipertensão), tive muitos inimigos da "velha guarda" que me criticavam, não só porque eu quereria protagonismo ao ir para a televisão ensinar saúde, como também desprestigiava os médicos ao ensinar os doentes a medirem a si próprios a tensão arterial, e também porque assustava os já doentes (fazendo-lhes subir mais a tensão) ao citar-lhes a elevada mortalidade por AVC no nosso País!!!

Com o Prof. Pereira Miguel, também, convidámos para visitarem Portugal e analisarem e comentarem a nossa situação, em termos de doenças cardiocerebrovasculares, e vieram estar connosco:

– o Prof. Geoffrey Rose, que muito nos ajudou em várias visitas e orientou o trabalho de Rio Maior, apoiado pelo *Medical Research Council*, UK;

– o Prof. Toma Strasser da OMS em Genebra,

– e o Prof. William Kannel um dos Papas da HTA e dos estudos de Framingham, USA.

Com grande abertura, a RTP convidou-os e deu-lhes mais de 60 minutos para informarem – no canal ainda único – a população global do país (incluindo obviamente os nossos colegas) e enquanto falavam em inglês, o Prof. Pereira Miguel e eu próprio, íamos traduzindo as suas frases de imediato, para que toda a população pudesse entender o que eles quiseram livremente comunicar, obviamente sem quaisquer limitações por parte do Governo ou de qualquer um de nós. Foram tão expressivos e claros ao dizer, quase textualmente, o que há tantos meses e até anos a nossa equipa vinha dizendo em todo o lado que… no dia seguinte todas as críticas pararam pois, sobretudo os médicos e demais profissionais de saúde, sem qualquer objeção, passaram a aceitar tudo o que há tanto vínhamos dizendo, em termos de prevenção!

Foi para nós um grande incentivo, mas para os outros também pois, honra lhes seja feita, compreenderam que estavam errados nas críticas que nos faziam e… aceitaram tudo daí em diante!!!

Excedi-me um pouco nestas palavras de abertura da minha apresentação homenageando quem tanto merece! E passo já ao material de apoio que preparei ou antes, que a Dra. Isabel de Santiago tão criteriosamente me soube preparar, dentre o que lhe facultei.

A primeira figura (Fig. 1), que a Revista TIME distribuiu pelo mundo inteiro há poucas semanas, mostra-nos um bebé que, depois de gerado por células sexuais saudáveis do pai e da mãe, precauções na grávida (evitando o tabaco, proibindo o álcool à mãe, não ingerindo medicamentos perigosos, e com bons cuidados pré e pós natais, e protegido por uma literacia em saúde atualizada e com hábitos e comportamentos saudáveis, evitando todos os riscos conhecidos… tem possibilidades de viver com saúde até aos 142 anos!!!

Fig. 1

Com o conhecimento – que é poder – que foi sendo comunicado aos seus antecessores, a si próprio e aos demais familiares – poderá lá chegar!!!

Como eu sempre digo, quero chegar aos 120 anos, e tento ensiná-lo aos outros – mas vou ter de passar a ser mais ambicioso.

Fig. 2

Considero a fig. 2 preciosa, em termos de comunicação em saúde, para todos os profissionais de saúde os mais variados, políticos e demais líderes informais, e órgãos de comunicação social, todos os educadores, incluindo os professores, todos os demais familiares, pessoas isoladas, etc.!!! É só por si todo um programa de ensino da saúde, em todas as idades.

Entendam que a vida começa à esquerda na figura, progride a toda a largura da página e acaba, mais à direita, quando se adoece ou morre. É nessa altura que quase todos pensam que a doença começou – não! Como os nossos soldados diziam em África: ali é "o fim da picada".

"Imaginem… vendia saúde e teve uma "congestão" (AVC – acidente vascular cerebral!),

"Tem tido cuidado porque tem casos na família mas… morreu de repente!"

Ou então "como lhe apareceu o cancro? Nunca teve qualquer queixa!"

Note-se que o esquema, adaptado para a aterosclerose é semelhante para a maioria das doenças crónicas não transmissíveis, ditas silenciosas – cardiocerebrovasculares, cancros, diabetes, doença pulmonar crónica obstrutiva, etc.!

O princípio da doença está à esquerda: um dos pais, ou outro antepassado próximo, transmitiu-lhe a doença congénita sem o saber, estava no ADN; ou na conceção (devido, por exemplo, à SIDA ou à toxoplasmose!); ou a mãe bebe álcool, um ou ambos os progenitores fumam, e ao nascer já a criança vem com o terrível síndrome fetal alcoólico com suas mal formações, ou o bebé "fumou" vários cigarros por dia através da placenta e já vem viciado ou morre subitamente, ou mesmo tem colesterol a mais e já terá algumas placas de ateroma que ninguém identificará (a não ser em autópsia). O que importa saber, ou comunicar, é que, embora todas as boas aparências, a criança pode já trazer peças estragadas, ou doenças incubadas!

E depois? Depois ensinem a todos, a propósito e a despropósito, com todos os meios ao vosso alcance, digam a todos: que a criança (ou os pais!) podem já ter doenças em fase inicial, que só se vem a reconhecer aos 5, 10, 20 ou 30 anos, desenvolvendo-se silenciosamente sem qualquer sintoma, até ao dia em que… adoeceu (!?). Daí os pediatras para fazerem a história clínica e a observação da criança (e/ou dos familiares), daí os rastreios para as que se possam descortinar, e as vacinas ou outro tipo de prevenção, evitando que gérmenes no ambiente da mãe e depois das crianças, as vão agredir, indefesas.

O ponto de interrogação na figura significa que, quase sempre, não sabemos quando a doença começa, e daí a recomendação de que, pelo menos, uma vez por ano, devem ter uma consulta médica e/ou fazer análises, ou medir o peso, a altura, a cintura, medir a tensão, visão, audição, etc. e comunicar que, em saúde aparente podem estar doentes, e que a maioria das doenças crónicas evoluem silenciosamente (durante meses, anos, ou muitos anos!) até ao dia em que "adoecem" porque, pela primeira vez, sentiram, mediram, palparam ou outrem reconheceu (por exemplo o seu médico de família, ao examiná-lo de rotina).

E nesses tempos silenciosos pode começar a perder peso ou ficar pálido, estar rouco ou ter tensão alta, açúcar ou colesterol a mais no sangue – e entretanto já muito tempo passou!

Para lá de ensinarmos a fazer consultas ou rastreios anuais, devem comunicar a todas as pessoas, na escola, na família, nos media que muitas doenças crónicas são previsíveis e se devem mesmo prevenir ou evitar, como ensinam as seguradoras. Um gordo, um hipertenso, um fumador ou um diabético é um risco para as seguradoras,

porque adoecem ou morrem mais cedo e por isso o risco de doença ou morte é maior e portanto o pagamento requerido pela seguradora é também maior. Esse conhecimento passou para os médicos com o mesmo nome, e por isso em educação para a saúde ou promoção da saúde comunicamos aos que nos ouvem ou procuram que quase todas as doenças crónicas silenciosas, mas já presentes (muitas vezes por décadas) são causadas por esses riscos, que não lhes foram comunicados, porque não nascemos com livro de instruções: fumar ou consumir álcool em excesso, aumentar de peso ou não fazer exercício, dietas erradas ou preocupações ou *stress* demasiado, são fatores de risco que, lentamente ou mais rapidamente, podem fazer nascer ou acelerar a evolução das doenças silenciosas, até ao acidente ou a sintomologia súbita que pareceu "caída do céu" (ou tenta levá-lo para lá!…) e nunca fora descoberta, nem lhe tinham comunicado que assim poderia acontecer.

Vejam no quadro (tão ilustrativo) como a seta, que aponta para a doença sintomática, vai crescendo mais ou menos rapidamente e, se a tensão subir (não a mediu?), se fuma, tem colesterol elevado ou "consegue-o" pela alimentação errada que faz subir o peso e/ou o açúcar ou as gorduras no sangue, ou faz pouco ou nenhum exercício (talvez o fator de risco mais disseminado no nosso País pois todos gostariam que o carro os levasse no elevador até dentro de casa, ou sair da cadeira no escritório e ficar logo sentado no carro).

E não é despiciendo o quadro dizer-nos que há que investigar mais e mais, e comunicar todas estas informações a todos os profissionais de saúde, incluindo médicos e farmacêuticos, que por vezes só se preocupam com as doenças adquiridas que terão de tratar.

Leiam e releiam, em cima: políticas de saúde (ou Ministério da Doença?).

Comuniquem, comuniquem saúde, de viva voz, em aulas ou palestras, revistas ou livros, nos media, jornais, revistas, rádio, televisão, *twitter*, *facebook* e todas as demais formas de comunicação ou autoestradas de informação presentes e futuras.

E mesmo para as doenças sintomáticas, em todas as Universidades ensinando Semiologia e Terapêutica, a comunicação direta médico/doente ou doente-médico (direta ou por interposta transmissão) é mais do que primordial – o doente literato em saúde é a melhor ajuda para o médico que o quer ajudar!

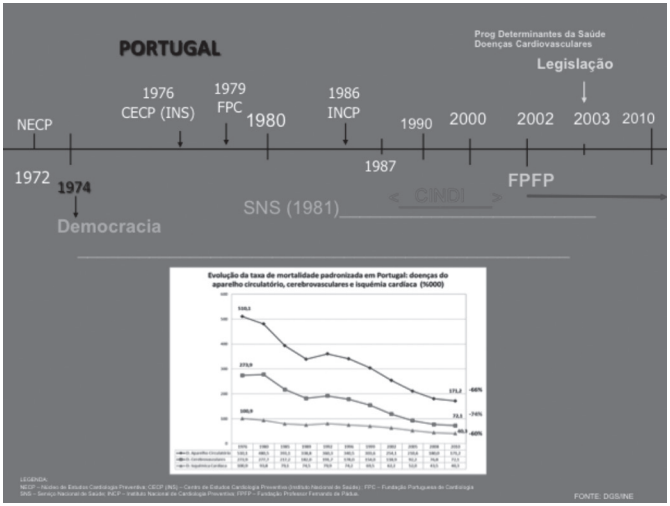


Fig. 3

Recordo na fig. 3 as Instituições que fundei, comunicando, ensinando e promovendo a saúde nesta luta de mais de 60 anos: Paul White ensinou-me em Harvard (Boston, USA, 1952/53): "doença ou morte antes dos 80 é culpa do Homem e não de Deus ou da Natureza"!

— Núcleo de Estudos de Cardiologia Preventiva da FML
— Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva do INSA
— Fundação Portuguesa de Cardiologia
— Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva (*and Health Promotion*)
— Programa CINDI – Portugal (*Countrywide Integrated Non Communicable Diseases Intervention Program*, 1987-2002)
— Fundação Professor Fernando de Pádua – para a promoção da saúde e melhor qualidade de vida
— Com toda uma plêiade de colaboradores, e Pereira Miguel sempre presente.

A comunicação direta ao público começou com a "Luta Nacional Contra a Hipertensão" em 1972: comunicando, e escutados por todo um País, no canal único da TV, palestras de meia hora com palavras de nós dois (Pereira Miguel e eu) e mais

Maria de Lurdes Modesto, seguindo-se a década gloriosa em que (do final dos 70 até ao fim dos anos 80) desceu muito rapidamente! Depois, mais lentamente mas até hoje, a mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório, mais o AVC mas também a doença isquémica do coração, tem continuado a descer (fig. 3).

Após os 15 anos do Programa CINDI – Portugal da OMS (1987-2002), criei (para manter a chama viva), a Fundação Professor Fernando de Pádua "para a Promoção da Saúde e Melhor Qualidade de Vida". As linhas cruzadas na bandeira (fig. 4) que adotámos de Pekka Puska (CINDI – Finlândia) realçam, de forma fácil de entender, como os comportamentos menos saudáveis podem adicionar-se, ou potenciar, levando ao aparecimento e desenvolvimento das doenças crónicas não transmissíveis, só por si responsáveis por 80% dos doentes que enchem as nossas clínicas e não cabem nos hospitais.

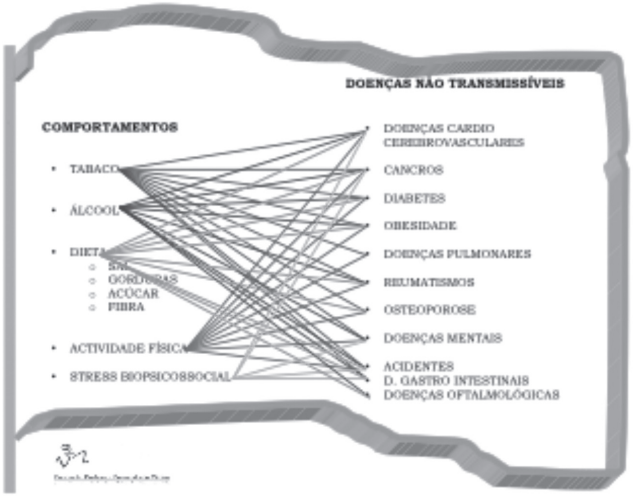


Fig. 4

A prevenção primária, empoderando toda a população (a começar na infância – é um direito que ela tem!) com uma literacia global e solidária utilizando rádios, TV e internet, é muito importante nos países mais desenvolvidos, e é neste momento ainda mais importante para os que estão em desenvolvimento, e por isso tentamos ajudar a

disseminar em todo o Mundo (começámos pela Europa), pois que, quando melhoram as condições de vida em África, América do Sul ou Oceânia, o desenvolvimento traz mais comida, mais bebida, mais álcool e mais tabaco, mais *stress*, e progressivamente, cada vez menos atividade física. Ao serem vencidas a fome e as doenças infecto-contagiosas (transmissíveis), serão as não transmissíveis as que irão crescer exponencialmente, destruindo todos os PIB e obrigando aos Ministérios da Doença.

"Cuide do seu coração – as cartas de Almodôvar" é um livro que condensa uma coletânea de mensagens pessoais, em cada um de todos os dias úteis do ano de 2012, comunicando e glosando pela internet os conselhos que considerei mais importantes, numa linguagem cuidada mas comum, para os 8 000 habitantes de Almodôvar, a "terra do meu coração", onde vivi a fatia mais importante da minha infância e adolescência. E em todo o lado insisto em que é preciso tratar dos sub-20 (0 a 19 anos de idade) para chegar aos 120 vivo, ativo, alegre e saudável (logo no início desta palestra, em 2015, subi a fasquia para os 140!!!).

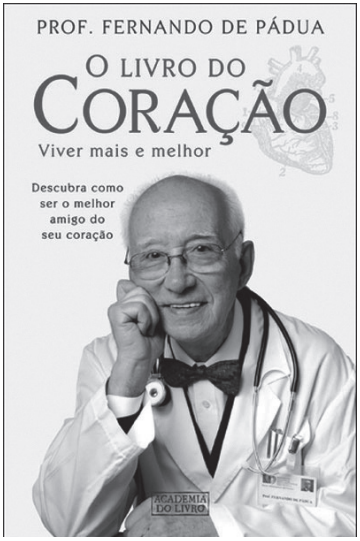


Fig. 5

Com "O Meu Livrinho do Coração", com versos de A a Z da Prof. Luciana Graça (e com conselhos meus em cada página) e desenhos de Sofia Travassos, para colorir, esperamos que o miúdo ou miúda guarde o seu livro que os pais lhe leram (é seu e pintado por si) e mais tarde o lerá ao filho, até que, quando avô, se recordará e ensinará devagarinho aos netos, criando uma união e comunicação intergeracional.

Seguidamente, a Administradora da nossa Fundação, Dra. Nilza de Assis, escolheu as vogais para ensinar ao filho – o Kikas – as letras mais simples – as vogais – que cada um dos ouvintes ou leitores pode escolher à sua maneira, adotando os AEIOU's da Sociedade Portuguesa de Cardiologia para instantaneamente improvisar e exemplificar a Alimentação, mais Exercício, Inibir de

fumar, Olvidar o sal na mesa e Uma consulta por ano. E como múltiplos AEIUO's poderão ser imaginados e ensinados, insiste-se no S para falar sobre stress mau e bom.

Fig. 6

Em jeito de chave de ouro, termino esta comunicação com esta figura (fig. 7): o novo projeto da OMS que se propõe reduzir até 2025, 25% da mortalidade precoce destas doenças não transmissíveis de que vimos falando e comunicando: sem esquecer o diagnóstico e a terapêutica. As outras 7 recomendações são vigiar o peso e a diabetes, controlar a tensão arterial, reduzir o tabaco, e o álcool, e aumentar a atividade física; e vejo aqui pela primeira vez o nosso inimigo de sempre: reduzir em 30% o sal!! (Só 30%? Coitados dos meus alentejanos!).

Fig. 7

Fig. 8

Termino com um quadro (fig. 8) da Dra. Maria Inês Henriques que me descobriu onde, no planeta, há Comunidades com mais de 10 000 pessoas que falam português. Inclui os CPLP mas o total de luso-falantes excede os 200 milhões.

Com o MOSCEP (Movimento Saúde e Coração em Português) começámos nós, há muitos anos, a enviar textos meus em português para Revistas Portuguesas no estrangeiro. Hoje em dia, numa parceria com o *Rotary International* e os seus ex-Governadores Luís Miguel Duarte e António Goês Madeira – O *Big Bang* da Saúde no 3º Milénio – estamos agora comunicando para o seu milhão e trezentos mil sócios, 30 000 clubes, ensinando saúde, com mensagens eletrónicas ao jeito de Almodôvar, em português e/ou inglês, tentando disseminar ao máximo uma Cultura de Saúde Global e Solidária (conducente à eventual erradicação como conseguiram os Rotários com a poliomielite).

P.S. – Não resisto a comunicar-vos uma história relembrada pelo Prof. Pereira Miguel no final da conferência:

> "...Estava com o Prof. Pádua no seu consultório quando nos aparece um doente agitado, quase em pânico, que pedia uma consulta imediata!
> Encurtando a história disse-nos: é que eu ouvi que cada 5 minutos morre um português por doença cardiovascular. Eu sei lá se agora a seguir vou ser eu!!???"

Momentos dos filmes da TV de 1976 (?) comigo, José Pereira Miguel e Maria de Lurdes, Modesto selecionados pela Mestra e Doutora em Comunicação Isabel de Santiago.

EBOLA – UM "TSUNAMI" NA ÁFRICA OCIDENTAL

Francisco Antunes[6]

6 Médico Especialista em Doenças Infecciosas e Medicina Tropical e Professor Catedrático Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISAMB.

Em 14 de janeiro de 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o fim da epidemia por Ebola, a qual teve consequências devastadoras em três países da África Ocidental (Guiné, Serra Leoa e Libéria), com um total de 28 616 casos confirmados e 11 310 mortes e com casos nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa.[1]

A epidemia por Ebola, na África Ocidental, é o resultado de uma tempestade perfeita: a) Serviços de saúde disfuncionais como resultado de décadas de guerra; b) pouca credibilidade dos serviços de saúde governamentais e da medicina Ocidental; c) crenças tradicionais e mesmo negação em relação à existência do vírus; d) práticas fúnebres, envolvendo contacto com cadáveres contagiosos infetados por Ebola.[2]

A comunidade internacional e os governos dos países da África Ocidental mais atingidos foram lentos em agir a nível proporcional da dimensão da ameaça, do risco para a saúde pública e da instabilidade económica e social. Passaram-se cerca de quatro meses depois da primeira morte, em dezembro de 2013, antes que a epidemia fosse associada ao vírus Ebola, apesar dos vários apelos dos Médicos Sem Fronteiras (MSF). A OMS e as autoridades governamentais destes países declararam, apenas em agosto de 2014, que a epidemia era uma emergência em saúde. Finalmente, as autoridades de saúde locais e as organizações internacionais (OMS, Nações Unidas, *Centers for Diseases Control and Prevention* dos EUA e os MSF) intensificaram os seus esforços, coordenadamente, para conter o Ebola. Esta evolução rápida da epidemia por Ebola foi um forte aviso de que as epidemias são uma ameaça global e de que o único caminho para o seu controlo é através de uma resposta rápida à escala global, o que não foi o caso.

Esta foi a primeira epidemia por Ebola na África Ocidental. O vírus Ebola é o protótipo de agente patogénico da febre hemorrágica, considerada doença grave e fatal. A mortalidade elevada, em conjunção com a inexistência de tratamento etiológico e de vacinas (à altura do início da epidemia), tornaram o vírus Ebola um importante agente de risco para a saúde pública e de ameaça biológica. Apesar dos primeiros casos de febre hemorrágica por filovirus (em que se incluem os vírus de Ebola e Marburg) terem sido identificados, em 1967, na Alemanha e na ex-Jugoslávia, causados por vírus

Marburg, resultantes de acidentes em laboratório com chimpanzés, as primeiras epidemias por Ebola tiveram lugar, em 1976, em duas localidades vizinhas do Sudão e do Zaire (atualmente República Democrática do Congo).[3,4] A febre hemorrágica mantém-se como um flagelo para as populações da África equatorial, com aumento do número de casos desde 2000, devido, principalmente, à espécie Zaire, no Gabão, República do Congo e República Democrática do Congo e à espécie Sudão, neste País e no Uganda (as outras espécies são Tai Forest, Bundibugyo e Reston).[5,6] Ebola é uma zoonose clássica, com a persistência do vírus em reservatórios identificados em áreas endémicas. Os macacos, o homem e, talvez, outros mamíferos, suscetíveis à infeção por vírus Ebola, são considerados como hospedeiros definitivos e não como reservatórios.[7] Os morcegos da fruta, presentes em toda a África subsariana, são o provável reservatório, não sendo de descartar outras espécies de animais. A transmissão ao homem ocorre, muito provavelmente, pelo contacto direto com os morcegos ou através das suas excreções ou secreções ou por intermédio dos hospedeiros definitivos, como os macacos. Do ponto de vista epidemiológico é importante referir que a maioria das infeções por vírus Ebola é assintomática, não transmissível, mas conferindo imunidade protetora.[8] A exposição laboratorial através da picada acidental com agulhas ou ao sangue tem sido referida e, nas epidemias de 1976, a reutilização de agulhas contaminadas, a exposição ao contacto e ao consumo de chimpanzés e de morcegos têm sido, também, associadas às epidemias.

A transmissão inter-humana promove as epidemias, que são devidas ao contacto direto com doentes ou com cadáveres infetados. Partículas infecciosas têm sido detetadas no esperma, nas secreções genitais e na pele dos indivíduos infetados.

Do ponto de vista clínico, a doença por vírus Ebola tem, em regra, início súbito, a seguir a um período de incubação de 2-21 dias, caracterizando-se, principalmente, por febre, vómitos e diarreia. As hemorragias são pouco frequentes, pelo que a designação inicial de febre hemorrágica por vírus Ebola foi alterada para doença por vírus Ebola. A mortalidade rondou 70% na África Ocidental.[9]

A epidemia por Ebola, na África Ocidental, foi devastadora, não pelas características biológicas do vírus, mas pelos atributos das populações afetadas e porque os esforços para o seu controlo foram insuficientes para interromper a marcha da epidemia.[10]

Algumas características das populações da Guiné, Libéria e Serra Leoa levaram à rápida disseminação geográfica da infeção: a) Fronteiras permeáveis, com tráfico intenso, na região do epicentro da epidemia; b) comunicações facilitadas por via terrestre entre as aldeias e as cidades rurais e as capitais densamente populosas destes três países. Tais factos potenciaram a disseminação da infeção, mas uma epidemia com esta dimensão não era inevitável. A determinante crítica da dimensão da epidemia foi a lentidão na implementação de medidas de controlo rigorosas (sistemas de saúde disfuncionais, indiferença internacional, falta de confiança nas autoridades depois de anos de conflitos armados).[11]

A epidemia por Ebola, na África Ocidental, realça a importância das transformações necessárias nas intervenções para a contenção rápida das situações emergentes em saúde pública:[11]

a) No mundo de hoje é importante reconhecer que, se determinadas circunstâncias são identificadas (alterações biológicas dos agentes patogénicos, mudanças das interações entre o homem e o ambiente, sistemas de saúde disfuncionais e sem recursos, indiferença nacional e internacional, ineficácia na resposta atempada, grande mobilidade das populações, costumes locais que podem exacerbar a morbilidade e a mortalidade, disseminação em centros urbanos densamente populosos e falta de confiança nas autoridades), o que poderia ser um surto limitado pode transformar-se numa epidemia de grande dimensão e incontrolável.
b) Os esforços clássicos para controlar uma epidemia, nos tempos atuais, não são suficientes para uma epidemia desta dimensão. De preferência, é necessária uma resposta a larga escala, com coordenação humanitária, social, em saúde pública e médica, combinando as clássicas medidas de saúde pública, com intervenções seguras e eficazes, incluindo modificações do comportamento, tratamento disponível e, se possível, vacinação. Além do mais, a resposta apropriada requer apreciação da cultura das sociedades, devendo as intervenções ser implementadas após o consentimento da população.
c) Desenvolvimento de métodos de diagnóstico, terapêuticas e vacinas para estas doenças relativamente raras, mas inevitáveis e, potencialmente, avassaladoras, dando prioridade, nos períodos inter-epidémicos, aos mecanismos de

aceitabilidade, pré-aprovação e éticos e acelerando o desenvolvimento e os testes destas intervenções quando as epidemias ocorrem.

A principal lição a reter desta epidemia devastadora, em países com uma rede sanitária colapsada, é a necessidade de se arquitetar um sistema de saúde resiliente, capaz de absorver o choque de uma emergência, como o Ebola, e ao mesmo tempo mantendo a prestação sanitária corrente e capacitados com recursos humanos devidamente coordenados.

Bibliografia

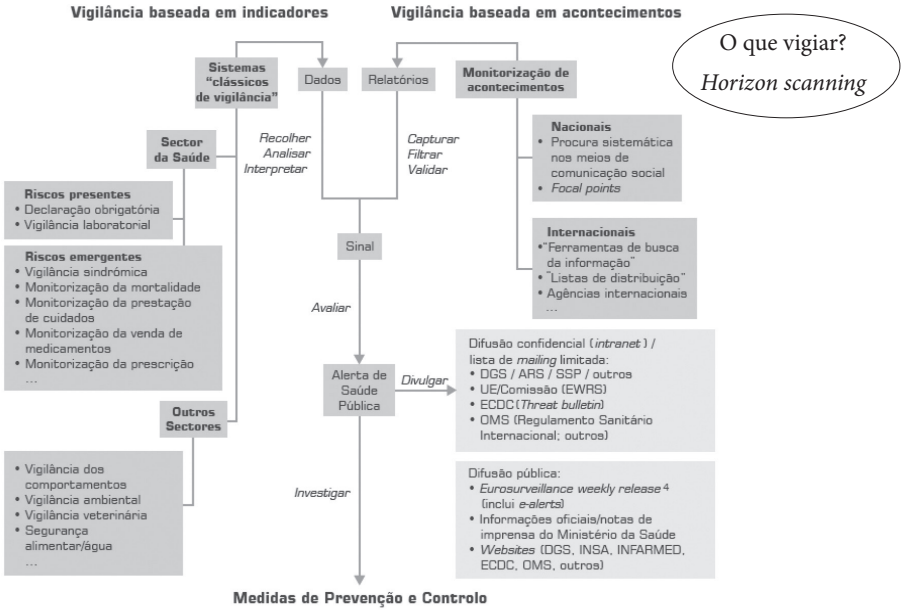
1. WHO. Ebola virus disease. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205686/1/WHOsitrep_28Apr2016_eng.pdf (consultado em 04.05.2016)
2. PIOT P. Ebola's perfect storm. Science 2014; 345: 1221
3. WHO. Ebola haemorrhagic fever in Sudan, 1976. Bull World Health Organ 1978; 56: 247-70
4. WHO. Ebola haemorrhagic fever in Zaire, 1976. Bull World Health Organ 1978; 56: 271-93
5. FELDMANN H, GEISBERT T. W. Ebola haemorrhagic fever. Lancet 2011; 377: 849-62
6. FELDMANN H. Ebola – a growing threat. N Engl J Med 2014; 371: 1375-8
7. GROSETH A, FELDMANN H, STRONG JE. The ecology of Ebola virus. Trends Microbiol 2007; 15: 408-16
8. LEROY E, BAIZE S, VOLCHOV V. Human asymptomatic Ebola infection and strong inflammatory response. Lancet 2000; 355: 2210-5
9. BALIZE S, PANNETIER D, OETEREICH L, et al. Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea. N Engl J Med 2014; 371: 1418-25
10. WHO Ebola Response Team. Ebola virus disease in West Africa – the first 9 months of the epidemic and forward projections. N Engl J Med 2014; 371(16): 1481-95
11. FARRAR JJ, PIOT P. The Ebola emergency – immediate action, ongoing strategy. N Engl J Med 2014; 371(16): 1545-6

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS, REFLEXÕES E LIÇÕES APRENDIDAS

Graça Freitas[7]

7 Graça Gregório de Freitas, médica, Assistente Sénior de Saúde Pública, é Subdiretora-geral da Saúde, com formação em administração de saúde. Tem o Curso Avançado de Gestão Pública (CAGEP), tem Competência de Gestão dos Serviços de Saúde atribuída pela Ordem dos Médicos e tem o Ciclo de Estudos Especiais em Administração de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

COMO FUNCIONA A *EPIDEMIC INTELLIGENCE*



Quando falamos de Comunicação em saúde, devemos considerar os seguintes pontos:

- Experiências
- Reflexões
- *Lessons learned*

O OBJETIVO, O OBJETO E O MÉTODO NA DGS

1. Objetivos

Direção Geral de Saúde:

- Promover a literacia em saúde
- Comunicar riscos

- Comunicar medidas
- Comunicar resultados

Olhar para a população, perceber as necessidades, resolver os problemas.
Servir os outros, servir as necessidades dos outros.

2. Objetos

O que se comunica ao público em geral?

- Informação (evidência) com potencial impacte na saúde
- Informação com potencial impacte na prestação de cuidados
- Acontecimentos com potencial impacte na SP

3. Métodos

- Quando se comunica?
- A quem se comunica?
- Como se comunica?

Quando se comunica?

- Informação/comunicação programada (gripe; PNV…)
- Informação/comunicação em contexto de "crise"/ emergência de SP (Ebola, botulismo…)

… "O rio e o lago"

A quem se comunica?

- O *target* / audiência
- Profissionais
  - De saúde
  - Parceiros
  - Decisores
  - Políticos
- Cidadãos

Como se comunica em saúde?

Devemos considerar os pontos determinantes relativos à forma como se comunica em saúde: Identidade da instituição; Visibilidade; Confiança; Partilha; *Networks* formais e informais; Mensagens claras, coerentes, verdadeiras e transparentes…

Contexto de crise

O sucesso de uma eficaz comunicação de crise em saúde passa por ter atenção aos pontos abaixo:

- Sinal
- Aviso
- Alerta
- Incerteza
- Avaliação (*risk assesssment*)
- Investigação
- "Crise"
- Princípio da precaução
- Tranquilizar
- …

COMUNICAÇÃO

Contexto de crise

- Rapidez (captar e transmitir)
- Flexibilidade
- *Task Force* / plataformas
  - "Eixo da Comunicação"
  - Objetivos
  - Métodos e Recursos
  - *Networks*
- ….

- A emergência de SP
- A emergência mediática
- A "incomunicação"
- A contrainformação
- Medo e desorientação
- Respostas ineficientes
- Soluções imperfeitas

Contexto de crise: Conteúdos, forma e meios

- A melhor informação disponível em tempo útil
- Colaboração
- Alinhamento, coerência
- Comunicar riscos, esforços/ medidas e resultados
- "Prestar contas"
- A audiência
- Tecnologias
- Interoperabilidade
- …

DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde

ORIENTAÇÃO | da Direção-Geral da Saúde

NÚMERO:	9/2014	Francisco Digitally signed by Francisco Henrique Moura George DN: c=PT, o=Ministério da
01 DATA:	9/10/2014	Moura George Saúde, cn=Francisco Henrique Moura George Date: 2014.12.26 11:00:07 Z
2 ATUALIZAÇÃO:	2/12/2014	
2 ASSUNTO:	Doença por vírus Ébola. Procedimentos perante um doente que se apresente nos serviços de saúde.	
PALAVRAS-CHAVE:	Ébola; Acesso	
PARA:	Profissionais do Sistema de Saúde	
CONTACTOS:	**DGS** – Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde | dspdps@dgs.pt | Linha de Apoio ao Médico: 300 015 015	

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a seguinte Orientação:

1. INTRODUÇÃO

Para diminuir o risco de propagação do vírus Ebola, considera-se importante reduzir a probabilidade de transmissão do vírus a partir de doentes infetados. Assim,

para evitar o contacto com outras pessoas que se encontrem nos estabelecimentos de saúde, os utentes que recorram a esses serviços, com sintomas da doença e com ligação epidemiológica, devem, desde logo, ser isolados numa área restrita, seguindo o Plano de Contingência Interno de cada instituição.

2. PROCEDIMENTOS

Para garantir a triagem inicial o mais precocemente possível, devem ser implementados os seguintes procedimentos:

- Em todos os locais que constituam a primeira linha de atendimento, entendendo-se como tal o primeiro ponto de contacto do utente com o Sistema de Saúde, em especial os balcões administrativos de atendimento e os gabinetes médicos e de enfermagem com acesso direto, deve ser questionado a TODOS os utentes o seguinte:
  - Esteve nos últimos 21 dias na Libéria, na Guiné-Conacri ou na Serra Leoa, ou teve contacto próximo com um doente infetado por vírus Ebola?
  - Se a resposta for afirmativa, deve ser perguntado se tem ou teve febre.

Caso o doente responda afirmativamente a ambas as questões, devem ser seguidos os procedimentos constantes do ponto 4.3 da Orientação n.º 12/2014 "Procedimentos gerais".

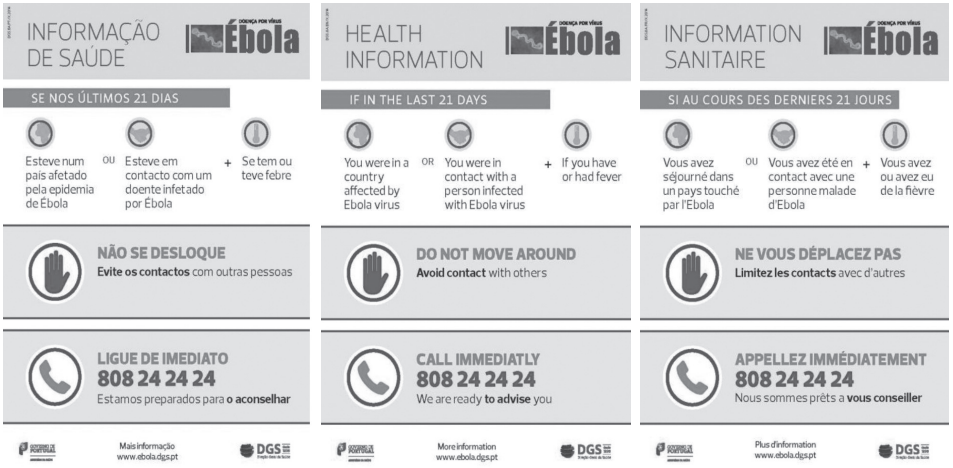
- A área restrita deve estar previamente determinada para o efeito, de acordo com o Plano de Contingência Interno de cada instituição, devendo o Caso suspeito ser para aí conduzido de forma rápida e tranquila, reduzindo a probabilidade de transmissão (contágio), bem como de alarme social.

Para uniformização da mensagem a veicular ao cidadão, não devem ser afixados quaisquer outros cartazes referentes ao Ebola que não sejam emitidos pela DGS.

É revogada a Orientação n.º 017/2014, de 17 de outubro.

Mauritania
Mali
Niger
Senegal
Guinea -Bissau
Burkina Faso
Guinea
Benin
Nigeria
Sierra Leone
Côte d'Ivoire
Ghana
Liberia
Togo
Cameroon
Equatorial Guinea
Sao Tome and Principe
Gabon
Cong

Cartazes


INFORMAÇÃO DE SAÚDE
DOENÇA POR VÍRUS Ébola
SE NOS ÚLTIMOS 21 DIAS
Esteve num país afetado pela epidemia de Ébola
OU
Esteve em contacto com um doente infetado por Ébola
+
Se tem ou teve febre
NÃO SE DESLOQUE
Evite os contactos com outras pessoas
LIGUE DE IMEDIATO
808 24 24 24
Estamos preparados para o aconselhar
Mais informação
www.ebola.dgs.pt
DGS
HEALTH INFORMATION
DOENÇA POR VÍRUS Ébola
IF IN THE LAST 21 DAYS
You were in a country affected by Ebola virus
OR
You were in contact with a person infected with Ebola virus
+
If you have or had fever
DO NOT MOVE AROUND
Avoid contact with others
CALL IMMEDIATLY
808 24 24 24
We are ready to advise you
More information
www.ebola.dgs.pt
DGS
INFORMATION SANITAIRE
DOENÇA POR VÍRUS Ébola
SI AU COURS DES DERNIERS 21 JOURS
Vous avez séjourné dans un pays touché par l'Ebola
OU
Vous avez été en contact avec une personne malade d'Ebola
+
Vous avez ou avez eu de la fièvre
NE VOUS DÉPLACEZ PAS
Limitez les contacts avec d'autres
APPELLEZ IMMÉDIATEMENT
808 24 24 24
Nous sommes prêts a vous conseiller
Plus d'information
www.ebola.dgs.pt
DGS

Botulismo. Marca de alheiras contaminadas vendia sem certificação

Sector teme contágio gerado pela confusão com nome da empresa – Origem Transmontana – e os consumidores estão desconfiados. Luís Portugal afirma ao i que está em contacto com as entidades e que está aguardar o resultado das análises para apurar "toda a verdade".

MELISSA LOPES
melissa.lopes@ionline.pt

"Quem vai sofrer com isto é a nossa Angelina." Atira um dos empregados da Manteigaria Silva, a propósito da notícia dos três casos de botulismo registados este mês no país. É que no foco da contaminação está a marca Origem Transmontana que pode e já está a causar confusão entre os clientes.

Angelina é a marca de alheiras de Trás-os-Montes que a Manteigaria vende. Nada tem a ver com a empresa do ex-concorrente do Masterchef, Luís Portugal, que a pensar que todo o fumeiro de Trás-os-Montes estava contaminado. Expliquei-lhes e ficaram a perceber. Mas e o resto do país?", questiona. "As pessoas, sobretudo as mais velhas, precisam de ser elucidadas."

José Branco assegura que nunca vendeu produtos daquela mar-

Origem Transmontana. Nome da empresa afecta indústria da região

"É preciso fazer a distinção" entre o nome da empresa e os produtos de Trás-os-Montes, alertam

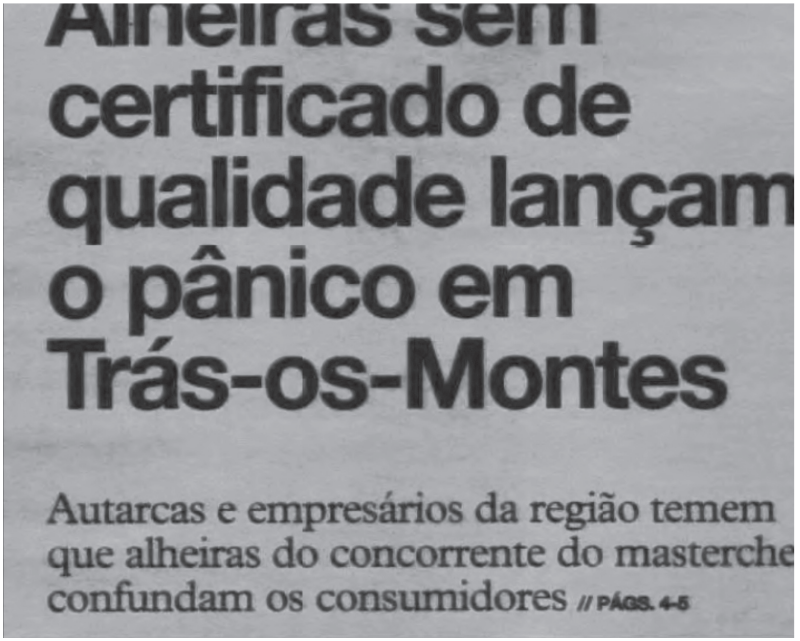
O problema "está no nome". As indústrias de fumeiro e alheiras de Trás-os-Montes temem que os consumidores deixem de comprar os produtos da região devido ao nome comercial da marca associada aos casos de botulismo detectados este mês em Portugal. "A marca Origem Transmontana faz com que os consumidores possam ser levados a pensar que tudo o que é produzido em Trás-os-Montes

tão que não está relacionada com os milhares de alheiras que se produzem em Trás-os-Montes e que são todas de excelente qualidade", explica o presidente da câmara de Vinhais, acrescentando que o importante nesta altura é esclarecer que o problema está em produtos desta marca. "Temos de acabar com os equívocos."

Também Jorge Morais alerta para esta questão: "Quando as

recorda, afirmando ainda q nunca houve casos destes c produtos certificados. "Há m ta burocracia em termos de calização e está tudo a ser cu prido. Não me lembro nunca ter visto um produto de orig certificada, através de uma e dade gestora, a ter problema ressalva Jorge Morais.

O problema põe-se quan "alguém que teve protagonis num programa de televisão


Alheiras sem
certificado de
qualidade lançam
o pânico em
Trás-os-Montes

Autarcas e empresários da região temem
que alheiras do concorrente do masterche
confundam os consumidores // PÁGS. 4-5

3. COMUNICADO CONJUNTO

O botulismo alimentar é uma doença grave, de evolução aguda, com sintomas digestivos e neurológicos, resultante da ingestão de diversos tipos de alimentos, contendo toxinas formadas pelo *Clostridium botulinum* no próprio alimento.

No mês de setembro de 2015 foram notificados três casos de botulismo alimentar, confirmados laboratorialmente, não tendo sido registado nenhum óbito. Na sequência da investigação epidemiológica, ainda em curso, foi possível determinar que a origem destes casos de doença está associada à ingestão de produtos alimentares fumados (alheiras), comercializados apenas com a seguinte marca comercial:

origem
transmontana

Os produtos referidos podem ter sido distribuídos e comercializados em diversos pontos do país, podendo encontrar-se na posse dos consumidores, considerando que é frequente a congelação doméstica dos mesmos.

1. **Retirada imediata dos produtos à base de carne e dos queijos, da marca comercial "Origem Transmontana", dos circuitos de distribuição e comercialização;**

A Terra é redonda e vai continuar redonda. Não fazemos nada sozinhos. Interação entre PESSOAS e a **COMUNICAÇÃO.**

PLANO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE (PCS): EVITAR O CONTÁGIO POR VÍRUS EBOLA NOS PALOP

Isabel de Santiago

Com orientação científica de:
Prof. Doutor José Pereira Miguel
e Prof. Doutor Francisco Antunes

INTRODUÇÃO

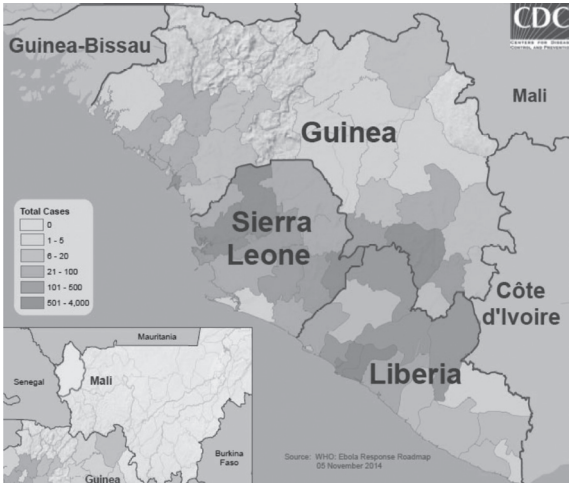
- Epidemia
- Doença
- Transmissão
- Intervenções
- Países em risco
- Plano Proposto

EPIDEMIA

- África Ocidental está a ser alvo de uma epidemia causada por vírus Ebola afetando vários países.
- Guiné-Conacri, Libéria, Serra Leoa estão a ser gravemente atingidos e têm poucos recursos para lhe fazer frente.
- Apesar das intervenções realizadas com a ajuda de diversos países e organizações, a epidemia não está controlada.
- Os países vizinhos e outros mais distantes correm o risco de serem também afetados.

			Number of cases	Number of deaths
			Cumulative	Cumulative
Guinea	31 January 2015	Confirmed	2593	1595
		Probable	342	342
		Suspected	24	Not available
		Total	2959	1937
Liberia	28 January 2015	Confirmed	3138	Not available
		Probable	1864	Not available
		Suspected	3666	Not available
		Total	8668	3710

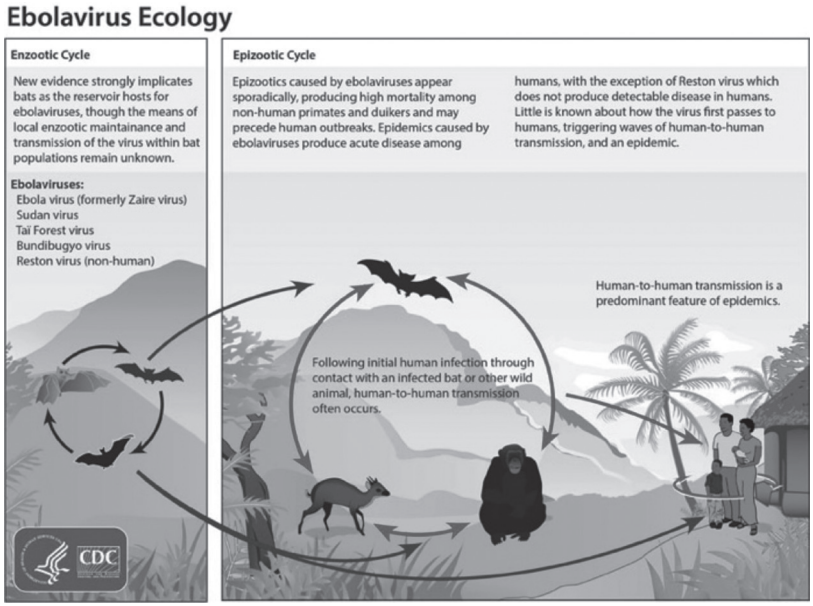
Sierra Leone	**31 January 2015**	**Confirmed**	8042	2908
		Probable	287	208
		Suspected	2378	158
		Total	10 707	3274
All Countries		Total	22 334	8921



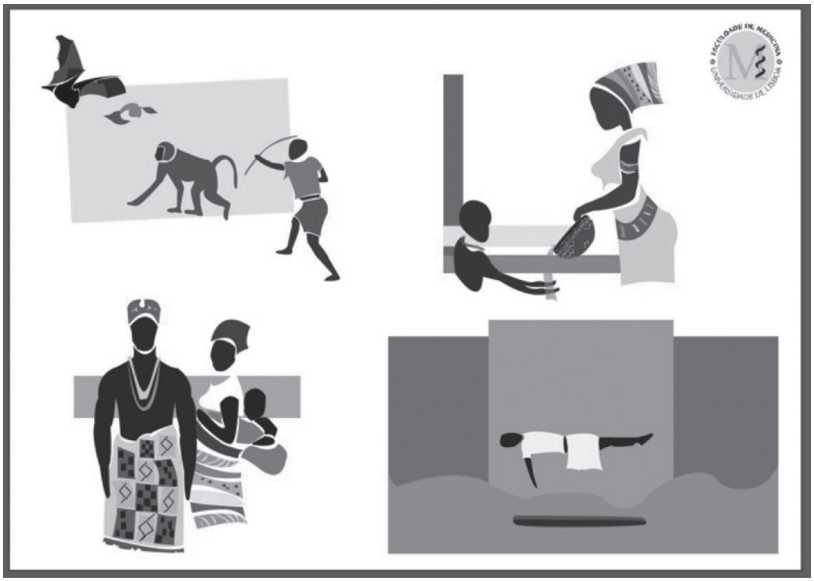
Fonte: CDC

DOENÇA

- A doença por vírus Ebola é uma zoonose africana transmitida ao homem através de reservatório animal (morcegos da fruta) e hospedeiros intermediários (macacos e outros vertebrados).
- A doença provocada por vírus Ebola, anteriormente incluída no grupo das febres hemorrágicas (Lassa e Marburgo), apesar da raridade das manifestações hemorrágicas, tem uma elevada taxa de letalidade em África.
- Os sintomas sugerem doenças comuns em África (Malária e Febre Tifóide), como febre, vómitos e diarreia, acompanhados de um mau estado geral e, por vezes, hemorragia.
- Não existe terapêutica anti-vírus Ebola nem vacina disponíveis.



Fonte: CDC



Alunos da Escola Secundária e artística António Arroio, Lisboa, em parceria com o IMP&SP

TRANSMISSÃO

O contágio só ocorre após o início da doença. Durante o período de incubação – até ao 21º dia – o portador não representa risco de transmissão do vírus. Neste período não representa ameaça para as pessoas que o contactam.

INTERVENÇÕES

De momento (2015), o tratamento disponível fundamenta-se nas medidas de suporte de vida, até à recuperação do doente.

Para combater a epidemia, os esforços têm-se centrado na melhoria dos cuidados de saúde, na formação de pessoal técnico, nas medidas de proteção individual, no diagnóstico e tratamento precoces, com o apoio internacional.

A informação e a educação das populações, principalmente dos familiares e amigos dos doentes, tem sido crucial, por forma a prevenir a transmissão, adotando medidas de proteção individual no contato com os doentes e com os cadáveres dos infetados.

Tendo em conta o risco e a expansão de novas epidemias, a informação e a educação mais abrangentes tornam-se essenciais na prevenção e no controlo de potenciais surtos epidémicos.

PAÍSES EM RISCO

Além dos países diretamente atingidos, outros países africanos com fronteiras terrestres comuns estão especialmente expostos.

Países mais distantes, mas com ligações aéreas, trocas comerciais frequentes, migrações e sistemas de saúde mais débeis são também considerados vulneráveis.

Por estes critérios, dos PALOP africanos, está particularmente em risco, pela proximidade, a Guiné-Bissau. Mas Cabo-Verde, São Tomé e Príncipe e Angola têm, também, condições, se bem que mais remotas, para a expansão da doença. Moçambique pode considerar-se menos vulnerável.

PLANO PROPOSTO

O PCS proposto visa contribuir para minimizar o risco de contágio por vírus Ebola nos PALOP.

O Plano pretende, também, capacitar para uma melhoria geral das condições sanitárias das populações.

No delineamento do Plano, são especialmente considerados os contextos sociais e culturais das populações-alvo, com destaque para os costumes, tradições e religião.

O Plano será realizado em articulação com as autoridades competentes dos países visados, aos níveis nacional e local.

Serão utilizadas mensagens-chave simples, acessíveis a adultos e a crianças, transmitidas por diversos meios áudio e visuais, através de mediadores (pontos focais) especialmente treinados para o efeito.

O PCS apoia-se num *edutainer* (educação+entretenimento) profissional.

OBJETIVOS

Prevenir o contágio por vírus Ebola: Comunicação e Informação em saúde junto dos habitantes das aldeias e tabancas dos países-alvo – através dos seus líderes e Homens-Grandes, com o apoio de pontos focais especialmente treinados para o efeito pelo *edutainer*.

Promover a higiene (em geral).

METODOLOGIA

- Metodologia geral
- Público-alvo
- Intervenções
- Mensagens-chave
- Materiais
- Parceiros institucionais
- Cronograma

METODOLOGIA GERAL

Coordenação do Plano com as autoridades nacionais e locais de forma a articular as intervenções com outros esforços em curso.

Diagnóstico social e cultural das populações visadas – realizado em colaboração com os pontos focais e os líderes de forma a ajustar o Plano às realidades locais.

Estabelecimento de um "protocolo de comunicação", para utilização das técnicas e materiais de *edutainment*, adaptado a cada comunidade.

Mobilização social – estabelecimento de diálogo e colaboração com os membros e grupos sociais mais relevantes, para construir a confiança coletiva e a aceitação das intervenções.

PÚBLICO-ALVO

Pontos focais – escolhidos entre os profissionais da Saúde Pública e os habitantes das comunidades.

Líderes de opinião das comunidades.

Habitantes das comunidades – homens e mulheres, adultos, jovens e crianças.

Zonas geográficas – áreas acordadas com as autoridades. Prioridades: Guiné-Bissau – próximas da fronteira com a Guiné-Conacri; Cabo-Verde – ilhas com aeroporto internacional.

INTERVENÇÕES

Treino dos pontos focais nas várias etapas de intervenção, em particular, nas ações de *edutainment*.

Reuniões com os líderes das comunidades para explicação de todo o processo e familiarização com o programa de trabalhos e conteúdos.

Sessões de *edutainment* com os habitantes – separadas para homens e mulheres, ou tomando em consideração os grupos sociais, conforme os hábitos e tradição das comunidades.

Ações envolvendo os media disponíveis (utilizando os dialetos mais adequados): SMS para telemóveis; filmes (reportagens) e ações de *edutainment* nas TV locais, *spots* nas rádios locais, folhetos e cartazes com mensagens-chave.

MENSAGENS-CHAVE

Sobre os riscos de transmissão do vírus e a prevenção, nomeadamente:

- Sobre a higiene nos funerais.
- Sobre a higiene pessoal (mãos, excreta).
- Sobre a higiene das mães para com as crianças.

MATERIAIS

Cartazes (plastificados) com figuras ilustrativas das mensagens-chave – para afixar e oferecer a cada comunidade.

Traje para o comunicador em saúde/ponto focal – de modo a ser facilmente reconhecido e se inserir no seio da comunidade.

Desenhos e ilustrações para apoio das sessões e media – explicativos das mensagens-chave.

Peças de rádio, televisão e SMS.

Os diversos materiais serão escritos em português e nos dialetos mais adequados.

PARCEIROS INSTITUCIONAIS

Instituições proponentes

Instituto de Medicina e Preventiva & Saúde Pública, FMUL

Fundação Luso Americana para o Desenvolvimento

Instituições beneficiárias

Ministério da Saúde da Guiné-Bissau

Ministério da Saúde de Cabo Verde

Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe

EQUIPA DE PROJETO

Autoria: Isabel de Santiago, Un. Com. em Saúde, IMP&SP, FMUL (edutainer& comunicadora em saúde). Orientação Científica: Prof. Doutor José Pereira Miguel, Diretor IMP&SP, FMUL e Prof. Doutor Francisco Antunes, ISAMB e ex-diretor Serviço de Doenças Infeto-contagiosas CHLN, EPE. Co-edutainers: Delegados de saúde santomenses: Dres. Amadeu Maia, Carlos d'Almeida, Filomena Monteiro; Maida Ramos, Manuela Costa, Felicia Silva, Ana Silva.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

					2014			2015											
					10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tarefa Nº	Designação	Pessoas*mês	Investigador responsável	Acronimos dos envolvidos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Conclusão do Plano de Educação Prevenção Ébola nos PALOP		Isabel de Santiago	IDS															
2	Aprovação Parceiro financiador FLAD																		
3	Apresentação Projeto Parceria CHLN																		
4	Envio do Plano de Educação Prevenção Ébola nos PALOP OMS Africa																		
5	Envio para autoridades nacionais de saúde dos países																		
6	*Reuniões de informação nas capitais com autoridades nacionais de saúde pública*																		
7	*Recomendações dos Pontos focais de cada comunidade*																		
8	Recomendações dos Pontos focais de cada tabanca																		
9	Elaboração de conteúdos de acordo com o nível de literacia e cultura religiosa																		
10	Aplicação de técnicas de edutainment com as comunidades H e M																		
11	1. Avaliação do ensino (training trainees – edutain edutainees)																		
12	2. Avaliação da aprendizagem																		
13	3. Avaliação global do projeto																		
14	Avaliação do impacto																		
15	Elaboração de relatório final																		
		0																	

AVALIAÇÃO

O processo e os resultados do Plano de Comunicação em Saúde serão submetidos a avaliação nos seguintes termos:

- Avaliação do ensino e das sessões – pelos pontos focais e pelos habitantes
- Avaliação da aprendizagem – pela equipa de projeto
- Avaliação global do projeto – pelas instituições beneficiárias

BIBLIOGRAFIA

The Lancet: Ebola: an open letter to European governments, Vol 384, Outubro, 2014
The Lancet, Controlling Ebola: next steps, Outubro, 2014.
The Lancet, Ebola: what lessons for the IHR, Outubro, 2014.
The Lancet, Editorial "The medium and the message of Ebola", November 8th 2014
AMP, Ebolavirosis: a 2014 Review for Clinicians, Outubro, 2014.

NEJM, Ebola Virus Disease in West Africa – The First 9 Months of the Epidemic and Forward Projections; Outubro, 2014.

The Handbook of Development Communication and Social Change ; Wilkins, Karin G; Obregon, Rafael Abril 2014.

A Handbook for Health Communicating environmental, safety and health risk, Lundgren, Regina E.; MacMakin, Andrea H.

CDC – Atlanta – http://www.cdc.gov/

European Commission – Public Health http://ec.europa.eu/health/index_en.htm

http://www.who.int

http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/20-october-2014/en/

Global Alert and Response (GAR) http://www.who.int/csr/alertresponse/en/

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NOS DOMÍNIOS DAS REDES SOCIAIS, INTERNET E APLICAÇÕES MÓVEIS

Carol Crawford[8]

8 Carol Crawford, MPA, is the Digital Media Branch Chief, Division of Public Affairs in the Office of the Associate Director at the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

É uma honra estar aqui hoje para vos falar sobre comunicação em saúde e os meios digitais.

É muito gratificante constatar esta enfase na comunicação em saúde na Escola de Medicina. Estou muito satisfeita por estar aqui. Se estiver a falar demasiado depressa, por favor, avisem-me, façam-me um sinal.

Já tinha referido que vou falar pormenorizadamente sobre os meios digitais e a forma como suportam os nossos esforços de comunicação em saúde. Mas, antes de o fazer,gostaria de vos dar uma rápida panorâmica sobre a comunicação em saúde no CDC.

Tenho a sorte de trabalhar no Gabinete de Comunicação de Saúde no CDC. Na agência, globalmente, temos várias centenas de colaboradores que estão dedicados à comunicação em saúde. Desempenho funções de Diretora da Divisão que é responsável pelos assuntos públicos e a nossa Unidade de Assuntos Públicos trata dos meios de comunicação social, que faz entrevistas, jornalismo, etc. Temos os meios digitais sobre os quais irei falar hoje e também temos as comunicações internas, pois temos uma agência grande e é extremamente importante comunicarmos com os nossos colaboradores.

No nosso gabinete também contamos com especialistas na avaliação da comunicação em saúde, literacia da saúde, vídeo, gráficos, tudo o que é necessário para as campanhas de saúde.

Mas o que também temos é um vasto número de centros nacionais no CDC, por exemplo, temos o Centro Nacional das Doenças Crónicas, da Vacinação, das Doenças Respiratórias e em cada um destes centros temos Diretores de Comunicação e pessoal de comunicação em saúde que trabalham nestes centros.

Por exemplo, na nossa equipa da gripe, há uma especialista de comunicação em saúde que se dedica à comunicação sobre a gripe. Trabalha com cientistas, especialistas da gripe e desenvolve com estes material de comunicação. Trabalha em várias disciplinas, porque, para além de ser especialista na gripe, também apoia os esforços envidados junto dos meios de comunicação, assim como apoia os nossos esforços na área digital, apoiando-nos no desenvolvimento de campanhas, de ações

de alterações de comportamentos e também trabalha com outros colaboradores do nossos gabinetes, na sede, quando precisam de conhecimentos mais especializados sobre uma determinada disciplina.

Por isso, como podem ver, damos uma clara enfase à comunicação em saúde que é apoiada por toda a agência e é algo que, com o passar do tempo, tem reunido o apoio de outros peritos científicos que têm cargos de liderança no CDC.

Mas, hoje, concentrar-me-ei na forma como os meios digitais e, quando digo meios digitais, estou, de facto, a referir-me às redes sociais, à internet, ao telemóvel, a todas as formas através das quais usamos a tecnologia para fazer a comunicação em saúde e como esta comunicação é suportada pela tecnologia. A forma como as redes sociais são usadas pelo CDC e vou apresentar-vos um estudo de caso, uma campanha realizada nas redes sociais que realizamos no CDC. Gostaria de falar um pouco mais sobre a importância do telemóvel na comunicação digital em saúde e de termos a certeza que todas estas atividades funcionam nos telemóveis, pois tenho a certeza que têm todos um telemóvel no bolso e de vos mostrar como é que desenvolvemos uma aplicação móvel para fazermos um tipo de educação diferente e sobre a importância da integração digital e depois um breve resumo.

Não estou à espera que compreendam ou que se concentrem em todas as setas que podem ver neste slide. Na verdade, gostaria de vos transmitir uma mensagem chave, todas as atividades nos meios digitais têm um âmago: a estratégia de comunicação. Usam os meios digitais para vos ajudar a responder às vossas necessidades de comunicação. Para alcançarem o público, para comunicarem a mensagem, para promoverem alterações de comportamentos recorrendo a toda uma variedade de canais digitais que usam para disseminar a mensagem de saúde que tenham desenvolvido.

Os meios digitais são essenciais. Têm sido essenciais nas atividades de comunicação do CDC, desde há vários anos. Mas, na verdade, permitem-nos no CDC ter um acesso muito direto aos nossos públicos-alvo. No CDC não tratamos doentes, precisamos de arranjar formas de alcançar os nossos públicos-alvo.

A comunicação rápida que foi referida anteriormente é muito importante. Frequentemente, fomos confrontados com crises e emergências na área da saúde durante as quais tivemos de divulgar informação de saúde rapidamente e os meios digitais e as redes sociais permitem-nos fazê-lo.

Podemos partilhar, conseguir o envolvimento dos nossos públicos. No passado, muitos dos nossos esforços, pelo menos nos EUA, eram envidados através de fichas de dados, panfletos, *posters* e atividades de comunicação em saúde que eram, sobretudo, estáticas. As redes sociais permitem-nos, realmente, uma troca de informação com os nossos públicos-alvo, permitem-nos ouvir as suas preocupações e responder-lhes em tempo real *online* e permitem um diálogo nos dois sentidos.

Podemos partilhar conteúdos com novos públicos aos quais o CDC não tinha uma exposição no mundo digital e que são relevantes para o envolvimento.

A possibilidade de ouvir e responder em tempo real é barata. Sobretudo ouvir. Por exemplo, podemos aprender muito sobre aquilo que as pessoas não compreendem acerca da vacina contra a gripe. As razões pelas quais as pessoas podem ficar preocupadas ou com medo de fazer a vacina contra a gripe. Podemos acompanhar este tipo de conversa nas redes sociais e incluir estes elementos no nosso trabalho de modo a comunicarmos de uma forma mais eficaz.

É muito importante que as redes sociais não sejam vistas como algo separado e independente em relação às atividades de comunicação em saúde. Devem realmente fazer parte de uma estratégia de comunicação em saúde global e de atividades de comunicação tradicionais que visam uma alteração de comportamentos. Suportando estas mesmas atividades.

Outro aspeto muito relevante das redes sociais é que são um grande fórum para disseminarmos mensagens numa linguagem simples.

Algo que também já foi referido por vários oradores, precisamos de usar uma linguagem simples para comunicarmos com os nossos públicos. Precisamos de transformar informação complexa sobre saúde em algo muito mais simples, com um apelo simples para a ação.

Na verdade, os canais, em particular as redes sociais, forçam-nos a fazê-lo. Por exemplo, no caso do Twitter só temos 140 caracteres para divulgar informação sobre saúde. Por isso, somos obrigados a dispender tempo e a pensar numa forma de explicar a informação. Informação que o público quer usar. Até mesmo no caso do CDC, mesmo tendo em conta toda a enfase que é dada à comunicação em saúde, os nossos cientistas e médicos frequentemente produzem informação demasiado

complexa para ser entendida pelo público, por isso, penso que as redes sociais são uma excelente forma de facilitar a simplificação.

Existem algumas áreas que, na minha opinião, são realmente cruciais para se ter sucesso nas redes sociais e irei dar-vos alguns exemplos. Mas fizemos várias campanhas digitais de comunicação em saúde e nas redes sociais e estas são as lições que aprendemos. Na estratégia que tenho vindo a referir, e que terei a oportunidade de referir várias vezes, é crucial que tenham uma estratégia de comunicação em saúde, que não se limitem a dizer: as redes sociais são fixes ou é interessante usar as redes sociais, por isso, vamos às redes sociais. É necessário ter uma estratégia para a comunicação em saúde e sermos eficazes.

Nas redes sociais e nos meios digitais, há muita concorrência. São muitos os sítios onde se pode encontrar informação sobre saúde e são muitas as conversas. É importante que os nossos conteúdos sejam bons. No CDC é um espaço importante para nós, porque somos uma fonte credível de informação factual nos EUA. Por isso, sabe-se que os nossos conteúdos digitais são robustos e são bons conteúdos. Por isso, o espaço para profissionais como nós é usarmos estes meios e garantir que as pessoas estão a receber informação precisa. Há muita desinformação sobre saúde nos canais digitais.

Integração. Irei falar mais sobre a integração, mas é importante que todas as atividades digitais se apoiem umas às outras. O envolvimento que referi quer se esteja a iniciar uma campanha nos meios digitais ou a usar os meios digitais para a comunicação em saúde não devemos recear o envolvimento. No CDC, quando as redes sociais começaram a estar disponíveis, havia muitas preocupações sobre esta conversa nos dois sentidos. Era assustador pensarmos que teríamos de responder a comentários, que as pessoas pudessem ser negativas, que poderíamos ser assediados online, que as coisas dessem para o torto. Mas, na realidade, nada disto aconteceu. O envolvimento é globalmente positivo e é algo que não devemos recear e, de facto, tem reforçado o nosso trabalho de comunicação em saúde termos este diálogo com o nosso público.

Nas redes sociais é muito importante termos uma estratégia de comunicação, analisarmos as nossas mensagens, analisarmos o público que estamos a tentar alcançar e tentar articular os canais. Não tive a oportunidade de procurar as estatísticas

relativamente ao uso das redes sociais em Portugal, mas nós atualizamos regularmente os dados demográficos para sabermos quem é que usa quais canais nas redes sociais. Por isso, sabemos quem são os nossos públicos no Twitter, no Facebook, na internet, no telemóvel, sabemos onde estão os nossos públicos.

Mais adiante irei falar mais um pouco sobre os chamados influenciadores, as pessoas que conseguem alcançar os nossos públicos de forma mais direta nestes canais.

Avaliamos constantemente os nossos meios digitais e os esforços globais de comunicação em saúde. Estas avaliações podem ser muitos formais, sendo elaborado um documento final, mas também fazemos muitas avaliações informais daquilo que fazemos nas redes sociais. Estas informações são integradas diária ou mensalmente de modo a melhorarmos os nossos esforços de comunicação.

Dedicarei, de forma breve, parte da minha apresentação apenas às redes sociais.

O CDC já está nas redes sociais há bastante tempo e não sei se estes exemplos foram populares em Portugal ou não, mas tivemos uma página no *Myspace* e uma ilha no *Second Life*. São dois exemplos de redes sociais que já não são realmente usados nos EUA. Por isso, temos de experimentar e, se as redes sociais ou meios digitais deixam de ser usados, nós também deixamos de os usar, mas é importante mantermo-nos atualizados em relação às tecnologias que são usadas.

Por isso, estamos desde há bastante tempo online, mas, em 2009, houve o surto de HN1N e foi nesta altura que eu e a agência realmente entendemos que as redes sociais são cruciais para a comunicação em saúde. Tínhamos acabado de abrir a nossa conta no Twitter e tínhamos cerca de dez mil seguidores. No espaço de um mês, após o início da crise do HN1N, tínhamos um milhão de seguidores no Twitter. Havia uma enorme procura de informação. As pessoas estavam à espera de receber atualizações regulares do CDC nas redes sociais e não apenas através da televisão. As pessoas queriam atualizações regulares nas redes sociais, no nosso *website* e, desde então, diria que as redes sociais e os meios digitais apoiam a nossa comunicação em saúde, fazem parte integral daquilo que normalmente fazemos e assim é há já vários anos. É um dado adquirido que existe uma componente digital em qualquer campanha ou ação de educação para a saúde ou em qualquer crise.

Abordarei este tema de forma breve.

Se estão a considerar usar as redes sociais na comunicação em saúde, uma vez mais a vossa estratégia de comunicação é a base para todo o trabalho e podem melhorar as vossas táticas e as vossas estratégias de envolvimento nas redes sociais. Podem começar por ouvir e monitorizar, algo que já referi, que poderá ser a única coisa que façam no âmbito da comunicação em saúde sobre um determinado tópico. Talvez só precisem de saber mais sobre quais são as preocupações do vosso público, sobre a desinformação e qual o tipo de informação que o vosso público precisa.

A seguir podem desenvolver a vossa estratégia para promoverem uma consciencialização geral sobre o vosso tópico e alcançarem o vosso público. Depois, o envolvimento é outro nível da comunicação em saúde nas redes sociais e as duas primeiras são mais dispendiosas. Exigem muito mais trabalho e estratégia, se quiserem aumentar o interesse em relação à consciencialização, se pretendem conseguir uma redução da ingestão de sal. A realização de uma campanha nacional nas redes sociais é algo dispendioso que consiga pôr as comunidades digitais a discutirem assuntos relacionados com a saúde é o nível mais elevados de utilização das redes sociais para ajudar a mudar comportamentos.

Muito resumidamente, gostaria de dizer que o CDC tem uma grande presença nas redes sociais, temos várias contas, que criamos e alteramos todos os dias.

Estou a partilhar convosco esta informação para que compreendam quão dispendiosa é a utilização das redes sociais no CDC.

Não sei como é que desenvolvem o vosso trabalho, mas no CDC tenho estas contas todas, mas tem de ser tudo organizado, por isso temos uma política para a utilização das redes sociais.

Por isso, se alguém quer criar um novo canal nas redes sociais, tem de ser aprovado por mim. Eu tenho de compreender quais são as necessidades de comunicação que têm, a estratégia, por que razão é que querem criar a conta e têm de ter um processo para a autorização dos conteúdos e dos materiais que são divulgados.

A seguir é preciso pensar sobre a forma como os nossos colaboradores podem usar as redes sociais para falarem sobre os seus temas.

Faço aqui referência a este aspeto, porque, às vezes, as redes sociais podem ser um pouco assustadoras e a existência de políticas que regem a utilização das redes sociais ajuda a ter uma comunicação em saúde sem sobressaltos.

É apenas um exemplo. Alguns exemplos rápidos sobre a forma como, regra geral, usamos as redes sociais. O *slide* cor-de-rosa é um questionário que fizemos no Facebook. No Facebook as coisas têm de envolver mais as pessoas. Neste caso era sobre a prevenção de DST. No meio tivemos um *chat* com os nossos detetives de doenças. É um *hangout chat* da Google com vídeo. Fizemos uma sessão de perguntas e respostas no Facebook sobre o Ebola, os nossos detetives de doenças estiveram disponíveis, assim como os nossos especialistas em Ebola para responderem a perguntas e falarei um pouco mais sobre o que fizemos num *workshop*.

A nossa Campanha Coração Saudável inclui gráficos, receitas, lembretes, etc. nas redes sociais.

No CDC parte da nossa comunicação é orientada para outros profissionais de saúde. Por isso, temos uma campanha orientada para profissionais, para os chamados "cromos" da saúde pública. Não sei se é possível traduzir "nerd" ou não. Mas é dirigida às pessoas que estão mesmo interessadas na saúde pública.

Por isso, vou mencionar apenas alguns exemplos.

No CDC todas as pessoas que ocupam cargos de liderança estão nas redes sociais, por isso, o Dr. Tom Frieden, o Diretor do CDC tem uma conta no Twitter, é um apoiante incondicional da comunicação em saúde e da comunicação em geral.

Por isso, não só tem a sua própria conta no Twitter assim como faz *tweets* todos os dias, várias vezes por dia, nós trabalhamos com ele na gestão da conta, mas é ele que escreve e revê todos os conteúdos no Twitter. Foi algo que o nosso Diretor abraçou. Dá entrevistas aos meios de comunicação, quando está a rever os materiais com o pessoal com formação científica pergunta sempre qual é a estratégia de comunicação. Onde é que está o vosso plano de comunicação em saúde? É algo a que o nosso Diretor dá realmente grande enfase. E não é só o Dr. Frieden que está nas redes sociais, são muitos os especialistas em várias áreas que também estão nas redes sociais o que, em certa medida, tem um efeito apaziguador nas redes sociais. Quando se pode falar diretamente com os principais líderes.

Nos Estados Unidos, os nossos meios de comunicação estão muito presentes nas redes sociais. Por isso, existe uma grande integração entre as nossas redes sociais e as nossas atividades noticiosas, algo que estamos sempre a integrar nos nossos esforços de comunicação em saúde.

Se um determinado tema ou assunto está nas notícias e o CDC tem informação sobre esse tema, queremos disponibilizá-la rapidamente nas redes sociais para termos notoriedade, podemos convidar pessoas para a nossa informação sobre saúde ou campanhas de saúde.

Por isso, tentamos acompanhar de perto as notícias para termos a certeza que participamos na conversa e que estamos a influenciar a conversa com informação sobre saúde factual, credível.

Os influenciadores são aqueles que já têm acesso ao vosso público.

Há pessoas que já têm contas nas redes sociais bem estabelecidas. Um exemplo são as mães *bloggers*, pessoas que têm como seguidores as mães que estão em casa a tomar conta dos filhos. São pessoas chave que queremos alcançar com informação sobre saúde. Não ficamos à espera que as pessoas venham à conta Twitter ou ao *website* do CDC. Nós trabalhamos com os influenciadores que têm acesso a estes públicos e pedimos-lhes para partilharem os nossos conteúdos nas redes sociais, pedimos-lhes que influenciem as pessoas com as quais já estão ligados. O CDC é uma organização nacional, os nossos funcionários de saúde pública locais trabalham com as redes sociais e vou dar-vos apenas um pequeno exemplo deste tipo de trabalho. Eu vivo numa pequena cidade, nos arredores de Atlanta, e a nossa escola secundária tem um clube e eles têm uma conta Twitter e o nosso colaborador responsável pela saúde pública local pediu aos miúdos que gerem a conta Twitter que promovessem a vacinação contra a gripe. Estavam a ser influenciados pelos seus pares para irem fazer a vacina contra a gripe e tivemos a taxa mais alta de vacinação contra a gripe no nosso condado, graças às redes sociais, recorremos aos pares para alcançar as crianças e foi mais eficaz, uma forma rápida de ajudar.

Resumidamente, gostaria de referir que a avaliação é extremamente importante, existem várias formas de avaliarmos constantemente o que fazemos nas redes sociais. Queremos saber se as pessoas estão a ver a informação que disponibilizamos nas redes sociais. Se estamos a alcançar pessoas suficientes, podemos medir o nosso alcance, existe toda uma série de ferramentas que nos podem ajudar a compreender quantas pessoas é que estamos a alcançar.

Estamos a conseguir o envolvimento pretendido?

Fazemos *posts* e as pessoas não voltam a fazer *tweets* desses *posts* ou não fazem *like*. Nesse caso pode ser preciso trabalhar nos nossos conteúdos.

Estamos a orientar a conversa?

Somos um influenciador nesse tema?

E reportamos estes dados regularmente para monitorizar o que estamos a fazer.

Referi a crise do HN1N em 2009 e irei falar mais sobre este assunto neste *workshop*. Mas as redes sociais foram cruciais nesta crise.

No caso do Ebola, a procura por informação digital disparou, a nossa presença nas redes sociais foi intensa, muito intensa, porque as pessoas querem informação rápida, querem informação rapidamente. A informação surge no Twitter ou nas redes sociais antes mesmo de a vermos nas notícias. Por isso, temos de os usar, temos de os dominar. O envolvimento e o ouvir a conversa sobretudo à medida que a crise está a crescer rapidamente é inestimável para se informar a estratégia de comunicação em saúde. Os receios da desinformação que surgem frequentemente no início de uma crise podem ser diretamente abordados por nós através das redes sociais. Permite-nos estar rapidamente presentes neste espaço e partilhar informação sobre saúde e é uma forma muito rápida de divulgar as mensagens de ação que as pessoas precisam de saber para essa crise.

Vou apresentar rapidamente um caso de estudo. Um dos esforços que desenvolvemos.

Infelizmente, nos Estados Unidos temos um problema com consumo abusivo de medicamentos de receita médica obrigatória. Todos os dias morrem cerca de 44 pessoas e nós queríamos fazer uma campanha nas redes sociais que não fosse dirigida aos doentes com um consumo abusivo de analgésicos. Queríamos alcançar os profissionais de saúde pública e os clínicos, as enfermeiras, que possam afetar uma alteração deste comportamento. As pessoas que podem prescrever menos este tipo de medicamentos. As pessoas que podem mudar a política, as pessoas que podem criar uma consciencialização nesta área.

Por isso, não foi uma campanha para o consumidor normal. A campanha foi pensada em função de outras atividades de comunicação no âmbito do consumo abusivo de medicamentes de receita médica obrigatória. Houve uma estratégia de comunicação e uma vez mais estávamos à procura dos influenciadores, os médicos, os enfermeiros, são os influenciadores, são as pessoas que têm acesso direto às pessoas

com um consumo abusivo de medicamentos sujeitos a prescrição médica. Houve um evento nacional com grande projeção que aproveitamos para criar alguns conteúdos para as redes sociais.

Criámos indicadores de modo a avaliarmos o sucesso desta campanha nas redes sociais, para medirmos o tom dos comentários, dos *posts*, a qualidade e o apelo do que era gerado para termos uma ideia, tratava-se de conteúdos gerados pelos utilizadores. Quantas pessoas é que participavam na campanha e a visibilidade da campanha. Se havia um envolvimento destes influenciadores e dos responsáveis pelos processos de decisão.

Muito embora não tenham sido alcançados todos os resultados, tivemos muito sucesso com esta campanha.

Vou dar-vos alguns exemplos.

O que fizemos foi pedir às pessoas que partilhassem a sua história, algo que não é tão fácil quanto isso. Nem toda a gente quer contar a sua história. Por isso, começamos com alguns voluntários que estavam a participar num evento nacional, neste exemplo foi dito: "Já não sou apenas um número. Consegui quebrar o ciclo." Esta história, em concreto, também tinha um vídeo, quem deu o testemunho fala um pouco mais sobre a sua história e a forma como conseguiu deixar de ter um consumo abusivo de analgésicos.

Aqui temos outra história de um sobrevivente deste consumo abusivo. Fez parte das nossas forças militares, lutou pela nossa liberdade e ainda continua a lutar para ultrapassar a dependência.

Este, na minha opinião, é particularmente bom para os nossos influenciadores: "Sou epidemiologista e até eu tenho um consumo abusivo de analgésicos."

Penso que este, em particular, teve um impacto junto do nosso público-alvo de médicos e enfermeiros. Alguém da mesma área reconhece que tem um problema deste tipo.

Aqui temos mais conteúdos criados pelos utilizadores.

Neste caso é uma enfermeira de uma escola e o *post* da enfermeira da escola é que a filha está a recuperar e diz que é possível ter esperança e que as pessoas conseguem ultrapassar a dependência.

Por isso estamos a falar de histórias contadas pelos próprios utilizadores.

O objetivo não era realmente um objetivo de educar.

Tratava-se sobretudo de consciencializar, de fazer com que o assunto fosse visto como algo mais pessoal junto do nosso público-alvo e fazer com que ficasse mais interessado e possivelmente que influencie o que acontece relativamente a esta problemática.

Tivemos cerca de três mil *tweets*, acreditamos que foram vistos por cerca de vinte cinco milhões de pessoas. Tivemos trinta e oito mil visualizações dos vídeos que colocamos no Facebook e online. Foi feita a cobertura noticiosa das histórias e do evento o que complementou as nossas atividades nas redes sociais. É apenas outro exemplo da forma como integramos a imprensa. Um dos jornais de cobertura nacional publicou a história, por isso, quando os jornais fazem a cobertura das histórias, são incluídas nas nossas redes sociais para que as pessoas vejam o que foi publicado online. Nos Estados Unidos determinados grupos demográficos e a maioria das pessoas não acompanham as notícias na televisão, fazem-no na internet ou nas redes sociais, por isso é uma forma importante de alcançarmos determinados públicos.

Assim, pensamos que foi uma campanha em que fomos bem sucedidos e espero ter-vos dado uma noção da forma como usamos as redes sociais.

Vou agora falar rapidamente sobre as nossas atividades orientadas para os telemóveis e concentrar-me-ei menos nas redes sociais.

Tenho a certeza que têm todos os vossos telemóveis convosco. A utilização do telemóvel é enorme. A última vez que consultei as estatísticas, 55% das pessoas no mundo inteiro têm um telemóvel. Obviamente o mesmo não acontece nos países subdesenvolvidos. No CDC o meu trabalho de comunicação em saúde visa sobretudo o público nacional. As pessoas estão constantemente a consultar o telemóvel. É a primeira coisa que fazem de manhã e a última coisa que fazem antes de se deitarem. O nosso tráfego no CDC, mais de metade do tráfego é proveniente de telemóveis.

Por isso, é imperativo que a nossa informação sobre saúde e que as nossas campanhas de comunicação em saúde sejam pensadas para o telemóvel. Não podemos partir do pressuposto que as pessoas vão ao nosso *website* ou que fazem algo mais tradicional para receberem a nossa informação sobre saúde. Por isso, o acesso através do telemóvel é muito importante. Vou dar-vos um exemplo muito rapidamente. Espero que contem

com a vossa equipa de tecnologia, se tiverem o vosso *website* para garantirem que é acessível a partir de todo o tipo de dispositivos que existem atualmente.

Por isso, o *website* do CDC é acessível a partir de vários canais, porque queremos aproveitar todas as oportunidades para alcançar as pessoas com a nossa informação.

Também optámos por desenvolver aplicações para telemóvel, sendo possível fazer o respetivo *download* e gostaria de vos falar sobre uma das aplicações para telemóvel que estamos a utilizar para promover a educação.

Tínhamos realmente uma necessidade de ajudar na educação dos miúdos americanos sobre conceitos científicos. Pensamos que é um dos papéis do CDC e queríamos que as pessoas soubessem um pouco mais sobre aquilo que o CDC faz e promover a ciência e a epidemiologia como potencial carreira no futuro.

Pensámos que podíamos explicar às pessoas os conceitos chave da epidemiologia e da deteção de doenças e desta forma aprenderiam mais sobre a saúde e conseguiríamos o envolvimento do nosso público.

São muitas as escolas que entram em contacto com o CDC para trabalhos na área da educação sobre a ciência.

Por isso criámos uma aplicação e o nosso público para esta aplicação era sobretudo os adolescentes, mas também jovens adultos, na verdade, qualquer pessoa que esteja interessada na deteção de doenças, e professores, todos aqueles que achem divertido e interessante. Mas era sobretudo orientada para os miúdos e criámos a aplicação que se chama *Stop the Outbreak*. Os utilizadores desta aplicação para o *iPad* fingem que são um detetive de doenças ou um epidemiologista a trabalhar no terreno e têm de descobrir porque é que está toda a gente doente e são dadas várias pistas. Tudo baseado em surtos reais aos quais o CDC teve de responder e são dadas pistas e o utilizador vai avançando e respondendo às perguntas. À medida que se vai respondendo às perguntas, aprende-se mais sobre as doenças, sobre a prevenção das doenças, sobre o que o CDC faz e consegue-se um envolvimento com a ciência de uma forma divertida.

E tem tido um sucesso estrondoso. Já tivemos cerca de três mil downloads, temos escolas que nos contactam regularmente, quando os alunos usam esta aplicação. Tivemos cerca de quinze milhões de visualizações das páginas dos surtos. Temos uma boa classificação no *iTunes* e, às vezes, subimos na classificação do *iTunes* o que nos deixa muito entusiasmados. Estamos entre os primeiros da lista do *iTunes*.

Tem sido excelente e aprendemos muito durante todo o processo, penso que uma das coisas que aprendemos com a criação desta aplicação móvel foi o seguinte: tudo o que fazemos pode ser aplicado aos meios digitais. A linguagem teve de ser muito simples. A epidemiologia em si própria é complicada. Tivemos de fazer com que fosse simples e compreendida por pessoas que estavam a jogar o jogo e frequentemente estávamos a trabalhar com os cientistas que trabalham no terreno, quando há estes surtos. Por isso foi um desafio conseguir fazer com que usassem uma linguagem simples. Tem de ser uma linguagem não formal. Nas redes sociais a linguagem usada tem de ser informal, mais parecida com uma conversa, independentemente do canal digital e tem de ser uma linguagem fixe e atual e temos de pensar nos nossos utilizadores quando estamos a desenvolver a nossa presença digital, temos de ter uma mentalidade do género dos jogos.

Vou terminar com uma secção sobre integração digital.

Falei resumidamente sobre o digital na globalidade. Falei sobre as redes sociais, telemóvel, mas existem muitos mais aspetos na integração digital.

Mas, na verdade, a mensagem que gostaria que retirassem da minha apresentação é que têm de pensar em todos os canais digitais, que as pessoas mais do que nunca acedem e recebem informação através dos meios digitais, mas acedemos a e recebemos coisas muito diferentes. Pode ser um comunicado de imprensa. Não é, de facto, algo muito digital, mas cada vez mais publicamos comunicados de imprensa digitais, temos uma cobertura digital das nossas notícias, depois temos a cobertura televisiva e dos jornais. A internet, se as pessoas estão à procura nas redes sociais estão à espera de encontrar um *link* e de encontrar informações no nosso *website*. Estão à espera de encontrar fichas de dados; estão à espera de poder aceder através do telemóvel. Por isso, tem de ser um pacote completo de informação que vão disponibilizar digitalmente e é apenas um pequeno exemplo de nos termos esquecido de fazer a integração digital. No lado esquerdo temos um *post* no Facebook sobre o que deve fazer quando está muito frio. Parece estar bem, qualquer pessoa que use o Facebook e queira partilhar a nossa informação pode fazê-lo. Mas também tínhamos informação sobre os nossos detetives de doenças e, se os utilizadores tentassem partilhar isto no Facebook, ficava horrível e não é utilizável. Por isso, quando estamos na internet, temos de pensar na forma como os utilizadores podem usar os nossos conteúdos nas redes sociais e

temos de ter a certeza que os conteúdos são envolventes e que funcionam em todas as plataformas ou se temos um texto que é tão comprido no nosso *website* que os pontos chave não são transmitidos, se alguém acede através do telemóvel. No caso da comunicação em saúde, não será uma campanha digital eficaz.

No seguimento disto, disponibilizar conteúdos reutilizáveis consistentes. Este é o mesmo conteúdo em formatos, muito, muito diferentes, algo que estamos constantemente a gerir no CDC e usamos várias ferramentas para o fazer.

Por isso, em resumo, é realmente importante termos uma abordagem completa. Estamos sempre a aplicar os princípios da comunicação digital em saúde a todos os trabalhos que desenvolvemos. Temos de desenvolver conteúdos especificamente para os canais e os públicos-alvo e só devemos usar os canais e os influenciadores que nos permitem alcançar os nossos públicos-alvo. Temos de fazer a integração das nossas mensagens e ter mensagens consistentes em todos os canais, seja o Twitter, o Facebook ou a internet.

Mensagens com linguagem simples e fazer tudo o que esteja ao nosso alcance e promover o envolvimento do nosso público em relação a temas da saúde para termos um efeito real e o verdadeiro potencial de mudarmos os comportamentos e fazer a prevenção da doença.

Muito obrigada. Estou muito grata pela vossa atenção.

A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL PARA MEDIADORES DE SAÚDE PÚBLICA

Afonso Cavaco[9]

9. Doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Londres (Reino Unido), Professor Associado no iMed.ULisboa.

A comunicação está presente em todos os momentos e atividades humanas. É através da possibilidade de comunicar com o que nos rodeia que percebemos o mundo e agimos sobre ele. Embora a comunicação humana seja uma ferramenta que usamos de forma natural e espontânea praticamente desde que nascemos, existem aspetos práticos que podem ser aperfeiçoados, em especial quando queremos obter um determinado resultado. Esse resultado pode ser uma dada ação ou comportamento com impacto na saúde individual e pública.

Quando se fala em Mediação, refere-se em geral a resolução de um conflito entre duas partes. A Mediação em Saúde pode ser descrita como uma comunicação "assistida" para alcançar um "acordo". Por exemplo, a mediação intercultural refere-se à facilitação da comunicação entre as autoridades de saúde e uma população minoritária, de forma que seja adotado um dado comportamento. Para ser eficaz, a mediação envolve o treino dos mediadores, assegurando as tarefas de negociação, e estimulando o envolvimento e a cooperação em saúde. A mediação é a ponte comunicacional entre a população e os prestadores de cuidados de saúde.

Sabendo que a mediação necessita da comunicação humana e que esta é composta por elementos verbais e não-verbais, estes últimos são essenciais ao constatar que podem compreender até 93% de toda a informação partilhada entre quem comunica. Os componentes não-verbais dividem-se em linguísticos (por exemplo vocabulário e pronunciação), para-linguísticos (por exemplo tom e ritmo do discurso) e corporais (por exemplo olhar e gestos). Como mensagem global, necessitam de ser interpretados no contexto dos interlocutores, assim como em associação ao conteúdo verbal. De qualquer modo, as expressões não-verbais do rosto revelam em geral as emoções do interlocutor, com diferentes graus de precisão, incluindo a perceção do interesse pelo olhar e do sorriso mais ou menos genuíno. A cinesia relativa à posição das mãos é igualmente importante, desenvolvendo no outro maior confiança quando as palmas estão visíveis. A posição do corpo, frontal e ligeiramente inclinada para o outro, revela interesse pelo interlocutor, o que é reforçado pela posição dos pés na mesma direção. Essa postura aberta e sincera demonstra o grau de interesse pelo outro, pelas suas opiniões e ideias, sendo um convite à cooperação. Usa-se a mnemónica *CLOSER*

para sintetizar os comportamentos adequados à comunicação i.e. ***c****ontrol of tics,* ***l****ean forward,* ***o****pen posture,* ***s****incere look,* ***e****ye contact,* e ***r****elax.*

Na mediação em saúde, para além da comunicação interpessoal presencial, existem outras formas de comunicação, tais como a escrita. Esta fonte estável de informação deve ser um instrumento útil entre os que comunicam, reforçando a adoção de comportamentos salutogénicos. Para que isso aconteça é indispensável que a mensagem escrita seja legível e compreensível. A mensagem deve seguir as regras da escrita simples e clara. As principais regras da escrita simples e clara são três:

1. Escrever para quem irá ler a mensagem i.e. para aquela pessoa individual no seu provável contexto.
2. Organizar a mensagem de forma a guiar o leitor na leitura do documento, utilizando cabeçalhos e até três subsecções, cuja extensão será tão pequena quanto possível (i.e. preferencialmente não mais do que três parágrafos).
3. Aplicar grande cuidado na redação do texto, com frases e parágrafos curtos (i.e. três a oito frases, preferencialmente até 150 palavras por parágrafo), usando a sintaxe do Português comum (i.e. sujeito, verbo e complemento juntos), com formas ortográficas canónicas (i.e. palavras habituais, com menos de quatro sílabas e sem jargão técnico), evitando abreviações, usando listas verticais, tabelas, ilustrações e exemplos, sempre que adequado.

Não esquecer a redução tanto quanto possível da mancha gráfica, aumentando o espaços em branco e utilizando negrito e itálico para conferir destaque.

De forma breve, ao seguirem-se as sugestões anteriores, estão a ser melhorados os aspetos da comunicação que não dependem apenas da oralidade. Esta última é muito importante durante a mediação, mas, para que as mensagens de saúde sejam plenamente compreendidas e aceites, o controlo dos componentes não-verbais são centrais na veiculação mensagem, assim as regras de escrita clara na leitura das mensagens escritas.

COMUNICAÇÃO, LITERACIA E MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA A SAÚDE

Luís Saboga Nunes[10]

10. Luís Saboga Nunes (MA Soc, MPH, PhD), Sociólogo da Saúde e Professor da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

A mobilização social está no cerne do exercício da cidadania que encontra hoje nas sociedades democráticas desafios fundamentais. Entre eles está a promoção da saúde do cidadão, pois a saúde é um dos pilares para uma vida com qualidade. Para que este pilar se estabeleça, é necessário que ele faça parte dos planos que definem e constroem a sociedade, sendo os programas de educação uma componente fundamental neste processo. A literacia tem sido referida como estruturante dessa construção. Hoje, com o alargamento da sua abrangência ao campo da saúde, o desafio da construção da ***literacia para a saúde*** (LS) não só emerge como estruturante para que a saúde aconteça, mas impõe-se no exercício de uma cidadania ativa. A partir daqui, os sujeitos sociais conscientizados, sejam eles educadores como educandos, caminham para o máximo potencial de saúde que encontra na comunicação um dos vetores estruturantes mais importantes. O processo de desenvolvimento da literacia para a saúde passa primeiro por defini-la, depois por avaliar o seu nível enquanto se estruturam estratégias para o seu desenvolvimento. Para isso é necessário ativamente haver empenho para que este processo aconteça. Não pode ser deixado ao acaso.

De modo a promover este movimento, são partilhados recursos de avaliação da literacia para a saúde, tais como o instrumento HLS-EU-PT de avaliação da literacia para a saúde e o site www.literacia-saude.info.

Palavras chave: literacia para a saúde; conscientização; educação ativa; cidadania

Significados e significantes dos conceitos de literacia e saúde

A tradução para o português do conceito *health literacy* não é imediata, particularmente pela ligação possível entre estes dois vocábulos (que pode assumir em português as partículas "em", "da", "para", entre outras).

Esta reflexão é anterior à definição propriamente dita que será escolhida para caracterizar o conceito em português *health literacy*. Abordar o construto que agrega "literacia" e "saúde" levar-nos-á a uma análise filológica personalizada quando, a partir do agregador, iremos estabelecer perspetivas diferenciadas entre "literacia em saúde" e "literacia da saúde". "Literacia em saúde" remeter-nos-á para uma externalidade ao sujeito da saúde, um locus externo ao indivíduo, que está para além de si próprio, e em relação ao qual ele pode desenvolver maior ou menor grau de apropriação (correspondente à tradução do conceito latino *Educare*, para "Educação". Neste caso novamente a língua portuguesa fica aquém da riqueza semântica que distingue *educare* de *educere*) ver Figura 1.

Figura 1 - Integração do conceito da literacia para a saúde no âmbito do paradigma salutogénico e *paideia proposal* (educare/educere)

Por seu lado, "literacia da saúde" colocar-nos-á perante a internalidade da saúde, como uma componente intrínseca ao indivíduo (correspondente a *educere*, igualmente traduzido em português por "Educação"). Aqui, o locus da discussão centrar-se-á no próprio ator, que se relaciona com o tema como algo que lhe é intrínseco, pertencente a si mesmo.

A adoção de uma ou de outra perspetiva não é necessariamente desprovida de consequências na definição que se pretende caracterize *health literacy* em português. O foco na "literacia em saúde" poderia levar a supor que a saúde, que se constrói fora do indivíduo, pode ou não ser por ele apropriada. Alguém/entidade superior/estado teria a função de determinar os parâmetros que caraterizam a saúde, cabendo ao indivíduo a sua apropriação (e.g. no campo da saúde mental por exemplo, o consumo de bebidas com álcool pode ser determinado pelo estado que regula o mesmo ou/e teores da sua concentração). Esta posição poderia implicar uma supervisão (mais ou menos determinista) sobre os níveis da aquisição de "literacia em saúde" de cada cidadão. Neste caso, um programa escolar de literacia em saúde poderia promover esta aquisição. Esta perspetiva aponta três pontos essenciais: organização, desenvolvimento e discussão do conhecimento (*Paidea Proposal*) "The Paideia Proposal, An Education Manifesto" – cujo autor foi Mortimer Adler (Adler, 1982).

O outro contexto, "literacia da saúde", poderá remeter-nos para a conscientização do que ajuda a potenciar a saúde do indivíduo, tendo ele não só um conceito (dinâmico) em desenvolvimento do que é a sua saúde, mas também o modo como poderá encontrar recursos para promovê-la. Neste caso, o indivíduo tem (por exemplo) consciência de que beber bebidas com álcool provoca alterações às suas funções vitais. Porém, confrontado com um argumento externo tal como "beber um copo de vinho à refeição faz bem à saúde" (e.g. fortemente promovido pela indústria), mas consciente dos malefícios do álcool, e conhecendo a alternativa de receber os benefícios apontados aos flavonóides (através da simples ingestão de um ou dois bagos de uvas pretas), encontraria na sua "literacia da saúde" um argumento para uma adoção de comportamento emancipador. Teríamos, assim, a emancipação do indivíduo perante determinantes sociais e económicas, fortalecendo a sua capacidade crítica no que respeita à promoção de sua saúde. Esta perspetiva aponta para o desenvolvimento das competências intelectuais; discussão e criação (*Paidea Proposal*).

As propostas anteriormente referidas não se excluam mutuamente, completam-se antes. Por outro lado elas não se devem sobrepor umas às outras, ou uma em detrimento da outra. Importa por isso procurar um elemento agregador alternativo para *health literacy*. Esse elemento parece-nos ser melhor conseguido em ***Literacia para a Saúde (LS)***. A ***literacia para a saúde*** cobriria assim as duas dimensões atrás referidas e poderia ser definida como ***a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde*** (ver Figura 1).

Deste modo teríamos a "literacia da saúde", i.e. a literacia sobre a (sua) saúde, acerca da (sua) saúde secundada pela "literacia em saúde", perspetivada como o gradiente de assimilação que apresenta o indivíduo relativamente ao tema da saúde, sendo ou não por si apropriada.

A literacia para a saúde faz bem à Saúde

A literacia para a saúde assume um papel relevante no incremento da resiliência individual e social (WHO, 2009). A área dos Estilos de Vida é fortemente determinada pelos níveis de literacia para a saúde. Para além disso, a diminuição de recursos disponíveis para fazer face às solicitações, que os vários setores da sociedade manifestam, obriga a uma gestão complexa de expectativas, quer da parte do Estado, quer dos municípios, devido à sua proximidade ao cidadão.

No domínio das políticas de saúde, a gestão de expectativas perante a escassez de recursos incrementa a procura de alternativas no sentido de manter a missão de continuar a satisfazer as necessidades dos cidadãos (Observatório dos Sistemas de Saúde Português [OPSS], 2013). Ora, pessoas com baixo nível de literacia para a saúde e com doenças crónicas são menos capazes de cuidar de si, fazendo mais uso dos serviços de saúde (*Ad HocCommittee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs* AMA, 1999; *Institute of Medicine* [IOM], 2004; IOM, 2013). A literacia para a saúde é um campo de investigação, cujos objetivos passam também por isso por explorar as disparidades existentes em saúde. Economistas em saúde estimam que a baixa literacia para a saúde possa custar ao sistema de saúde dos EUA 73 biliões de dólares, por ano (Friedland, 1998; Moritsugu, 2006; Baker *et al.*, 1996) e ao sistema

de saúde suíço 1.5 biliões de francos suíços por ano (Spychers, 2006). Poder avaliar a literacia para a saúde para introduzir medidas para a sua promoção revela-se, portanto, crucial no sentido reforçar a resiliência social perante condições adversas. Por outro lado se queremos aprofundar uma abordagem em que os sistemas de saúde são centrados no cidadão, as competências que devem acompanhar o cidadão de hoje na sua tomada de decisão, carecem de um desenvolvimento global da sua literacia para a saúde. Deste modo, Educare e Educere no campo da saúde assumem um valor global na capacitação do cidadão.

Para isto acontecer, no sentido de poder medir literacia para a saúde (ver Figura 2), o Questionário *European Health Literacy Survey* foi introduzido no contexto da língua portuguesa. A operacionalização do conceito de literacia para a saúde (Saboga-Nunes & Sorensen, 2013) aponta uma estratégia do seu diagnóstico a partir das dimensões/indicadores a seguir referidos (ver Figura 2).

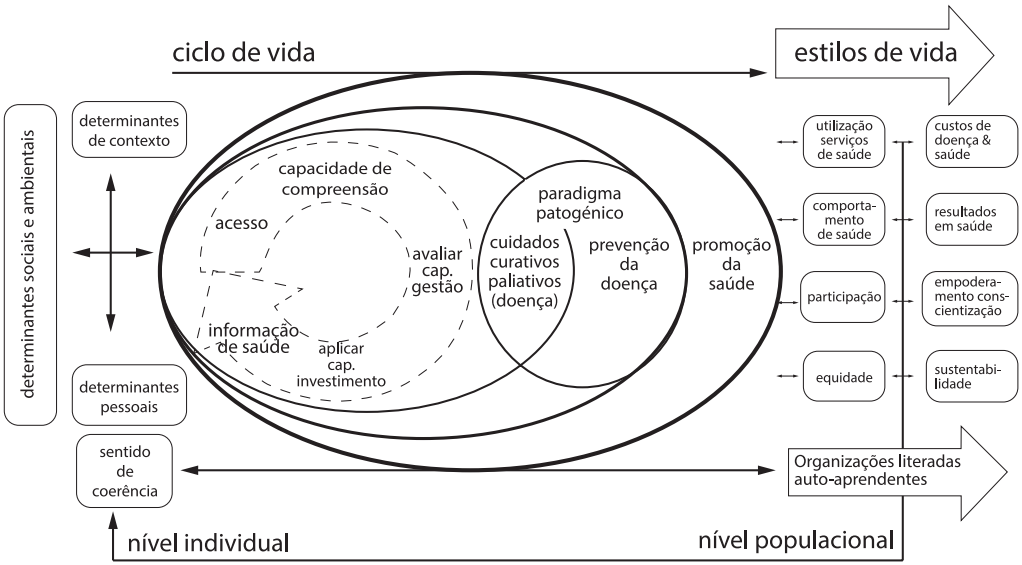


Figura 2 - Modelo estruturante para a conceção e operacionalização da literacia para a saúde

(Fonte: Luís Saboga-Nunes, *Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva*, Revista Referência, III Série - Suplemento 2014, p. 95-99

Colocar a tónica na "**literacia para a saúde**" (LS) poderá assim impulsionar o indivíduo, de ator secundário na promoção da sua saúde para sujeito principal deste processo em que ele ganha poder sobre a sua saúde e persistentemente contribui para a sua melhoria (conceito de Promoção de Saúde, carta de Otawa).

BIBLIOGRAFIA

AHCHLCSAA – *Ad HocCommittee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA* (1999). *Health literacy: report of the council on scientific affairs*. J Am Med Assoc 1999, 281(6):552-557.

Adler, Mortimer Jerome, *Paideia Program – An Education Syllabus Nova York*, Editora: Collier Mc Milliam, data 1ª edição: 1992.

Adler, Mortimer Jerome, *A consideration at Questions Raised by the Paideia, Proposal, Paideia Problems and Possibilities*, Nova York, Editora: Collier Mc Milliam, data 1ª edição: 1983.

Adler, Mortimer Jerome, The Paideia Proposal, An Educational Manifesto Nova York: Collier Mc Milliam, 1982.

Alper, Michael, "All Children Can Learn", The University of Chicago Magazine, 1982

Andrade, J. (2001). *Os direitos fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*, Coimbra, Almedina, 2.ª ed..

Antonovsky, A. (1984a). A call for a new question – salutogenesis – and a proposed answer: the sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry*. 2, 1-13.

Antonovsky, A. (1987b). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Baker, D., Parker, R., Williams, M., Pitkin, K., Parikh, N., Coates, W. & Imara, M. (1996). The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine*. 1996;5(6):329–334.

Freire, P. (1980). *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes.

Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra: 18-19.

Friedland, R., (1998). New estimates of the high cost of inadequate health literacy. In: Proceedings of Pfizer Conference *Promoting Health Literacy: A Call to Action* October 7–8, 1998. Washington: Pfizer, Inc.: 6–10.

Huber, M., *et al.*, (2011). *How should we define health?* BMJ 2011;343:d4163

IOM – Institute of Medicine (2004): *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington DC: The National Academies.

IOM – Institute of Medicine (2013). *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press.

Kickbusch, I. (2006). The health society : the need for a theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60 (2006) 561.

Moritsugu, K. (2006). In *Proceedings from the Surgeon General's workshop on improving health literacy*. 2006.

OED, "education, n." The Oxford English Dictionary. OED Online. Oxford University Press, September 2015. Web. 24 November 2015. <http://dictionary.oed.com/>.

OPPS – Observatório dos Sistemas de Saúde Português (2013). *Duas faces da saúde*: relatório de Primavera 2013. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde Recuperado: http://www.observaport.org/rp2013.

Rappaport, J. (1985). *The power of empowerment language*. The Social Policy. 16: 2, 15-21

Saboga-Nunes, L., Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva, Revista Referência, III Série – Suplemento 2014, p. 95-99.

Saboga-Nunes, L. & Sorensen, K. (2013). The European Health Literacy Survey (HLS-EU) and its Portuguese Cultural Adaptation and Validation (HLS-PT); Aten Primaria. 2013; 45:46, Mayo 2013.

Saboga-Nunes, L. (1999). *Sense of Coherence: operationalization of a concept that determines mental health and quality of life / O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL, 1999.

Sørensen, K. (2012). The European Health Literacy Survey. In *Health literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World*, New York Academy of Medicine; September 24, 2012.

Spycher, S. (2006). *Ökonomische Aspekte der Gesund-heitskompetenzen*. Bern: Büro für Arbeits undSozi-alpolitische Studien (BASS).

Wainwright, N., Surtees, P., Welch, A., Nuben, R., Khaw, K. & Bingham, S. (2007). Healthy lifestyle choices : could sense of coherence aid health promotion? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 61:10 (2007) 871–876.

Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. Health Education Quarterly. 15: 4 (1988) 379-394.

WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO, Geneva 1986. http://literacia-saude.info/wp-content/uploads/2013/10/who-1986-Ottawa.pdf

WHO (1996). *European health care reforms: citizens' choice and patients' rights*. Copenhagen: World Health Organization.

WHO (1997). *Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Communication Associates (2009). *Health literacy*, part 1 "the basics." WHCA action guide.

World Health Organization (2009). Margaret Chan. *Financial crisis and global health*. Director-General of the World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090119/en/.

World Health Organization (2013). *Health Literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization (1996). Health Promoting schools, series 5, Regional Guidelines development of health-promoting schools – A framework for action, Manila: WHO.

ANEXO

Questionário Europeu de literacia para a Saúde. *Health Literacy Survey in Portuguese* (HLS-EU-PT)

©Luís Saboga Nunes, Kristine Sorensen, 2013 ENSP-UNL. Uso e direitos reservados.

Numa escala que vai de Muito fácil, fácil, difícil, Muito difícil, quão fácil, diria, que é:

1. "... encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?"
2. "... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?"
3. "... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica?"
4. "... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo)"
5. "... compreender o que seu médico lhe diz?"
6. "... compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?"
7. "... compreender o que fazer numa emergência médica?"
8. "... compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento que lhe foi receitado?"
9. "... avaliar como é que a informação proveniente do seu médico se aplica ao seu caso?"
10. "... avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?"
11. "... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?"
12. "... avaliar, se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança?" (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)
13. "... usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?"
14. "... seguir/cumprir instruções sobre medicação?"
15. "... chamar uma ambulância numa emergência?"
16. "...seguir/cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico?"
17. "... encontrar informações para lidar com comportamentos que afetam a sua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?"

18. "... encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como *stress* ou depressão?"
19. "... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer?" (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)
20. "... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, tensão arterial alta ou colesterol alto?"
21. "... compreender avisos relativos à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?"
22. "... compreender porque precisa de vacinas?"
23. "... compreender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)"
24. "... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, em aspetos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?"
25. "...avaliar quando precisa de ir a um médico para um *check-up* ou exame geral de saúde?"
26. "... avaliar quais são as vacinas de que pode precisar?"
27. "... avaliar que exames de saúde precisa fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)"
28. "... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)"
29. "...decidir se deve fazer a vacina contra a gripe?"
30. "... decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?"
31. "... decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. Jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação)"
32. "... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição?"
33. "... saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc)"
34. "... encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer)"

35. "... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc)"
36. "... saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha?"
37. "... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos?"
38. "... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?"
39. "... compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável? (por ex. Internet, jornais, revistas)"
40. "... compreender a informação que visa manter a sua mente saudável?"
41. "... avaliar até que ponto a zona onde vive, afeta a sua saúde e bem-estar? (por ex. a sua comunidade, seu bairro)"
42. "... avaliar o modo como as condições da sua habitação ajudam a manter-se saudável?"
43. "... avaliar que comportamento do seu dia a dia está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc)"
44. "... tomar decisões para melhorar a sua saúde?"
45. "... integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar?"
46. "... influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc)"
47. "... participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?"

Contacto: Questionário Europeu de literacia para a Saúde. *Health Literacy Survey in Portuguese* (HLS-EU-PT) ©Luis Saboga Nunes, Kristine Sorensen, 2013 ENSP-UNL, Uso e direitos reservados.

Citação: Luis Saboga-Nunes, Kristine Sorensen; *The European Health Literacy Survey (HLS-EU) and its Portuguese Cultural Adaptation and Validation (HLS-PT); Aten Primaria*. 2013; 45:46, Mayo 2013 Escala validada. Para qualquer utilização queira contactar www.literacia-saude.info. Luis A. Saboga Nunes – Grupo de Disciplinas de Estratégias de Acção em Saúde / Secção de Saúde Pública e Comunidade . Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa Avenida Padre Cruz, 1600-560 Lisboa, e-mail: saboga@ensp.unl.pt

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NA IMPRENSA PORTUGUESA

Felisbela Lopes[11]

11. Felisbela Lopes (felisbela@ics.uminho.pt) com Rita Araújo (rita.manso.araujo@gmail.com).

Resumo

Foi o terceiro maior surto de Legionella registado a nível mundial, classificado pela Organização Mundial de Saúde como "uma grande emergência de saúde pública". O caso português da doença do legionário vitimou 12 pessoas e provocou o internamento a quase 375 pessoas, mas não teve uma mediatização muito prolongada no tempo, porque houve, desde o primeiro momento, um grande controlo da informação. Logo que foi conhecido o surto, as autoridades oficiais construíram uma eficaz estratégia de informação que restringia o número de canais de informação, disponibilizando permanentemente dados através dos mesmos interlocutores. Que geriam o que queriam tornar público e que iam estancando qualquer foco de polémica. Por isso, este surto nunca suscitou uma ampla discussão política, entrando rapidamente numa estranha espiral do silêncio. Talvez porque também tudo se tivesse passado fora dos centros urbanos e longe dos interesses das farmacêuticas.

Palavras-chave: Legionella; jornalismo da saúde; fontes de informação.

Abstract

This was the third largest Legionnaires' disease outbreak worldwide and it was classified by the World Health Organization as a "great public health emergency". Nonetheless, the Portuguese outbreak did not promote a long media coverage, despite having killed 12 people and infected 375 others. From the beginning of the outbreak, the communication process was controlled by a small group of official sources who controlled the number of communication channels and who would make information available. They made a tight management of what would become news and controlled any kind of controversial information. Therefore, this outbreak never promoted a wide political discussion and was voted to a spiral of silence. Perhaps the explanation lies in the outbreak having had place away from the big cities and the pharmaceuticals interests.

Keywords: *Legionnaires' disease; health journalism; news sources.*

1. Enquadramento teórico

1.1. A centralidade das fontes de informação nos conteúdos jornalísticos: um poder negociado com os jornalistas

As fontes de informação constituem um elemento central no processo produtivo de informação jornalística. São elas que determinam grande parte da tematização, são elas que fixam o "frame", são elas que dão a ver a face valorizada do campo social que se transforma em notícia. Percorrendo alguma literatura produzida nos últimos 30 anos pela sociologia das fontes, salienta-se uma linha teórica que insiste em colocar as fontes num lugar de comando, quando perspetivada a relação que mantêm com os jornalistas. Trata-se sempre de uma dança em que a maior parte das vezes são as fontes que marcam o passo, condicionando, portanto, o desenho final dos textos jornalísticos.

Desenvolvendo nos anos 1970 uma análise diacrónica das notícias publicadas nos jornais ao longo de 20 anos, Leon Sigal (1973), um dos principais pioneiros dos estudos das fontes de informação, defendeu que os conteúdos noticiosos publicados na imprensa dependem sempre daquilo que as fontes transmitem através de canais diversos (informais, de rotina ou de iniciativa). Anos mais tarde, Melvin Mencher (1991) haveria de falar das fontes como "o sangue" do jornalista, devendo, por isso, existir por parte deste uma preocupação permanente em sustentar nelas o que escreve. É isso que dota o seu trabalho de credibilidade. Nenhum jornalista consegue substituir-se à fonte quando chega o momento de apresentar factos ou argumentar a favor/contra uma posição. Em determinados contextos, o discurso jornalístico deve mesmo parar para dar lugar à fonte e é essa prioridade que a torna robusta.

São múltiplos os estudos empíricos que demonstram o poder das fontes. Com base num estudo dos jornais diários no estado norte-americano do Iowa, Berkowitz e Beach (1993) também defendem que as fontes, mais do que os jornalistas, moldam as notícias. Segundo os dados apurados na investigação empírica desenvolvida, mais de metade das 'estórias' publicadas tem origem nos esforços das fontes de informação, e não na proatividade do jornalista. Noutras geografias, encontram-se outros estudos que consubstanciam estas teses. Num volume que intitularam *El Periodismo de*

Fuente (2003), um conjunto alargado de investigadores espanhóis, entre os quais se encontram Javier Fernández del Moral e Moreno Espinosa, salientam em diversos artigos a força das fontes de informação em qualquer produção jornalística. No Brasil, pertence a Manuel Chaparro uma expressão curiosa para falar da força das fontes de informação no processo produtivo noticioso: "revolução das fontes". Na verdade, as fontes de informação revelam-se cada vez mais profissionalizadas, apropriando-se de técnicas que as tornam extremamente eficazes junto dos jornalistas. A este respeito, o investigador brasileiro afirma que as instituições dos mais variados campos sociais se apropriaram das práticas narrativas do jornalismo para comandarem uma agenda noticiosa que lhes seja favorável (2001: 45). Argumentando que, "na hora de escrever, na rotina da produção e dos procedimentos profissionais (os conscientes e os inconscientes), a perspetiva das fontes influencia, inevitavelmente, a decisão jornalística", o investigador acrescenta ainda que "quanto mais competentes elas se tornam, mais capazes são de determinar enfoques, relevâncias e até títulos na narração jornalística" (2001: 43). Em Portugal, Vasco Ribeiro propõe o interessante conceito de "fontes sofisticadas" (2006) para falar exatamente desse seu poder.

Os defensores da autonomia do campo do jornalismo reivindicam para o jornalista o controlo do processo produtivo das notícias ou, então, batem-se por uma relação de equilíbrio. Uma terceira via, poder-se-á afirmar. Um dos primeiros preconizadores desta linha foi Herbert Gans (1979) que, adotando uma perspetiva construcionista dos textos noticiosos, sublinhava que as notícias acontecem no encontro das fontes com os jornalistas, havendo sempre uma negociação em que cada uma das partes tenta impor a sua visão. No entanto, é no desenvolvimento da sua argumentação que Gans vê cair por terra a sua tese. O investigador reconhece que o acesso das fontes ao campo jornalístico está condicionado pelas respetivas hierarquias sociais, pela capacidade de fornecer informações credíveis e pela proximidade social e geográfica relativamente aos jornalistas, ou seja, as fontes com mais poder são as mais solicitadas. Têm mais visibilidade e, por outro lado, são também aquelas que impõem mais as suas visões.

Neste "ativo processo binário" entre jornalistas e fontes, chamando aqui um conceito de Denis McQuail (2003: 291), há, pois, que reconhecer a força das fontes de informação, particularmente daquelas que se apresentam bem organizadas no espaço público (mediático). Só constatando esse enorme poder é que os jornalistas poderão

construir os seus campos de autonomia que lhes permitam executar uma dança em que o comando possa ser repartido por ambas as partes, conforme a relevância e o interesse público em causa.

1.2. As fontes de informação no campo da saúde: o poder de comunicar bem um saber sábio

Se as fontes de informação exercem um grande poder sobre os jornalistas, essa influência pode intensificar-se quando o campo se compõe por um saber especializado nem sempre fácil de descodificar, como é o caso da saúde (Corbett, 1998; Corbett & Mori, 1999; Dennis, 1991 *in* Tanner & Friedman, 2011: 6; Hinnant et al., 2015: 4). Aí, os jornalistas ficam dependentes das fontes que, pela sua natureza, possuem um conhecimento específico dessa área do saber, cultivando com os media uma relação que assenta em bases científicas. Ganha mais visibilidade quem souber comunicar melhor.

Há diversos trabalhos que salientam a importância de as fontes do campo da saúde aliarem às suas competências técnicas uma certa capacidade de comunicar bem o que fazem (Tanner, 2004; Albæk, 2011). Segundo Elyse Amend e David Secko (2012: 260), os jornalistas de saúde procuram especialistas para descodificar aquilo de que se fala e para dotarem o trabalho jornalístico de credibilidade. Os mais requisitados são aqueles que detêm mais poder e os mais hábeis em transmitir as mensagens. Tendo o poder de moldar as notícias e, consequentemente, de influenciar a opinião pública (Soleu, 1994 *in* Kruvand, 2012: 567), estas fontes desempenham um papel crucial na construção noticiosa, fixando ângulos, dotando as 'estórias' de algum equilíbrio, podendo ainda adicionar novas perspetivas àquilo que é apresentado.

Devido à especificidade da informação que transmitem e, por vezes, à proximidade que têm com os jornalistas que trabalham a este nível, as fontes que reúnem um saber sábio influenciam muito o conteúdo das notícias. Numerosos estudos centrados no jornalismo da saúde confirmam esta tendência (Zarcadoolas, 2006; Conrad, 1999 *in* Tanner & Friedman, 2011), que poderia ser invertida, se houvesse mais jornalistas especializados em saúde nos media generalistas, com outra autonomia para levantar questões que assinalem contradições, para escolher vozes

alternativas, para contornar uma comunicação estratégica desenvolvida por eficazes assessorias. Mas esses jornalistas escasseiam e essa lacuna é sublinhada em imensos trabalhos. Entrevistas realizadas a jornalistas de saúde australianos demonstram que estes encontram nas comunidades científicas uma fonte de informação a quem recorrer para traduzir os assuntos que mediatizam, mas também se reconhece que os jornalistas não conseguem interrogar devidamente interlocutores do campo da saúde devido ao seu conhecimento limitado sobre esse domínio (Forsyth *et al.*, 2012: 134). E aí está o jornalismo a cair nas mãos das fontes, nomeadamente daquelas mais poderosas ou daquelas que ganharam já o estatuto de notoriedade mediática. Essas fontes continuarão a exercer o seu poder sobre os conteúdos informativos. São uma espécie de confraria cuja influência é reforçada pelo próprio sistema mediático que lhes confere visibilidade.

Analisando a mediatização da pandemia de gripe A, um grupo de investigadores australianos sublinhou que a Organização Mundial de Saúde – na comunicação que manteve nessa altura com os media – "não revelou os conflitos de interesse de vários cientistas que aconselharam a organização durante o plano de preparação para a pandemia", colocando no espaço público mediático opiniões científicas que tinham subjacentes a si interesses de outra natureza (Holland *et al.*, 2014: 54). Eis como as fontes especializadas podem estar ao serviço da manipulação que, a este nível, é muito eficaz, na medida em que a informação que daí advém é considerada credível.

Sobre os atores do campo da saúde mais solicitados pelos jornalistas, investigações desenvolvidas a esse nível salientam, para além das fontes oficiais, os médicos e os investigadores como os mais presentes nos textos noticiosos. Aliás, estes resultados são confirmados por trabalhos que desenvolvemos desde 2008 que implicam uma análise das fontes de informação de todos os artigos sobre saúde publicados nos diários portugueses de natureza generalista (Lopes *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2012; Lopes *et al.*, 2013). Também as análises de Jesus Arroyave (2012) sublinham bastante a força dos médicos enquanto fonte de informação, enquanto Dominique Marchetti (1997) nota que a informação deste campo é maioritariamente declinada por instituições científicas ou por investigadores. O investigador português Rogério Santos abre uma espécie de terceira via entre estas duas teses, argumentando que a credibilidade quase cega que os jornalistas atribuíram, ao longo dos anos, aos médicos foi contestada

pela "aceitação fácil dos argumentos científicos" (Santos, 2006: 109). No entanto, não se julgue que os jornalistas que fazem a mediatização deste campo revelam uma subserviência cega em relação às suas fontes de informação. Se há uma transcrição menos filtrada daquilo que é a posição de uma fonte, isso deve-se a maior parte das vezes à limitação de conhecimentos que o jornalista possui para criar à volta de determinada perspetiva algum contraditório. Dois autores britânicos alertam mesmo para a importância das normas profissionais do jornalismo, defendendo que o papel do jornalista é dar a notícia, seja em que área for, e não tornar-se um defensor do tema que cobre (Murcott & Williams, 2013: 153). No entanto, é preciso ter em conta que os jornalistas especializados e os jornalistas generalistas mantêm relações diferentes com as suas fontes, o que acaba por gerar tipos de informação distintos (Gans, 1979: 131).

2. Estudo empírico

2.1. Opções metodológicas

Este trabalho pretende analisar a mediatização de um surto infeccioso de legionella. Assenta, assim, num duplo eixo:

- a análise da tematização noticiosa produzida a partir dos comunicados da Direção-Geral de Saúde;
- a análise dos textos publicados e das fontes de informação aí contidas.

Para isto, analisámos todas as notícias sobre legionella publicadas em quatro jornais nacionais: Público, Jornal de Notícias e Diário de Notícias (jornais diários) e Expresso (semanário). A nossa amostra é não-probabilística e escolhemos estes jornais por terem diferentes periodicidades e linhas editoriais. Analisámos as secções principais destes jornais, deixando de parte a opinião. O nosso período de análise é o mês de novembro de 2014, o que corresponde ao período do surto. Conduzimos, assim, uma análise quantitativa baseada na estatística descritiva, através do software de análise de dados SPSS. Analisámos as seguintes variáveis: ano de análise, data, jornal, título, doença, tipo de artigo, tema, tempo da notícia, tamanho, lugar da notícia, presença e número de fontes. Em relação à análise das fontes, queríamos saber quem são e que cargo ocupam. Para isso, analisámos as seguintes variáveis: presença/ausência de fontes, número de fontes citadas, lugar da fonte, sexo, identificação, estatuto, e especialidade médica (quando aplicável). Esta análise quantitativa, complementada com a análise dos comunicados emitidos pela Direção-Geral de Saúde, permitiu-nos ter uma visão mais completa sobre o surto de doença dos Legionários.

2.2. Discussão de resultados

Foi o terceiro maior surto mundial, somou um número considerável de mortes registadas num período curto de tempo, acumulou internamentos em diferentes unidades hospitalares, levou a um posicionamento da Organização Mundial de Saúde

(que considerou o caso como de "grande emergência de saúde pública"). Ainda assim, o grave surto de legionella que ocorreu em novembro de 2014 em Portugal revelou-se incapaz de entrar no debate político do país, algo completamente inédito nestas situações (por exemplo, não foi assim na gripe A, nem tão pouco no Ebola, esta última uma ameaça que nunca chegou a concretizar-se em Portugal). Esta originalidade deve-se em parte ao facto de a onda noticiosa criada em torno deste assunto ter desaparecido depressa, de rapidamente terem sido identificados os responsáveis por este surto e de os respetivos responsáveis políticos conduzirem a informação para os media de forma permanente, não deixando quase nada por responder. Aliás, este último factor foi decisivo para que a narrativa jornalística construída sobre este caso fosse muito semelhante em todos os órgãos de comunicação social. Isto significa que houve uma grande preocupação em controlar toda a informação. E aqui um dos atores fundamentais foi o Diretor-Geral de Saúde, que foi conduzindo toda a estratégia de comunicação, colocando-se também na linha da frente do diálogo com os jornalistas.

Vejamos, pois, com mais detalhe quem foram as fontes citadas nas peças jornalísticas[12].

Centrando-se este caso num concelho próximo da capital (Vila Franca de Xira), quase metade das fontes (44,1 por cento) é oriunda da zona da Grande Lisboa e outra metade (47,6 por cento) apresenta uma dimensão nacional (é o caso do Ministro da Saúde e do próprio Diretor-Geral de Saúde). Mais de três quartos das fontes são pessoas, havendo uma percentagem muito reduzida de fontes documentais e de meios de comunicação social (8,4 por cento). Das fontes com traço humano, a maior parte é do sexo masculino.

Quanto ao estatuto das fontes, salienta-se um claro predomínio das fontes oficiais, registando-se também uma grande visibilidade do cidadão comum, cuja percentagem, somada à dos pacientes (26,9 por cento), impõe-se como a segunda categoria dominante. No entanto, enquanto as fontes oficiais se restringem a um núcleo reduzido de pessoas que diariamente se apresentam perante os jornalistas com

12. Como documentam os estudos que vimos fazendo desde 2008 sobre a mediatização da saúde na imprensa portuguesa, regista-se aqui uma percentagem baixa de fontes não identificadas. No caso da legionella, 83,3 por cento das fontes são identificadas e apenas 16,7 por cento das fontes são não identificadas.

uma estratégia de comunicação definida, os cidadãos falam a título individual, sem qualquer articulação entre si. Assim, as suas mensagens, embora sejam sempre de queixa face à situação que atravessam, não têm o impacto que poderiam alcançar, se fossem previamente concertadas.

Quadro 1: Estatuto das fontes de informação citadas na mediatização do surto de Legionella

Tipo de fontes	**Dentro/fora do campo da saúde**	**%**	**%**
Oficiais	Dentro do campo da saúde Fora do campo da saúde	25,5 4,2	29,7
Cidadãos	Dentro do campo (pacientes) Fora do campo (Cidadãos comuns)	5,6 21,3	26,9
Especializadas	Dentro do campo da saúde Fora do campo da saúde	13,4 11,4	24,8
Media	Fora do campo da saúde	-	4,4
Documentos	Dentro do campo da saúde Fora do campo da saúde	2,7 0,3	3
Outros		-	11,2

Logo que eclodiu este foco, a preocupação dos jornalistas repartiu-se entre a contabilização do número de mortes e de pessoas internadas com legionella e a identificação dos responsáveis por esta situação. Quanto ao primeiro enfoque, o Ministério da Saúde, a Direção-Geral de Saúde, e os hospitais foram fornecendo os dados necessários, não se registando qualquer ocultação de informação que tivesse sido significativa. Relativamente à questão de se conhecer a origem deste foco de saúde

pública (algo que poderia suscitar bastante polémica), este problema resolveu-se de imediato quando as autoridades competentes por essa investigação encerraram este caso naquilo que em Portugal se chama "segredo de justiça", uma figura jurídica que não permite qualquer publicitação daquilo que se investiga judicialmente.

Como abundantemente relataram vários jornais portugueses, o alarme soou na Direção-Geral de Saúde ao princípio da tarde do dia 7 de novembro: havia um número anormal de casos de legionella em Vila Franca de Xira, um concelho próximo de Lisboa (Público, 14 de novembro). Imediatamente criou-se uma *task force* presidida pelo próprio ministro da Saúde para monitorizar permanentemente o que se passava. Um dos polos que mereceu toda a atenção foram os meios de comunicação social, ora pela promoção de conferências de imprensa, ora emitindo-se comunicados. Estas estratégias de comunicação estão, aliás, bem visíveis nos próprios textos dos jornalistas. Para além de uma informação disseminada para todos ao mesmo tempo, os ministros da Saúde e do Ambiente e o Diretor-Geral de Saúde disponibilizaram-se, nesse tempo, para responder pontualmente a perguntas individuais de um determinado órgão de comunicação social, algo que se percebe pela especificidade de algumas declarações. Nesta abertura para fornecer informações relevantes, houve também necessidade de barrar alguns dados, nomeadamente aqueles que mais interesse jornalístico tinham: a identificação da origem do surto. No entanto, as mesmas fontes oficiais foram dando a entender que a investigação progredia a grande velocidade a esse nível, prevendo-se resultados dentro de uma curta linha temporal.

A 13 de novembro, cinco dias depois de se anunciar o surto, os jornais abriam explicitamente um ângulo judicial para uma matéria que até então parecia ser sobretudo sanitária: "Responsáveis por surto de legionella podem ter pena até oito anos de prisão", anunciava em primeira página o Diário de Notícias. Nesse dia, numa peça de tamanho reduzido, o Jornal de Notícias titulava que o "responsável tem de ser punido". No entanto, ao longo das semanas em que o surto foi notícia, as fontes oficiais sempre recusaram pronunciar-se sobre este tópico, o que reduzia drasticamente o espaço para este assunto ganhar fôlego jornalístico. Se as entidades oficiais não falavam sobre isto enquanto não se conhecesse o resultado das investigações, se o debate não ganhava força para chegar ao campo político-partidário, e se do interior do campo judicial nenhuma fonte fazia verter informação, com quem é que os jornalistas

poderiam falar para alargar este ângulo? Das 287 fontes citadas, apenas cinco são do campo jurídico. Isto quer dizer que este debate ficou rapidamente fechado, em grande parte porque a sua concretização implicava uma automática violação do segredo de justiça. Na edição de 15 de novembro, o Jornal de Noticias titulava em primeira página que as "autoridades recusam divulgar origem do surto invocando segredo de justiça". No interior do jornal, uma peça de uma página apresentava este título: "Autoridades sabem, mas não dizem de onde veio a legionella".

Apenas a 21 de novembro o restrito grupo de fontes oficiais que foi gerindo e monitorizando toda a informação canalizada para o espaço público divulgava em conferência de imprensa o nome da empresa responsável pelo surto e anunciava, pela voz do ministro da Saúde, que o surto de legionella registado em Vila Franca de Xira "foi considerado extinto". Este momento é o último com mais significado noticioso de um ciclo que começara duas semanas antes. Neste tempo, houve sempre uma estrutura circular de informação que partia das fontes oficiais, que disponibilizavam a informação que julgavam mais adequada e chegava no dia seguinte até elas em formato de notícias que os próprios iam controlando. Nunca se conseguiu, a partir da noticiabilidade produzida, rasgar o cerco daqueles que falavam de forma concertada, que permitisse criar um debate político-partidário que certamente uma situação desta gravidade exigiria. Dos cidadãos ouviram-se queixas de falta de informação que estava a gerar alarme (JN, 10 de novembro) e dos hospitais houve denúncias de que "a situação estava em ruptura" (DN, 11 de novembro de 2014), mas nenhuma declaração deste tipo foi suficientemente forte para desencadear um debate político-partidário que medrasse no espaço público. Talvez porque do lado daqueles a quem competia gerir uma comunicação de crise nunca se tivesse feito silêncio, mas também nunca tivesse havido um significativo atropelo ao nível das declarações. Falou-se muitas vezes a várias vozes (ministros da Saúde e do Ambiente, Diretor-Geral de Saúde), socorrendo-se de diferentes estratégias (comunicados[13], conferências de imprensa ou declarações pontuais), mas sempre para dizer praticamente a mesma coisa: a situação

13. Para além de fazerem um ponto de situação do surto, os comunicados serviam também para passar uma mensagem de tranquilidade para o exterior. Tomemos como exemplo o comunicado da Administração Regional de Saúde de Lisboa emitido logo no primeiro dia do surto: "Não há motivos para preocupação acrescida" (DN, 8 de novembro).

era grave[14], estava a ser investigada e as autoridades competentes tinham ido para o terreno para acompanhar tudo, criando-se à volta de tudo isto uma política de comunicação aparentemente aberta, mas centralizada. E essa opção funcionou em pleno.

Refira-se, também, que este surto de legionella nunca envolveu interesses de farmacêuticas para lançar ou reforçar determinado produto. Das 287 fontes citadas, apenas duas são oriundas do campo farmacêutico. Neste contexto, não houve interesses económicos que eventualmente pudessem digladiarem-se no terreno à procura de maior proveito para a sua empresa, como aconteceu, por exemplo, no caso da Gripe A, em que se registou um forte interesse em desenvolver uma necessidade crescente em torno da vacinação. Ora, o surto da legionella foi, acima de tudo, um caso de saúde pública e de crime ambiental. E tudo ficou confinado a um pequeno concelho em relação ao qual as elites que habitualmente fazem contrapoder não manifestaram grande interesse.

14. Os governantes nunca minimizaram a gravidade do surto, apesar de fazerem também declarações que iam no sentido de assegurarem que tudo estava sob controlo e que nada do que se passava poderia ser imputado ao Governo. Numa fase inicial, o ministro da Saúde admitiu logo que "este surto é de grande dimensão quer em termos europeus, quer mundiais" (DN, 10 de novembro). No dia anterior, o Diretor-Geral de Saúde admitia mais casos, mas garantia também que "o país está preparado" (DN, 9 de novembro). Nessa semana, o titular da saúde retirava do poder governativo qualquer responsabilidade em relação ao que estava a ocorrer: "Esta situação não ocorreu por negligência do Estado" (DN 12 de novembro de 2014).

3. Notas finais

Nos últimos anos, registaram-se graves surtos que colocavam em causa a saúde pública e que reuniram uma ampla cobertura mediática (gripe A, E. Coli, Ebola...). Não foi assim com o terceiro maior surto mundial de legionella registado em finais de 2014 em Portugal, classificado pela Organização Mundial de Saúde como "uma grande emergência de saúde pública". E por que é que isso não aconteceu? Por uma série de fatores que, conjugados, eclipsaram este tema do topo dos alinhamentos noticiosos em parcas semanas.

Ao contrário de surtos como a Gripe A, que tiveram origem num país estrangeiro, havendo o medo permanente de um contágio à escala internacional, este surto de legionella apenas se registou em Portugal, circunscrevendo-se a um pequeno concelho situado a escassos quilómetros de Lisboa. Nunca esse surto ameaçou sair daquele lugar, o que neutralizava o pânico da população portuguesa e, consequentemente, subtraía o interesse do público pelas notícias produzidas a esse respeito. Acrescente-se também que o concelho afetado, embora localizado perto da capital portuguesa, é de pequena dimensão. Os jornalistas estavam bem conscientes dessa limitação que, sabiam, não favorecia o desenvolvimento da noticiabilidade por muito tempo.

Mesmo com o surto bem delimitado a uma região, os principais jornais portugueses destacaram, desde o primeiro momento, vários jornalistas para, a partir da respetiva redação e no terreno, acompanharem este caso que reunia um indiscutível interesse público. Nota-se, na primeira semana, um grande empenho da imprensa não só em noticiar o que estava a acontecer, mas, acima de tudo, em explicar em que consistia a doença do legionário. Fez-se isso entrevistando especialistas, mas, sobretudo, recorrendo a infografias que pormenorizavam o que estava em causa com um alto grau de legibilidade acerca de um assunto nem sempre fácil de entender. Paralelamente a um interesse dos jornalistas por este tema, as autoridades políticas e sanitárias uniram-se, desde a primeira hora, para controlar toda a informação, apresentando sempre versões concertadas daquilo que era estratégico dizer. Criava-se, por extensão, um amplo espaço de silêncio fora dos depoimentos oficiais. No pico do surto, não se registaram fugas de informação que provocassem polémica. Tudo isto anulava as possibilidades de debate público à volta deste caso. A este nível, foi acertada

a estratégia de comunicação montada pelos ministérios da Saúde e do Ambiente, colocando na linha da frente de todos os esclarecimentos os próprios ministros que, através de comunicados ou em conferências de imprensa, se disponibilizaram para esclarecer (dentro do possível) os jornalistas. Comunicava-se o que estava a acontecer ao mais alto nível e em discurso direto. Quase nunca através dos assessores ou de fontes não identificadas. Tal posicionamento subtraía qualquer boato que aqui e ali poderia surgir.

BIBLIOGRAFIA

Albaek, E. (2011). *The interaction between experts and journalists in news journalism*. Journalism, 12(3), 335-348.

Amend, E., & Secko, D. M. (2012). In the Face of Critique: A Metasynthesis of the Experiences of Journalists Covering Health and Science. Science Communication, 34(2), 241-282.

Arroyave, J. (2012). Health, News, and Media Information. In R. Obregon & S. Waisbord (Eds.), *The Handbook of Global Health Communication West Sussex*, UK: Wiley-Blackwell.

Berkowitz, D.; & Beach, D. W. (1993). "News sources and news context: the effect of routine news, conflict and proximity". Journalism & Mass Communication Quarterly, 70(1).

Chaparro, M. (2001). *Linguagem dos Conflitos*. Minerva: Coimbra.

Forsyth, R., Morrell, B., Lipworth, W., Kerridge, I., Jordens, C. F., & Chapman, S. (2012). Health Journalists' Perceptions of Their Professional Roles and Responsibilities for Ensuring the Veracity of Reports of Health Research. *Journal of Mass Media Ethics,* 27(2), 130-141.

Gans, H. (1979). Deciding what news is: a study of CBS Evening News, NBC Nightly News, Newsweek and Time. *Northwestern University Press*.

Hinnant, A., Jenkins, J., & Subramanian, R. (2015). Health Journalist Role Conceptions. Journalism Practice.

Holland, K., Sweet, M., Blood, W., & Fogarty, A. (2014). A Legacy of the Swine Flu Global Pandemic: Journalists, Expert Sources, and Conflicts of Interest. Journalism, 15(1), 53-71.

Kruvand, M. (2012). "Dr. Soundbite": The Making of an Expert Source in Science and Medical Stories. Science Communication, 34(5), 566-591.

McQuail, D. (2003). *Teoria da Comunicação de Massas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lopes, F., Ruão, T., Marinho, S., & Araújo, R. (2011). Jornalismo de Saúde e Fontes de Informação: uma análise dos jornais Portugueses entre 2008 e 2010. Derecho a Comunicar, 2, 100-120.

Lopes, F., Ruão, T., Marinho, S., & Araújo, R. (2012). A saúde em notícia entre 2008 e 2010: retratos do que a imprensa portuguesa mostrou. Comunicação e Sociedade, Número Especial sobre Jornalismo de Saúde, 129-170.

Lopes, F., Marinho, S., Fernandes, L., Araújo, R., & Gomes, S. (2013). A saúde em notícia na imprensa portuguesa entre setembro de 2010 e junho 2013. In F. Lopes, T. Ruão, S. Marinho, Z. Pinto-Coelho, L. Fernandes, R. Araújo & S. Gomes (Eds.), A Saúde em Notícia: Repensando Práticas de Comunicação. Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho.

Marchetti, D. (1997). Contribution à une sociologie des transformations du champ journalistic dans les années 80 et 90. A propos d'"événements sida" et du "scandale du sang contaminé". (These de Doctorat de Sociologie), École des Hautes Études en Sciences Sociales, France.

Mencher, M. (1991). *News Reporting and Writing*. Brown & Benchmark.

Murcott, T. H. L., & Williams, A. (2013). The Challenges for Science Journalism in the UK. Progress in Physical Geography, 37(2), 152-160.

Ribeiro, V. (2006). Fontes Sofisticadas de Informação: análise do produto jornalístico político da imprensa nacional diária de 1995 a 2005. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Santos, R. (2006). A fonte não quis revelar – Um estudo sobre a produção das notícias (C. d. Letras Ed.). Porto.

Sigal, L. (1973). Reporters and Officialls – the Organisation and Politics of Newsmaking. D. C. Heath and Company: Lexington.

Tanner, A. H. (2004). Communicating Health Information and Making the News: health reporters reveal the PR tactics that work. Public Relations Quarterly, 49(1), 24-27.

Tanner, A. H., & Friedman, D. B. (2011). Authorship and Information Sourcing for Health News on Local TV Web Sites: An Exploratory Analysis. Science Communication, 33(1), 3-27.

Vásquez, Á. L., & Ramírez, F. E. (Eds.) (2003). El Periodismo de Fuente. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. F., & Greer, D. S. (2006). Advancing Health Literacy. A Framework for Understanding and Action. San Francisco: Jossey-Bass.

CONFERÊNCIA

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

2.OUTUBRO.2015

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE LISBOA

09h00

José Pereira Miguel – Diretor of IMP&SP – FMUL
Opening Session
Scientific Programme presentation
Speakers presentation
Health Communication as an Essential Public Health Operation (Function 9)

09h20

Fausto Pinto – Diretor of Faculdade de Medicina of Universidade of Lisboa

09h30

Fernando Pádua
Lesson: What is Health Communication?
O que é a Comunicação em Saúde

10h00

Maria de Belém Roseira, Chairwoman
Health Communication

10h00

Carol Crawford Speaker from CDC Presentation Health Communication, public health, social media, web, mobile applications domains CDC
Atlanta (USA) Specialist

10h45

Francisco Antunes Developing Portuguese Speaking Countries Experience Commentator
Infectious Diseases & Tropical Medicine Specialist and Emeritus Professor at FMUL, ISAMB.

11h30

Graça Freitas Developed Portuguese Speaking Countries Experience Commentator Presentation Preventive Medicine Assistant Professor at FMUL and Health Directorate (sub director)

12h00

Comments and Moderation

12h15

Audience Discussion

13h00

Closing Session & Lunch

Workshop 1

14h30-16h30

Non oral communication for public health mediators

Afonso Cavaco, Faculty of Pharmacy of University of Lisbon IMP&SP Meeting Room

Workshop 2

14h30-16h30

Communication, literacy and social mobilisation for health (Lobbying&advocacy)

Luís Saboga Nunes

Escola Nacional de Public Health National School Amphitheaters 57 | FMUL Egas Moniz Building

Workshop 3

14h30-16h30

Health Communication in Portuguese press

Felisbela Lopes – ICS – Universidade do Minho Amphitheaters 58 | FMUL Egas Moniz Building

Workshop 4

14h30-16h30

Health Communication, public health, social media, web, mobile applications domains in developed and developing countries

Carol Crawford – CDC Atlanta – USA and *Isabel de Santiago* IMP&SP FMUL Amphitheater 52 | FMUL Egas Moniz Building

Commentator

Infectious Diseases & Tropical Medicine Specialist and Emeritus Professor at FMUL, ISAMB.

11h30

Graça Freitas Developed Portuguese Speaking Countries Experience Presentation Preventive Medicine Assistant Professor at FMUL and Health Directorate (sub director)

12h00

Comments and Moderation

12h15

Audience Discussion

13h00

Closing Session & Lunch

Workshop 1

14h30-16h30

Non oral communication for public health mediators

Afonso Cavaco, Faculty of Pharmacy of University of Lisbon IMP&SP Meeting Room

Workshop 2

14h30-16h30

Communication, literacy and social mobilisation for health (Lobbying&advocacy)

Luís Saboga Nunes

Escola Nacional de Public Health National School Amphitheaters 57 | FMUL Egas Moniz Building

Workshop 3

14h30-16h30

Health Communication in Portuguese press

Felisbela Lopes – ICS – Universidade do Minho Amphitheaters 58 | FMUL Egas Moniz Building

Workshop 4

14h30-16h30

Health Communication, public health, social media, web, mobile applications domains in developed and developing countries

Carol Crawford – CDC Atlanta – USA and Isabel de Santiago IMP&SP FMUL Amphitheater 52 | FMUL Egas Moniz Building

19h30-00h00

Dinner offered by the ANF to speaker, guests and scientific committee.

Organization and Secretary:
Institute of Preventive Medicine & Public Health, Faculty of Medicine of University of Lisbon
Av. Prof. Egas Moniz | 1649-028 Lisboa e-mail: imp.sp@medicina.ulisboa.pt
T: +351 217 985 130