



Data de submissão
28-12-2016

Data de aceitação
17-02-2017

* Autor correspondente
Loide Madureira
loidetomas@gmail.com

Gestão da comunicação em saúde nas redes sociais Health communications management in social media

Loide Madureira ^{a,*}, Célio Gonçalo Marques ^b

^a Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde, Instituto Politécnico de Tomar, Portugal

^b Instituto Politécnico de Tomar, Portugal

^b Centro de Administração e Políticas Públicas, Universidade de Lisboa, Portugal

^b Laboratório de Tecnologia Educativa, Universidade de Coimbra, Portugal

Resumo • Abstract

Com o aparecimento da Web 2.0 todos somos produtores de conteúdos. Este facto trouxe uma alteração fundamental para as empresas uma vez que as pessoas têm mais facilidade de expressar o seu desagrado atingindo um grande público. Situações que poderiam ser contidas, hoje podem assumir grandes proporções se não forem corretamente abordadas e controladas. O mundo empresarial já entendeu esta necessidade, no entanto, tal não aconteceu com as instituições de saúde. É objetivo deste trabalho criar um modelo de fácil utilização que permita monitorizar as redes sociais e responder adequadamente em situações de crise, impedindo o superdimensionamento do problema.

We all became content producers with the new Web 2.0. This new interaction in social media brought fundamental changes to business because people find an easier way to express their displeasure, reaching a large audience. Situations that were contained, now can assume a large scale if not properly addressed and contained.

Companies have understood this necessity, however health institutions have not yet taken this step. The main objective of this paper is to create an easy to use model that allow social media monitoring, so that institutions can respond properly in crisis situations, preventing the oversizing of the problem.

Palavras-Chave • Keywords

Comunicação, Saúde, Redes Sociais, Web 2.0

Communication, Health, Social Media, Web 2.0

1. Introdução

Na Grécia antiga, séc. V a.C., a “medicina” era praticada por sacerdotes uma vez que o semideus da medicina, Asclépio, era a divindade curativa de então. Para tal haviam santuários, que lhe eram dedicados, onde se prestava culto a este deus curativo. Asclépio era um herói homérico, filho de Apolo com uma mortal e que se tornara, portanto, num semideus da medicina. O culto a Asclépio durou até ao princípio da cristianização do império romano. O poder de curar era visto como um poder mágico-religioso, independentemente de quem o praticava, médicos, feiticeiros ou sacerdotes (Graça, 2005).

É já no final da Idade Média que aparece então esta figura do hospital. Ainda não se podem considerar estas instituições como o hospital moderno, estabelecimento onde se recebem e tratam doentes (Grande Enciclopédia Universal, 2004). Nessa altura, a medicina não se praticava em hospitais na nossa conceção moderna, mas nos domicílios e chegava apenas aos mais abonados; os hospitais eram locais de assistência aos mais carenciados e, essencialmente, controlados pela Igreja. O hospital era um misto de albergue e residência de desfavorecidos. Nestes locais tanto se tratava do corpo como da alma, sendo a doença e a pobreza vistas como desígnios divinos, cabia aos mais afortunados cuidar destes “pobrezinhos” para ganhar reconhecimento das obras feitas perante Deus.

A Revolução Francesa trouxe uma nova perspetiva sobre a responsabilidade do Estado na assistência aos doentes e necessitados, mas a laicização dos hospitais levou a um grave problema de escassez de meios, uma vez que estes eram provenientes da Igreja e da beneficência. A mudança de mentalidade Europeia mudou gradualmente a conceção de assistência na doença:

- › em 1946 foi publicado na Inglaterra o *Insurance Act* e o *National Health Service Act*, dele derivaria mais tarde, em 1948, o *National Health Service*, financiado pelo orçamento de Estado (The National Archives UK);
- › em 1945, em França, foi criada a *Sécurité Sociale* com o objetivo de assegurar meios de subsistência a todos os cidadãos com incapacidade para o trabalho (*Sécurité Sociale Française*, 2009);

- › em 1948 foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), no âmbito das Nações Unidas (WHO, 2016).

A OMS teve um papel preponderante na alteração da missão dos hospitais para medicina curativa, foi neste momento que a responsabilidade por todas as vertentes da sua organização passa a ser do médico.

A empresarialização das instituições de cuidados de saúde trouxe uma alteração profunda aos modelos de gestão existentes, decorrente do Decreto-Lei 19/88 de 21 de janeiro, que aprovou a nova lei de gestão hospitalar, e do Decreto Regulamentar nº 3/88 de 22 de janeiro (Boquinhas, 2012).

A nova forma de gestão hospitalar foi, por si só, geradora de alguns conflitos, uma vez que houve uma quebra com a gestão tradicional, liderada por especialistas e técnicos da saúde. Houve, no entanto, um novo enfoque na qualidade de cuidados e hotelaria hospitalar. Neste último modelo de gestão, são incluídos os gestores/administradores hospitalares no topo da pirâmide de gestão das instituições (Boquinhas, 2012). O conflito gerado foi muitas vezes causador de insatisfação o que, associado a mais horas de trabalho, menos recursos financeiros, mais enfoque na produção, leva a uma certa desumanização da saúde (Vendemiatti et al., 2010).

A desumanização da saúde é um tema em discussão acesa, nomeadamente entre os bioeticistas. Prova disto é a publicação da Carta da Humanização do Centro Hospitalar São João do Porto, publicada ainda em 2009 (Centro Hospitalar São João, 2014).

A concorrência entre o setor privado e o público começa também a ganhar forma. A insatisfação dos utentes do SNS tem levado à procura de sistemas de saúde alternativos, de que são exemplo os seguros de saúde (Mateus, 2008).

Os utentes/doentes são cada vez mais informados e como tal o seu nível de exigência aumentou face a algumas décadas atrás.

Por seu lado, a capacidade de os profissionais de saúde do setor público criarem laços empáticos com os doentes está talvez, mais do que nunca, comprometida. A carga burocrática no atendimento ao doente é grande. O registo clínico eletrónico assumiu uma grande importância e são, cada vez mais, os doentes/utentes que se queixam da pouca atenção de que são alvos (Verghese, 2016).

Acrescido a estas questões surge também o tão falado “risco clínico”, que assumiu grande relevância na discussão em saúde nos últimos anos (Fragata, 2006).

Pelo mundo inteiro, e nomeadamente no nosso país, temos experimentado uma crise financeira que, também ela, tem sido causadora da alteração de comportamentos dos cidadãos, nomeadamente no que diz respeito às suas expectativas de acesso aos cuidados de saúde. As piores condições económicas levam a maiores necessidades

de cuidados de saúde. A juntar a esse facto, a pior condição financeira dos utentes/doentes, leva a uma expectativa de gratuidade do sistema, o que nem sempre se verifica. Todos estes fatores têm influência no comportamento dos utentes/doentes e dos profissionais de (Boquinhas, 2012).

O acesso massificado à Internet permitiu que as instituições e organizações de saúde publicassem notícias e informações relevantes acessíveis a todos os cidadãos, como é o caso do website da Direção-Geral de Saúde (DGS), da OMS, websites de associações de especialidades médicas, entre outros. A informação está acessível a todos sendo fácil chegar até ela. A comunicação social também tem grande influência na informação ao cidadão tendo, porém, em conta que nem sempre esta informação é fidedigna.

Por outro lado, assistimos nos últimos anos ao aparecimento da Web 2.0. Se há alguns anos a World Wide Web era um espaço onde íamos buscar informação, nos nossos dias qualquer utilizador é simultaneamente produtor de conteúdos (Primo, 2007). Dada a importância que as redes sociais assumiram na vida das pessoas torna-se necessário que as instituições marquem a sua presença neste meio e estabeleçam veículos de comunicação com os seus utentes.

Estes são alguns dos fatores que têm tornado a prestação de cuidados de saúde cada vez mais desafiadora. Num mundo onde os cidadãos são mais informados, mais inconformados e onde muitos dos profissionais de saúde se encontram insatisfeitos; num mundo onde os setores público e privado começam a estabelecer uma relação concorrencial; numa conjuntura em que as condições financeiras do país têm vindo a degradar a prestação de cuidados de saúde; num mundo onde os cidadãos com facilidade expõem as suas reclamações na Internet; a gestão da comunicação nas instituições de saúde torna-se um grande desafio.

2. A Comunicação na Saúde

Aliada à fraca confiança que a população tem nas instituições e nos políticos é relevante ter em conta os efeitos negativos das notícias de escândalos na memória coletiva. A nossa memória não é uma base de dados linear e fidedigna e é muito possível, e muito frequente, que um episódio esporádico que teve grande impacto no público se sobreponha a vários episódios moderadamente bons que não foram marcantes (Kahneman, 1999).

Não é possível aproximar os cidadãos, melhorar a sua perspetiva sobre as instituições e integrá-los no processo de mudança sem um plano de comunicação bem delineado, fundamentado e coerente. É necessário entender a comunicação em

saúde numa variedade de contextos de relacionamentos, organizacionais e com a comunicação social, e como a comunicação nestes vários contextos pode ajudar a melhorar os resultados de saúde (Wright et al., 2012).

A comunicação é o processo através do qual transmitimos e recebemos informação. Usando ferramentas verbais e não-verbais, o emissor usa este processo para transmitir informação ao recetor, com vista à modificação do seu comportamento. Para que exista comunicação é necessário que o recetor entenda a mensagem que lhe foi transmitida e que exista mensagem de retorno (Ferreira et al., 1996). É neste âmbito que se torna necessário às organizações promover uma estratégia de comunicação, de tal forma que as mensagens da organização produzam *feedback* do seu público. Isto é, para uma empresa de venda de serviços a prova de um processo comunicativo eficaz é os seus anúncios gerarem procura por parte dos clientes. A comunicação tem alguns objetivos definidos (Thomas, 2006):

- › promover ações;
- › dar a conhecer necessidades e requisitos;
- › trocar informações, ideias, atitudes e crenças;
- › procurar entendimentos;
- › estabelecer e manter relacionamentos.

Podemos entender a comunicação na saúde em duas vertentes distintas. Por um lado, o desenvolvimento de estratégias que influenciem os cidadãos no que respeita aos conteúdos de saúde e por outro lado o desenvolvimento de planos de comunicação internos (dentro das instituições, entre a gestão de topo e os colaboradores) e externa (entre as instituições e os cidadãos). Em países como os Estados Unidos da América, com sistemas de saúde maioritariamente privados a comunicação das instituições de saúde é vista como uma ferramenta essencial e indispensável (Ruão et al., 2012).

A par da comunicação diária das instituições, surgem situações pontuais e excecionais em que é necessário implementar medidas e posições imediatas por se tratar de situações de crise, que podem tomar proporções desmedidas. Em resposta a casos problemáticos gerados nas redes sociais, como o da EnsiteL, EDP ou da Telepizza (Pinto, 2016), as grandes empresas têm definido planos de comunicação, também para estas situações de crise. Nos três casos enumerados, as empresas reagiram mal a publicações feitas nas suas páginas feitas por clientes insatisfeitos. O resultado de uma má gestão da reclamação levou a milhares de partilhas e descrédito das empresas tendo mesmo, no caso da EDP, havido a necessidade de fechar a página.

No caso da saúde os casos de gestão de crise normalmente relacionam-se com situações de saúde pública, como na situação da Pandemia de Gripe A em 2009, ou do Ébola em 2014/2015, ou ainda do caso de surto da Legionella em 2014. Verificamos que, em qualquer um destes casos a comunicação foi sempre centralizada na pessoa do Diretor-Geral da Saúde ou dos Ministros da Saúde, os comunicados eram frequentes, foram emanadas diretivas de como proceder tanto para a população em geral, como para as instituições de saúde. Foi controlado o pânico que estas situações têm capacidade de provocar. No caso da doença por vírus Ébola foi feito um vídeo demonstrativo à população com a participação de uma artista amplamente conhecida no país. No entanto, quando vemos a crise a nível local, quantas instituições estarão realmente preparadas para a controlar? Quantas instituições saberão como proceder? Quantas instituições saberão como controlar o efeito “avalanche” que uma publicação no Facebook pode provocar?

A comunicação de crise na saúde deve ser feita com base nas seguintes linhas mestras (Covello, 2010):

- › aceitar e envolver todos os intervenientes como parceiros legítimos;
- › ouvir as pessoas;
- › ser verdadeiro, honesto, franco e aberto;
- › coordenar, colaborar e estabelecer parcerias com outras fontes credíveis;
- › ir ao encontro das necessidades da comunicação social;
- › comunicar com clareza e empatia;
- › planear tudo cuidadosamente.

Nos nossos dias a comunicação passa, em grande parte pelas redes sociais. Nestes locais da Web, todos somos produtores de conteúdos. Estas redes têm, ainda, a particularidade de potenciar um efeito “avalanche” daquilo que é publicado, isto é, uma publicação pode ter inúmeras partilhas, e sair da esfera onde se iniciou. Todos temos presentes casos noticiosos de problemas que foram levantados nas redes sociais, uma vez que também a comunicação social monitoriza estas redes.

Assim, coloca-se a questão se estas redes são boas ou más ferramentas para as empresas. Diz-se que estas não podem “viver com elas” nem podem “viver sem elas” (Pereira, 2011). Uma empresa que queira estar presente no mercado não as pode ignorar, pois são locais que levam ao consumo. A forma como as páginas de redes sociais são geridas depende das permissões que a organização dá aos clientes, permitindo, ou não, que estes façam publicações.

A comunicação em saúde, sendo um tema que não tem sido muito abordado nos últimos anos, é necessária e as redes sociais são uma ferramenta que, sendo corretamente utilizada pode ser de grande utilidade. Podem ser um local onde profissionais de saúde, instituições, doentes e público em geral comuniquem sobre saúde (Moorhead et al., 2013). Ferramentas como vídeos, cartazes ou artigos podem melhorar a literacia em saúde. No entanto, o setor da saúde é um setor de assimetria de informação e de incerteza, é necessário que as instituições garantam a confidencialidade e a fiabilidade da informação.

Como todos os grandes avanços da sociedade, as redes sociais podem ser utilizadas de uma forma benéfica ou não, mas é a forma como as instituições reagem às notícias ou publicações que pode beneficiar ou prejudicar a sua imagem.

3. Caracterização do Estudo

Tendo presente o problema atrás enunciado, este estudo teve como principal questão de investigação: Como devem os hospitais agir em situações de crise nas redes sociais?

Pretendeu-se analisar a comunicação em saúde, nomeadamente a comunicação através das redes sociais. Foram analisadas todas as instituições hospitalares públicas portuguesas e com base na informação recolhida e no trabalho realizado no domínio da gestão de crises, no final foi proposto um modelo de gestão de crises nas redes sociais para o setor da saúde.

Os objetivos específicos do trabalho foram:

- › caracterizar a presença das instituições hospitalares nas redes sociais;
- › analisar como é feita a gestão da comunicação nos hospitais, designadamente, nas redes sociais;
- › analisar situações de crise nas redes sociais no contexto das instituições hospitalares;
- › pesquisar boas práticas na gestão da comunicação em situações de crise;
- › definir ferramentas que permitam uma monitorização em tempo útil das notícias (sob as diferentes formas que podem surgir: comentários, artigos, difamações, entre outros), numa atitude preventiva;
- › definir mecanismos de apoio à gestão de topo das Instituições hospitalares na delineação de um plano de comunicação adequado a situações de crise nas redes sociais.

No estudo foi utilizada a técnica de inquérito por questionário, e a análise da presença das instituições hospitalares nas redes sociais.

Numa primeira fase foi analisada a presença das instituições hospitalares nas redes sociais. A pesquisa inicial permitiu-nos identificar 47 instituições hospitalares públicas: 47% das instituições são Centros Hospitalares (compostos por mais de uma Unidade Hospitalar); 36% são Hospitais Autónomos e 17% são Unidades Locais de Saúde (hospitais com gerência partilhada com centros de saúde e cuidados continuados). Todas as instituições possuem website e 51% estão presentes em, pelo menos, uma rede social, sendo a mais frequente o Facebook.

A análise da presença das instituições hospitalares nas redes sociais foi feita com base numa grelha validada por especialistas.

Posteriormente foi elaborado um questionário que foi aplicado nos hospitais para se compreender como é feita a gestão da presença destas instituições nas redes sociais. O inquérito por questionário permitiu obter informação acerca da presença das instituições hospitalares nas redes sociais. O inquérito foi validado por especialistas atendendo à quantidade de informação fornecida, à precisão da informação, à taxa de resposta prevista, à conduta ética e à viabilidade (Bogdan & Biklen, 1994; Denscombe, 1998), tendo sido aplicado de abril a julho de 2016.

Por fim, foi construído um questionário a realizar a especialistas com larga experiência no mundo das redes sociais, de forma a tentar perceber quais as metodologias que poderemos aplicar nas instituições hospitalares. O inquérito com questões abertas permitiu uma análise mais detalhada e profunda da informação (Bogdan & Biklen, 1994).

4. Conclusões

A pesquisa feita permitiu-nos caracterizar as instituições hospitalares portuguesas. Partindo desses dados foram aplicados questionários que nos indicaram se as instituições têm profissionais dedicados à comunicação; se têm planos de comunicação interna e externa; se consideram importante a presença nas redes sociais; quem gere as páginas institucionais; entre outras questões. Pretendemos perceber a realidade hospitalar face às redes sociais. Posteriormente foram realizadas entrevistas a profissionais da gestão de crise, nomeadamente nas redes sociais. Por fim, foi construído um modelo prático e de custos moderados, que permita às instituições monitorizar as redes sociais e gerir potenciais crises.

Não existe ainda a perceção, por parte da Gestão de Topo das instituições, da necessidade de interagir com os seus doentes/utentes. A relevância deste estudo

prende-se com a necessidade de melhorar a imagem hospitalar perante os cidadãos, munindo as instituições de ferramentas que as tornem pró-ativas e eficientes na gestão de crise nas redes sociais.

Referências

- › Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos* (M. J. Alvarez, S. B. Santos & T. M. Baptista, Trad.). Porto: Porto Editora.
- › Boquinhas, J. M. (2012). *Políticas e Sistemas de Saúde*. Coimbra: Almedina.
- › Centro Hospitalar São João (2014). *Carta de Humanização*. Acesso em 09 de março de 2016, disponível em Centro Hospitalar São João: <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/23>
- › Covello, V. T. (2010). Best Practices in Public Health Risk and Crisis Communication. *Journal of Health Communication*, 5-8.
- › Denscombe, M. (1998). *The good research guide: for small-scale research projects*. Buckingham: Open University Press.
- › Ferreira, J. M., Neves, J., Abreu, P. N., & Caetano, A. (1996). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.
- › Fragata, J. (2006). *Risco Clínico - Complexidade e Performance*. Coimbra: Edições Almedina.
- › Graça, L. (2005). *Evolução do Sistema Hospitalar: Uma Perspectiva Sociológica (III Parte)*. Acesso em 4 de janeiro de 2016, disponível em Escola Nacional de Saúde Pública: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos87.html>
- › *Grande Enciclopédia Universal* (Vol. 11). (2004). Lisboa: Durclub, SA.
- › Kahneman, D. (1999). Objective Happiness. Em D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz, *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology* (pp. 3-25). New York: Russell Sage Foundation.
- › Mateus, A. M. (2008). Concorrência, Eficiência e Saúde.
- › Moorhead, A. S., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., Irwin, A. & Hoving, C. (abril de 2013). *A New Dimension of Health Care: Systematic Review of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication*. Acesso em 09 de março de 2016, disponível em National Center for Biotechnology Information: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636326/>
- › Pereira, A. T. (28 de outubro de 2011). *As empresas e as redes sociais*. Acesso em 20 de fevereiro de 2016, disponível em Jornal de Negócios: http://www.jornaldenegocios.pt/empresas/detalhe/as_empresas_e_as_redes_sociais.html

- › Pinto, H. (2016). *Redes Sociais: quando algo corre mal...* Acesso em 21 de março de 2016, disponível em Helder Pinto - Consultor Marketing Digital: <http://helderricardopinto.com/redes-sociais-quando-algo-corre-mal/>
- › Primo, A. (2007). O aspecto relacional das interações na Web 2.0. *E- Compós*, 9, 1-21.
- › Ruão, T., Lopes, F., Marinho, S., Pinto-Coelho, Z. & Fernandes, L. (2012). *Fontes e Assessorias em Saúde: duas faces da mesma moeda?* Braga: Universidade do Minho: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade.
- › Sécurité Sociale Française (2009). *Historique du système français de Sécurité sociale*. Acesso em 09 de março de 2016, disponível em Sécurité Sociale: <http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale>
- › The National Archives UK (s.d.). *The Cabinet Papers 1915-1986*. Acesso em 05 de março de 2016, disponível em The National Archives UK: <http://www.nationalarchives.gov.uk/cabinetpapers/alevelstudies/1940-origins-welfare-state.htm>
- › Thomas, R. (2006). *Health Communication*. New York: Springer Science+Business Media.
- › Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto, E. & Simioni, F. J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. 15, 1301-1313.
- › Verghese, A. (2016). *Refocus Attention on Patients, Says FMX Keynote*. Acesso em 19 de março de 2016, disponível em American Academy of Family Physicians: <http://www.aafp.org/news/2015-congress-fmx/20151005fmx-verghese.html>
- › WHO (2016). *About WHO*. Acesso em 19 de março de 2016, disponível em World Health Organization: <http://www.who.int/about/history/en/>
- › Wright, K. B., Sparks, L. & O’Hair, H. D. (2012). *Health Communication in the 21st Century*. John Wiley and Sons Lda.