
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE NO IHMT

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Carla Sofia Ramos Varela

Mestrado Gestão Estratégica das Relações Públicas, Escola
Superior de Comunicação Social, IPL

2011/2013

Orientadora: **Prof.ª Doutora Mafalda Eiró-Gomes**

Escola Superior de Comunicação Social, Instituto Politécnico de
Lisboa

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO
IHMT

**COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE NO
IHMT**

– RELATÓRIO DE ESTÁGIO –

Local de Estágio:

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Responsável de Estágio:

DR.ª ROSA TEODÓSIO

(Instituto de Higiene e Medicina Tropical – IHMT)

Orientadora:

Prof.ª Doutora MAFALDA EIRÓ GOMES

(Escola Superior de Comunicação Social, IPL)

2011/2013

Declaração

Declaro ser a autora deste trabalho, parte integrante das condições exigidas para a obtenção do grau de Mestre em Gestão Estratégica das Relações Públicas, que constitui um trabalho original e inédito que nunca foi submetido (no seu todo ou em qualquer das suas partes) a outra instituição de ensino superior para obtenção de um grau académico ou qualquer outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas. Mais acrescento que tenho consciência de que o plágio poderá levar à anulação do trabalho agora apresentado.

Lisboa, ___ de _____ de 2013

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical pela oportunidade de realização do estágio sem o qual este trabalho não teria sido possível. Em segundo lugar, agradeço à Dr.^a Rosa Teodósio pelas inúmeras horas a meu lado construindo a investigação e aos colegas do aquário que muita paciência tiveram em explicar-me “coisas” da medicina e dos médicos.

Agradeço, claro, à Prof.^a Mafalda Eiró Gomes pela imensa paciência, energia e orientação.

Agradeço aos meus colegas de mestrado, Rô, Marcos e Sandruxa pelo apoio e empurrão. Em especial à Rô, pelas imensas conversas que tornaram bichos-de-sete-cabeças em gatinhos mansinhos.

Aos meus amigos. Em especial à Diva Fernandes que prometeu festejar comigo no final e por sempre perguntar: “como vai a tese?”

Ao meu namorado, Cláudio, pelo apoio, paciência e tudo!

À minha mãe. Pelo amor incondicional, orgulho, apoio e pelos “precisas de ajuda, filha?”. Ao meu pai e irmãs. À minha família, que sempre acreditou.

Agradeço também aos que pensaram que não seria capaz. Sim, porque sem o vosso “apoio” não teria tido tanta piada chegar até aqui.

A todos vocês, o meu mais sincero obrigada por tornarem tudo isto possível.

O presente trabalho, é um Relatório de Estágio onde se descrevem as actividades desenvolvidas ao longo do Estágio Curricular realizado no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) no período de 5 de Novembro de 2012 a 8 de Março de 2013. Pretendeu-se aliar o estudo da teoria ao desenvolvimento de algumas acções de comunicação que colmatassem falhas detectadas durante a auditoria à comunicação.

O Relatório de Estágio, aqui apresentado, divide-se em duas secções: a investigação e o desenvolvimento dos instrumentos de comunicação. Estas duas secções encontram-se intimamente ligadas pois, a investigação efectuada teve como principal objectivo a obtenção de dados que permitissem caracterizar o público da Consulta do Viajante do IHMT de modo a que fosse possível a alteração e/ou criação de suportes de comunicação adaptados às características – escolares, sociais, demográficas, profissionais, etc. – desse público.

Desta forma, e após pesquisa bibliográfica sobre temas pertinentes para o trabalho como Medicina do Viajante, Comunicação em e para a Saúde, Metodologias de Investigação, entre outras tidas como necessárias, foi realizada uma investigação por questionário aos utentes do IHMT que permitiu o desenvolvimento do trabalho final de estágio.

A investigação e conseqüente desenvolvimento dos suportes de comunicação são apresentados neste relatório que se pretende reflexivo sobre as práticas desenvolvidas.

Palavras-Chave

Comunicação, Saúde, Consulta do Viajante

ABSTRACT

The present work, it's an internship report where the activities developed in the internship in the Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) between 5th November and 8th March, are described. This internship intended to ally the study of the theory to the development of some communication actions that fulfill gaps detected during the auditory to communication.

The internship report, here presented, it's divided in two sections: the investigation and the development of the communication instruments. These two sections are deeply connected because the investigation made had as main objective the obtainment of data capable of characterize the public of the traveler consultations of IHMT so that it could be possible to change and/or to create communicational supports adapted to the characteristics – scholars, socials, demographics professionals, etc. - of that public.

In this way, and after bibliographic research about important themes for the paper like Travel Medicine, Health Communication, Research Methodologies, between others taken has necessary, it was conducted an investigation by questionnaire to the clients/patients of the IHMT that allowed the development of the final internship work.

The investigation and consequent development of the communicational supports are presented in this report that intends to be reflexive about the practices developed.

Keywords

Communication, health, traveler consultations

Agradecimentos	5
Resumo	6
<i>Abstract</i>	7
Introdução	11
Capítulo 1: Comunicação <i>Para</i> a Saúde	14
Capítulo 2: Medicina do Viajante	22
Capítulo 3: Contexto de Estágio: O Instituto de Higiene e Medicina Tropical	27
3.1. Início do IHMT	27
3.2. O IHMT Actualmente	32
3.3. A Consulta do Viajante do IHMT	34
Capítulo 4: A Consulta do Viajante do IHMT	35
4.1. Métodos de Investigação	38
4.1.1. Revisão da Literatura	38
4.1.2. Questionários	41
4.1.3. Observação	44
4.2. Análise da Situação	47
4.2.1. Observação Participante: Análise dos Resultados	49
4.2.1.1 Descrição dos <i>placards</i>	49
4.2.1.2 Guia de Observação	49
4.2.1.3 Análise dos Resultados	50
4.2.2. Análise das Necessidades Informativas Percepcionadas pelos Técnicos e outros Colaboradores	52
4.2.2.1. Resultados Questionários Médicos	52
4.2.2.2. Resultados Questionários Enfermeiros	55
4.2.2.3. Resultados questionários Corpo Administrativo	56

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

4.2.3. Características do Público Utente	56
4.2.3.1. É a Única Consulta do Viajante que Conhece/Como Teve Conhecimento da Mesma	57
4.2.3.2. Quais os Motivos para Realizar uma Consulta do Viajante Antes da Viagem?	58
4.2.3.3. Qual o Motivo da Viagem de Acordo com o Destino	59
4.2.3.4. Considera ou Não Importante a Realização de uma Consulta de Pós-Viagem de Acordo com o Género, Escolaridade, o Número de Vezes Presente numa Consulta de Viajantes e o Destino e Duração da Viagem	61
4.2.3.5. Respostas Correctas Relativamente ao Consumo de Água, Alimentos e Protecção Contra a Picada de Mosquitos de Acordo com a Idade, Género e Escolaridade	64
4.3. Análise dos Resultados: Caracterização das Necessidades de Informação	71
Capítulo 5: Definição das Acções/Suportes de Comunicação	78
5.1. Desenvolvimento dos Suportes de Comunicação	78
5.1.1. “Pela Sua Saúde e Pela de Todos!”	81
5.1.2. Etiqueta de Mala	81
5.1.3. Postal83	
5.1.4. Marcador de Livro	84
5.1.5. Folheto Informativo	85
5.1.5.1 Teste ao Folheto Informativo	86
Notas Conclusivas	88
Referências Bibliográficas	90
Apêndices	94
1. Diário de Estágio	95
2. Questionários	104
a. Inquérito por Questionário Aplicado aos Viajantes	105
i. Resultados Questionários Viajantes	106
b. Inquérito por Questionário Aplicado aos Médicos	115

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO
IHMT

c.	Inquérito por Questionário Aplicado aos Enfermeiros	116
d.	Inquérito por Questionário Aplicado aos Recepcionistas	117
3.	Suportes de Comunicação	118
a.	Etiqueta de Mala	119
b.	Postal	120
c.	Marcador de Livro	121
d.	Folheto Informativo	122

INTRODUÇÃO

Numa altura em que cada vez mais pessoas viajam – no ano de 2012, o turismo cresceu 4% para 1.035 biliões de turistas em todo o mundo (WTO) - onde o outro lado do oceano encontra-se a escassas horas de distância, onde as culturas estão espalhadas pelo globo independentemente do seu local de origem, também as doenças estão passíveis de espalharem-se ao serem importadas.

Com esta preocupação em mente, nasce a Medicina das Viagens que procura aconselhar o viajante de modo a que este seja capaz de adoptar comportamentos que evitem a doença e que promovam a saúde.

Para um eficaz aconselhamento, é necessária uma eficaz comunicação por parte das consultas do viajante e, como tal, a comunicação vem aliar-se à saúde numa comunicação para a saúde. Contudo, o médico que aconselha nesta consulta não detém toda a responsabilidade já que esta deverá ser repartida com o utente. Por conseguinte, é o utente, assim que sai da consulta, que tem o poder para escolher se adopta, ou não, os conselhos dados. É nesse âmbito que a comunicação deverá trabalhar lembrando, constantemente, ao utente, os comportamentos tidos como “correctos”.

Neste sentido, o presente trabalho, é um Relatório de Estágio que foi realizado no Instituto de Higiene e Medicina Tropical no âmbito da comunicação para a saúde na consulta do viajante do mesmo Instituto. Este estágio realizou-se entre 5 de Novembro de 2012 e 8 de Março de 2013 e tinha como objectivo a alteração e/ou desenvolvimento dos suportes de comunicação de acordo com as necessidades informativas, comunicacionais da própria consulta e dos seus utentes.

Desta forma, e em primeiro lugar, foi preciso saber que necessidades seriam essas, tanto da consulta como dos seus utentes. Foi necessário, então, analisar, compreender o contexto de estágio, os seus públicos e as suas necessidades e, como se poderia resolver as lacunas comunicativas e informativas existente. Para tal, foi realizada uma investigação através da aplicação de inquéritos por questionário a todos os públicos da consulta – utentes, médicos, enfermeiros e recepcionistas. Com os inquéritos por questionário aplicados aos utentes, procurou-se ficar a conhecer o perfil do viajante quanto à viagem, duração e destino da mesma, grau de escolaridade, situação profissional, entre outros aspectos. Procurou-se,

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

também, conhecer qual o grau de conhecimento dos utentes face aos cuidados de saúde a ter relativamente ao consumo de água e alimentos e à protecção contra a picada de mosquitos. Quanto ao inquérito por questionário aplicado aos colaboradores da consulta – médicos, enfermeiros e recepcionistas – o que se objectivou foi que estes, no caso dos médicos, avaliassem tanto o suporte informativo já existente – folheto informativo – como aquilo que consideravam necessário acrescentar e/ou alterar. No caso dos outros colaboradores, procurou-se saber, de acordo com a sua opinião, quais as necessidades informativas que os utentes demonstravam.

Após a realização da investigação e conseqüente análise dos resultados obtidos, foi possível perceber quais as necessidades informativas dos utentes e quais as necessidades comunicativas da consulta do Instituto. Tendo, então, noção das necessidades existentes, foram desenvolvidos os suportes comunicacionais que permitissem suprimir essas necessidades.

O presente relatório apresenta as várias etapas do estágio realizado, ao mesmo tempo que descreve as actividades desenvolvidas. Assim sendo, no Capítulo 1, intitulado “Comunicação *Para* a Saúde”, é definida a comunicação *para* a saúde ao mesmo tempo que se discute a necessidade, ou não, de também ter em conta a comunicação *na* saúde. Neste capítulo são contrapostos estes dois conceitos até perceber-se se se terá em conta apenas um dos conceitos ou mesmo os dois. O que se pretende neste capítulo é entender se a comunicação realizada será dentro da comunicação *para* a saúde ou dentro da comunicação *na* saúde.

O Capítulo 2 “Medicina do Viajante”, como o nome indica, apresenta a definição desta forma de medicina ao mesmo tempo que explica a sua importância no contexto actual onde o número de viajantes é cada vez mais elevado.

No Capítulo 3 de nome “Contexto de Estágio: o Instituto de Higiene e Medicina Tropical”, começa-se por fazer a descrição do local de estágio através de uma breve história baseada na obra de Pedro Abranches intitulada “*O Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Um Século de História*” em celebração do primeiro centenário do Instituto. A descrição do local de estágio é dividida em três partes: Início do IHMT, O IHMT Actualmente e A Consulta do Viajante do IHMT onde é contada a história e a situação actual do Instituto.

O Capítulo 4, “A Consulta do Viajante do IHMT”, apresenta a investigação realizada durante o estágio. Este capítulo divide-se em Métodos de Investigação – onde são explicados e definidos os vários métodos de investigação utilizados – Análise da Situação – apresenta os resultados

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

quanto à observação e aos inquéritos por questionários aplicados aos colaboradores da consulta do Instituto e as características dos utentes da consulta – e, por último, Análise dos Resultados da Caracterização das Necessidades Informativas da Consulta do Viajante – onde são discutidas as conclusões percebidas pelos resultados obtidos através da investigação. Ainda neste capítulo são dadas algumas sugestões, nomeadamente no que diz respeito ao *website* da consulta e aos *placards* existentes na sala de espera da mesma que poderão, ou não, ser tidos em conta pelo departamento de comunicação existente há pouco tempo no Instituto. Estas sugestões – todas as apresentadas e discutidas ao longo deste relatório – são apenas isso mesmo, sugestões, pelo que cabe apenas ao Instituto a decisão de levá-las a cabo, ou não.

Já o Capítulo 5, “Definição das Acções/Suportes de Comunicação”, conta com a apresentação do trabalho realizado, ou seja, o desenvolvimento dos suportes de comunicação. Assim sendo, neste capítulo, são explicados os objectivos aquando da criação destes suportes ao mesmo tempo que explicam-se as decisões tomadas, sempre justificadas através da opinião de autores da área do *design* e da tipografia.

Nas Notas Conclusivas são discutidos os pontos mais fortes do trabalho e, são, também, deixadas alguns linhas orientadores para a utilização das propostas apresentadas ao longo deste relatório.

Por último, são apresentados, nos apêndices, o Diário de Estágio onde são descritas as actividades desenvolvidas ao longo do período de estágio definido pelo tempo despendido para cada actividade; os suportes desenvolvidos; os inquéritos por questionário aplicados a todos os públicos e os resultados dos inquéritos por questionário aplicados aos viajantes.

Por conseguinte, espera-se, com este trabalho, que o resultado final – os suportes comunicacionais – permitam suprimir as necessidades de comunicação existentes na consulta diminuindo, desta forma, o fosso existente entre a comunicação realizada e a idealizada.

Capítulo 1: COMUNICAÇÃO PARA A SAÚDE

Como indicado na introdução, o estágio curricular que resultou neste relatório realiza-se no âmbito da Comunicação para a Saúde. Contudo, e partindo do inglês *Health Communication*, será que se trata apenas de Comunicação *para* a Saúde ou será que, algures, deveria ser tida em conta a noção de Comunicação *na/em* Saúde? Será que estes dois conceitos significam o mesmo com uma simples alteração de proposição para artigo? Ou será que importa sequer, para este trabalho, pensar sobre isso? Antes de mais, e para que se perceba o porquê destas questões, torna-se pertinente definir estes dois conceitos da mesma forma em que aqui serão tratados.

Ora, a Comunicação *para* a Saúde pretende, mais do que alertar para os problemas de saúde existentes, procurar motivar a sociedade em geral para a prevenção desses vários problemas. O principal objectivo nesta comunicação com preposição, é a prevenção tornando a saúde, o ser saudável em algo possível através de medidas que visam promover a saúde em vez de conseguir a saúde através da “cura” da doença. Esta comunicação voltada *para* a saúde pretende “provocar uma mudança (...) seja para promover um comportamento saudável ou para alterar um comportamento não saudável” (EIRÓ-GOMES, M. e AUTOGUIA, J. – 2012, p.107), ou seja, o que se pretende, através da Comunicação *para* a Saúde, é a alteração de um comportamento que vise, como já indicado, a promoção da saúde de forma a evitar que seja necessário o tratamento de alguma doença ou mal-estar.

A promoção da saúde que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é entendida como “the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. It moves beyond a focus on individual behavior towards a wide range of social and environment interventions”¹ (WHO) e, de acordo com A Carta de Ottawa

“ (...)é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1986),

¹ http://www.who.int/topics/health_promotion/en/, consultado a 13 de Maio

pretende, então, dotar o indivíduo de capacidades que permitam que este seja capaz de evitar a doença ao aceitar e adoptar determinados comportamentos. Contudo, a responsabilidade não será apenas do indivíduo ou utente uma vez que, esta responsabilidade deverá ser dividida também com as organizações: “as definições de Promoção da Saúde, de uma forma geral, incorporam as acções que devem ser levadas a cabo ao nível educativo, organizacional, ambiental, económico e político, destinadas a facilitar mudanças de comportamentos e do ambiente com o objectivo de melhorar a saúde” (LOUREIRO, I. – 2008, p.1). Portanto, ao indivíduo cabe a adopção e/ou alteração de comportamentos que o possibilitem manter uma vida saudável evitando a doença e às organizações cabe a tarefa de disponibilizar os meios necessários para tal. A promoção da saúde deve então prover o indivíduo de meios para evitar a doença “ (...) a Promoção da Saúde não é só evitar factores de risco, mas potenciar os factores protectores, desenvolver e organizar as capacidades e os recursos existentes e criar novos, contribuindo para um melhor nível de bem-estar” (LOUREIRO, I. – 2008, p.3).

Portanto, a comunicação alia-se à saúde para, em conjunto, informarem a sociedade mostrando como adoptar determinados comportamentos que visam a prevenção da doença e, por conseguinte, a promoção da saúde.

Por outro lado, a Comunicação *na* Saúde centra a sua atenção na relação médico/utente. Com isto não se quer dizer que esta comunicação se interessa única e exclusivamente no tipo de relação que o médico e o utente têm um com outro mas, sim, no acto humano de comunicar, na transmissão de informação de um emissor para um receptor. Embora, esta comunicação tenha também outras dinâmicas, esta apresentada será a uma das mais apresentadas definições ao longo da bibliografia que retrata este tema: “quando falamos em comunicação na saúde, várias outras rubricas podem ser objeto de reflexão, embora o foco principal seja normalmente a relação entre o paciente (e a escolha da palavra não é aqui inocente) e o prestador de saúde” (EIRÓ-GOMES, M. e AUTOGUIA, J. – 2012, p.107)). A Comunicação *na* Saúde “(...) is an area of study concerned with human interaction in the health care process. It is the way we seek, process and share health information” (KREPS, G. L. e THORNTON, B. C. – 1992, p.2).

Ou seja, ao contrário da Comunicação *para* a Saúde que procura promover a saúde, que tem como objecto a saúde e a sua promoção, a Comunicação *na* Saúde foca a sua definição na relação que o utente e o “prestador de saúde” têm um com o outro, pretende saber como funciona essa relação e como melhorá-la.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Enquanto as estratégias de Comunicação *para* a Saúde têm como finalidade promover a saúde do cidadão enquanto ser humano, individual, as estratégias da Comunicação *na* Saúde procuraram melhorar a relação entre o utente e o prestador de saúde procurando, para tal, saber como esta funciona e quais as suas limitações e erros.

Como tal, e para este trabalho, não se pretendeu avaliar a relação entre o utente e o prestador de saúde. O que aqui se objectivou não foi, em altura nenhuma, a comunicação realizada dentro do consultório médico, ou seja, a comunicação tida nesta investigação é a Comunicação *para* a Saúde em detrimento da Comunicação *na* Saúde uma vez que, para que fossem tidos em conta estes dois tipos de comunicação ter-se-ia que avaliar e caracterizar não só o público da consulta do IHMT e os seus conhecimentos mas também, o pessoal médico e de enfermagem de modo a perceber como é a relação entre estes e os utentes.

Assim sendo, a principal fonte de informação nesta investigação foi o utente que se dirigiu à consulta do IHMT. E como será que este vê a doença ou a falta de doença? Para começar, torna-se pertinente definir os conceitos de saúde e doença. E será que é importante ou sequer merecedor de atenção a definição de uma “saúde doente”?

Segundo a OMS o termo saúde não se refere apenas à ausência de doença mas sim a “um estado de bem-estar físico, mental e social total, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade” (OMS, 1948). Esta definição de saúde abrange mais do que o simples não estar doente ao incluir o bem-estar físico mental e social de forma total. Esta definição apresenta, ao certo limitações, já que será possível alcançar o “bem-estar físico, mental e social total”? Contudo, e tendo em conta que este trabalho não tem como objectivo definir saúde, tomemos como noção de saúde a apresentada pela OMS sem mais questões.

Segundo a obra HANDBOOK OF COMMUNICATION (2003) existem ainda outros conceitos a receberem atenção: *disease*, *illness* e *sickness*. De acordo com a mesma obra, *disease* é “defined as organic malfunctions and pathological processes whose signs and symptoms typically can be observed and quantitatively assessed” (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 14), *illness* como “the patient’s experience of disease or ill health” (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 14), e *sickness* consiste em “labels, roles, and societal expectations projected onto diagnosed individuals” (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 14). Ou seja, *disease* é a doença em si, são os sintomas passíveis de observação; *illness* é a forma como a doença é observada pelo doente e, *sickness* é o modo, os rótulos que a comunidade, sociedade

atribuem ao indivíduo com a doença. Embora em português todos estes termos sejam definidos pela palavra “doença” os seus significados mostram que estes ilustram diferentes situações e perspectivas que, dependendo do objectivo da estratégia de comunicação *para* a saúde, devem ser tidas em conta.

Para este trabalho, a definição destes diferentes conceitos pode parecer insignificante. Contudo a sua pertinência é evidente pois, torna-se necessário perceber o lado do utente que, ainda não estando doente poderá vir a ficar caso não siga os conselhos dados na consulta do viajante e, este poderá ter também, uma percepção diferente da doença em comparação ao médico e à própria comunidade, sociedade. Os rótulos que o indivíduo atribui a determinada doença são importantes pois poderão permitir perceber como é que este a vê e, desta forma, saber como informá-lo das precauções a tomar para se prevenir dessa doença. Ou seja, a definição destes conceitos irá permitir adaptar da melhor forma a informação disponibilizada aos utentes. Desta forma, a noção de *sickness* irá permitir ilustrar essa situação.

Para que um indivíduo seja capaz de cuidar da sua saúde evitando, para tal, a doença, é necessário que este receba informação e que, mais importante ainda, seja capaz de a analisar e compreender. É neste contexto que entra a noção de Literacia e Literacia em Saúde.

Várias são as definições existentes para o conceito de Literacia. Inicialmente, literacia era entendida apenas como a capacidade para ler e escrever (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003) mas, logo se entendeu que essas capacidades, embora necessárias, não eram “sufficient for function and succeeding in society” (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 583). Então, o conceito de literacia evoluiu “the concept of literacy moved beyond merely reading and writing to include skills such as problem solving and reasoning” (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 584).

Portanto, segundo a UNESCO, por literacia entende-se

“a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objectivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade” (MONTEIRO, M. M. – 2009, p. 18).

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Esta definição de literacia apresentada pela UNESCO na tese de Maria Margarida Monteiro (2009), engloba mais do que o processo de alfabetização ao compreender a literacia como “um processo contínuo de aprendizagem” e,

“tal como definida, a literacia é então um conceito mais geral do que ler e escrever, incluindo não só a competência e os usos da leitura e da escrita mas também as funções que a leitura e a escrita desempenham na formação e na acumulação de procedimentos, leis e textos que constituem o corpo principal da cultura histórica (Olson, 1999)” (Olson, 1999, citado em MONTEIRO, M. M. – 2009, p. 19).

Relativamente ao conceito que verdadeiramente interessa para este trabalho – Literacia em Saúde – a sua definição apresentada pela OMS na obra HANDBOOK OF HEALTH COMMUNICATION (2003) é a seguinte: “the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 584).

Para esta definição e de acordo com a mesma obra, as aptidões cognitivas – *cognitive skills* – encontram-se relacionadas com, entre outros, *Media Literacy* e *Computer Literacy*. A *Media Literacy* é definida

“in various ways, ranging from ‘the ability to access, analyze, evaluate and produce communication in a variety of media forms’ (Aspen Institute Leadership Forum, 1992, as cited in Zettl 1998, p.81) to being able to ‘develop an informal and critical understanding of the nature of mass media, the techniques used by them, and the impact of these techniques’ (Center For Advanced Technology, 1997, as cited in Zettl, 1998, p.81)” (Zettl, 1998, citado em THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 585).

Quanto a *Computer Literacy* não existe um consenso quanto à sua definição pelo que apenas são abordadas formas passíveis de se definir: “early definitions of computer literacy focused on the ability to use computer hardware and software and the ability to program a computer (Higdon, 1995). Other definitions suggest ethical, responsible, and effective use of computers as indicators of computer literacy (Wolfe, 1992)” (Higdon, 1995 e Wolfe, 1992, citados em THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 585). Estes dois termos são importantes para a noção de literacia em saúde já que, muita da informação sobre saúde – e habitualmente sobre qualquer tópico – pode ser conseguida tanto através dos *media* como através da internet. Torna-se então, necessário, perceber até que ponto os indivíduos

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

conseguem analisar e interpretar a informação cedida por estes meios. No caso da internet, é ainda importante perceber em que medida consegue o indivíduo procurar e filtrar informação relacionada com algum problema de saúde.

Ainda dentro da definição de literacia em saúde, as aptidões sociais – *social skills* – são vistas como “necessary to attain adequate, or ‘functional’, health literacy (...)” (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 585). Estas aptidões são tidas como importantes na definição de literacia em saúde uma vez que, a capacidade de comunicar do indivíduo, seja explicando ao médico as suas queixas, seja na farmácia pedindo a sua receita, ou mesmo com a seguradora, é o que faz com que este seja capaz de se fazer entender ao transmitir informação.

Tendo em conta a definição apresentada de literacia em saúde, esta divide-se em duas partes: a capacidade de procurar, filtrar e interpretar informação sobre saúde e, a capacidade de comunicar, transmitir informação. Ao faltar uma destas capacidades ao indivíduo, seja ela qual for, a sua literacia em saúde encontra-se comprometida.

Um paciente que possua um baixo nível de literacia em saúde ou mesmo literacia no geral, irá ter dificuldade em relatar ao médico as suas queixas, em perceber o que o médico prescreve em termos de medicação, etc. “Low literacy can be a significant barrier to effective patient/provider communication. People with poor health literacy have been found to be less capable of describing their condition to medical personnel (...)” (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 588).

A falta de literacia, embora possa parecer que apenas afecta o próprio doente ao torná-lo incapaz de identificar sintomas, tomar a dosagem certa de medicação recomendada, entre outros aspectos, afecta, na verdade, o próprio diagnóstico

“Another consequence of low health literacy on patient/provider communication is that people with inadequate health literacy are at increased risk of being diagnosed incorrectly. If people are unable to clearly communicate their medical problems, their health care providers may be drawing conclusions on limited or flawed information” (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 588).

“A literacia em saúde inclui a capacidade que os pacientes têm de comunicar com os profissionais de saúde, ler informação médica, tomar decisões acerca de tratamentos, seguir regimes médico e decidir quando e como procurar ajuda médica” (MONTEIRO, M. M. – 2009, p.23) portanto, os baixos níveis de literacia acabam não só por impedir o devido diagnóstico

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

devido à falta de informação mas também acaba por comprometer o próprio tratamento na medida em que o utente poderá não estar apto a ler e decifrar a dosagem correcta dos medicamentos ou tratamentos em questão. Também no que diz respeito aos sintomas, estes poderão ser negligenciados por utentes com baixos níveis de literacia que, não tendo conhecimento dos sintomas de algumas doenças, poderão deixar passar procurando acompanhamento personalizado tarde de mais. Este problema representa também um custo acrescido para as organizações de saúde uma vez que, indivíduos com baixos níveis de literacia têm mais probabilidade de serem hospitalizados do que os que têm altos níveis de literacia (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003). Esta probabilidade existe porque, “compared to people with higher health literacy, people with low health literacy may engage in more high-risk behaviors and have less understanding of prescription instruction, resulting in their higher hospitalization rates” (THOMPSON, T. L.; DORSEY, A. M.; MILLER, K. I.; PARROT, R. – 2003, p. 590).

Em resumo, podem-se “enunciar algumas capacidades básicas gerais incluídas no conceito de literacia em saúde:

- Ser capaz de compreender gráficos e outra informação visual;
- Ser capaz de trabalhar com computador;
- Ser capaz de obter e aplicar informação relevante;
- Ser capaz de fazer cálculos numéricos.

A capacidade de linguagem também é fundamental:

- Os pacientes devem saber comunicar as suas preocupações com a saúde;
- Os pacientes devem saber descrever os sintomas correctamente;
- Os pacientes precisam de fazer perguntas pertinentes;
- Os pacientes precisam de compreender os conselhos médicos;
- Os pacientes precisam de compreender decisões específicas.

É também possível enunciar algumas capacidades específicas:

- Avaliar informação sobre critérios de qualidade;
- Analisar riscos e benefícios;
- Calcular doses;
- Interpretar resultados de testes;
- Localizar informação em saúde incluindo a capacidade para pesquisar na Internet e avaliar *websites*” (MONTEIRO, M. M. - 2009, p. 24)

Dentro do contexto da Medicina das Viagens, para que o indivíduo se desloque a uma consulta dessa especialidade, este fá-lo mesmo quando se sente bem, quando não tem nenhum problema de saúde, quando não necessita de medicação, este fá-lo por prevenção e, para tal é necessário que o indivíduo tenha conhecimento da existência dessa consulta. É necessário que

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

o utente - antes de ser utente – saiba que a consulta de aconselhamento ao viajante existe e a sua importância na promoção da saúde e prevenção da doença. Neste sentido, o grau de literacia – seja ela qual for – é importante ao permitir que o indivíduo consiga encontrar informação sobre a consulta e perceba a sua importância. Outro aspecto que é importante na divulgação da consulta é a própria comunicação *para* a saúde que deverá trabalhar em prol da divulgação da mesma, dos seus objectivos e importância.

Em investigações futuras e ainda no âmbito da Medicina das Viagens, seria importante tentar perceber qual o nível de literacia em saúde, neste caso, dos utentes da consulta do IHMT para perceber se estes entendem a necessidade de realização de uma consulta antes e após a viagem e se têm noção da importância das mesmas. Nessa investigação seria também interessante procurar respostas às questões: será que os que possuem níveis de literacia em saúde mais elevados aderem mais à realização total da quimioprofilaxia prescrita? Ou então, simplesmente, será que os que têm um maior nível de literacia em saúde procuram mais a consulta do viajante e percebem o seu grau de importância?

Mas, numa estratégia de comunicação *para* a saúde deverá ser necessário, primeiro, dotar o utente de informação começando por dar a conhecer a consulta do IHMT para que os utentes tenham, pelo menos, a hipótese de escolha entre ir ou não ir. Dotar o indivíduo de informação é o primeiro passo para dotá-lo de meios para conseguir prevenir a doença e, então, promover a saúde:

“ (...) a informação e o conhecimento são um sinónimo de poder. Poder para prevenir a doença, poder para procurar apoios, poder para esclarecer dúvidas, poder para ter ao seu dispor as ferramentas necessárias para o início de um processo de mudança. Se não houver conhecimento e, mais do que isso, se não houver um elevado nível de literacia em saúde, a população (ou o indivíduo enquanto cidadão autónomo) não saberá como prevenir-se de uma doença, como apoiar o seu tratamento, como procurar que apoios e ajudas que estão disponíveis, entre outros aspectos. Representativo do que acabámos de dizer é o desconhecimento da existência de consultas do viajante, qual o seu interesse e necessidade. Os conceitos de saúde ou doença quando pensamos em viajar parecem resumir-se a uma ou outra exigência de uma qualquer vacina que ‘parece’ ser obrigatória” (EIRÓ-GOMES, M.; AUTOGUIA, J. – 2012, p.108).

Capítulo 2: MEDICINA DO VIAJANTE

Actualmente, o número de pessoas que se desloca de um país para outro, ou mesmo de um continente para outro, seja a trabalho, férias, ou por qualquer outro motivo, seja por transportes aéreos, terrestres ou aquáticos, seja por um dia, uma semana ou mesmo meses é de um grande número. A crescente facilidade e rapidez nas deslocações para qualquer parte do mundo tem ajudado bastante “ (...) entre 1948 e 2005 o avião de passageiros mais rápido aumentou de 340 milhas por hora para 1356 milhas por hora. Assim, com a China a uma viagem de jacto de distância, uma gripe epidémica pode ser importada para Nova Iorque em 16 horas” (Dawood, R. 2005, citado por DANIEL, R. – 2008, p. 50).

Com essa mobilidade de pessoas em que, cada vez mais culturas se misturam em países que não os de origem, muitos são os viajantes que, encontrando-se em locais diferentes dos seus de origem, com climas, ecossistemas, altitudes, floras, etc. diferentes, poderão vir a sofrer de alguns problemas de saúde devido a essas alterações “ (...) destinos em que as condições de hotelaria sejam de má qualidade, a higiene e o saneamento inadequados, em que não existam serviços de saúde e a água potável não seja possível, podem colocar riscos, graves, à saúde dos viajantes (pessoal envolvido no auxílio a situações de catástrofe ou de crise, operações de exploração ou a turistas que se aventuram em áreas remotas) ” (DANIEL, R. – 2008, p. 20).

Nesse sentido, e com a premissa de evitar doenças, acidentes etc., promovendo a saúde do viajante surgiu a Medicina das Viagens “dado o exponencial aumento do número dos viajantes, e com o objectivo de reduzir a morbidade e mortalidade associadas à viagem, criando uma consciencialização dos viajantes e promovendo o uso de medidas preventivas (Igreja, R., 2003), surgiu então, na Medicina uma área denominada Medicina das Viagens” (DANIEL, R. – 2008, p.4).

A Medicina do Viajante, mais do que uma especialidade médica, “ (...) é um campo interdisciplinar do conhecimento científico” (TEODÓSIO, R. – 2003, p.5). Ou seja, esta Medicina “é mais do que uma especialidade médica, já que o médico responsável pelo atendimento aos viajantes deve possuir conhecimentos de diversas especialidades diferentes: vacinação, doenças infecciosas, clínica médica, saúde pública, dermatologia e muitas outras”². Por conseguinte, “A Medicina das Viagens tem sido definida como *o ramo da Saúde Pública que procura prevenir a doença e os problemas de saúde em viajantes que se deslocam ao*

² www.vaccini.com.br, consultado a 21 de Julho de 2012

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

estrangeiro, e que gere os problemas de saúde que surgem com o regresso desses viajantes ou com a entrada no país de um viajante internacional” (Leggat, 1998 in TEODÓSIO, R. – 2003, p.5). O principal objectivo da Medicina das Viagens é, não só alertar, informar sobre os potenciais perigos de saúde que o viajante poderá enfrentar no local para onde viaja mas também, prestar cuidados de saúde a nível da vacinação e cuidados pós-viagem de vigilância. Esta medicina encontra-se directamente ligada ao conceito de “Saúde dos Turistas” que é “uma disciplina que diz respeito à protecção e promoção da saúde dos turistas, como indivíduos e como grupo populacional” (TEODÓSIO, R. – 2003, p. 5). Isto não quer dizer que a Medicina do Viajante tenha como único público os turistas, antes pelo contrário. A Medicina do Viajante preocupa-se com toda e qualquer pessoa que saia do seu país de origem com destino a um outro qualquer país seja por que motivo for – férias, lazer, negócios, visita a familiares, etc.

A palavra de ordem para a Medicina das Viagens será então a prevenção. Através da prevenção, a Medicina das Viagens tem a possibilidade de não só proteger quem viaja mas também as populações locais do destino do viajante: “a prática da Medicina das Viagens está assim direccionada para a promoção da saúde como forma de manter a saúde e o bem-estar dos viajantes” (DANIEL, R. – 2008, p. 6).

Será, então, na Consulta do Viajante que este poderá ter o aconselhamento necessário para uma viagem segura e livre de doenças adquiridas no local de destino “na consulta, o viajante obtém informação sobre os riscos de saúde relacionados com a sua viagem, obtendo aconselhamento médico orientado para as atitudes e medidas preventivas a seguir antes, durante e após a viagem”³(IHMT). A avaliação feita em consulta será de acordo com vários factores como o local de destino, a duração da viagem, o tipo de acomodação, o perfil do próprio viajante como idade, doenças pré-existentes, entre outros. Ou seja, para o médico da Medicina das Viagens, cada viajante, e cada viagem, é diferente e a consulta deve ser levada de acordo com as mais variadas características que diferenciam o viajante e a viagem. Portanto, o aconselhamento feito na Consulta do Viajante divide-se em:

“ (...) educação e aconselhamento sobre os riscos para a saúde relacionados com a sua viagem e as medidas e atitudes preventivas adequadas; revisão do estado de vacinação do viajante com recomendação e prescrição de vacinas indicadas para a viagem; (...) informação sobre risco e prevenção de doenças transmitidas pelo consumo de águas e alimentos contaminados, nomeadamente como actuar em caso de diarreia do viajante;

³ <http://www.ihmt.unl.pt/?lang=pt&page=consulta-do-viajante&m2=91> consultado a 25 de Abril de 2013

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

informação sobre outras doenças endémicas e sua prevenção geral ou específica, consoante indicado; recomendação e prescrição do estojo médico de acordo com as necessidades individuais do viajante; aconselhamento específico a viajantes com características especiais (crianças, grávidas, idosos) ou com doença crónica; atitude em caso de doença após a viagem”⁴ (IHMT).

Neste sentido, cabe ao médico da Medicina das Viagens, aquando da Consulta,

“ (...) estabelecer três áreas de estudo e intervenção: o viajante – avaliar e, se necessário, estabilizar o seu estado de saúde, de modo a não ter limitações na sua viagem; o destino – o médico deve conhecer todos os riscos a que o viajante pode estar sujeito nos locais para onde se desloca, que doenças são mais prevalentes, quais as suas principais formas de transmissão (por água ou alimentos, por insectos, por contacto interpessoal); os riscos – definir os perigos para a saúde de cada viajante em função da interacção entre a pessoa e esses locais, isto é, que actividades vai desenvolver e quais os riscos que comportam” (IHMT).⁵

Mais concretamente, na Medicina das Viagens presta-se aconselhamento sobre várias matérias como cuidados a ter com a água e alimentos, protecção contra a picada dos mosquitos e cuidados a ter com outros animais, o que fazer em caso de acidente ou de sintomas de alguma doença, como se proteger das várias doenças existentes no local de destino, sobre o comportamento a ter quando se viaja de avião, sobre mergulho, sobre as diferenças no horário entre o país de partida e o de chegada, sobre a altitude, que cuidados ter com o sol, entre outros. Portanto, o médico aconselha o utente para que este previna todo e qualquer tipo de doença, mal-estar ou acidente. O médico desta medicina não prescreve, apenas, medicamentos e vacinas mas, também aconselha sobre medidas que promovam a saúde prevenindo, desta forma, a doença sempre de acordo, como já indicado, com o próprio viajante e as características do local de destino bem como as da viagem.

Existem, portanto alguns factores que poderão colocar a saúde do viajante em risco como o destino de viagem, a duração, o objectivo e o próprio viajante através de factores como a idade, doenças pré-existentes, os seus hábitos, comportamentos, atitudes, etc. “a viagem expõe o indivíduo a novas experiências e novos desafios culturais, psicológicos, físicos, fisiológicos, emocionais, ambientais e microbiológicos e, a capacidade do viajante se adaptar a estes desafios é influenciada por factores como o seu prévio estado físico, mental, imunológico e médico” (Dawood, R., 2005, citado por DANIEL, R. – 2008, p. 21). Ou seja, cabe também ao

⁴ | <http://www.ihmt.unl.pt/?lang=pt&page=consulta-do-viajante&m2=91> consultado a 25 de Abril de 2013

⁵ <http://www.ihmt.unl.pt/?lang=pt&page=consulta-do-viajante&m2=91> consultado a 25 de Abril de 2013

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

viajante a responsabilidade de respeitar tanto os aconselhamentos dados na consulta do viajante como o próprio meio onde se vai integrar aquando da sua viagem o que, nem sempre, acontece “atitudes descontraídas e inibições reduzidas são elementos naturais de divertimento nas férias. O viajante pode assim aceitar riscos que poderiam ser evitados na vida quotidiana, tal como experimentar alimentos e bebidas desconhecidas, ou participação em desportos perigosos” (Dawood, R., 2005, citado por DANIEL, R. – 2008, p.28). Portanto existem algumas situações que são da responsabilidade do viajante acatar para que a sua viagem corra pelo melhor não colocando a sua própria saúde em risco:

“o viajante deve então aceitar como suas as seguintes responsabilidades (Dawood, R., 2005): a decisão de viajar; reconhecer e aceitar todos os riscos envolvidos; procurar aconselhamento médico em tempo útil, nomeadamente 4-8 semanas antes de viajar; adesão às vacinas recomendadas e outra possível terapêutica prescrita; um planeamento cuidadoso antes de viajar; levar consigo um *kit* de medicamentos, que saiba como utilizar; obter um seguro adequado; tomar precauções de saúde adequadas antes, durante e após a viagem; responsabilidade na obtenção de declaração médica relativa a medicamentos e seringas que possa ter que levar consigo; responsabilidade na saúde e bem-estar no acompanhamento de crianças; precauções de forma a evitar transmitir doenças infecciosas a outros durante e após a viagem; descrever cuidadosamente alguma doença no regresso; respeitar o país de destino e a sua população” (Dawood, R., 2005, citado por DANIEL, Rita – 2008, p. 44).

No entanto, esta medicina, a Medicina das Viagens, e a sua consulta, a Consulta do Viajante, é uma vertente recente da medicina. De acordo com Steffen citado na Tese de Doutoramento da Professora Doutora Rosa Teodósio (2003), só nos anos 60 é que a Medicina das Viagens terá sido iniciado por Kean quando este “ (...) avaliou os riscos para a saúde dos viajantes e as medidas preventivas para os reduzir” (TEODÓSIO, R. – 2003, p.4) sendo que, antes disso, o aconselhamento aos viajantes era “ (...) baseado em aspectos empíricos do conhecimento” (TEODÓSIO, R. – 2003, p.4).

Porém, e ainda de acordo com a mesma Tese de Doutoramento, ainda são muitos os viajantes que procuram informação e consultas no âmbito da Medicina das Viagens através de outras fontes que não o Médico da Medicina das Viagens. Para o estudo desta Tese de Doutoramento, que pretendia apenas “ (...) caracterizar a população que parte do aeroporto de Lisboa com destino aos vários Países Africanos de Expressão Portuguesa” (TEODÓSIO, R. – 2003, p. 95) foram inquiridas 3454 pessoas no Aeroporto de Lisboa nos meses de Julho e Agosto de 2001. Dos 3454 inquiridos apenas 55,8% residiam em Portugal e apenas 53,1 %

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

residem na Sub-Região de Saúde de Lisboa (SRSL) e, como a Consulta do Viajante do IHMT onde foi realizado o estágio situa-se em Lisboa, será nessa percentagem que se irão incidir os próximos dados.

Portanto, do total de inquiridos que residem na SRSL, 53,1% são do sexo masculino enquanto que 46,9% são do sexo feminino. Relativamente à escolaridade, “ (...) verifica-se que cerca de metade dos inquiridos apresenta um nível educacional acima do 12º ano de escolaridade (...) ” (TEODÓSIO, R. – 2003, p. 76). Em relação ao país de destino, constata-se que a grande maioria dos inquiridos (35,2%) tem como destino Cabo Verde e 24,1% e 16,4% deslocam-se a Angola e Moçambique, respectivamente (TEODÓSIO, R. – 2003). Desses inquiridos, 54% viaja por férias ou lazer, 19,6% a trabalho e 18,9% para visitar familiares e amigos. Das viagens, 51,9% tem a duração de 4 semanas a 3 meses, 22,3% de 2 a 4 semanas e 15,9% de 1 a 2 semanas (TEODÓSIO, R. – 2003).

Relativamente ao aconselhamento efectuado, ou não, antes da viagem – que é de facto o motivo pelo qual se cita este trabalho de investigação – “ (...) verifica-se que menos de cinquenta por cento do total de viajantes residentes na SRSL (47,8%, 568/1188) recebeu algum tipo de aconselhamento” (TEODÓSIO, R. – 2003, p. 78). Contudo, nem todos os viajantes que receberam aconselhamento fizeram-no numa consulta especializada em Medicina do Viajante “ no grupo de viajantes que receberam aconselhamento/informação, cerca de metade foram aconselhados pelo *Médico de família*, e cerca de um quinto foram aconselhados em *consulta de Medicina das Viagens*, (...). As *Farmácias* e os *Agentes de viagens*, como fontes de aconselhamento/informação, apenas são referidos por uma percentagem muito reduzida de viajantes” (TEODÓSIO, R. – 2003, p. 78) (gráfico 1). Ou seja, por esta investigação – ainda que realizada num grupo restrito de viajantes: apenas os que viajavam para os Países Africanos de Expressão Portuguesa – percebe-se que ainda são poucos os viajantes que procuram aconselhamento numa consulta especializada em Medicina das Viagens.

Existe ainda outro factor – também identificado pela investigação que se tem vindo a citar – que condiciona o tipo de aconselhamento procurado pelos viajantes: o ter, ou não, “ (...) conhecimento da existência de consultas de aconselhamento a viajantes” (TEODÓSIO, R. – 2003, p. 82). Sobre esta questão, “ (...) apenas metade dos viajantes residentes na SRSL (49,5%, 587/1187) refere ter conhecimento destas consultas” (TEODÓSIO, R. – 2003, p. 82). Ou seja, através destes dados percebe-se que ainda são poucos os que conhecem a Consulta do Viajante e, mesmo os que conhecem ainda não lhe atribuem a importância merecida.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

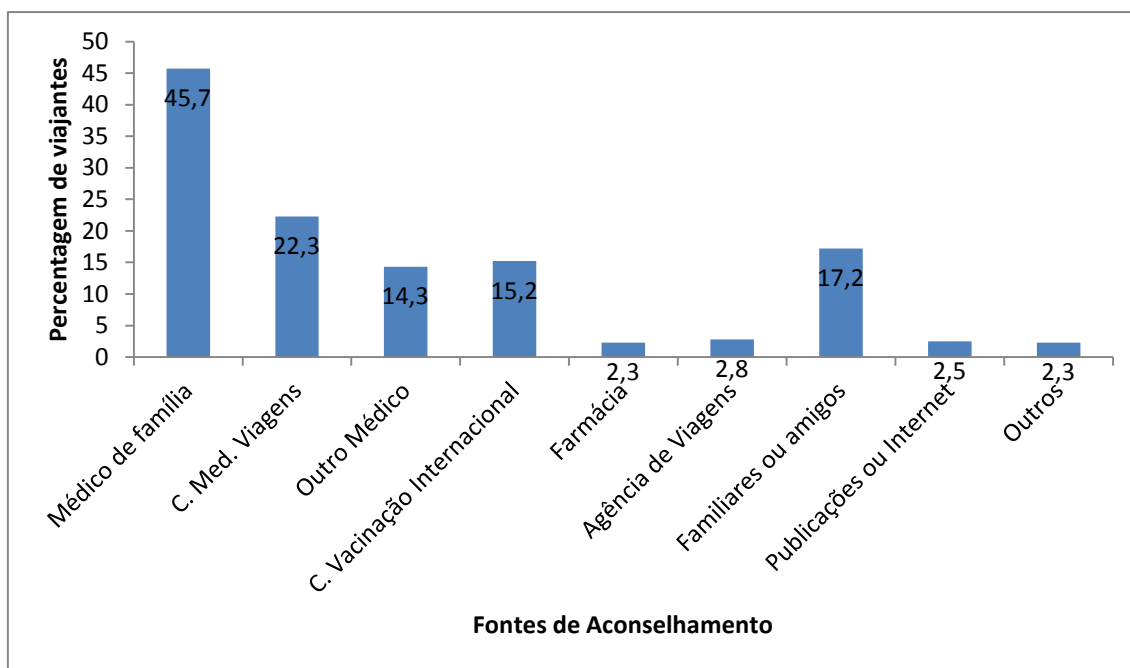


GRÁFICO 1: Viajantes que receberam aconselhamento – fontes utilizadas; residentes na SRSL (n= 565) (TEODÓSIO, R. – 2003, p. 79)

A Medicina das Viagens vê ainda o seu valor não reconhecido devidamente. Este factor poderá dever-se à mera falta de conhecimento da existência da mesma ou à não atribuição de importância. Neste sentido, um dos objectivos de comunicação para esta medicina – seja a consulta do IHMT ou de outro qualquer estabelecimento – deverá passar pela sua divulgação e atribuição de importância como ramo da saúde que pretende prevenir a doença.

Capítulo 3: CONTEXTO DE ESTÁGIO: O IHMT

3.1. O INÍCIO DO IHMT

O Instituto de Higiene e Medicina Tropical, inicialmente chamado de Escola da Medicina Tropical (EMT), situado em Lisboa na Rua da Junqueira, foi criado em 1902 mais concretamente no dia 24 de Abril por Carta de Lei do Rei D. Carlos:

“CARTA DE LEI DE 24.4.1902 – DOM CARLOS, por graça de Deus, Rei de Portugal e dos Algarves, etc. Fazemos saber a todos os nossos súbditos, que as cortes gerais decretaram e nós queremos a lei seguinte:

Artigo 1º - É criado um hospital colonial e o ensino da medicina especial dos climas tropicais, nos termos das bases anexas, e que ficam fazendo parte dessa lei.

(...)

O Ministro e Secretário de Estado dos Negócios da Marinha e Ultramar a faça imprimir, publicar e correr. Dada no Paço das Necessidades, aos 24 de Abril de 1902. – EL-REI, com rúbrica e guarda.

António Teixeira de Sousa – (Lugar do selo grande das armas reais).” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 23)

Na altura da criação do Instituto, o Brasil tinha ganho a independência o que fez com que Portugal tenha-se virado, então, para África. No seu processo de colonização, África mostrou-se mais difícil que o Brasil já que muitos eram os que sucumbiam às mãos das doenças exóticas. Estas doenças não permitiam a sobrevivência dos colonizadores deixando África “como um continente hostil” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 15) e, onde “a duração média de vida de um branco era inferior a 10 anos e até meados do séc. XIX nenhuma criança nascida nessa cidade (Luanda) conseguiu sobreviver” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 15). A preocupação e curiosidade por estas doenças exóticas tornavam-se, então, cada vez maiores e necessárias tornando-se um “complemento indispensável da colonização” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 18).

Muitos foram os que, aquando das suas explorações, escreveram e descreveram estas doenças deixando “valiosas descrições das diferentes patologias que os impressionaram” (ABRANCHES,

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

P. – 2004, p. 18) como Mungo Park “considerado o primeiro viajante do século XIX em África” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 18) que na sua obra “refere a existência de uma febre intermitente, de disenteria e de varíola, esta por vezes muito destrutiva” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 18);

ou como o Dr. David Livingston que

“colheu as observações que descreveu depois nas suas obras, sobre pneumonia, reumatismo, doenças cardíacas, varíola, coqueluche, disenteria, carbúnculo maligno e doença do sono, descrevendo admiravelmente nas suas notas a mosca tsé-tsé e o seu ecossistema” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 18).

Contudo, estas descrições apenas tornavam “o conhecimento mais empírico dos portugueses, colhidos nas suas viagens de exploração, (...) rapidamente ultrapassado” (ABRANCHES, P. – 2004, p.19). Foi a Sociedade de Geografia de Lisboa a primeira a realizar “as primeiras grandes explorações científicas portuguesas” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 19) que, apesar de tudo, tinham objectivos mais viradas para a “recolha de dados geográficos e de carácter etnográfico e linguístico do que com as grandes endemias tropicais que, a juntar à hostilidade dos indígenas, constituíam as causas *major* impeditivas da fixação da população branca” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 19).

Com o avançar das descobertas na área da saúde e a percepção de que não seria possível uma colonização em África sem que fosse controlado o problema das doenças, começam a ser dados os primeiros passos para a criação do ensino da Medicina Tropical. O primeiro passo dado nessa direcção, em Portugal, foi em 1887 quando foi atribuído à Escola Naval a função de leccionar Medicina Tropical. No resto da Europa, e já no final do séc. XIX, são criadas as primeiras escolas de Medicina Tropical em Liverpool e Londres, Grã-Bretanha, e mais tarde na Alemanha. A criação destas escolas mostram ser o empurrão de que Portugal precisava para a criação da EMT e, portanto,

“Em 1901, Miguel Bombarda, num discurso proferido na Sociedade das Ciências Médicas, defende a criação de ‘uma Escola de Medicina Colonial’. No seu discurso afirma: ... ‘Com efeito, a colonização não é somente uma questão social e económica, mas ainda uma questão de higiene e uma questão de patologia. A prosperidade e a riqueza de uma colónia dependem primeiro que tudo das facilidades de vida que lá podem encontrar os elementos colonizadores.” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 22)

Finalmente, em 1902 é criada a Escola da Medicina Tropical (EMT).

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

“Refere Fraga de Azevedo que o decreto que criou a Escola de Medicina Tropical visava ‘o ensino teórico e prático da Medicina Tropical’ e também organizar ‘missões científicas às províncias ultramarinas e às colónias estrangeiras’.” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 24)

O decreto assinado pelo Rei Dom Carlos criou não só a EMT mas também o Hospital Colonial de Lisboa (HCL) destinado ao “*tratamento dos oficiais militares e praças de pret que regressam do ultramar...*” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 24).

Criados, então, a Escola e o Hospital, estes ficaram instalados no rés-do-chão e no 1º andar, respectivamente, do edifício da Cordoaria Nacional até 1958. O primeiro director, tanto da EMT como do HCL, foi o Dr. António Duarte Ramada Curto que “*tivera um papel primordial como inspirador da fundação da nova instituição.*” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 26)

Como referido anteriormente, uma das funções da EMT seria a de “organizar ‘missões científicas às províncias ultramarinas e às colónias estrangeiras’” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 24) com o objectivo de aí “estudar e com isso contribuir para o controlo, tanto quanto possível, das grandes endemias tropicais, ou mesmo o seu extermínio” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 30). Para tal, a Escola tratou de realizar missões onde “além das medidas tomadas *in loco* e dos doentes observados e tratados, essas missões serviam para colher material que era posteriormente levado para Lisboa, para estudos no âmbito laboratorial ou epidemiológico” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 30).

A primeira missão organizada pela Escola foi em 1904 a S. Tomé e Angola sob a tutela de Ayres Kopke onde se procurou estudar a beri-beri e dar continuidade aos “estudos sobre a tripanossomose humana africana que se tinham iniciado em 1901” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 30). Uma dessas missões organizadas pela Escola teve repercussões gigantes ao ter conseguido erradicar a doença do sono na Ilha do Príncipe numa altura em que já se tinha ponderado desistir da colonização da ilha devido a essa doença.

Diz Máximo Prates, na obra, que “*foi durante a sua infância e juventude, isto é, durante a primeira dúzia de anos da sua existência, que a Escola de Medicina Tropical de Lisboa viveu o seu período áureo*” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 33). Contudo, não é apenas com grandes feitos e tempos áureos que se faz a história da EMT.

Nos “últimos anos da década de 10 e os primeiros anos de 20 ” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 34) a EMT enfrentou alguns obstáculos, nomeadamente no que diz respeito ao Hospital que “iniciou em 1922 uma época de declínio que se foi progressivamente agravando até se transformar praticamente num depósito de doentes crónicos, com largo predomínio de

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

alcoólicos” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 34). Mais tarde, em 1925, esta situação agravou-se quando o Hospital foi separado da Escola tendo sido transferido para o Pavilhão Macau. Ora, sendo o ensino leccionado na escola bastante prático, este sofreu com a falta de doentes no Hospital.

Em Maio de 1925, a Escola de Medicina Tropical sofre algumas alterações sendo “estruturada e transformada no Instituto de Medicina Tropical (IMT)” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 39). Esta mudança mostra-se não apenas a nível de nome mas antes como uma profunda reestruturação que, segundo Fraga de Azevedo referido na obra já mencionada de Pedro Abranches, “é suficiente comparar o novo diploma legislativo que transformou a EMT em IMT com a lei que criou a primitiva instituição em 1902” (ABRANCHES, P. – 2004, p.39). A referida transformação aproximou o Instituto às Universidades mas agora por lei e não apenas por meio da comparação como vinha a acontecer a até então.

É de salientar, ainda neste período de modificações, três grandes medidas. A primeira refere-se à construção do edifício para o Instituto e a segunda e terceira dizem respeito à criação de um serviço de vacinação e da Consulta Externa de Medicina Tropical inaugurada a 17 de abril de 1944.

O edifício foi apenas construído em 1956 e, em 1958 o Instituto ocupa a nova morada. Relativamente à consulta de viajantes, esta só foi criada quando o Professor João Vasconcelos Costa tomou posse da direcção por maioria absoluta tendo, também, criado uma unidade de internamento

“a Divisão Clínica ficou com uma estrutura diferente: uma Unidade Clínica das Doenças Tropicais e ainda uma ‘Consulta, um Laboratório de Patologia Clínica e uma Unidade de Vacinação’. (...) Na consulta do IHMT havia um perfil inédito, o serviço em pacote. Nesta consulta o viajante seria aconselhado, efectuava análises de rotina e era vacinado, ficando com um número de telefone para assistência permanente durante a viagem e, no regresso, faria um ‘Check up’ clínico e laboratorial” (ABRANCHES, P. – 2004, p. 214).

Contudo, a história do IHMT não se fez apenas com grandes descobertas e missões dignas de livros de aventuras. O IHMT atravessou períodos difíceis onde se viu, por vezes, em situações complicadas. No entanto, o Instituto conseguiu, sempre, superar esses problemas e também manter o seu nome entre os mais importantes na área da saúde tropical.

3.2. O IHMT ACTUALMENTE

Actualmente, e à luz do trabalho que sempre procurou realizar, o IHMT, que tem como lema pedagógico “Ensinamos o que investigamos e investigamos o que ensinamos”⁶ (IHMT), não se limita a fornecer formação mas também presta serviços de saúde e prima pelo apoio e encorajamento ao conhecimento, investigação científica e a sua divulgação.

A missão do Instituto

“decorre da da UNL, dirigida às áreas das Ciências Biomédicas, Medicina Tropical e Saúde Internacional, visando o ensino, a investigação, a prestação de serviços à comunidade (clínicos, laboratoriais e de saúde pública), a contribuição para a resolução de problemáticas de vital importância para a saúde global em geral, e das regiões tropicais em particular, a cooperação e a divulgação do conhecimento científico”⁷ (IHMT).

Neste sentido, o IHMT procura conhecer cientificamente “os problemas de saúde ligados ao meio tropical e intertropical”⁸ (IHMT). Ou seja, o Instituto não se limita a conhecer e desmistificar os problemas de saúde ligados aos países desenvolvidos, mas antes pelo contrário, o IHMT pretende aprofundar o conhecimento relativamente às doenças dos países em desenvolvimento já que são cada vez mais as pessoas que viajam para estes países tropicais seja em férias ou em trabalho. E, é também neste âmbito, Investigação Científica, que o Instituto “tem um nível de excelência reconhecido nacional e internacionalmente centrado sobretudo na Medicina Tropical e em áreas de saúde consideradas problemáticas dos países em desenvolvimento.”⁹ Exemplo desse reconhecimento são os inúmeros trabalhos publicados sob o nome do Instituto como já foi relatado anteriormente e a atribuição, pela Organização Mundial de Saúde, do estatuto de Centro Colaborador para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde.

Contudo, não é apenas na investigação e ensino que o IHMT centra os seus esforços. O Instituto mantém a sua atenção na Cooperação para o Desenvolvimento onde

“desenvolve a sua actuação no sentido de ser a instituição de referência nacional, com capacidade de conceber, programar, executar e avaliar projectos de cooperação para o

⁶ www.ihmt.unl.pt, consultado entre 10 de Julho de 2012 e 13 de Julho de 2012

⁷ www.ihmt.unl.pt, consultado entre 10 de Julho de 2012 e 13 de Julho de 2012

⁸ www.ihmt.unl.pt, consultado entre 10 de Julho de 2012 e 13 de Julho de 2012

⁹ www.ihmt.unl.pt, consultado entre 10 de Julho de 2012 e 13 de Julho de 2012

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

desenvolvimento em saúde, sendo um interlocutor privilegiado dos governos de países de língua portuguesa no contexto da UNL”¹⁰ (IHMT)

Para tal, o Instituto, tem

“uma política de cooperação com diferentes Instituições nacionais e com Instituições e Organizações Internacionais, nomeadamente, o Secretariado Executivo da CPLP, as Escolas de Medicina Tropical Europeias, as Instituições de Saúde e de Ensino dos PALOP, a Organização Mundial de Saúde, a União Europeia e o Banco Mundial entre outros”¹¹ (IHMT).

O Instituto de Higiene e Medicina Tropical é, então, desde a sua criação e contando também com os seus altos e baixos nos seus longos anos de existência, um estabelecimento de renome internacional na área da Medicina Tropical tanto no ensino, como na investigação ou na cooperação.

¹⁰ www.ihmt.unl.pt, consultado entre 10 de Julho de 2012 e 13 de Julho de 2012

¹¹ Ibidem

3.3. A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

A consulta do viajante do IHMT abriu as portas em 1998, no dia 24 de Abril, tendo realizado, logo nesse ano, 1.031 consultas e 2.149 em 2000 juntamente com 1250 aconselhamentos telefónicos.

O contrário de outras consultas em outros estabelecimentos do país, a consulta do Instituto oferece o serviço completo ao disponibilizar consulta de aconselhamento médico, vacinação – tudo no mesmo dia – e, ainda, análises clínicas – colheita e análise realizada no próprio Instituto – para um *check up* após o regresso da viagem. Ou seja, a consulta do Instituto não se limita a dar consultas mas, antes, procura oferecer o tratamento completo aos seus utentes. No Instituto é ainda possível ter consultas de dermatologia e de pediatria

Esta consulta conta com vários profissionais médicos sendo que uns colaboram com o Instituto apenas para as consultas enquanto que outros leccionam também algumas das cadeiras dos mestrados, pós graduações e doutoramentos disponibilizados no Instituto. Para além do pessoal médico, o Instituto conta ainda com os enfermeiros que administram as vacinas por norma, logo a seguir à consulta de aconselhamento e com o pessoal administrativo.

A consulta poderá ser feita para apenas uma pessoa ou então para todo um grupo quando este viaja para o mesmo destino e com as mesmas condições. Estas consultas de grupo acontecem, por norma, quando estes viajam em trabalho ou em férias de grupo.

Para a marcação de consultas é possível fazê-lo tanto pessoalmente, como por telefone ou, até mesmo, através da internet o que atrai muitos utilizadores deste sistema ao facilitar a marcação.

Capítulo 4: A CONSULTA DO VIAJANTE

De forma a ser possível a realização de uma correcta descrição do público da Consulta do Viajante do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e conseqüente análise de situação, torna-se necessário realizar uma investigação que incida sobre o mesmo. Neste sentido, a investigação realizada, encontra-se assente em metodologias quantitativas – inquéritos por questionários – e qualitativas – observação e análise documental.

Esta investigação não pretendeu ser exaustiva nem representativa, mas sim uma base para a análise de situação, descrição do contexto como já indicado. Desta forma, pretendeu-se conhecer o público que recorre à Consulta do Viajante do Instituto nomeadamente, as suas características demográficas como idade, sexo, situação profissional e escolaridade, as características da viagem como destino, objectivo e duração, os seus conhecimentos relativamente aos cuidados de saúde a ter na viagem, entre outros.

Este objectivo encontra-se directamente ligado ao do estágio já que, o que se pretendeu com o mesmo foi a reformulação e/ou criação de suportes comunicacionais entregues na Consulta do Viajante do Instituto. Contudo, para a reformulação e/ou criação destes suportes, tornou-se necessário perceber para que pessoas estes se dirigem designadamente, qual o seu nível de escolaridade, quais as características da viagem e, também, quais as suas necessidades informativas de modo a que tanto a linguagem como os conselhos dados possam ser adequados e relevantes.

Tornou-se também pertinente entender o ponto de vista de quem trabalha na consulta. Ou seja, foi preciso entender o que é que os médicos, enfermeiros e pessoal administrativo achavam que deveria configurar nestas plataformas já que são estes os profissionais que lidam directamente com o público da consulta respondendo às suas questões. Assim, poder-se-ia saber o que estes achavam em relação ao folheto já existente e o que consideravam importante acrescentar e/ou reformular.

Esta investigação é uma Investigação Empírica Aplicável já que é uma investigação que pretende “descobrir factos novos (dados empíricos) que sejam capazes de resolver problemas práticos no curto prazo.” (HILL, M. M. e HILL, A. – 2005). Ou seja, com esta investigação pretendeu-se descobrir como é o público da Consulta do Viajante do Instituto de forma a moldar os suportes comunicacionais ao mesmo. Contudo, esta investigação não é, de todo,

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

representativa pois não é esse o seu objectivo. A investigação teve apenas, como já foi referido, a finalidade de descrever o público da consulta. Esta foi destinada à análise situacional permitindo caracterizar tanto o público como os seus conhecimentos relativamente a cuidados de saúde a ter no destino de viagem.

“Imagine que sai de Lisboa para passar uns dias no Alentejo. A viagem tem um **objectivo** – ir em trabalho ou ir de férias. Para tal, é preciso fazer **escolhas** – ir de carro, de comboio ou de autocarro. É preciso **planear** a viagem – dia e hora de partida. É preciso **pensar adiante** – que roupas adequadas levar? – onde vai ficar?

A investigação empírica também pode ser considerada uma viagem. Tal como a viagem ao Alentejo, a «viagem da investigação» tem um **objectivo** e exige que se façam **escolhas**. A viagem da investigação também precisa de **planeamento** e o investigador tem de **pensar adiante**.

Em resumo, a «viagem da investigação» empírica compreende os seguintes aspectos:

- Tem como **objectivo** contribuir para o enriquecimento do conhecimento na área em que se escolheu fazer a investigação;
- Precisa de **escolhas** em termos do tema e em termos das hipóteses específicas a testar;
- Obriga a um **planeamento** dos métodos de recolha de dados;
- Precisa que se **pense adiante** para planear as análises de dados antes de começar a parte empírica da investigação.” (HILL, M. M. e HILL, A. – 2005)

Aplicando esta citação a esta investigação em concreto, o **objectivo** foi conseguir uma descrição que servisse de base para a análise situacional que permitisse reformular os suportes comunicacionais da Consulta do Viajante do IHMT, como já foi referido; os temas **escolhidos** para análise foram os cuidados de saúde a ter por parte dos utentes dessa consulta aquando da viagem, as características do viajante e as da viagem; os métodos de investigação escolhidos foram a revisão da literatura, o questionário e a observação; e, foi **pensado adiante** tendo em conta que procurou-se realizar uma análise de dados que fosse suficientemente minuciosa ao ponto de fornecer o máximo de informação possível sobre o público da Consulta e os seus conhecimentos, ou seja, para a análise dos resultados optou-se pelo programa informático *Statistical Package of Social Sciences (SPSS)*, versão 19, que permitiu não só a quantificação dos dados em percentagens como também permitiu descobrir a relação que os vários dados têm entre si.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Entrando mais concretamente no seio da investigação, os públicos seleccionados são os colaboradores da Consulta do Instituto – médicos, enfermeiras e recepcionistas – e os utentes que se dirigiram à consulta no período estipulado para a realização da investigação.

Nesta fase torna-se pertinente explicar quais os métodos de investigação escolhidos e porquê, como foram aplicados e, por fim, como foram analisados.

“Sob a óptica das ciências sociais empíricas existem 3 aproximações principais para compreender o comportamento e os estados subjectivos: a) observar o comportamento que ocorre naturalmente no âmbito real; b) criar situações artificiais e observar o comportamento diante das tarefas definidas para essas situações; c) perguntar às pessoas sobre o seu comportamento, o que fazem e fizeram e sobre os seus estados subjectivos, o que por exemplo, pensam e pensaram” (GUNTHER, H. – 2006, p. 201).

4.1 MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO

Para a investigação aqui descrita foram utilizados os seguintes métodos de investigação:

1. Revisão da Literatura
2. Questionários
3. Observação

Foram seleccionados estes métodos de investigação, pois foram os que se mostraram mais indicados ao permitirem recolher o máximo de informação pertinente gastando o menor tempo possível – questionários – por permitirem conhecer outras abordagens em investigações no mesmo campo de trabalho – revisão da literatura – e, por fim, por facultar informações que de outra forma poderiam ser alteradas ou perdidas – observação.

4.1.1 Revisão da Literatura

“You nevertheless would want to prepare properly for your field work. A lot of information already is likely to be available about the field setting you might consider studying. Relevant media coverage, online information, as well as previous research studies all are likely to be available. You should consult this information ahead to time.” (YIN, R. K. – 2011, p. 110)

A revisão da literatura permitiu apreender a forma como as mais variadas teorias foram aplicadas noutros contextos com objectivos semelhantes. Tendo em conta que esta investigação centrou-se na Comunicação para a Saúde, a literatura analisada prendeu-se com o mesmo tema e apresenta casos práticos de situações onde o objectivo é o de informar sobre cuidados de saúde ou sobre situações relativas à vida da comunidade ou, então, onde se pretende mesmo a alteração de determinados comportamentos considerados prejudiciais à saúde da comunidade ou do próprio indivíduo.

O que se pretendeu com esta revisão foi tomar conhecimento das campanhas realizadas tendo em conta a sua aplicação, resultados, dificuldades, etc., para perceber como é que cada uma dessas campanhas influenciou a comunidade e atingiu – ou não – o seu objectivo inicial.

É de salientar que, em cada uma dessas campanhas, o seu objectivo e comunidade onde é implementada é de extrema importância e que estas circunstâncias influenciam directamente

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

o resultado dessa mesma campanha pelo que, deverão ser tidos em conta e comparados com a situação actual da comunidade para a qual esta investigação trabalha.

Portanto, na realização desta revisão da literatura, foram encontrados exemplos de várias campanhas de comunicação desenvolvidas no âmbito da Comunicação para a Saúde. Todas essas campanhas aplicavam diferentes teorias conforme o objectivo da campanha e a comunidade onde esta se inseria. De todas as teorias estudadas, a que pareceu ser mais interessante e possível de se utilizar no caso dos viajantes portugueses foi a *Social Learning Theory* do Professor Albert Bandura.

Esta teoria do Professor Albert Bandura, defende que existem duas principais formas de aprender: ou por tentativa e erro ou por observação

“Bandura postulates that there are two basic modes of learning. People can either learn through the direct experience of trial and error and the rewarding and punishing effects of actions, or through the power of social modeling. Trial-and-error learning by direct experience is not only tedious but harmful when errors produce costly or injurious consequences. So, many people will short-cut this process by learning from the successes and mistakes of others” (HAIDER, M.. – 2005, p. 129).

Na primeira forma, o indivíduo aprende por si próprio, através das suas experiências sofrendo as consequências positivas ou negativas das suas acções. Já na segunda forma o processo passa pela observação dos outros, pela experiência, pelos exemplos fornecidos pela sociedade em geral onde o indivíduo aprende a agir (HAIDER, M. – 2005). Ou seja, de acordo com esta teoria, o indivíduo tem a oportunidade de saltar a parte da experiência própria ao aprender com os erros e vitórias dos outros à sua volta; o indivíduo consegue pesar os prós e contras de cada atitude e/ou comportamento tendo em conta as consequências – positivas ou negativas – que os outros sofreram por adoptar determinado comportamento.

Com esta teoria percebe-se que uma boa forma de alterar o comportamento humano é fornecer esses exemplos que pretendemos que sejam seguidos ilustrando que essa será a melhor forma de agir e que a “outra” forma de agir trará consequências negativas também passíveis de serem apresentadas através de exemplos

“Social Learning Theory postulates that positive rewards have a vicarious effect on the observer (in this case, the audience) and can motivate audience members to practice similar behavior(s). Punishing a role model for practicing a socially undesirable behavior

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

likewise provides a vicarious experience for the observer and can inhibit his or her practice of the same behavior” (HAIDER, M. – 2005, p. 129).

Neste contexto em particular onde se inseriu o estágio, e num plano a longo prazo com mais tempo para o planeamento, implementação e avaliação da campanha, poderão ser utilizados exemplos de casos de viajantes que, não tendo seguido o tratamento e/ou conselhos dados ou simplesmente por terem falhado a ida à consulta do viajante, contraíram alguma doença ou infecção que lhes prejudicou a viagem ou mesmo a situação de saúde. Por outro lado, poderão também ser ilustrados exemplos de viajantes que tendo seguido os conselhos e tratamentos conseguiram aproveitar a viagem de forma saudável “Through modeling it is possible to acquire new forms of behavior and to strengthen or weaken certain behaviors” (HAIDER, M. – 2005, p. 129).

Um dos exemplos práticos que poderia ser apresentado é o caso da Malária importada “Define-se Malária importada como aquela que tendo sido adquirida numa região endémica, foi diagnosticada e tratada depois do regresso ao país de origem não endémico” (FARINHA, I. - 2011, p. 9). São muitos os viajantes que, mesmo indo à consulta do viajante e sendo aconselhados a realizar a profilaxia da Malária, acabam ou por desistir do tratamento a meio, ou simplesmente não o realizam de todo e, acabam por contrair a doença que pode vir a manifestar-se apenas meses ou mesmo anos depois “A maioria dos casos de Malária em turistas, deve-se ao incumprimento na toma do medicamento anti malárico profilático prescrito, profilaxia inadequada ou mesmo ausência de profilaxia, isto aliado a uma má prevenção das picadas de mosquitos” (FARINHA, I. – 2011, p. 9).

Este problema é um dos que poderá ser minimizado quando aliado à *Social Learning Theory* do Professor Albert Bandura já que, mostra um exemplo real de um comportamento que coloca a saúde do viajante em risco. O objectivo seria então que os viajantes, tendo consciência das consequências da não adesão à profilaxia da Malária aconselhada, adoptassem as devidas medidas de prevenção seguindo os conselhos dados na consulta do viajante.

Este exemplo ilustrado mostra que a Teoria apresentada poderá ser uma mais-valia na resolução de alguns dos problemas de comunicação que a Consulta do Viajante do IHMT enfrenta no seu dia-a-dia ao não conseguir chegar a alguns viajantes – os que não se deslocam à consulta – ou ao não conseguir fazer passar a importância de adoptar as medidas profiláticas para evitar a contracção de qualquer doença ou situação que coloque em perigo a saúde ou simples bem-estar do viajante.

Tendo em conta que foi necessário conseguir um grande número de pessoas para se conseguir um boa base para a análise de situação que nos permitisse conhecer da melhor forma possível o tipo de público que se dirige à consulta do Instituto, a melhor opção revelou-se o método de investigação por questionário. Este método mostrou-se o mais indicado já que é adequado para

“ (...) o conhecimento de uma população: condições e modos de vida, comportamentos, valores ou opiniões. A análise de um fenómeno social que se julga apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão” (QUIVY, R. e LUC, V. C. – s.d., p.21).

Ou seja, o objectivo destes questionários é perceber quem são os utentes da Consulta do Viajante do IHMT, quais os seus conhecimentos relativamente aos cuidados de saúde a ter e as características da viagem. Portanto, este método

“consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, (...), uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores.” (QUIVY, R. e LUC, V. C. – s.d., p.20).

Por conseguinte, estes questionários abordaram temas relativamente ao utente da consulta com questões sobre a idade, sexo, profissão e escolaridade. Contudo, os utentes não foram questionados acerca da identidade visto que estes questionários pretendiam ser anónimos e só foram respondidos quando os utentes assim o entenderam já que não existia nenhuma obrigatoriedade.

Os questionários tiveram também - de forma a ir ao encontro dos seus objectivos - perguntas relacionadas com a viagem – destino, duração e objectivo da mesma - e os cuidados a ter nessa viagem relativamente ao consumo de alimentos, água e a protecção contra os mosquitos.

As questões foram formuladas de uma forma simples e de modo a não suscitar dúvidas, já que “as perguntas devem ser claras e precisas, de forma a que todas as pessoas interrogadas as interpretem da mesma maneira” (QUIVY, R. e LUC, V. C. – s.d., p.20) como tal, os conceitos

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

utilizados nas questões foram de uso corrente para que não houvesse espaço para interpretações diferentes por parte dos inquiridos.

Segundo William Froddy, na obra traduzida por Luís Campos intitulada “Como Perguntar – Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários” (1996), o Modelo Tradicional de Inquirição por Questionário pode ser exemplificado no seguinte esquema:

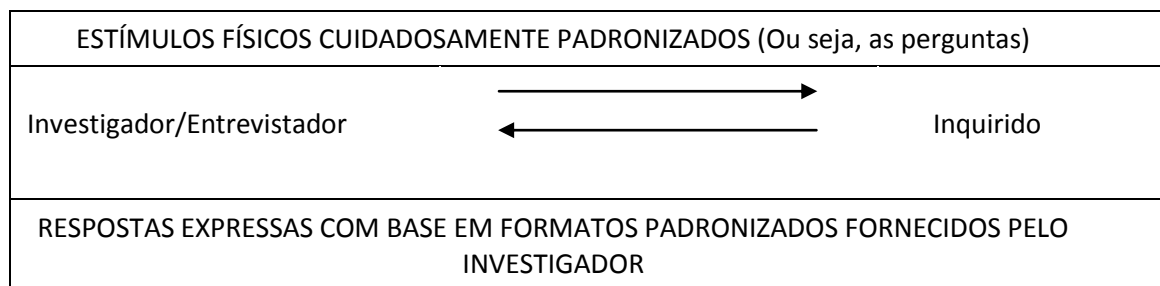


Tabela 1 – **MODELO TRADICIONAL DE INQUIRIÇÃO POR QUESTIONÁRIO** (FRODDY, W. – 1996, p. 15)

O autor explica ainda que

“a figura 2.1 [tabela 1] traduz esquematicamente a essência do modelo tradicional de inquirição por questionário. O que importa notar no modelo representado na figura é que a responsabilidade do controlo sobre o processo pergunta-resposta recai inteiramente sobre o investigador, a quem cumpre a responsabilidade de formular perguntas padronizadas com significados identicamente compreensíveis pelos diferentes inquiridos, e a obrigação de formular as opções de resposta que permitem responder às perguntas.” (FRODDY, W. – 1996, 15).

Pois foi, então, exactamente esse o objectivo aquando da formulação das questões do questionário: perguntas simples sem espaço para ambiguidades de forma a que todos os inquiridos interpretassem as perguntas da mesma forma.

Contudo, a parte da criação das perguntas, como se previu, foi a mais complicada e demorada já que, “para que os inquiridos possam interpretar uma pergunta nos termos pretendidos, devem compreender cada uma das palavras nos mesmos termos que o investigador as entende” (FRODDY, W. – 1996, p.42). Desta forma,

“ (...) a primeira parte da batalha consiste em colocar a questão em termos compreensíveis para nós mesmos. *Primeiro e antes de mais, é importante definir rigorosamente o assunto*, apesar dos problemas que a compreensão do vocabulário utilizado costuma colocar.” (FRODDY, W. – 1996, p.35).

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Mesmo utilizando o português corrente, existem algumas palavras que, para um determinado indivíduo tem um único significado mas que, para um outro indivíduo, essa mesma palavra já poderá ter mais do que um significado uma vez que,

“infelizmente, não é certo que os significados das palavras normalmente utilizadas – excluindo, desde já, as invulgares ou exóticas – sejam partilhados mesmo quando os inquiridos foram socializados num contexto cultural semelhante ao do investigador” (FRODDY, W. – 1996, p.42).

Outra das dificuldades encontradas foi relativamente ao tipo de resposta: fechada ou aberta. Optou-se por respostas do tipo fechadas com opções de resposta previamente fornecidas. Este tipo de resposta permitiu, aquando da análise dos dados, um tipo de resposta de acordo com o tipo de informação que se pretendia já que são também uma fonte de informação para o próprio inquirido e minimizam as diferentes interpretações possíveis:

“ (...) as impressões dos entrevistadores constituem uma fonte indirecta de informação sobre a forma como os inquiridos “percebem” as perguntas e muitas sugestões têm surgido no sentido de otimizar este canal de informação, permitindo melhorar os questionários.” (FRODDY, W. – 1996, p.204).

Concluindo, relativamente às questões, o que se pretendeu foi que:

“Para cada pergunta o investigador deve:

- A) Assegurar que o tópico foi claramente definido;
- B) Ser claro quanto ao tipo de informação que pretende obter e sobre a razão pela qual pretende essa informação;
- C) Assegurar que o tópico foi adequadamente definido aos inquiridos (...);
- D) Assegurar que a pergunta é relevante para os inquiridos (...);
- E) Assegurar que a pergunta não sofre enviesamento (...);
- F) Eliminar complexidades que diminuam a fácil apreensão do significado da pergunta (...);
- G) Assegurar que os inquiridos percebem o tipo de resposta solicitado.” (FRODDY, W. – 1996, pp. 203-204).

Para a análise dos dados, como já indicado anteriormente, optou-se pelo programa informático SPSS 19, pois este programa permite, para além dos dados singulares, um confronto entre os vários dados conseguidos facilitando a percepção sobre a sua relação.

A escolha da amostragem será definida pelo número de utentes que recorreram à Consulta desde o dia 28 de Novembro até ao dia 14 de Dezembro de 2012 – altura em que se aplicaram os inquéritos por questionário, pelo que poder-se-á defini-la como uma amostragem de conveniência. No entanto, objectivou-se conseguir o maior número de questionários possível sendo que foi estipulado um número mínimo de 200 para que houvesse um grande número de respostas passíveis de análise de modo a que os dados obtidos tivessem maior relevância.

4.1.3 Observação

O objectivo desta investigação, como já foi referido, foi perceber quais os conhecimentos dos utentes da consulta relativamente aos cuidados de saúde a ter nos seus destinos de viagem para que, posteriormente se propusessem algumas alterações aos suportes comunicacionais da consulta. Um desses suportes comunicacionais a receber proposta de alteração consoante os resultados desta investigação são os *placards* que se encontram na sala de espera da consulta. Para perceber se a informação presente nesses *placards* era de interesse para os utentes foi preciso, não perguntar, mas sim observar o comportamento dos utentes face a aos mesmos. Como tal, outro dos métodos de investigação utilizado foi a observação directa participante. Este método de investigação permitiu também perceber se os utentes liam/observavam os folhetos dados na consulta de aconselhamento ao viajante.

Este tipo de observação permite captar “ (...) os comportamentos no momento em que eles se produzem e em si mesmos, sem a mediação de um documento ou de um testemunho” (QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. – s.d., p. 23), sendo então

“especialmente adequado à análise do não-verbal e daquilo que ele revela: as condutas instituídas e os códigos de comportamento, a relação com o corpo, os modos de vida e os traços culturais, a organização espacial dos grupos e da sociedade, etc.” (QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. – s.d., p. 23).

Embora a observação directa tenha alguns limites como “dificuldade em ser aceite como observador pelo grupo em questão; o registo dos dados e a selectividade da memória e a interpretação das observações” (QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. – s.d., pp.23-24), as suas vantagens prevalecem: “a apreensão dos comportamentos e acontecimentos no próprio momento em que se produzem. A recolha de material relativamente espontâneo. A autenticidade dos dados.” (QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. – s.d., p. 23).

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Com a observação directa participante foi possível perceber o comportamento dos utentes face aos *placards* e ao folheto informativo e também perceber se a informação por eles transmitida capta e mantém o interesse dos utentes e se a estética dos mesmos é apelativo o suficiente para chamar a atenção.

Deste modo, o objectivo não foi participar na vida diária da consulta interagindo com os utentes ou mesmo partilhando trabalho com os colaboradores da consulta, mas sim integrar na sala de espera como alguém do corpo administrativo para não ser um *corpo estranho* numa sala pequena onde todos se amontoam no espaço disponível: “ao fazer observação participante o objectivo do investigador é observar os acontecimentos, causando a menor interrupção possível na situação social” (BURGESS, R. G. – 2001, p. 100).

Quanto ao tipo de observação, “Spradley (1980) apresenta três tipos (...): observação descritiva, observação focalizada e observação selectiva (...)” (Spradley, 1980, citado em BURGESS, R. G. – 2001, p. 104), portanto, a observação que se realizou foi descritiva e focalizada uma vez que foram descritos comportamentos na sala de espera focalizados especialmente nos comportamentos face aos *placards* e também ao folheto informativo.

A grande vantagem na utilização deste método é a riqueza de pormenores e dados que são fornecidos no momento em que acontecem:

“Na investigação que envolve o uso da observação participante é o investigador que é o principal instrumento da investigação social. Nesta base a observação participante facilita a colheita de dados sobre a interacção social: na situação em que ocorrem e não em situações artificiais (como na investigação experimental) nem em situações artificialmente construídas que são criadas pelo investigador (como nas pesquisas através de inquérito). A vantagem de ser um observador participante reside na oportunidade de estar disponível para recolher dados ricos e pormenorizados, baseados na observação de contextos naturais” (BURGESS, R. G. – 2001, 86).

Neste método de investigação o grande, e talvez único, instrumento de investigação será o próprio investigador e os seus cinco sentidos como explica Robert K. Yin na sua obra “Qualitative Research from Start to Finish” (2011):

“In these situations, your five senses will be the main modalities for measuring and assessing information from the field. You also will be constrained by your ability to recall and remember actions, and you will be exercising your own discretion in deciding what to record. All these functions mean that you will be serving as the main research instrument (...)” (YIN, R. K. – 2011, p.123).

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO
IHMT

Portanto, relativamente à observação directa o que se pretendeu conseguir com a mesma foi que fosse o próprio comportamento dos utentes da consulta a responder às questões sem que estas fossem directamente colocadas: “In other words, do your best to let the field tell the story first, in his own way” (YIN, R. K. – 2011, p. 124).

4.2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A investigação realizada permitiu ficar a conhecer vários aspectos relativamente à consulta do Instituto, nomeadamente o tipo de público que se desloca à consulta, quais as suas necessidades informativas e, também o que os colaboradores da consulta entendem como lacuna no fornecimento de informação por parte da mesma.

Antes da aplicação dos inquéritos por questionário definitivos foram aplicados questionários de pré-teste de forma a serem identificados quaisquer erros de formatação que impossibilitassem uma correcta leitura das questões. Assim sendo, os questionários de pré-teste foram realizados nos dias 26 e 27 de Novembro de 2012 num total de 29. Já os questionários finais foram aplicados no período de 28 de Novembro a 14 de Dezembro de 2012, sendo que foram encontradas, como previsto, algumas limitações no período de tempo disponível para a aplicação dos mesmos. Com esta calendarização conseguiram-se 227 questionários devidamente respondidos.

PRÉ-TESTE

Antes de efectuar o questionário que resultou nos dados finais a serem analisados, foi realizado um pré-teste dos mesmos de forma a poder-se identificar qualquer erro ou falha na interpretação das questões já que, “o questionário deve ser testado previamente de modo a detectar e corrigir deficiências.” (QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. – s.d., p. 19). Este pré-teste permitiu também perceber se a formatação utilizada era a ideal e se os inquiridos identificavam facilmente as questões e as suas opções de resposta.

Este questionário de pré-teste foi aplicado unicamente aos utentes da consulta uma vez que, se fosse aplicado também aos colaboradores da consulta ficar-se-ia sem público para a aplicação final dos inquéritos por questionário.

Como indicado, o pré-teste foi aplicado ao mesmo público da versão final do questionário – os utentes da Consulta do Viajante do IHMT – e foram colocadas questões como “acha as perguntas de fácil interpretação?” ou “tem alguma dúvida ou sugestão quanto à elaboração deste questionário?” para que fosse mais fácil perceber que tipos de erros o questionário possuía para que pudessem ser corrigidos.

Neste sentido, os questionários de pré-teste foram aplicados aos utentes da Consulta do Viajante do Instituto nos dias 26 e 27 de Novembro de 2012 e, como esperado, foram reunidos 29 questionários respondidos.

Resultados Pré-Teste

Foram realizadas alterações aos questionários, de acordo com os resultados do pré-teste, em pormenores visuais como a formatação, o espaçamento entre as questões e entre as questões e as opções de resposta como: a) destaque do método de escolha das respostas; b) destaque das questões relativas à “Idade” e ao “Género”; c) destaque da existência de perguntas no verso da folha; d) inserção do que fazer em caso de engano; e) destaque da necessidade de selecção de todas as opções de resposta.

Foi necessário realizar estas alterações já que das 29 pessoas que responderam aos questionários de pré-teste 13 não responderam a questão “idade”, 11 na responderam à questão “género” e 25 não responderam a todas as opções indicando apenas a que correspondia a “sim”.

Por conseguinte, colocou-se a negrito a frase correspondente à selecção das opções; aumentou-se o espaço entre a questão “Características do Respondente” e os indicadores “Idade” e “Género” reforçando os mesmos em negrito; colocou-se o “Masculino” e “Feminino” em maiúsculas; e, por fim, colocou-se, também, a frase correspondente à obrigatoriedade de resposta em todas as opções a negrito. Por último, colocaram-se os logotipos das instituições – ESCS, ADMT e IHMT.

Forma de abordagem

Relativamente à forma de abordagem, os inquiridos foram abordados aquando do fornecimento da ficha para preenchimento antes da consulta do viajante. Nessa altura, os inquiridos eram convidados a preencher o questionário depois de ser explicado o objectivo do mesmo e a sua não obrigatoriedade de preenchimento.

Foi ainda oferecida qualquer ajuda para o preenchimento do questionário caso fosse necessário.

4.2.1 Observação Participante: Análise dos Resultados

A observação foi realizada no período de 16 a 21 de Novembro e não foi possível adiantar o número de comportamentos observados durante esse período pois, esse número dependeu directamente da afluência dos utentes à consulta do Instituto.

4.2.1.1 Descrição dos *Placards*

Placard 1

Situado na parede junto à máquina do café e da água, este placard (pld.1) contém mapas, comunicados, divulgação da consulta pós-viagem entre outros documentos. O mais apelativo são os mapas que ao ter cores vivas e serem compostos apenas por imagens chama a atenção. Estes mapas ilustram as zonas do mundo onde são necessárias determinadas vacinas, referindo se são obrigatórias, recomendadas etc., o que também chama a atenção. A divulgação da consulta pós-viagem encontra-se a um nível muito baixo em termos visuais o que não parece capaz de captar a atenção dos utentes. As letras da informação escrita são muito pequenas o que faz com que o utente tenha a necessidade de estar bastante perto do *placard* para conseguir ler. Além disso, as informações escritas são bastante extensas não existindo uma hierarquização ou realce dos pontos mais importantes.

Placard 2

O *placard 2* (pld.2) situa-se na parede que fica atrás da recepcionista o que, por si só dificulta a leitura ou mesmo a simples observação do mesmo. Para além disso, este placard apenas contém informação escrita a preto num fundo branco e, à semelhança do *placard 1*, tem letras pequenas que requerem pouca distância para a sua leitura o que não é fácil visto que a recepcionista está nessa zona. Este *placard* possui também publicidade à máquina da água presente na sala de espera e, talvez o que chame mais a atenção nesse placard, seja a informação sobre o 2º Congresso Nacional de Medicina Tropical que tem um tamanho de letra maior e imagens.

4.2.1.2 Guia de Observação

Como já referido, o objectivo para a utilização deste método de observação era perceber o comportamento dos utentes face aos *placards* e ao folheto informativo. Deste modo, foi delineado um guia de observação – Tabela 2 - onde estavam presentes as linhas orientadoras do que se pretendia observar.

Guia de Observação

Comportamentos a Observar
COMPORTAMENTO DOS UTENTES FACE AOS PLACARDS
Os utentes leem os <i>placards</i> ?
Qual dos <i>placards</i> é lido mais vezes? (existem dois <i>placards</i> na sala de espera)
Se leem, durante quanto tempo?
Deixam de ler o <i>placard</i> porque forma chamados ou por vontade própria?
Leem o <i>placard</i> apenas enquanto estão à espera do café (existência de um <i>placard</i> ao lado da máquina do café)?
Os utentes mostram-se ansiosos pela consulta/vacinação ou descontraídos?
COMPORTAMENTO DOS UTENTES FACE AOS FOLHETOS INFORMATIVOS
Quantos utentes saem do consultório com o folheto na mão?
Quantos vão a ler/olhar para o folheto?

Tabela 2: Guia de Observação

4.2.1.3 Análise dos Resultados

No período de 16 a 21 de Novembro, eram esperadas no IHMT, 107 utentes para consulta de aconselhamento com marcação prévia de consulta. Contudo, e uma vez que a consulta do IHMT oferece mais do que apenas a consulta médica de aconselhamento ao viajante, estiveram, ao todo, 177 pessoas na sala de espera da clínica aguardando algum tipo de serviço fosse a consulta, a vacinação, a marcação de consulta ou de informações. Desta forma, foi possível observar um grande número de pessoas já que estas acabavam por ficar algum tempo na sala de espera.

Os resultados obtidos foram os ilustrados nas tabelas seguintes (tabela 3 e 4).

Tempo de observação despendido por cada utente ao *Placard 1*

Data	16/ Novembro		19/ Novembro		20/ Novembro		21/ Novembro	
	Nº observador	T.O.	Nº observador	T.O.	Nº observador	T.O.	Nº observador	T.O.
<i>Placard 1</i>	1	41 segs.	1	20 segs.	1	1,30 segs.	1	45 segs.
	2	6 segs	2	5,25 segs.	2	15 segs.	2	4,45 segs.
	3	83 segs.	3	41 segs.	3	30 segs.	3	1,15

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

	4	40 segs.	4	66 segs.	4	20 segs.		segs.
	5	65 segs.	5	50 segs.	5	25 segs.		
	6	2,30 segs.	6	7 segs.	6	30 segs.		
	7	40 segs.	7	30 segs.	7	35 segs.		
	8	3,38 segs.	8	1,12 segs.	8	10 segs.		
	9	50 segs.	9	15 segs.				
	10	1,16 segs.						
Total	10	331,84 segs.	9	235,37 sgs	8	166,3 segs	3	50,6 segs.
							Total	784,11 segs

Tabela 3: Tempo de observação despendido por cada utente ao *Placard 1*; **legenda:** Nº observador: numeração atribuída consoante a ordem de chegada; T.O.: Tempo de Observação (contada em segundos); Segs.: segundos; *Placard 1*: numeração de acordo com a descrição feita anteriormente;

Tempo de observação despendido por cada utente ao *Placard 2*

Data	16/ Novembro		19/ Novembro		20/ Novembro		21/ Novembro	
<i>Placard</i>	Nº observador	T.O.	Nº observador	T.O.	Nº observador	T.O.	Nº observador	T.O.
<i>Placard 2</i>	1	6 segs.	1	38 segs.	1	17 segs.		
	2	15 segs.			2	20 segs.		
	3	22 segs.						
Total	3	43 segs.	1	38 segs.	2	37 segs	0	0 segs.
							Total	118 segs.

Tabela 4: Tempo de observação despendido por cada utente ao *Placard 2*; **legenda:** Nº observador: numeração atribuída consoante a ordem de chegada; T.O.: Tempo de Observação (contada em segundos); Segs.: segundos; *Placard 2*: numeração de acordo com a descrição feita anteriormente;

Através dos resultados da observação realizada percebe-se que o *placard* que recebe mais atenção por parte dos utentes da consulta do Instituto é o *Placard 1* com uma grande diferença no tempo total de observação – 784, 11 segundos para o *placard 1* e apenas 118 segundos para o *placard 2*. Presume-se que esta diferença aconteça porque o *placard* mais observado – o *placard 1* – é composto por mapas e encontra-se numa zona de fácil acesso sem obstáculos que dificultem ou impeçam a sua leitura, ao contrário do *placard 2* que contém apenas informação escrita num tamanho de letra reduzido e encontra-se na parede atrás de uma das administrativas o que dificulta a sua leitura retirando, então, o interesse que este

placard poderia ter. Outra das observações que também pode ser retirada destes resultados é o facto de as pessoas sentirem-se mais atraídas por informações que contenham imagens fáceis de analisar e, neste contexto, estas imagens são os mapas que compõem o *placard 1* que não necessitam de uma análise cuidada ou leitura rigorosa.

Observou-se também que as pessoas paravam de observar o *placard 1* de livre e espontânea vontade e não por serem chamados para a consulta ou vacina ao contrário do que acontecia com o *placard 2* que era observado pelos utentes enquanto aguardavam o recibo que na altura era passado pela recepcionista que se encontrava junto a esse *placard*.

4.2.2. ANÁLISE DAS NECESSIDADES INFORMATIVAS PERCEPCIONADAS PELOS TÉCNICOS E OUTROS COLABORADOS

4.2.2.1 Resultado Questionários Médicos

Foi também aplicado um inquérito por questionário aos médicos (ver apêndice 2.2) onde se procurou saber a sua opinião relativamente aos folhetos informativos como a pertinência da informação presente no mesmo, as temáticas que deverão constar nos folhetos etc. Estes questionários não foram analisados com o programa informático SPSS 19 uma vez que não se considerou que o número de questionários conseguidos – 9 – fosse o suficiente.

O questionário foi preenchido por nove dos actuais médicos que aconselham na consulta do viajante do Instituto. Destes médicos, 4 são do sexo masculino e 5 do feminino; as idades encontram-se entre os 33 e os 60 anos; estes médicos realizam esta consulta há um mínimo de 5 anos e um máximo de mais de 30 anos e, só um dos médicos realiza a consulta há apenas 1 ano. Entre as especialidades dos médicos, três são de Medicina Tropical, três de Medicina interna, um de Clínica Social e Familiar, um de Pediatria e um de Saúde Pública. Um dos médicos com especialização de Medicina Tropical também tem outra especialidade em Medicina do Trabalho e um outro com especialidade em Medicina Interna também tem uma outra especialidade em Doenças Infecciosas. A esta questão referente à especialidade apenas um dos médicos não respondeu.

De acordo com os questionários, a maioria dos respondentes (5) considera “muitíssimo importante” a entrega de folhetos informativos e os restantes (4) consideram “muito

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

importante”. Relativamente à avaliação do folheto informativo já existente e entregue na consulta os resultados são os apresentados na tabela seguinte (tabela 5).

Avaliação do folheto informativo já existente por parte dos médicos da consulta do viajante do IHMT

AVALIAÇÃO DO FOLHETO INFORMATIVO JÁ EXISTENTE		
Características	Grau de Avaliação	Número de Respondentes
ADEQUAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Muito Adequada	8
	Muitíssimo Adequada	1
RELEVÂNCIA DOS TEMAS	Muito Relevante	8
	Muitíssimo Relevante	1
ESTÉTICA	Nada Apelativo	1
	Pouco Apelativo	1
	Medio	5
	Muito Apelativo	2
QUANTIDADE DE INFORMAÇÃO	Media	5
	Muito	3
	Bastante	1
TIPO DE LINGUAGEM	Médio	2
	Muito Acessível	7
UTILIDADE	Muito Útil	5
	Muitíssimo Útil	4

Tabela 5: Avaliação do folheto informativo já existente por parte dos médicos da consulta do viajante do IHMT.

Estes profissionais de saúde foram também questionados quanto às temáticas a serem abordadas nos folhetos informativos a serem entregues aos viajantes. As respostas obtidas foram:

- a) Seguros de Viagem;
- b) Doença de Altitude;
- c) Tromboembolismo;
- d) *Jet Lag*;
- e) Doença de Descompressão;
- f) Quem não deve viajar de avião;
- g) Doenças com mais prevalência;

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

- h) Prevenção da Malária e uma mais detalhada explicação dos seus sintomas e o que fazer em caso de sintomas;
- i) Prevenção de gastroenterite;
- j) Descrição mais detalhada de como desinfetar a água;
- k) Descrição de como utilizar os sais de reidratação oral;
- l) Riscos em viagem;
- m) Prevenção de doenças transmitidas por mosquitos;
- n) Prevenção de doenças transmitidas por água e alimentos;
- o) Folhetos específicos com informação referente a temáticas que não entram num folheto *standard*;
- p) *Websites* úteis no âmbito das viagens;
- q) Cuidados a ter com o sol, altitude, etc.;
- r) Prevenção de DST.

Por último, os inquiridos foram questionados acerca da frequência com que entregam o folheto informativo existente e porquê. À primeira questão, os inquiridos responderam, na sua maioria – 8, “sempre” e apenas um dos inquiridos respondeu “frequentemente”. Quanto à justificação para a entrega do folheto, os resultados encontram-se na tabela seguinte – tabela 6.

Número de respondentes relativamente à justificação para a entrega do folheto informativo já existente

QUAIS OS MOTIVOS PARA ENTREGAR O FOLHETO INFORMATIVO JÁ EXISTENTE?	Número de respondentes
Solicitação do viajante	1
Contém informação que complementa/reforça a transmitida na consulta	9
Temas abordados importantes	7
Esteticamente apelativos	3
Informação adequada	6
Informação suficiente	5
Porque é política da consulta	2
Tem uma linguagem simples e acessível	7

Tabela 6: Número de respondentes relativamente à justificação para a entrega do folheto informativo já existente.

Por conseguinte, o que se consegue retirar destes inquéritos por questionário aplicado aos médicos que aconselham na consulta do Instituto é que estes consideram de extrema importância a entrega de folhetos informativos com temas abordados na própria consulta.

Existem mesmo os médicos que acham que deveriam existir folhetos específicos para cada tema que foge aos abordados num folheto mais genérico.

4.2.2.2 Resultado Questionários Enfermeiros

Relativamente aos questionários respondidos pelos enfermeiros (apêndice 2.3), estes não foram analisados com o programa SPSS, 19 uma vez que o número de enfermeiros da consulta do IHMT – 3 – não se mostrou o suficiente para tal análise. Assim sendo, a análise realizada baseou-se na comparação das respostas.

Com efeito, os questionários dos enfermeiros permitiu ficar a saber que todos os inquiridos (n= 3) consideram “muitíssimo importante” (2) e “medio” (1) a entrega de folhetos informativos específicos sobre vacinação; que, nesses folhetos informativos, devem constar assuntos sobre

- a) Eficácia das vacinas;
- b) Informação sobre as vacinas;
- c) Reacções secundárias esperadas;
- d) Validade das vacinas;
- e) Esquema vacinal;
- f) Medidas preventivas.

Estes também indicaram que “frequentemente” são colocadas questões de saúde antes da administração da vacina sendo que são abordados temas como

- a) Efeitos secundários das vacinas;
- b) Pertinência da realização das vacinas;
- c) Eficácia das vacinas;
- d) Cuidados a ter na viagem, nomeadamente em relação aos repelentes;
- e) Medicação anti malárica;
- f) Necessidade de consulta pós viagem;
- g) Esquemas vacinais;
- h) Esclarecimento de dúvidas relacionadas com doenças.

Os enfermeiros questionados indicaram ainda que “raramente” (2) e “por vezes” (1) são colocadas questões após a administração de vacinas sendo que depende, como explica um dos

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

inquiridos, da dinâmica da consulta, do próprio utente, etc. e são abordados temas semelhantes aos discutidos antes da administração das vacinas.

Relativamente às características dos respondentes, o inquirido 1 colabora com o IHMT e administra vacinas há um ano, o inquirido 2 colabora com o IHMT há 2 anos e administra vacinas há 5 e o inquirido 3 colabora com o IHMT e administra vacinas há 10 anos.

Neste sentido, depreende-se que os enfermeiros que colaboram com o Instituto acham importante a existência de folhetos dedicados às vacinas e estes são também tidos como fonte de informação por parte dos utentes.

4.2.2.3 Resultados Questionários Corpo Administrativo

Foram também aplicados inquéritos por questionário ao corpo administrativo da consulta do Instituto (apêndice 2.4) já que este também lida com os utentes da consulta sendo que por vezes são colocadas questões sobre os mais variados temas. Desta forma, através dos questionários respondidos pelo corpo administrativo (n= 2) percebe-se que são “frequentemente” colocadas questões antes da consulta, “raramente” após a consulta e também “frequentemente” ao telefone e são abordados temas relacionados com as vacinas, a medicação e os cuidados a ter na viagem. Estas questões são todas remetidas para a consulta de aconselhamento com o médico.

Quanto às características dos inquiridos, o primeiro tem 36 anos, tem o curso superior de Relações Públicas e Publicidade e colabora com o Instituto há 12 anos e, o segundo, tem 46 anos, o 12º ano e colabora com o Instituto há 2.

Estes questionários permitem perceber que o corpo administrativo também é procurado como fonte de informação por parte dos viajantes.

4.2.3 CARACTERÍSTICAS DO PÚBLICO UTENTE

Os vários métodos de investigação utilizados e descritos ao longo deste capítulo permitiram conseguir uma grande quantidade de dados que possibilitaram esta análise situacional. Tornou-se possível descrever, principalmente, o tipo de utente que recorre à consulta do viajante do IHMT. Conseguiu-se também perceber a posição dos colaboradores da consulta – médicos, enfermeiros e administrativos – relativamente ao folheto informativo e também face à relação entre os colaboradores e o utente.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Caracterizando, então, os utentes, foi realizada uma ligação dos vários dados conseguidos para percebermos a dinâmica entre por exemplo o factor idade e o nível de conhecimento quanto aos cuidados de saúde a ter no destino de viagem.

4.2.3.1 É a Única Consulta do Viajante que Conhece/Como Teve Conhecimento da Mesma

Um dos dados que se considera importante para o Instituto é o como é que os utentes tiveram conhecimento da consulta do Instituto. Na tabela seguinte, são apresentados os dados relativamente a essa questão comparativamente ao número de consultas de aconselhamento a viajantes que o utente conhece.

É A ÚNICA CONSULTA DO VIAJANTE QUE CONHECE/COMO TEVE CONHECIMENTO DA MESMA

COMO TEVE CONHECIMENTO DESTA CONSULTA? % (n)		É A ÚNICA CONSULTA DO VIAJANTE QUE CONHECE?		
		NÃO	SIM	Total
FOLHETO INFORMATIVO	NÃO	100% (n= 70)	96,4% (n= 53)	98,4% (n= 123)
	SIM	0% (n= 0)	3,6% (n= 2)	1,6% (2)
AGÊNCIA DE VIAGENS	NÃO	98,6% (n= 69)	94,5% (n= 52)	96,8% (n= 121)
	SIM	1,4% (n= 1)	5,5% (n= 3)	3,2% (n= 4)
ATRAVÉS DA EMPRESA	NÃO	60,6% (n= 43)	60,3% (n= 35)	60,5% (n= 78)
	SIM	39,4% (n=28)	39,7% (n=23)	39,5% (n= 51)
PELO MÉDICO ASSISTENTE	NÃO	89,9% (n= 62)	83,9% (n= 47)	87,2% (n= 109)
	SIM	10,1% (n= 7)	16,1% (n= 9)	12,8% (n= 16)
NA FARMÁCIA	NÃO	98,6% (n= 68)	96,4% (n= 53)	97,6% (121)
	SIM	1,4% (n=1)	3,6% (n= 2)	2,4% (3)
ATRAVÉS DO <i>WEBSITE</i> DO IHMT	NÃO	70% (n= 49)	64,3% (n= 36)	67,5% (85)
	SIM	30% (n= 21)	35,7% (n= 20)	32,5% (n= 41)
ATRAVÉS DE OUTROS <i>WEBSITES</i>	NÃO	72,5% (n= 50)	81,8% (n= 45)	76,6% (n= 95)
	SIM	27,5% (n= 19)	18,2% (n= 10)	23,4% (n= 29)
ATRAVÉS DE AMIGOS/CONHECIDOS	NÃO	70,4% (n= 50)	67,9% (n= 36)	69,4% (n= 86)
	SIM	29,6% (n=21)	32,1% (n= 17)	30,6% (n= 38)
OUTROS	NÃO	94,5% (n= 69)	100% (n= 61)	97% (n= 130)
	SIM	5,5% (n= 4)	0% (n= 0)	3% (n= 4)

Tabela 7: É a única consulta do viajante que conhece relativamente à forma como teve conhecimento da mesma; **Legenda:** %= percentagem de respondentes a cada hipótese e no total; (n) = número de respondentes a cada hipótese e no total.

Através da tabela apresentada, percebe-se que, tanto os que conhecem outras consultas do viajante como os que apenas conhecem a do Instituto, ambos ficaram a conhecer a consulta do Instituto através da empresa – 39,5%, do *website* do Instituto – 32,5%, ou por intermédio

de amigos/conhecidos – 30,6%. Neste sentido, são estes três factores os que mais divulgam a consulta do Instituto mesmo sem ser propositadamente ou esperando algo em troca. Este dado é interessante e permite ter a noção de como é que os utentes tomam conhecimento da consulta do Instituto. Neste sentido, quando os utentes se dirigem ao Instituto para consulta devido à empresa presume-se que estejam a cumprir o que será protocolo da mesma; quando o fazem por sugestão de amigos/conhecidos deduz-se que os que aconselharam tiveram uma boa experiência com a consulta do Instituto ao ponto de a indicarem a terceiros, por fim, quando se dirigem à consulta do Instituto após terem conhecimento da mesma pelo *Website* do IHMT, aí as razões pelo qual isso acontece já poderão ser inúmeras. Mas, é possível que assim aconteça pelo facto de se poder marcar a consulta *online* ou porque o Instituto fica no centro de Lisboa com fáceis acessos ou, simplesmente, por ser o local com consulta do viajante que apareceu em primeiro lugar na pesquisa *online*.

4.2.3.2 Quais os Motivos para Realizar uma Consulta do Viajante Antes da Viagem?

Um dos aspectos curiosos – mas um tanto já esperados – é a razão pela qual os utentes se dirigem à consulta de aconselhamento ao viajante. De acordo com os inquéritos por questionário aplicados, a grande maioria dos utentes dirige-se à consulta devido às vacinas necessárias – gráfico 1. Este é um dado que deverá receber bastante atenção já que é necessário mudar esta mentalidade e incutir nos viajantes a importância do aconselhamento dado na consulta mesmo quando não é necessário a aplicação de vacinas.

Mais uma vez, a teoria já apresentada anteriormente, a do Professor Bandura (ver página 39 deste trabalho), mostra-se indicada para alterar esta situação já que permitirá alertar os utentes da consulta para as consequências da não adopção das medidas preventivas ou mesmo da realização da consulta ilustrando exemplos reais de casos de comportamentos considerados negativos.

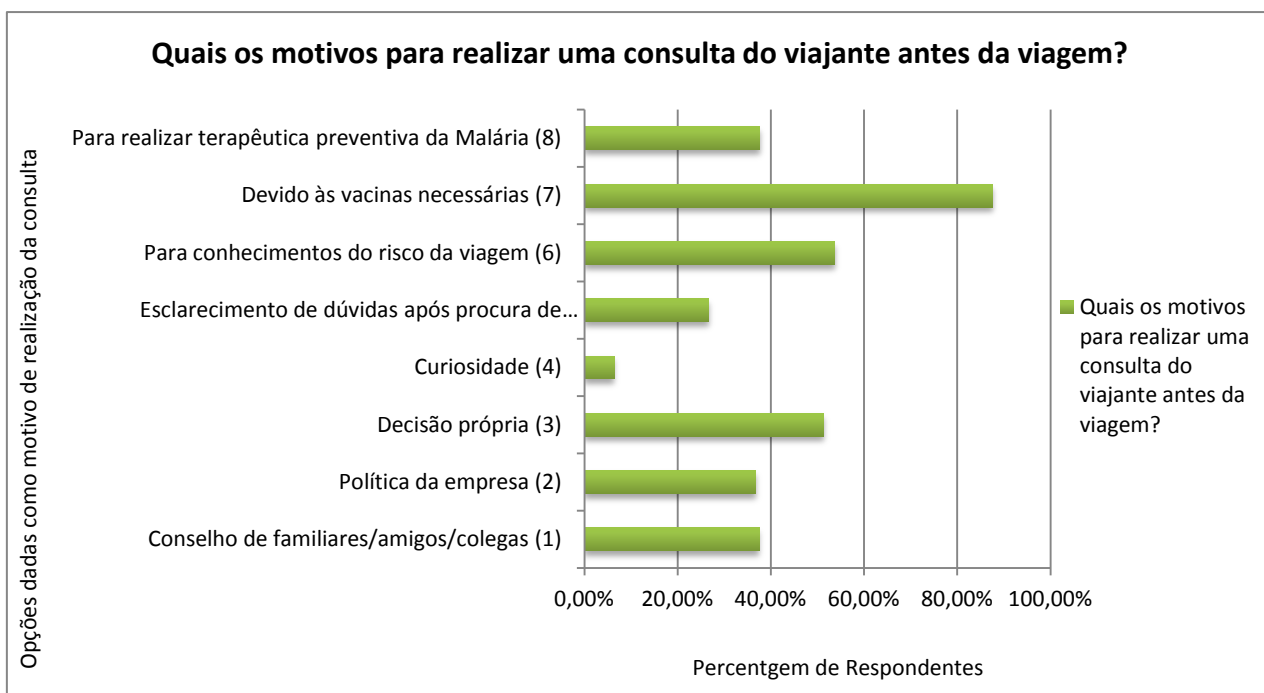


Gráfico 1: Legenda: % percentagem de respondentes divididos quanto ao motivo pelo qual realiza uma consulta do viajante antes da viagem; n= número de respondentes: (1) n= 160; (2) n= 163; (3) n= 158; (4) n= 109; (5) n= 116; (6) n= 132; (7) n= 179; (8) n= 109;

4.2.3.3 Qual o Motivo da Viagem de Acordo com o Destino

A maioria dos utentes que se dirige à consulta do Instituto viaja para África – 81,9% - mais precisamente para Angola – 53% - e para Moçambique – 9,2% - sendo que, mesmo entre estes dois destinos mais comuns, a discrepância de valores é notável.

O destino de viagem dos utentes é um dado bastante importante já que, irá permitir, na consulta, um aconselhamento mais específico e que vá de encontro às reais características do local de viagem e aos perigos que o utente poderá enfrentar. Contudo, este dado não é só importante para o médico. Esta informação permite também, em termos de comunicação, adaptar os suportes de comunicação – mesmo sendo um de formato mais geral onde caibam as diferentes temáticas importantes aos mais variados destinos de viagem – dando mais atenção à prevenção de doenças transmitidas nestes destinos de viagem alertando o viajante para a importância dos cuidados a ter com a alimentação, consumo de água, mosquitos, etc. Ou seja, o que este dado permite saber é para onde viajam os utentes que se dirigem ao Instituto, de modo a formatar os suportes de comunicação a desenvolver a esse destino e perfil.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Ainda dentro das características da viagem, como se pode verificar no gráfico 2, a grande maioria dos viajantes viaja por motivos “Profissionais/Negócios” para os mais variados destinos e, apenas no caso do Continente Asiático é que o motivo de viagem que prevalece é o de “Lazer, Recreio, Férias”. Ou seja, para África 67,1% dos utentes viaja por motivos “Profissionais/Negócios”, para a América Latina 66,7%, para o Brasil e a China é a totalidade dos viajantes – 100% - e somente o Continente Asiático conta com uma maior percentagem de utentes que viajam por “Lazer, Recreio, Férias” – 63,6% - sendo que por motivos “Profissionais/Negócios” vão somente 27,3%.

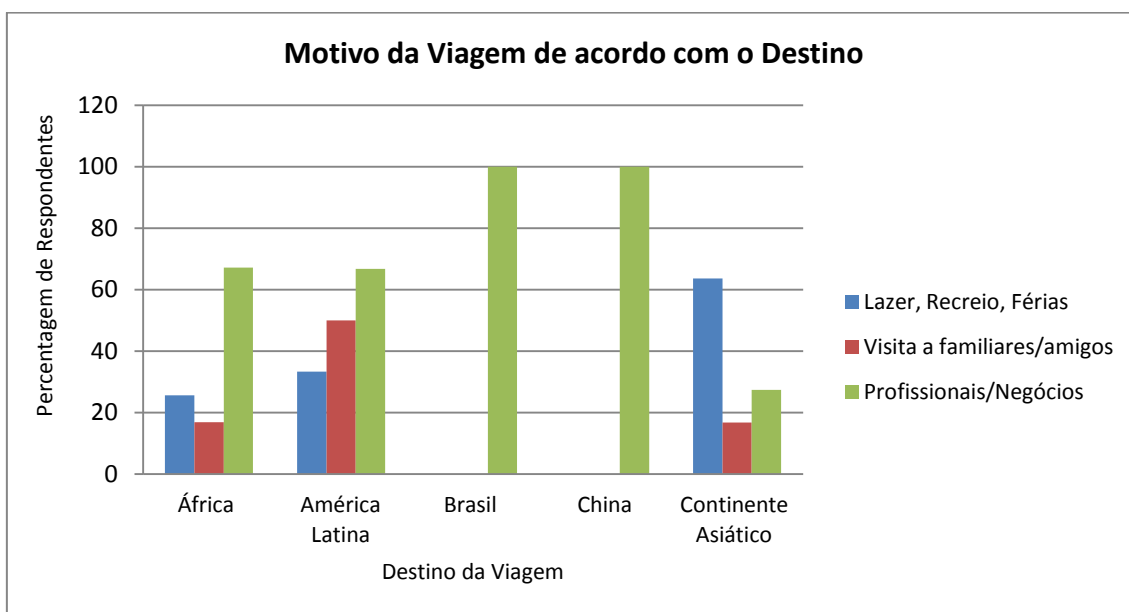


Gráfico 2: Legenda: %: Percentagem de indivíduos divididos por motivo e destino de viagem. n= número de respondentes: n= 215.

4.2.3.4 Considera ou Não Importante a Realização de uma Consulta de Pós-Viagem de acordo com o Género, Escolaridade, o Número de Vezes Presente numa Consulta de Viajantes e o Destino e Duração da Viagem

Um dos pontos do inquérito por questionário aplicado aos viajantes que recebeu bastante atenção ao ser relacionado com vários dados foi a importância que era atribuída à consulta de pós viagem. Desta forma, a questão “Considera, ou não importante fazer uma consulta após a viagem?” foi relacionada com vários outros dados como género, escolaridade, números de vezes presente numa consulta de aconselhamento a viajantes e o destino e duração da viagem.

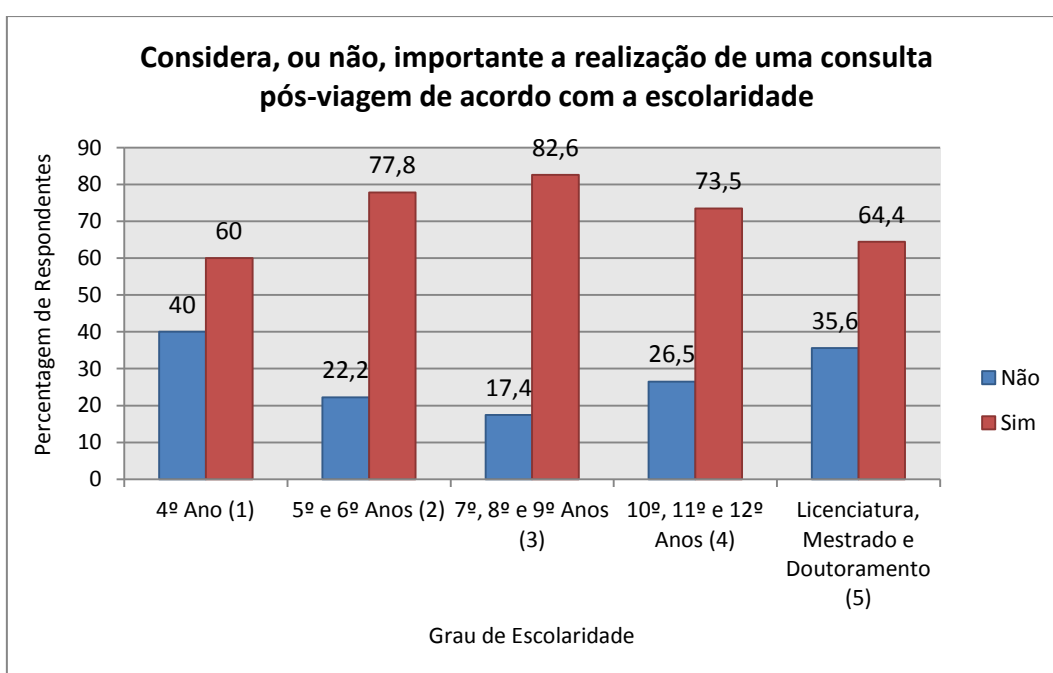


GRÁFICO 3: Legenda: %: Percentagem de respondentes que considera importante, ou não, a realização da consulta pós-viagem de acordo com a escolaridade. n= número de respondentes: (1) n= 5, (2) n= 9; (3) n= 23; (4) n= 49; (5) n= 118; (Total) n= 204.

Como se pode verificar no gráfico 3, a percentagem de respondentes que considera importante a realização de uma consulta pós viagem é superior em todos os níveis de escolaridade. É importante ressaltar, contudo, o nível de escolaridade entre o 7º e o 8º ano onde essa percentagem é a mais alta sendo que, tanto no nível de escolaridade mais baixo – até ao 4º ano, como no mais elevado – Licenciatura, Mestrado e Doutoramento, estas percentagens são as mais baixas com valores aproximados – 60% e 64,4%, respectivamente.

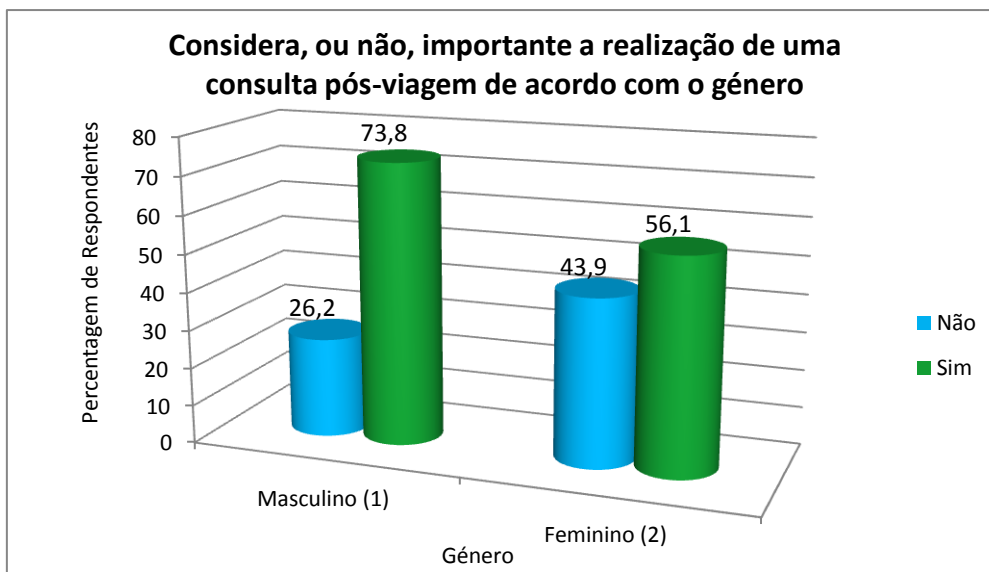
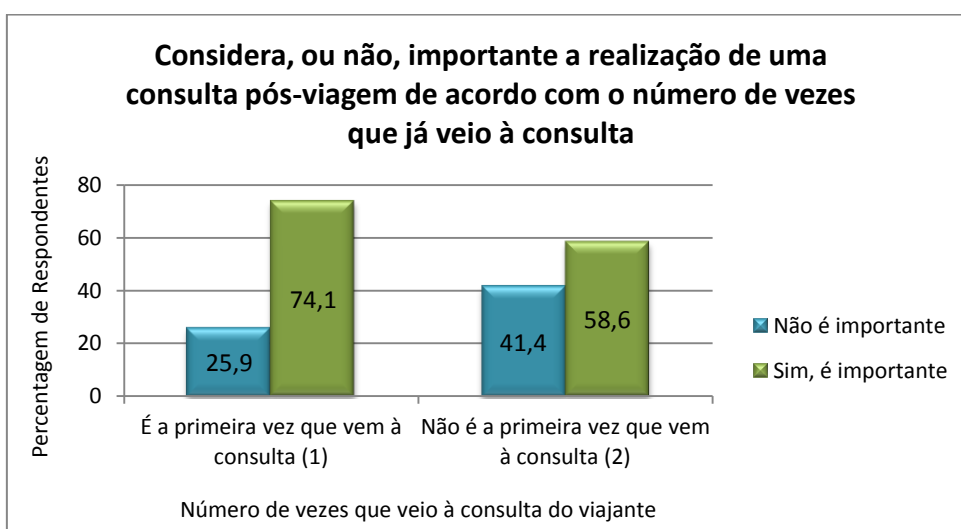


Gráfico 4: Legenda: %: Percentagem de respondentes que considera importante, ou não, a realização da consulta pós-viagem de acordo com o género. n= número de respondentes: (1) n= 130; (2) n= 57; (Total) n= 187.

Como se pode verificar, o presente gráfico mostra que, tanto no género masculino como no feminino, a maioria dos respondentes considera importante a realização de uma consulta após a viagem. Contudo, é no género feminino que se verifica uma percentagem de respondentes mais significativa – 43,9% - que considera não ser importante a realização dessa consulta. Ou seja, para quase metade dos inquiridos do sexo feminino a realização da consulta de pós viagem não é importante.



Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Gráfico 5: Legenda: %: Percentagem de indivíduos que considera importante, ou não, a realização da consulta pós-viagem de acordo com o número de vezes que já veio à consulta do viajante. n= número de respondentes: (1) n= 139; (2) n= 58; (Total) n= 197.

Assim como mostra o gráfico, verifica-se que, independentemente do número de vezes que o respondente já esteve numa consulta de aconselhamento ao viajante, a percentagem mais elevada é a dos que consideram importante a realização da consulta após a viagem. No entanto, é nos utentes que não vêm à consulta pela primeira vez, ou seja naqueles que já foram mais do que uma vez a uma consulta de aconselhamento ao viajante, que a percentagem dos que não considera ser importante a realização desta consulta é mais elevada – 41,4%. Neste grupo, a diferença entre os que consideram importante e os que não consideram importante a realização da consulta de pós viagem é baixa.

CONSIDERA, OU NÃO, IMPORTANTE A REALIZAÇÃO DE UM CONSULTA PÓS-VIAGEM DE ACORDO COM O DESTINO DE VIAGEM

DESTINO	CONSIDERA, OU NÃO, IMPORTANTE FAZER UMA CONSULTA APÓS A VIAGEM? % (n)		Total
	NÃO	SIM	
ÁFRICA	28% (n= 45)	72% (n= 116)	100% (n= 161)
AMÉRICA LATINA	66,7% (n= 2)	33,3% (n 1)	100% (n= 3)
BRASIL	50% (n= 1)	50% (n= 1)	100% (n=2)
CHINA	0,0% (n= 0)	100% (n= 3)	100% (n= 3)
CONTINENTE ASIÁTICO	44,4% (n= 8)	55,6% (n= 10)	100% (n=18)
MÚLTIPLOS DESTINOS	0,0% (n=0)	100% (n= 5)	100% (n= 5)
Total	29,2% (n= 56)	70,8% (n= 135)	100% (n= 192)

TABELA 8: Considera, ou não, importante a realização de uma consulta pós-viagem de acordo com o destino de viagem; **Legenda:** %: percentagem de respondentes a cada questão e no total; n = número de indivíduos que respondem a cada questão e no total.

De acordo com a tabela ilustrada, à excepção dos que viajam para a América Latina e o Brasil, a maioria dos respondentes considera importante a realização de uma consulta após a viagem. Ou seja, para os viajantes com destino a África, China, Continente Asiático e Múltiplos destinos é importante realizar uma consulta após a viagem – 72%, 100%, 55,6%, 100%, respectivamente. Já quem viaja para a América Latina, a maioria dos respondentes – 66,7% - não considera a realização desta consulta importante, e dos que viajam para o Brasil, a percentagem dos que consideram importante e dos que não consideram importante encontra-se dividida ao meio com 50% para cada lado da equação.

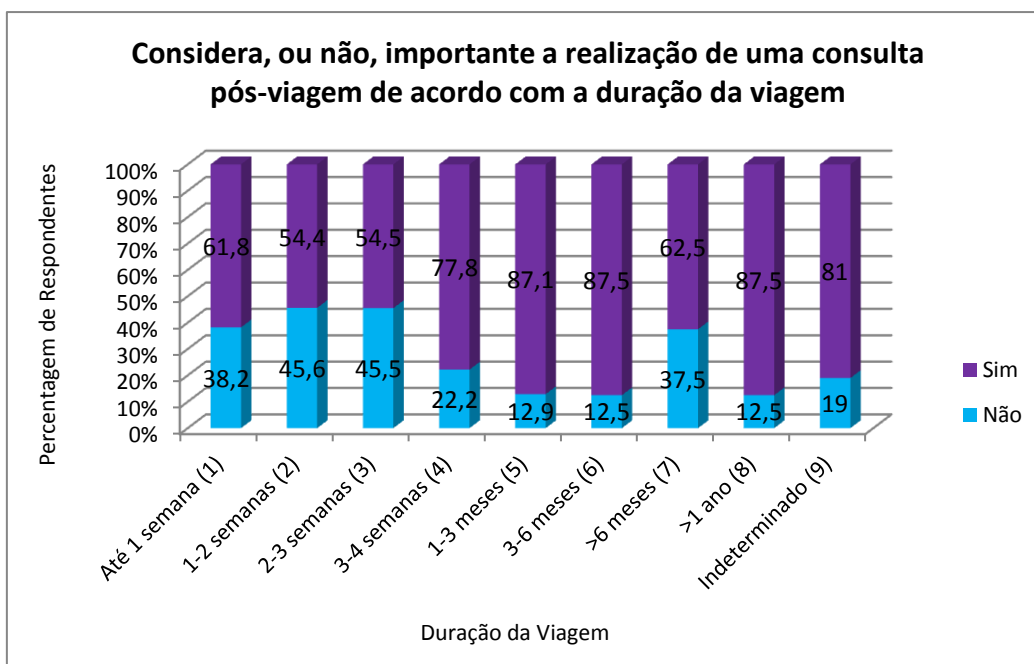


GRÁFICO 6: Legenda: %: Percentagem de indivíduos que consideram, ou não, importante realizar uma consulta pós-viagem de acordo com a duração da viagem. n= número de respondentes: (1) n= 34; (2) n= 57; (3) n= 11; (4) n= 18; (5) n= 31; (6) n= 8; (7) n= 8; (8) n= 8; (9) n= 21; (Total) n= 199. **Nota:** tanto na tabela como no gráfico apresentados não foram contabilizados os períodos “Longa duração”, “Emigração” e “Residência” uma vez que estes períodos apresentavam apenas um respondente.

De acordo com o gráfico, verifica-se que a maioria dos respondentes considera importante a realização de uma consulta após a viagem. Porém, é nos viajantes que permanecem menos tempo no destino de viagem – entre até uma semana a duas a três semanas, que a percentagem dos que consideram não ser importante a realização da consulta pós-viagem é mais elevado – 38,2%, 45,6% e 45,5%, respectivamente. É também nos que ficam no destino de viagem por mais de seis meses que a importância da consulta de pós viagem volta a ser menos significativa com 37,5% dos inquiridos a não achar importante a realização desta consulta.

4.2.3.5 Respostas Correctas Relativamente ao Consumo de Água, Alimentos e Protecção Contra a Picada de Mosquitos de Acordo com a Idade, Género e Escolaridade

Neste sentido, e indo de encontro às medidas de profilaxia aconselhadas, foi testado também através dos inquéritos por questionário aplicados aos viajantes os conhecimentos face aos cuidados a ter no consumo de alimentos, água e na protecção contra a picada de mosquitos.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Os gráficos – gráfico 7 e gráfico 8 - seguintes mostram então a percentagem de respostas correctas quanto ao género e à escolaridade.

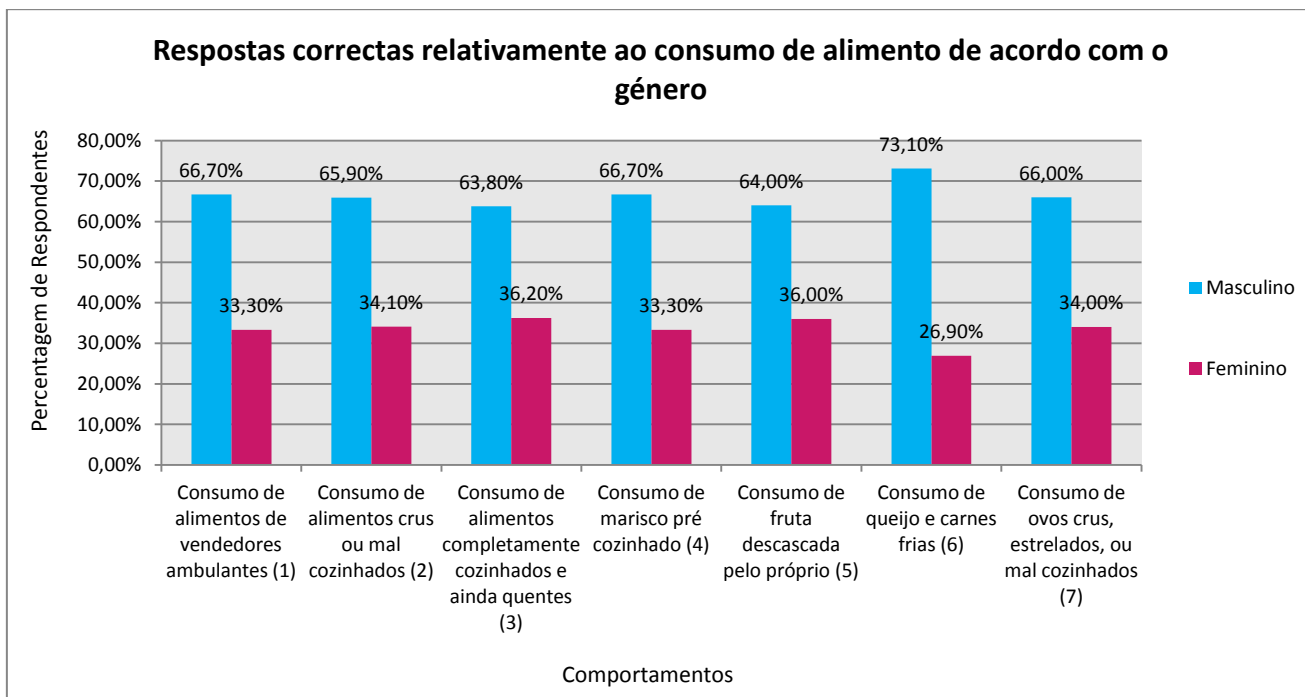


GRÁFICO 7: Legenda: %: Percentagem de indivíduos que responderam correctamente às questões sobre o consumo de alimentos de acordo com o género. n= número de respondentes: (1) n= 190; (2) n= 194; (3) n= 96; (4) n= 169; (5) n= 144; (6) n= 154; (7) n= 185.

De acordo com o gráfico ilustrado verifica-se que é o género masculino que apresenta uma maior percentagem de respostas correctas com um valor sempre superior a 60%, enquanto que, a percentagem de respostas correctas no género feminino é bastante baixa, comparativamente ao sexo masculino, rondando apenas os 30%, ou seja, metade dos valores apresentados pelo sexo oposto.

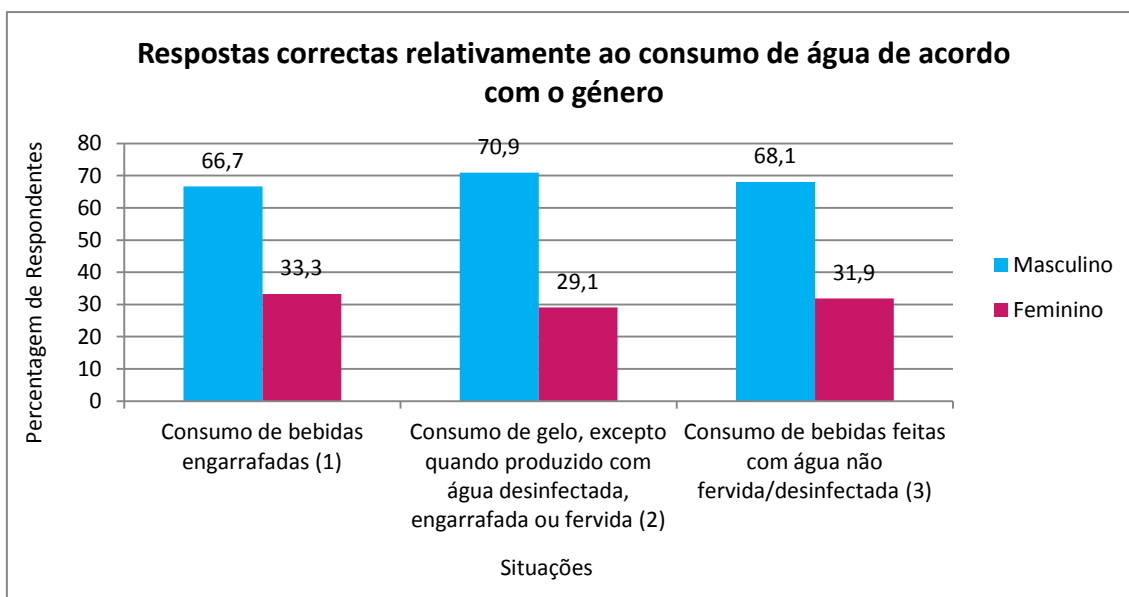
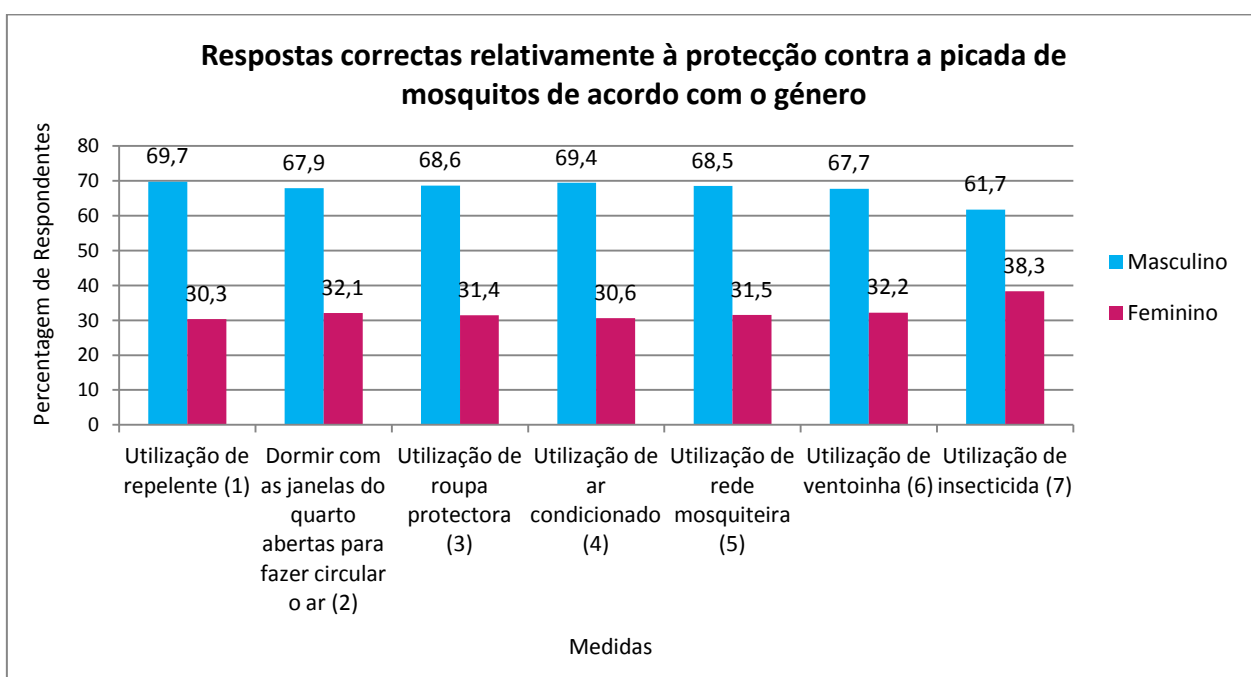


GRÁFICO 8: Legenda: %: Percentagem de indivíduos, divididos por género, que responderam correctamente às questões sobre o consumo de água. n= número de respondentes: (1) n= 144; (2) n= 182; (3) n= 136.

De acordo com o gráfico ilustrado verifica-se, novamente, que é o género masculino que apresenta uma maior percentagem de respostas correctas – acima dos 65%, sendo que, a percentagem de respostas correctas no género feminino mal chega aos 30% menos de metade do valor de respostas correctas do sexo oposto, como também acontece no gráfico anterior – gráfico 7.



Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

GRÁFICO 9: Legenda: %: Percentagem de indivíduos, divididos por género, que responderam correctamente às questões sobre a protecção da picada de mosquitos. n= número de respondentes: (1) n= 202; (2) n= 138; (3) n= 162; (4) n=154; (5) n= 187; (6) n= 135; (7) n= 160.

Novamente, tendo em conta o gráfico ilustrado, verifica-se que é o género masculino que apresenta uma maior percentagem de respostas correctas com valores quase sempre superiores aos 65%, sendo que, a percentagem de respostas correctas no género feminino torna a ser baixo e inferior aos do sexo masculino rondando os 30%.

O que estes três gráficos apresentados – gráficos 7, 8 e 9 – mostram é que são os utentes do sexo masculino que mais sabem que medidas adoptar para evitar a contracção de doenças através do consumo de alimentos, água ou mosquitos. Do outro lado da equação encontram os viajantes do género feminino com percentagens de respostas correctas bastante baixas comparativamente ao sexo masculino já que os seus valores, por vezes, chegou a ser menos de metade comparativamente ao sexo oposto.

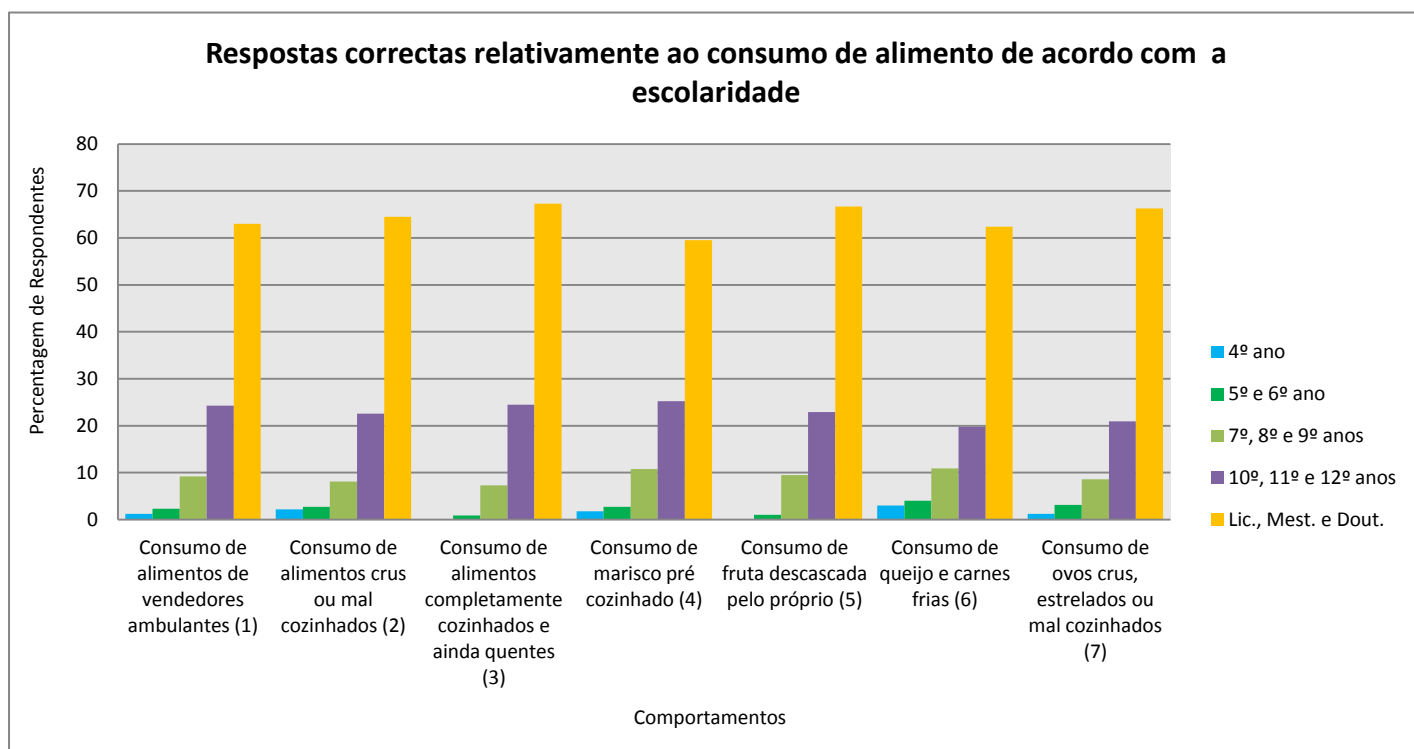


GRÁFICO 10: Legenda: %: Percentagem de indivíduos que responderam correctamente às questões sobre o consumo de alimentos de acordo com a escolaridade. n= número de respondentes: (1) n= 203; (2) n= 212; (3) n= 147; (4) n= 181; (5) n= 151; (6) n= 163; (7) n= 196. “Lic., Mest. E Dout.” = Licenciatura, Mestrado e Doutoramento.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

O gráfico ilustrado mostra que a maior percentagem de respostas correctas encontra-se nos viajantes que possuem um grau de escolaridade mais elevado – Licenciatura, Mestrado, Doutoramento – com valores quase sempre acima dos 60%. Já a menor percentagem de respostas correctas verifica-se nos indivíduos com o menor grau de escolaridade (até ao 4º ano) com valores que chegam no máximo aos 3%. Relativamente aos indivíduos com grau de escolaridade entre o 7º e o 9º ano, verifica-se que a percentagem de respostas correctas ronda os 10% e os com o ensino secundário rondam apenas os 20%. Por conseguinte, a grande discrepância é entre o nível máximo de escolaridade apresentado, ensino superior, e o nível mínimo, até ao 4º ano.

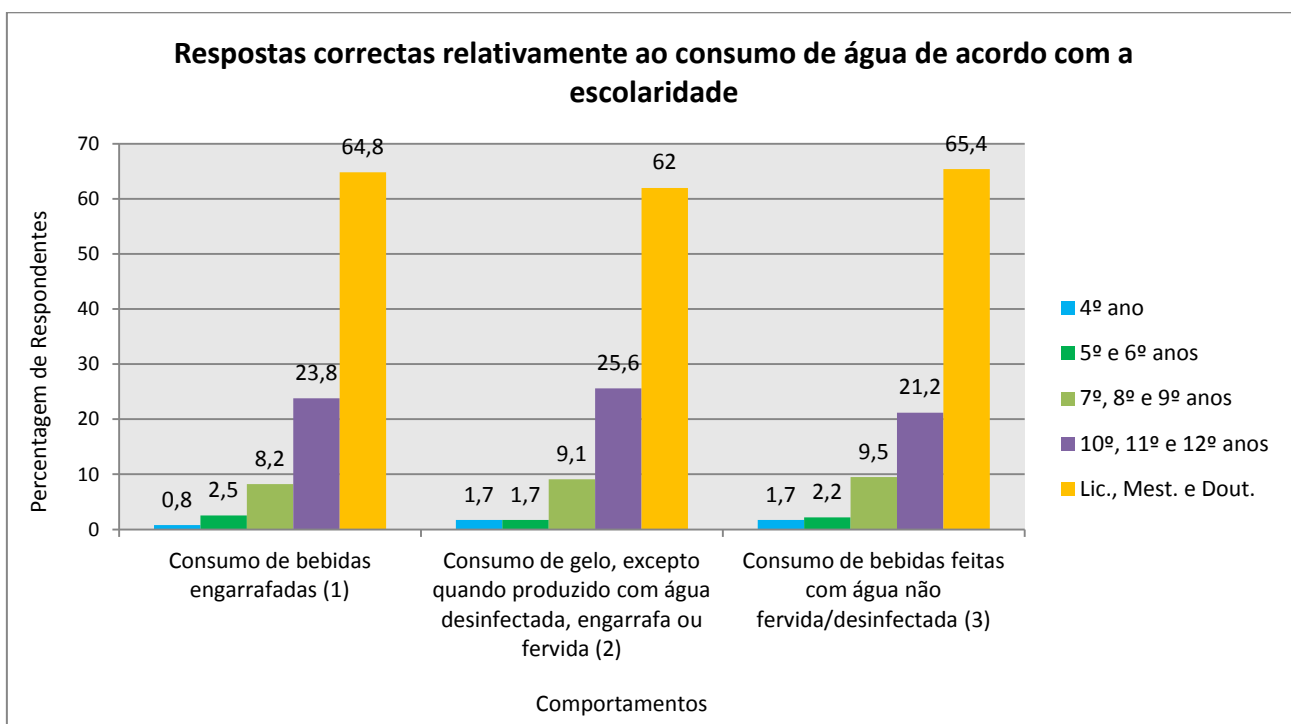


Gráfico 11: Legenda: %: Percentagem de indivíduos que responderam correctamente às questões sobre o consumo de água de acordo com a escolaridade. n= número de respondentes: (1) n= 151; (2) n= 197; (3) n= 212. “Lic., Mest. E Dout.” = Licenciatura, Mestrado e Doutoramento.

De acordo com o gráfico ilustrado, a maior percentagem de respostas correctas, acima dos 60%, encontra-se nos que possuem um grau de escolaridade mais elevado – Licenciatura, Mestrado, Doutoramento. Já a menor percentagem de respostas correctas, abaixo dos 2%, verifica-se nos indivíduos com um grau de escolaridade inferior (até ao 4º ano). Relativamente aos indivíduos com grau de escolaridade entre o 7º e o 9º ano, verifica-se que a percentagem de respostas correctas encontra-se entre 0s 8 e os 9% não ultrapassando este último.

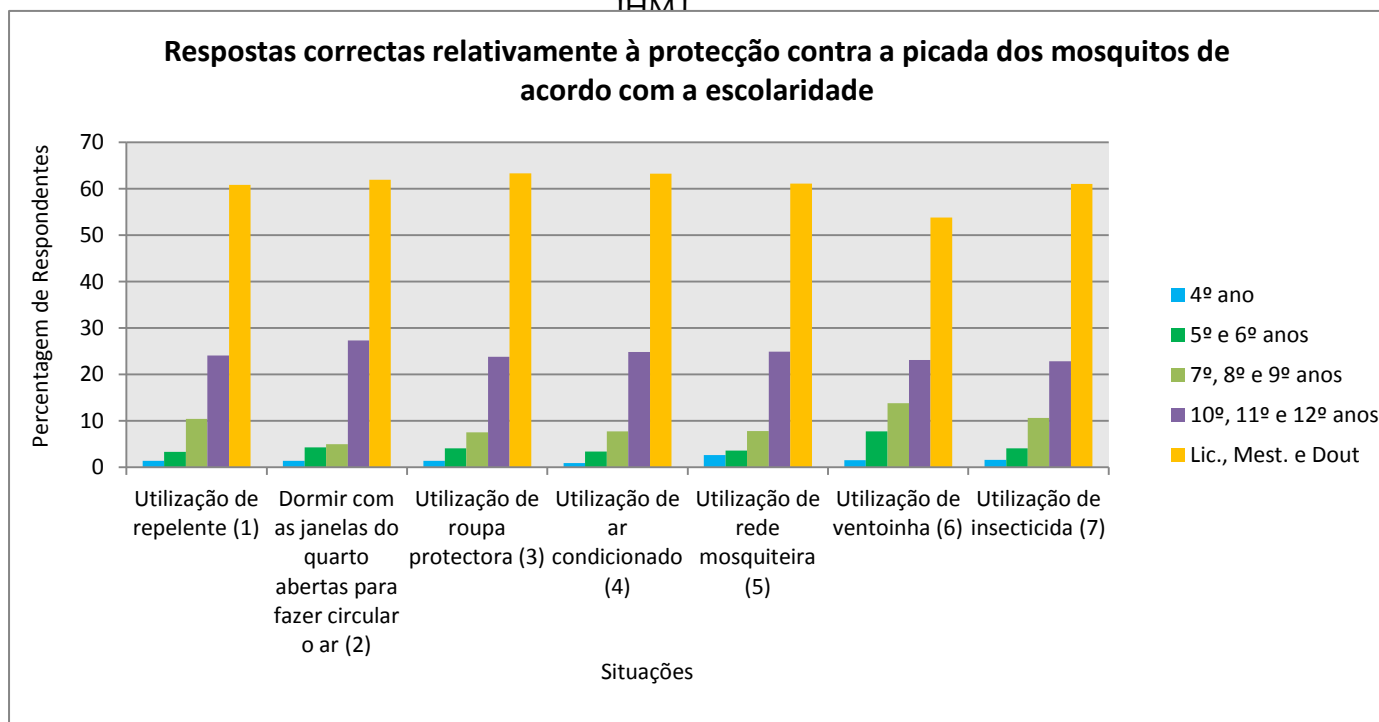


GRÁFICO 12: Legenda: %: Percentagem de indivíduos que responderam correctamente às questões sobre a protecção à picada dos mosquitos de acordo com a escolaridade. n= número de respondentes: (1) n= 218; (2) n= 146; (3) n= 172; (4) n= 162; (5) n= 203; (6) n= 143; (7) n= 169. “Lic., Mest. E Dout.” = Licenciatura, Mestrado e Doutoramento.

Como se pode verificar, a maior percentagem de respostas correctas – quase sempre acima dos 60% - encontra-se nos que possuem o grau de escolaridade apresentado mais elevado – Licenciatura, Mestrado, Doutoramento. Já a menor percentagem de respostas correctas – valor máximo de 3% - verifica-se nos indivíduos com um grau de escolaridade inferior (até ao 4º ano). Relativamente aos indivíduos com grau de escolaridade entre o 7º e o 9º ano, verifica-se que a percentagem de respostas correctas ronda os 9%.

Analisando os questionários apresentados onde são ilustradas as respostas correctas quanto à escolaridade, facilmente se percebe que é sempre o ensino superior que tem uma maior percentagem de respostas correctas comparativamente aos outros níveis escolares, como já se previa. Por outro lado, é sempre o nível de escolaridade até ao 4º ano que mostra os valores mais baixos tendo, por conseguinte, uma maior percentagem nas respostas incorrectas ou que desconhece.

Curiosamente, a diferença de valores nas respostas correctas entre o ensino superior e o nível de ensino equivalente ao secundário – 10º, 11º e 12º anos – é grande mostrando uma grande discrepância nos conhecimentos relativamente aos cuidados de saúde a ter na viagem que

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

estes dois níveis escolares têm. Pensando que, o ensino secundário antecede imediatamente o ensino superior, não se esperava tal diferença de valores como era por exemplo, esperado no nível escolar até ao 4º ano comparativamente com o ensino superior.

Por conseguinte, e tendo em conta que estes inquéritos por questionários foram aplicados antes da consulta de aconselhamento, pode-se afirmar que a maioria dos utentes sabe que medidas deve adoptar para evitar a contracção de doenças no local de viagem. Contudo, é importante ressaltar que existem ainda informações que os utentes desconhecem, logo, torna-se pertinente reforçar essa mesma informação para que não permaneçam dúvidas que provoquem a adopção de um comportamento de risco mesmo sem o viajante ter essa noção.

4.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS: CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO

Através dos questionários aplicados aos vários públicos da consulta do viajante do IHMT – utentes, corpo administrativo, médicos e enfermeiros – consegue-se perceber a importância que estes atribuem aos folhetos informativos. Estas informações serão a base para o desenvolvimento das propostas dos suportes de comunicação tanto em termos estéticos como em termos de temas a abordar nos mesmos.

Tendo em conta que a maioria dos inquiridos por estes inquéritos por questionário viaja para África, por motivos “Profissionais/Negócios”, onde fica entre 1 a 2 semanas, o facto de a consulta de pós viagem não ser considerada importante pela totalidade dos inquiridos não é um dado totalmente estranho. Este facto poderá dever-se ao facto de, como os viajantes ficam pouco tempo no destino de viagem e como vão por motivos profissionais, estes provavelmente irão ficar hospedados em locais com boas, ou muito boas, condições de higiene e alimentação logo, o grau de preocupação com a possibilidade de contrair de doenças transmitidas por alimentos, águas ou mosquitos é mais baixo. Contudo, mesmo com boas condições de alojamento o viajante corre o risco de contrair alguma doença pelo que estes grupos deverão ser chamados à atenção para a importância da consulta de pós-viagem e de que deverão seguir as medidas de profilaxia aconselhadas pelo médico.

A diferença de conhecimentos face aos de saúde entre os grupos divididos quer por factores de escolaridade, quer pela idade ou género podem ter várias razões. Uma das razões que poderá ser apontada são as falhas do conhecimento do inglês *knowledge gap*. Num artigo intitulado HEALTH AND KNOWLEDGE GAPS: SOME LESSONS FROM THE MINNESOTA HEARTH HEALTH PROGRAMM (1991) dos autores K. Viswanath, John R. Finnegan, Jr., Peter J. Hannah e Russel V. Luepker é discutida a existência, ou não, destas falhas de conhecimento no que concerne à saúde. Este artigo defende que, de facto, as falhas ou lacunas existem mesmo e que o seu desaparecimento, ou pelo menos a sua diminuição, depende da importância que é dada ao assunto: “Because concern and activation at the individual level may not translate to concern at the community level, the issue has to be redefined as one of interest to the entire community” (VISWANATH, K., FINNEGAN, J. R., HANNAH, P. J. e LUEPKER, R. V. – 1991, p. 724).

Para a existência destas falhas, os autores, através da revisão da literatura, apontam várias razões: (a) Contexto socioeconómico do indivíduo: “As the infusion of mass media information

into a social system increases, segments of the population with higher socioeconomic status tend to acquire the information at a faster rate than the lower status segments, so that the gap between these segments tends to increase rather than decrease” (VISWANATH, K., FINNEGAN, J. R., HANNAH, P. J. e LUEPKER, R. V. – 1991,p. 713); (b) Estrutura das comunidades: “(...) the existence and magnitude of knowledge gaps depend on social structure” (VISWANATH, K., FINNEGAN, J. R., HANNAH, P. J. e LUEPKER, R. V. – 1991, p. 713); (c) Suporte organizacional: “(...)the degree of organizational support was a better predictor of knowledge than the socioeconomic status (SES) of students’ families” (VISWANATH, K., FINNEGAN, J. R., HANNAH, P. J. e LUEPKER, R. V. – 1991, p.713). Ou seja, a revisão bibliográfica realizada pelos autores do artigo sugere que “(...) gaps are less likely to widen when (a) the topics appeal to lower SES groups, (b) the conflict is very high and the issue is of basic concern to the community, (c) the community structure is homogeneous, and (d) the sponsoring agencies are able to exercise a greater degree of control over the environment. Gaps are less likely to occur in the case of startling events that attract sustained media coverage. (...) Gaps were found to occur when topics were more appealing to higher SES persons than to lower SES respondents and when the topics were national in scope”.(VISWANATH, K., FINNEGAN, J. R., HANNAH, P. J. e LUEPKER, R. V. – 1991, pp. 713-714).

Traduzindo a noção de existência de *knowledge gaps* a esta investigação e mais concretamente aos dados dela resultantes, percebe-se que existe de facto essa lacuna de informação principalmente quando se dividem os utentes da consulta quanto ao género ou escolaridade. Através dessa divisão percebe-se que são os elementos do sexo masculino com um grau de escolaridade elevado – ensino superior – que tem mais conhecimentos relativamente aos cuidados de saúde testados através dos questionários. Ou seja, aqui a falha de informação encontra-se entre os indivíduos do sexo masculino com o ensino superior e outros dois grupos os elementos do sexo feminino – com qualquer grau de escolaridade – e os restantes elementos do sexo masculino com menor grau de escolaridade.

Mas e, então, como se pode minimizar ou mesmo fazer desaparecer esta diferença na aquisição do conhecimento? De acordo com o artigo já citado, a diminuição ou mesmo desaparecimento destas falhas de informação depende da estrutura da comunidade e das condições socioeconómicas dos indivíduos e que, para que haja uma maior probabilidade nesse sentido, deve-se elevar o problema à comunidade – retirando assim do nível individual – pois dessa forma terá mais atenção por parte dos meios de comunicação distribuindo de uma forma regular a informação. Os autores defendem que – e através da análise do Minnesota

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Hearth Health Programm (MHHP)¹² - as falhas, lacunas no conhecimento são, essencialmente, sobre assuntos não promovidos activamente ou sobre tópicos considerados de senso comum e associados à educação das comunidades. O estudo sobre o MHHP revela a seguinte realidade: as lacunas de conhecimento poderão não desaparecer mesmo depois de campanhas de longo prazo e a estrutura da comunidade influencia o desaparecimento ou o aumento das lacunas.

Ou seja, para pelo menos minimizar as diferenças no grau de conhecimento existentes entre os grupos já definidos e, de acordo com o artigo, deve-se elevar a temática da saúde do viajante e todos os seus subtemas a nível da comunidade. Este assunto deverá, então, ser do conhecimento geral para que a adopção dos comportamentos correctos seja tido como natural e do conhecimento geral. Dessa forma, a diferença de reconhecimento poderá ser minimizado ao extrapolar o assunto para a sociedade em geral.

Juntando todos os dados ilustrados ao longo deste capítulo dedicado às metodologias, podemos chegar a algumas conclusões que irão permitir desenvolver justificadamente os suportes de comunicação. Por exemplo, na observação realizada constatou-se que apenas 3 em cada 5 utentes lia/observava o folheto informativo após sair da consulta logo, é necessário alterar esse folheto para que o mesmo se torne mais apelativo aos olhos dos utentes. Ainda através da observação percebeu-se que é necessário realizar algumas alterações quanto ao *placard 2* para que este receba tanta atenção por parte dos utentes como o *placard 1*, sendo que este último será também alvo de propostas de alteração.

Também em termos de divulgação da consulta, é necessário ter em atenção a forma como os utentes tiveram conhecimento da mesma o que, de acordo com os questionários aplicados, acontece através da empresa, do *website* do Instituto e de amigos/conhecidos o que irá pesar na forma como se deve reforçar a divulgação da consulta.

Numa investigação futura seria de interesse abordar os utentes relativamente a outras questões que pudessem complementar esta investigação inicial nomeadamente, quanto à experiência na consulta por exemplo em termos de atendimento, relação qualidade e preço, tempo de espera, etc., ou mesmo especificar as razões que os trouxeram ao Instituto. Ou seja, caso o utente tenha conhecido o Instituto através da empresa questioná-lo quanto à obrigatoriedade, por parte da empresa, de realização da consulta, entre vários outros aspectos que irão permitir conhecer mais a fundo o utente da consulta do Instituto.

¹² O MHHP é um projecto controlado de pesquisa e demonstração implementado ao longo de 10 anos com o objectivo de reduzir as doenças cardiovasculares em algumas cidades do Minnesota (K. Viswanath, John r. Finnegan, Jr., Peter J. Hannah e Russel V. Luepker - 1991).

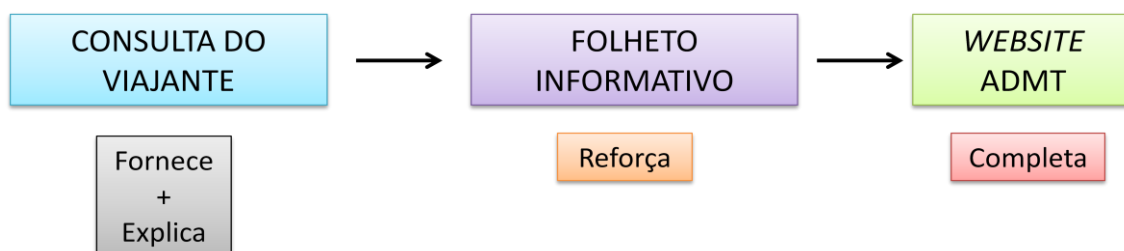
Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Tendo em conta os inquéritos por questionários aplicados ao corpo docente, existem algumas falhas nos suportes comunicacionais já existentes, falha essa que deverá ser colmatada para que a informação passada aos utentes tenha um melhor reforço.

Neste sentido, a proposta de desenvolvimento dos suportes de comunicação e a criação de outros, ainda de acordo com esses questionários, será apresentada no Capítulo seguinte.

Toda a investigação realizada fez perceber o quão importante é uma estratégia de comunicação integrada para a Consulta do Viajante do IHMT. Esta estratégia – centrada, sempre, na opinião da investigadora com base nos resultados da investigação e na análise bibliográfica – deverá integrar vários pontos da consulta como o *website*¹³, as plataformas de comunicação disponíveis na própria consulta ou aquando da mesma (*placards*, folhetos, etc.), os próprios colaboradores da consulta – médicos, enfermeiros e recepcionistas, as redes sociais como o Facebook¹⁴, etc..

Relativamente ao *website* da ADMT – entidade onde se integra a Consulta do Viajante do IHMT, existem alguns pontos que deverão ser melhorados. À luz do que é feito em alguns outros *websites* que tratam a mesma temática, como por exemplo o Sapo Saúde¹⁵, o *website* da ADMT deverá ter as mais variadas e importantes informações relativas à saúde do viajante como quais as precauções a tomar, que cuidados a ter, o que fazer em caso de, entre outros mas, sempre, tendo em atenção que a informação dada no *website* não deverá, nunca, ser de tal forma exaustiva ao ponto de parecer, ou ser, tomada como um substituto à consulta em si. O *website* deverá servir como um apoio, um suporte que complemente e reforce os aconselhamentos dados na consulta ou então como meio de pesquisa, antes da consulta.



¹³ Esta plataforma não foi tida em conta da mesma forma que os suportes onde lhes foi reservado um capítulo uma vez que, para uma correcta proposta de alteração seria necessário realizar uma análise exaustiva, tanto em termos de conteúdo como em termos de linguagem, etc., o que não foi, de todo, realizado. Para este suporte apenas foi realizada uma pequena análise referente ao tipo de tópicos, conteúdo que poderiam figurar na mesma pelo que, a proposta que se faz é apenas tendo em conta outros *websites* que discutem a mesma temática ao se oferecerem uma série de tópicos possíveis de serem integrados nesta plataforma.

¹⁴ Para o Instituto não foi realizada uma análise das redes sociais onde este se encontra presente já que, se procurou focar nos suportes visíveis na ou aquando da consulta. E, além disso, para uma correcta proposta de alteração para as redes sociais seria necessário realizar uma análise exaustiva tanto das redes onde o Instituto se encontra presente, como de outras onde se discutam as mesmas temáticas. Esta análise iria permitir propor temáticas, formas de discussão, calendarização de assuntos etc., de uma forma eficaz e aceitável para o Instituto.

¹⁵ <http://saude.sapo.pt/guia-do-viajante/>

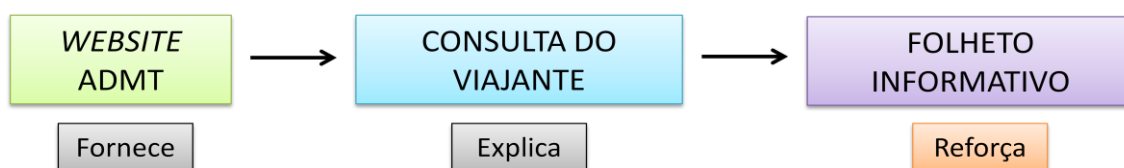


IMAGEM 1: Esquema Informativo

O *website* da ADMT poderá, então, abranger os seguintes tópicos:

1. Informação relacionada com a ADMT (como apresentação, história, missão, objectivos);
2. Doenças prevalentes em cada região (com a descrição dos respectivos sintomas);
3. Prevenção das doenças (as doenças poderão ser organizadas tanto pelo método de prevenção como pelo método de transmissão);
 - 3.1. Cuidados a ter com o consumo de alimentos e bebidas;
 - 3.2. Prevenção da picada de mosquitos;
 - 3.3. Vacinas;
 - 3.3.1. Vacinas obrigatórias para cada país;
 - 3.3.2. Vacinas recomendadas para cada país (geral);
 - 3.3.3. Efeitos secundários das vacinas;
 - 3.3.4. Período de toma das vacinas;
4. Viajantes especiais;
 - 4.1. Crianças em viagem;
 - 4.2. Idosos em viagem;
 - 4.3. Grávidas em viagem;
 - 4.4. Doentes crónicos em viagem;
5. Quem não deve viajar de avião;
6. Farmácia do viajante;
7. Consulta pós-viagem;
8. Seguros de saúde/viagem.

Os tópicos apresentados são apenas propostas de alguns dos temas que poderão ser alvos de maior pesquisa por parte dos utentes. De acordo com o observado em outras plataformas do género, assuntos como os apresentados poderão ser alvos de dúvida mesmo após as consultas de aconselhamento e, com a informação explicada no *website*, o viajante fica capaz de esclarecer as suas dúvidas em qualquer altura – antes, durante ou depois da viagem – e em qualquer lugar – já no destino de viagem. Por exemplo, no caso da farmácia do viajante, será

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

completamente natural o viajante esquecer de um produto ou outro necessário na farmácia pelo que, com essa informação no *website*, o utente terá os meios necessários para se certificar de que leva tudo. Mais uma vez, repete-se que, a informação contida no *website* deverá ser suficiente para esclarecer as dúvidas dos viajantes contudo, não deverá ser de tal forma exaustiva que seja tida como substituta da própria consulta.

Outra das plataformas de comunicação utilizadas pelo Instituto são os *placards* colocados na sala de espera da mesma. Através da observação realizada – cujos dados encontram-se apresentados e explicados no capítulo referente às metodologias – percebe-se que o *placard* mais observado é o que tem as imagens referentes aos mapas e muito pouco texto. Isto poderá acontecer porque este *placard* tem apenas imagens coloridas e chamativas ou simplesmente porque está numa zona de melhor alcance ao contrário do outro *placard* que se encontra colocado atrás da rececionista não permitindo aos utentes lerem-no com calma e atenção. Ainda assim, através dos dados conseguidos pela observação, o tempo que os utentes despendiam ao *placard* conseguiu-se perceber que este é mesmo o mais atractivo devido à forma como transmite a informação: mapas e tabelas.

Por conseguinte, o que se propõe para o *placard* que não recebe tanta atenção por parte dos utentes é que, este seja colocado num outro sítio onde possa estar mais acessível aos utentes. Mesmo mantendo a informação acredita-se que, simplesmente, mudando-o de lugar este irá receber mais atenção por parte dos utentes. Contudo, para este *placard* pensa-se que também seria útil alterar a forma como a informação se encontra exposta, ou seja, a informação deveria ser dada em forma de tópicos com uma referência para o sítio *on-line* onde esta poderá ser encontrada na totalidade – por exemplo no *website* do Instituto já que, na sua maioria, a informação é referente a assuntos de lei – e não através do texto integral como é apresentado actualmente.

Para o *placard* que mais tempo lhe viu dispensado pelos utentes, as alterações que se propõem são pouca e simples. Propõe-se que a informação contida no mesmo seja traduzida para português uma vez que, os utentes que se dirigem à consulta do Instituto poderão não compreender a informação já que esta encontra-se em inglês. Outra justificação para esta proposta, é o facto de que uma percentagem – que por mínima que seja deverá ser o suficiente para ser tida em conta – dos utentes que se deslocou à consulta do Instituto na altura em que os questionários foram aplicados, possui apenas o ensino básico e, com uma

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

percentagem significativa da população nacional a ter apenas o ensino básico – 25% (INE, 2011¹⁶), ou a nem sequer ter completado qualquer nível de ensino – 19% (INE, 2011¹⁷), será de esperar que, no futuro, também se desloquem à consulta viajantes sem as qualificações necessárias para ler e interpretar informações redigidas em inglês. Propõe-se também que, nas tabelas presentes nestes *placards* sejam colocadas linhas horizontais que irão facilitar a leitura feita, na maioria das vezes, em pé que, sem uma linha que guie, poderá tornar-se uma tarefa mais complicada levando os utentes a desistirem de a ler.

Para ambos os *placards*, sugere-se ainda que estes tenham, em todas as folhas, os logotipos das instituições – IHMT e ADMT – para que sejam facilmente identificáveis e para que estes, estando em contacto com esses logotipos, os memorizem mais rapidamente. Por último, propõe-se que a informação seja regularmente actualizada de modo a que existam sempre informações novas.

¹⁶ Disponível em <http://pns.dgs.pt/>, consultado a 28 de Maio de 2013

¹⁷ Disponível em <http://pns.dgs.pt/>, consultado a 28 de Maio de 2013

Capítulo 5: DEFINIÇÃO DAS ACÇÕES/SUPORTES DE COMUNICAÇÃO

Os dados obtidos com a investigação realizada permitiram perceber vários aspectos nomeadamente no que diz respeito à opinião dos médicos em relação ao folheto informativo, a opinião dos enfermeiros sobre a necessidade ou não de existência de um folheto dedicado às vacinas e, em relação aos conhecimentos sobre questões de saúde que os viajantes têm.

De acordo com o questionário aplicado aos médicos, estes consideram muitíssimo importante a entrega de folhetos informativos e fazem-no sempre nas suas consultas. Ou seja, para estes profissionais, não faz sentido eliminar o folheto informativo já existente. Contudo, para alguns destes médicos, e de acordo com a avaliação do folheto existente feita pelos mesmos, existem alguns pontos a serem alterados como por exemplo a estética.

Por outro lado, os enfermeiros, que ao contrário dos médicos não foram questionados quanto ao folheto já existente na consulta, consideram pertinente a entrega de um folheto informativo dedicado às vacinas já que são algumas as questões à volta desta temática.

Por conseguinte, foram propostos suportes de comunicação que se pensa que vão de encontro às necessidades tanto da Consulta do Viajante do IHMT como dos utentes sempre de acordo com os resultados obtidos através dos questionários aplicados ao corpo docente da consulta e aos seus utentes.

5.1 DESENVOLVIMENTO DOS SUPORTES DE COMUNICAÇÃO

Para as propostas de suportes de comunicação, procurou-se criar suportes que fossem ao mesmo tempo de baixo custo, uteis e esteticamente apelativos. Precisava-se que os suportes fossem de baixo custo em termos de produção para que estes pudessem ser utilizados no dia-a-dia para todos os utentes que fossem à consulta do viajante do IHMT como tal, desenharam-se suportes passíveis de serem impressos na própria consulta do viajante com o máximo de poupança em termos de papel utilizado e também de tinta de impressão.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Pretendiam-se também suportes que fossem úteis para que não fossem tidos como apenas mais um papel, um documento entregue na consulta do viajante ou necessário para o planeamento da viagem. O que se pretendia era que os suportes fossem tidos como úteis para a viagem em si e como uma mais-valia, uma lembrança da consulta com alguns conselhos, dicas importantes para a viagem e o viajante.

Por último, teve-se como objectivo que os suportes de comunicação desenvolvidos fossem esteticamente apelativos ao contrário dos que existem actualmente na consulta do IHMT. Desta forma, procurou-se trabalhar o tema das viagens fosse com bandeiras ou jogos de palavras e também com uma tipografia mais apelativa não se esquecendo, nunca, que a tipografia serve para ser lida, para contar uma história e, como tal, não deve passar a informação errada ou distrair o leitor.

Para o desenvolvimento destes suportes de comunicação, foram tomados alguns princípios como comuns para todos eles como a utilização dos logotipos das instituições, para que os materiais fossem facilmente identificados como pertencentes à Instituição em causa e a utilização de uma linguagem que fosse simples, clara e directa, de forma a que qualquer utente, independentemente do seu grau de escolaridade e literacia em saúde, pudesse perceber, na totalidade, a informação apresentada. Tomou-se como extremamente importante a adopção de uma linguagem simples e directa uma vez que, dos utentes que se deslocam à consulta do IHMT, quase 20% tem um nível de escolaridade até ao 9º ano e poderão não compreender algum do palavreado mais complexo normalmente utilizado na medicina e, o que se pretende com estes suportes comunicacionais, é que os utentes consigam compreendê-los e interpretá-los mesmo estando sozinhos como, por exemplo, já durante a viagem. Portanto, a linguagem utilizada em todos os suportes é a mais simplificada possível com frases curtas e directas para que não haja espaço para ambiguidades.

Um dos aspectos mais complicados no desenvolvimento destes suportes foi a escolha do tipo de letra a utilizar. Será que deveria ser usado um tipo para cada suporte ou, ao contrário, uma mesma fonte para todos de forma a ser facilmente identificável? Deveria ser usado um tipo de letra serifado ou não? Para os títulos deveria ser utilizado um tipo diferente, mais ornamentado, mais divertido, ou deveria ser utilizado o mesmo tipo de letra que o corpo do texto para não confundir o leitor? Segundo Robert Bringhurst (2005) “um dos princípios da tipografia durável é, sempre, a legibilidade. Mas há um outro. Trata-se de um interesse, merecido ou não, que doa sua energia vital à página. Ele assume várias formas e recebe diversos nomes, incluindo serenidade, vitalidade, riso, graça e alegria” (BRINGHURST, R. –

2005, p. 23), ou seja, para além da legibilidade, a tipografia deverá ter um elemento que capte a atenção e que faça com que o leitor queira de facto ler e descobrir a sua mensagem, o seu significado para além da imagem e independentemente da importância que a informação possa ter. Como tal, pretendeu-se, primeiro que tudo, que a tipografia fosse facilmente legível principalmente quando fosse num suporte com bastante informação. Em segundo lugar, procurou-se utilizar fontes que fossem capazes de convidar o leitor a descobrir a mensagem. Com a ajuda de imagens e jogos com as opções de tamanho de letra e de saliência procurou-se então criar uma forma de dispor a informação que convidasse o leitor a ler. Assim sendo, foram utilizadas diversas fontes de letra que, em conjunto, criaram uma harmonia textual que, ao mesmo tempo, tem grande legibilidade e interesse mantendo sempre a linha séria que o tema em questão merece “choose the typeface you are going to use carefully because, even if that is not what you want, you will always communicate something more than the texto contains” (JARDÍ, E. – 2007, p. 10).

Contudo, nunca foi utilizado, em nenhum dos suportes, mais do que três tipos de letra para que não existisse um ruído visual com uma mistura de diferentes fontes que pudesse causar confusão como explica Enric Jardí (2007) “think of it this way: a lot of typefaces equals a lot of voices” (JARDÍ, E. – 2007, p. 8).

Em resumo, para a escolha da tipografia procurou-se ter em atenção que esta deverá “ (...) convidá-lo [ao leitor] à leitura; revelar o teor e o significado do texto; tornar clara a estrutura e a ordem do texto; conectar o texto a outros elementos existente; induzir a um estado de repouso energético, que é a condição ideal da leitura” (BRINGHURST, R. – 2005, p. 31).

Para que fosse possível uma fácil identificação dos vários tópicos presentes nos suportes, foram utilizadas opções que permitissem salientar títulos, subtítulos, frases ou expressões importantes numa mancha de texto, etc. como o “*Bold*”, o “*Caps Lock*” e o “*Itálico*”. Através destas opções foi possível delinear uma hierarquia dentro de uma mancha de texto chamando a atenção para os pontos mais importantes deixando a cargo do leitor a escolha sobre o que ler primeiro. Estas opções mostraram-se as mais indicadas já que não criam demasiado destaque no texto entrando em contraste com o mesmo “os tipos *bold* e *semibold* têm seu valor. Eles podem ser usados, por exemplo, para destacar itens numa lista, para compor títulos e subtítulos (...), para marcar o início de um texto em uma página complexa (...)” (BRINGHURST, R. – 2005, p. 65).

De seguida, serão, então, apresentadas as propostas de suportes de comunicação desenvolvidas para a consulta do viajante do IHMT contrapondo, quando possível, com o suporte semelhante já existente. Na apresentação destes suportes irá ser explicada a escolha da tipografia, das imagens, da informação presente, etc. Ou seja, irão ser explicados todos os aspectos componentes dos suportes de comunicação.

5.1.1 “PELA SUA SAÚDE E PELA DE TODOS!”

Várias são as marcas que utilizam certas referências – sejam musicais, *slogans*, imagens, cores, etc. – que fazem com que sejam facilmente identificáveis e que de imediato se associe essa referência a essa marca. Para a consulta do Instituto pensou-se também em criar um referência que permitisse que qualquer pessoa facilmente a associasse ao Instituto. Por conseguinte, foi criado o *slogan* “Pela Sua Saúde E Pela De Todos!”.

Este *slogan* pretende alertar os viajantes de que, a recorrência a uma consulta de viajante é importante não só para a saúde deles próprios como também para a saúde de todos os outros que os rodeiam já que os casos de doenças importadas, independentemente do seu número, representam um risco tanto para o próprio doente como para a restante comunidade.

Este *slogan* deverá ser apresentado com a fonte *Liberation Serif* no formato *Gold* existindo a possibilidade de se relacionar com alguma informação pertinente como foi feito no folheto relativo à consulta de pós-viagem “Realize uma consulta de pós-viagem. Pela sua saúde e pela de todos”. Neste exemplo é ilustrada a importância de realização de uma consulta de pós-viagem tanto para a saúde do viajante como para a saúde da restante comunidade.

5.1.2 ETIQUETA DE MALA (apêndice 3.1)

Como um dos objectivos para o desenvolvimento destes suportes em mente – utilidade – foi desenvolvida uma etiqueta de identificação para a mala de viagem do utente que se dirija à consulta do IHMT para ser utilizada apenas em condições especiais como aniversários, congressos, etc.. Esta etiqueta pretende ser um lembrete contendo alguns dos conselhos dados na consulta de viajante e tem, também, espaço para a colocação dos dados pessoais do utente como o nome, morada, cidade, país e telefone.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Para esta etiqueta decidiu-se pela utilização de uma tipografia mais desenhada para a “capa” onde constam os espaços para a colocação dos dados pessoais acima descritos utilizando-se o tipo de letra *Tabitha*¹⁸. Já para na “contracapa, foi desenhado um jogo de palavras já feito onde se pode ler a frase “Esta mala não é sua, é minha!” esperando-se dar um ar leve com uma pequena brincadeira num tema alusivo também às viagens, jogos de palavras. Para este jogo, usaram-se as tipografias *Myriad Pro*¹⁹ e *Titillium Text 25 L*²⁰. Tanto na “capa” como na “contracapa” não foram colocados os logotipos das instituições – ADMT e IHMT – uma vez que estes foram colocados no interior e, pretendeu-se que o exterior apenas transmitisse a ideia de etiqueta de identificação da mala não estando presa a nenhuma identidade reconhecida.

Já na parte interior da etiqueta, constam pequenas dicas, conselhos que não devem ser esquecidos pelos utentes aquando da sua viagem como beba muitos líquidos ao longo da ida, use protector solar, evite vegetais crus, entre outros. Ou seja, o que se pretende com este suporte é que este funcione como uma espécie de lembrete com pequenas frases facilmente memoráveis mas bastante importantes. Para o texto interior optou-se pela tipografia *Liberation Serif*²¹ com o tamanho 11 pontos para o título – “Lembre-se” – e 8 pontos para o texto.

É na parte de dentro também que aparecem os dados referentes ao Instituto como morada, telefone, *website* e *e-mail* com a mesma tipografia que o resto do texto com o tamanho de 7 pontos e os logotipos das instituições – IHMT com 2,8 cm por 0,7 cm e ADMT com 1,8 cm por 0,6 cm, sendo que os tamanhos não se encontram relacionados com a importância atribuída a cada instituição já que foram ambas trabalhadas com o mesmo grau de importância.

Pensa-se que este suporte vai de encontro a dois dos objectivos delineados, a utilidade e a estética, contudo, relativamente ao objectivo de baixo custo de produção, este suporte não se mostra como o melhor dos exemplos porque, apesar de ser a preto e branco necessita de um tipo de papel especial. Ainda assim, este suporte poderá ser impresso no local da consulta apenas necessitando do papel com condições especiais. Ou seja, para a impressão deste suporte é necessário um papel como o utilizado para impressões de artigos como cartões-de-visita como, por exemplo, o *Navigator Colour doc* 120 gm a 3,49€ 250 folhas ou o *Navigator Office Card* 160 gm a 5,99€ também 250 folhas.

¹⁸ Disponível em www.dafont.com

¹⁹ Disponível em www.dafont.com

²⁰ Disponível em www.dafont.com

²¹ Disponível em www.dafont.com

Através do inquérito aplicado aos enfermeiros, ficou-se a perceber que estes consideravam importante a existência de um folheto informativo dedicado em exclusivo às vacinas. Como tal, foi desenvolvido um suporte com esse objectivo mas que fosse ao mesmo tempo mais do que um outro papel dado na consulta.

O postal das vacinas foi desenvolvido para servir como bolsa para o boletim de vacinas internacional sendo que a utilidade, novamente, foi o principal objectivo na criação deste suporte. Para o seu desenvolvimento tomou-se o aspecto gráfico dos postais como inspiração e o mesmo foi desenvolvido segundo essas características sendo que os logotipos e mais algumas informações foram colocadas de modo a se assemelharem com o selo, a zona da assinatura e a zona da morada do destinatário.

Para a “capa” do postal foi utilizada apenas a fotografia²² de uma paisagem longínqua que não fosse facilmente reconhecida como pertencendo a Angola mas sim que fosse tida como um qualquer possível destino de viagem.

A informação contida no interior do postal é pouca e apenas chama a atenção para a importância da vacinação como método de prevenção e explica que os efeitos secundários não são normalmente sentidos mas mesmo assim é chamada a atenção para alguns dos sintomas. É ainda pedido ao utente que esclareça qualquer dúvida que tenha com o enfermeiro que ministrar a vacina. Para este texto, utilizou-se a fonte *Liberation Serif*²³ em tamanho 10 para o título e 11 e 9 para o texto. Foram colocados os logotipos das instituições – IHMT com 1,4 cm por 2,3 cm e ADMT com 2,3 cm por 0,8 cm - apenas na parte interior onde constam também os dados do Instituto como morada, telefone, *e-mail* – a 7 pontos - e, ainda, um espaço a ser preenchido pelo utente com as informações referentes ao médico no local de viagem.

Mais uma vez foi utilizado um dos pontos da temática das viagens – postais – como fonte de inspiração para a criação de um suporte que para além de informativo fosse também útil para a viagem ou o seu planeamento. Contudo, este suporte apresenta-se como o mais caro a nível de custo de produção pelo que apenas deverá ser usado em ocasiões especiais como aniversários, congressos, etc. Para a produção do postal propõe-se a gráfica *Pub tmns* onde a impressão poderá ser feita numa bolsa de plástico com preços que vão desde 19 a 50 cêntimos por unidade.

²² A fotografia foi gentilmente cedida pelo fotojornalista João Matias

²³ Disponível em www.dafont.com

5.1.4 MARCADOR DE LIVRO (apêndice 3.3)

Existe já na consulta um folheto informativo dedicado à consulta do viajante de pós-viagem. Este folheto apresenta-se como uma monofolha com um fundo branco e a informação relativa à importância da consulta do viajante de pós viagem escrita a preto assim como os logotipos no cabeçalho e no rodapé da folha e também os dados da consulta como morada, telefone, etc.

Esta monofolha esteticamente apresenta uma monotonia sem qualquer movimento ou algo que capte e mantenha a atenção do leitor. Como, aquando da consulta do Instituto, são entregues muitos materiais ao utente – facturas, folheto informativo da consulta, boletim de vacinas internacional, etc – e juntando a todos os outros documentos que o viajante já terá para a viagem, esta informação deveria ser mais chamativa e, como tal, a tipografia escolhida deveria ser mais apelativa: “em um mundo repleto de mensagens que ninguém pediu para receber, a tipografia precisa frequentemente chamar a atenção para si própria antes de ser lida” (BRINGHURST, R. – 2005, p. 23).

Deste modo, oferece-se como substituição desse folheto já existente, um marcador de livro. Este marcador de livro, como se advinha pelo nome, terá a função de marcar o livro que poderá ser lido durante a viagem ou mesmo numa outra qualquer altura. O importante aqui foi, novamente, desenvolver um suporte que tenha uma outra utilidade dentro da viagem mas para além da mesma.

O suporte contém, basicamente, a mesma informação contida no anterior mas apresenta-se com uma “capa” onde são ilustradas várias bandeiras de possíveis países para onde o utente poderá viajar. Na “contracapa” aparece então a informação referente à consulta de viajante de pós viagem, os logotipos das instituições e o “*slogan*” criado para a mesma. O texto foi escrito com a fonte *Liberation Serif* que sendo uma tipografia serifada e sem adornos apresenta-se séria e de fácil leitura com um tamanho de 12 pontos. É chamada a atenção para o “*slogan*” ao evidenciar-se este através da opção “*bold*”.

A informação contida neste marcador é de extrema importância ao alertar e lembrar o viajante para a importância da consulta de pós viagem como tal, esta é tratada com seriedade e exposta num suporte que o utente poderá usar nas mais variadas ocasiões permitindo que este seja constantemente lembrado da consulta.

Para a impressão deste marcador, poderá ser utilizada a fotocopadora da consulta sendo, apenas, necessária a utilização de um papel especial à semelhança do que é necessário fazer para a etiqueta de identificação da mala. Este documento poderá ser usado no dia-a-dia como já é feito com o já existente.

5.1.5 FOLHETO INFORMATIVO (apêndice 3.4)

À semelhança do folheto sobre a consulta de pós-viagem, já existe na consulta do IHMT um folheto informativo sobre a consulta do viajante. Tendo em conta os inquéritos aplicados aos médicos, a existência de um folheto informativo é tida como fulcral e, assim sendo, pretende-se alterar o já existente.

O folheto utilizado actualmente na consulta do Instituto consiste num triplico novamente com um fundo branco e informação escrita a preto e sem os logotipos das instituições. A informação contida no folheto nem sempre é clara, são utilizadas palavras não usuais na linguagem corrente como “sistémicos”, “auto-limitadas” e nomes científicos de mosquitos, constam espaços para preenchimento do médico repetida já que essa mesma informação é dada num outro suporte, etc. Ou seja, a forma como a informação é apresentada neste folheto nem sempre é a correcta para um público tão diferente e com tão diferentes graus de escolaridade. Desta forma, os principais objectivos na alteração deste suporte é a linguagem e a estética, sendo que a utilidade está presente na própria informação dada no folheto.

A proposta de alteração consiste num folheto com os mesmos assuntos mas explicados com uma linguagem mais simples, clara e directa. Na “capa” do folheto são novamente utilizadas bandeiras de vários países, existe um espaço para a colocação do nome do viajante, o destino da viagem e a data de partida, são apresentados os logotipos das instituições no cabeçalho – IHMT – e rodapé – ADMT – e o título do folheto “Consulta de Aconselhamento ao Viajante”. Como a “capa” é a apresentação do folheto escolheu-se um tipo de letra mais elaborado mas que não dificulta-se a fácil leitura *AidaSerifa-Condensed*²⁴ e a opacidade da imagem de fundo é menor para que esta tivesse um maior relevo despertando, assim, a atenção do leitor.

O interior do folheto continua a ter a mesma imagem de fundo que a “capa” mas com uma opacidade superior – 3 pontos - para que esta não interferisse com a leitura da informação que é o mais importante neste suporte. Os assuntos aqui apresentados são divididos por temas –

²⁴ Disponível em www.dafont.com

“cuidados a ter com o consumo de água e alimentos”, “diarreias no viajante” e “protecção contra a picada de mosquitos” onde se divide entre a “malária” e o “dengue” – através de um jogo onde se utilizam as opções “*Bold*” e “*Caps Lock*” para criar uma hierarquia bem definida. Para que não houvesse qualquer problema de leitura optou-se por uma fonte utilizada regularmente em vários documentos, a “*Calibri*” em tamanho 10 que se considerou suficiente. Ainda no interior do folheto são novamente ilustrados os logotipos das instituições.

Já na “contracapa” é colocada, de uma forma mais extensa e explícita do que no folheto já existente, a “Farmácia de Viagem” sendo que os produtos foram divididos quanto à sua importância – “medicamentos fundamentais”, “medicamentos adicionais”, “artigos de primeiros socorros” e “artigos adicionais”. A fonte utilizada mantém-se a mesma assim como o tamanho e a forma de hierarquização da informação. Por fim, no rodapé da “contracapa” foi colocado o “*slogan*” e os dados do Instituto como a morada, telefone, *website* e *e-mail*.

Este folheto pretende ser de utilização diária e poderá continuar a ser impresso como o anterior, ou seja, na própria consulta, não requerendo nenhum papel especial. É dada a opção ao Instituto de o usar a cores ou a preto-e-branco sendo que se sugere que seja utilizada a versão a cores que se mostrou mais apelativa e atraente.

5.1.5.1 Teste ao Folheto Informativo

Após a finalização do folheto informativo foi necessário testá-lo junto dos utentes. Sendo o folheto o suporte que espera-se que seja utilizado no dia-a-dia da consulta e o que continha mais texto, foi necessário perceber se a linguagem, o tipo e tamanho de letra e a formatação utilizados eram os correctos e se os utentes entendiam o que se pretendia dizer sem qualquer tipo de problema.

Desta forma, o folheto foi mostrado aos utentes que compareceram na consulta nos dias 12, 13 e 14 de Março de 2013 tendo sido reunidos 24 opiniões. O folheto foi também mostrado aos colaboradores da consulta sendo que apenas um dos colaboradores referiu o tamanho do suporte como muito grande. Relativamente aos utentes, foram colocadas questões como “acha o folheto esteticamente apelativo?”, “para si, a informação é clara?”, “o conteúdo é facilmente perceptível? O fundo utilizado não atrapalha a leitura?”. A estas questões os utentes responderam afirmativamente não apontando nenhum defeito ao folheto. Porém, alguns dos utentes inquiridos deram sugestões como a colocação do *website* do Instituto por

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

ser possível marcar a consulta pelo endereço. Essas sugestões foram aceites de bom grado e tidas em conta na alteração do folheto sempre que se justificou.

Este teste ao folheto foi importante pois, permitiu entender que falhas existiriam no folheto possibilitando, assim, a sua alteração de acordo com as necessidades dos utentes.

Estes suportes foram desenvolvidos tendo em conta as condições do Instituto e da própria consulta. Tentou-se sempre ter em atenção os objectivos como baixo custo de produção, estética e utilidade e, como propostas que são, estes suportes serão sempre passíveis de serem novamente alterados de acordo com as necessidades específicas da consulta do viajante do IHMT.

NOTAS CONCLUSIVAS

A investigação realizada durante o estágio permitiu perceber vários aspectos sobre o público que recorre à consulta do IHMT e, permitiu também, caracterizá-lo. Contudo, a investigação incidiu sobre um pequeno número de utentes que não poderá ser considerada uma amostra representativa do público da consulta do Instituto. Assim sendo, para investigações futuras propõe-se que seja inquirido um maior número de utentes que possibilite a sua representatividade ou mesmo extrapolação para nível nacional permitindo, então, ficar a conhecer os viajantes que recorrem à consulta. Nesta investigação futura poder-se-ia também, propor aos utentes a resolução de alguns problemas, jogos que possibilitassem avaliar o seu nível de literacia em saúde. Percebendo, então, qual o nível de literacia dos utentes, seria possível adaptar, da melhor forma, a comunicação realizada, o tipo de linguagem utilizada e, mesmo, o tipo e quantidade de informação presente nos suportes comunicacionais.

O interesse desses novos dados seriam não só para a consulta do IHMT mas, também, para nível nacional para futuras campanhas de comunicação onde será necessário perceber que tipo de linguagem utilizar e de que maneira explicar ou expor a informação pertinente.

Ainda referente a situações futuras mas, neste caso, em termos de campanhas de comunicação, o Instituto deverá centrar os seus esforços no fornecimento de informação. Muitos são os viajantes que procuram aconselhamento sobre a saúde do viajante junto de outras entidades que nem sempre são as mais competentes para dar esse tipo de aconselhamento por, simplesmente, desconhecerem a existência de uma especialidade médica no âmbito da saúde do viajante. Portanto, se é verdade que cabe ao viajante procurar aconselhamento médico especializado detendo, ele próprio, essa responsabilidade, cabe, também, às instituições a sua cota de responsabilidade. As instituições ou entidades devem assegurar plataformas, meios onde os viajantes possam procurar informação, esclarecer dúvidas, etc. A estratégia de comunicação adoptada por estas entidades deverá procurar dotar o indivíduo de meios para conseguir a informação que deseja mas, também, deverá estimular o indivíduo à adopção de uma posição preventiva. Mas, primeiro que tudo, a comunicação deverá dar a conhecer a Medicina das Viagens e a sua importância para com a saúde a nível individual, comunitário, nacional e mundial.

Estas propostas apresentadas ao longo deste relatório não passam de propostas e cabe, apenas, ao Instituto a decisão de implementá-las, ou não, fazendo as adaptações que

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

considerar necessárias para que melhor sirvam o seu objectivo: melhorar a comunicação realizada pelo próprio Instituto no que concerne à sua Consulta de Aconselhamento ao Viajante.

A realização deste estágio permitiu aplicar, na prática, tudo o que foi aprendido na teoria e foi, sem dúvida, uma mais-valia para a investigadora que pode observar, de perto, os problemas que se poderão enfrentar no mundo laboral principalmente num contexto de comunicação tanto *para* a saúde como *em* saúde. Espera-se que para o Instituto, este estágio e todo o trabalho de investigação e de proposta, seja uma mais-valia e que permita que o mesmo consiga melhorar a sua comunicação eliminando ou pelo menos reduzindo alguns dos problemas que enfrenta para chegar ao seu público.

Na opinião da investigadora, o principal problema de comunicação da Medicina das Viagens é o fazer chegar ao viajante a sua importância na promoção da sua saúde enquanto individuo que se desloca para um local com condições específicas diferentes das de origem. Este problema poderá ser minimizado contudo, requer um esforço não só do Instituto mas, sim, de todas as entidades responsáveis que deverão dotar o viajante de meios informativos suficientes e, também, do próprio viajante que deverá ter a iniciativa de procurar informar-se.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANCHES, Pedro (2004) *O Instituto de Higiene e Medicina Tropical: Um Século de História*. Lisboa, CELOM – Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda., ISBN: 972-99348-1-9
- BURGESS, Robert G. (2001) *A Pesquisa de Terreno – Uma Introdução*. Oeiras, Celta Editora, Tradução de Eduardo de Freitas e Maria Inês Mansinho. ISBN: 972-8027-43-5
- FRODDY, William (1996) *Como Perguntar – Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários*. Oeiras, Celta Editora, ISBN: 972, 8027-54-0
- HAIDER, Muhiuddin (2005) *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*. Jones and Bartlett Publishers, inc, ISBN: 0-7637-4776-9 (pbk)
- HILL, Manuela Magalhães e HILL, Andrew (2005) *Investigação por Questionário*. Lisboa, Edições Sílabo, Lda, 2ª edição, ISBN: 972-618-273-5.
- HORNIK, Robert C., (2002) *Public Health Communication – Evidence for Behavior Change*. Londres, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, ISBN 0-8058-3176-2
- JARDÍ, Enric (2007) *Twenty Two Tips on Typography (that some designers will never reveal)*. Nova York e Barcelona, Actar, ISBN: 978-84-96540-92-7
- KREPS, Gary L. e THORNTON, Barbara C. (1992) *Health Communication: Theory and Practice*. USA, Waveland Press, Inc, 2ª Edição, ISBN: 0-88133-643-2
- THOMPSON, Theresa L., DORSEY, Alicia M., MILLER, Katherine I., PARROT, Roxane (2003) *Handbook of Health Communication*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, ISBN: 0-8058-3857-0
- VALLES, Miguel S. (2003) *Técnicas Cualitativas de Investigación Social – Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. Editorial Síntesis, S.A., Madrid, ISBN: 84-7738-449-5
- VARANDAS, Luís (2007) *Viajar com Crianças para Regiões Tropicais*. Lisboa, Pregão – Marketing, Publicidade e Design, Lda
- YIN, Robert K. (2011) *Qualitative Research from Start to Finish*. Nova York, The Guilford Press, ISBN: 978-1-60623-701-4

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

ANTÃO, Celeste (2009) *A Importância dos Provérbios na Promoção da Saúde*. Tese de Doutoramento, Universidade da Extremadura

DANIEL, Rita (2008) *Saúde do Viajante: Recomendações Internacionais, Protocolos de Acção e Prática em Duas Consultas do Viajante na Sub-Região de Saúde de Lisboa*. Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

MONTEIRO, Maria Margarida (2009) *A Literacia em Saúde*. Tese de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

TAVARES, Isabel Fisher Farinha (2011) *Concepções do Viajante e Adesão à Quimioprofilaxia da Malária – Estudo em Consulta do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa*. Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa

TEODÓSIO, Rosa (2003) *Medicina das Viagens na Sub-Região de Saúde de Lisboa – Contribuição para o seu Conhecimento*. Tese de Doutoramento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

BOUMAN, Martine P. e BROWN, William J. (2010) *Ethical Approaches to Lifestyle Campaigns*. *Journal of Mass Media Ethics: Exploring Questions of Media Morality*, 25:1, pp. 34-52

CAMERON, A. Kenzie (2008) *A Practitioners Guide to Persuasion: an Overview of 15 Selected Persuasion Theories, Models and Frameworks*. *Patient Education and Counseling*, 74, pp. 309-317

EIRÓ-GOMES, Mafalda e ATOUGUIA, Jorge (2012) *Consulta do Viajante, ou Onde a Comunicação Para a Saúde se Encontra Com a Comunicação “Na” Saúde*. *Anais – Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, Vol. 11, pp. 107-110

EIRÓ-GOMES, Mafalda e ATOUGUIA, Jorge (2012) *Consulta do Viajante, ou Onde a Comunicação Para a Saúde se Encontra Com a Comunicação “Na” Saúde*. *Anais – Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, Vol. 11, pp. 107-110

EIRÓ-GOMES, Mafalda e DUARTE, João (2004) *Que Públicos para as Relações Públicas*. *ACTAS DO III SOPCOM, VI, LUSOCOM e II IBÉRICO – Volume II*, Braga, Universidade do Minho, pp. 613-623

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO
IHMT

FRANÇA, Fábio: *Conceitualização Lógica de Públicos em Relações Públicas*

JOHNSON, J. David e MEISCHKE, Hendrika (1991) *Women's Preferences for Cancer Information from Specific Communication Channels*. American Behavioral Scientist, Vol. 34, nº 6, Julho – Agosto, pp. 742-755

KREPS, Gary L. e ATKIN, Charles (1991) *Current Issues in Health Communication Research*. American Behavioral Scientist, Vol. 34, nº6, Julho – Agosto, pp. 648-651

LOUREIRO, Isabel (2008) *O Processo de Aprendizagem em Promoção da Saúde*. Revista Portuguesa de Pedagogia, Lisboa, Ano 42-1, pp. 65-89

MCGRATH, John C. (1991) *Evaluating National Health Communication Campaigns. Formative and Summative Research Issues*. American Behavioral Scientist, Vol. 34, nº6, Julho – Agosto, pp. 652-665

OLIVEIRA, Almir Almeida de (2010) *Observação e Entrevista em Pesquisa Qualitativa*. Revista FACEVV, 4, Janeiro – Junho, pp. 22-27

SNYDER, Leslie B. (2007) *Health Communication Campaigns and their Impact on Behavior*. Journal of Nutrition Education and Behavior, Vol. 39, 2S, Março – Abril, pp. 33-40

TSAMIR, Judith, MANO, Rita, GUSTAVO, Mesch (2012) *Minority Status and Health Informations Search: A Test of the Social Diversification Hypothesis*. Social Science and Medicine, 72, pp. 854-858

SPITZMULLER, Jurgen (2007) *Visible by Design*. Universitat Zurick, pp. 1-4

REFERÊNCIAS ONLINE

BRINGHURST, Robert (2005) *Elementos do Estilo Tipográfico – versão 3.0*. São Paulo. [Internet]
Disponível em:

<http://books.google.pt/books?id=okMpNGMYmboC&pg=PA426&lpg=PA426&dq=robert+bringhurst+elementos+do+estilo+tipogr%C3%A1fico&source=bl&ots=8sPG07RKZo&sig=uuj9KG8kVcGaneubwDVVW4EHl0&hl=en&sa=X&ei=bvfOUMuLDsTMhAft6IDICw&ved=0CGsQ6AEwCDgK#v=onepage&q&f=false> (consultado a 12 de Dezembro de 2012 e 9 de Janeiro de 2013)

GUNTHER, Hartmut, (2006) *Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão?* Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 22, nº2, Maio-Agosto, pp. 201-210 [Internet].

Disponível em: www.scielo.br/pdf/%OD/ptp/V22n2/a10v22n2.pdf (Consultado a: 13/Novembro/2012)

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Inquérito por questionário [Internet]. Disponível em: www.inqporquestion.com.sapo.pt/etapas_para_a_construo_do_questionario.html (consultado a: 5 de Novembro de 2012)

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT Luc van: *Manual de Investigação em Ciências Sociais – Objectivos e Procedimentos* [Internet]. Disponível em: www.fep.up.pt/docentes/joao/material/manualinvestigação.pdf (Consultado a: 13/Novembro/2012)

VALLADARES, Licia: Os Dez mandamentos da observação participante. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Vol 22, nº63, pp. 153-155 [Internet]. Disponível em:

VISWANATH, K., FINNEGAN, John R., HANNAN, Peter J., LUEPKER, Russel V. (1991) Health and Knowledge Gaps: Some Lessons From the Minnesota Heart Health Program. *American Behavioral Scientist* [Internet]]. Disponível em: <http://abs.sagepub.com/content/34/6/712> (Consultado a: 11/Setembro/2012)

Pesquisa Qualitativa VS Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão [Internet] Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-6909200700012&script=sci_&fng=es (consultado a 13 de Novembro de 2012)

1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1986, Ottawa, *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde* [Internet]. Disponível em: www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96 (consultado a 19 de Abril de 2013)

4ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1997, Jakarta, *Declaração de Jakarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI* [Internet]. Disponível em: www.dgs.pt (consultado a 21 de Abril de 2013)

6th Global Conference on Health Promotion, 2005, Bangkok, *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* [Internet]. Disponível em: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf (consultado a 21 de Abril de 2013)

APÊNDICES

APÊNDICE 1

- Diário de Estágio -

1. DIÁRIO DE ESTÁGIO

Como indicado inicialmente, o estágio realizou-se na Consulta do Viajante do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) em Lisboa.

Este estágio teve como principal objectivo, para além da investigação que iria permitir a caracterização da população da Consulta do Viajante do IHMT, desenvolver e/ou reformular os suportes de comunicação entregues aquando da consulta de aconselhamento.

Como tal, descrevem-se em seguida, as actividades desenvolvidas durante o estágio que teve a duração de 4 meses – de 5 de Novembro de 2012 a 8 de Março de 2013.

O Diário será descrito segundo as actividades desenvolvidas.

5 de NOVEMBRO a 15 de NOVEMBRO de 2012 – Elaboração dos Questionários

Definição dos objectivos específicos de estágio assim como a sua respectiva calendarização.

Definição do tipo de investigação a realizar – inquérito por questionário e observação – e idealização das questões a aplicar nos inquéritos por questionário.

Elaboração dos inquéritos por questionário a aplicar aos utentes e colaboradores da consulta.

Análise dos dados estatísticos presentes nas dissertações “*CONCEPÇÕES DO VIAJANTE E ADESÃO À QUIMIOPROFILAXIADA MALÁRIA – Estudo em Consulta do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa*” de TAVARES, Isabel Fisher Farinha, Lisboa, 2011; “*MEDICINA DAS VIAGENS NA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA, CONTRIBUIÇÃO PARA O SEU CONHECIMENTO*” de TEODÓSIO, Rosa Maria Figueiredo, Lisboa, 2003, e, “*SAÚDE DO VIAJANTE: RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS, PROTOCOLOS DE ACÇÃO E PRÁTICA EM DUAS CONSULTAS DO VIAJANTE NA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA*”, de DANIEL, Rita, Lisboa, 2008 de modo a enriquecer o trabalho com dados sobre as características dos viajantes no

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

geral, os seus comportamentos e definições de alguns conceitos tidos como importantes para o desenvolvimento do trabalho.

16 de NOVEMBRO a 21 de NOVEMBRO de 2012 – Observação

Pesquisa bibliográfica referente à preparação dos questionários e da observação.

Realização de uma das fases da investigação: observação dos comportamentos e atitudes dos utentes da consulta do IHMT face aos suportes comunicacionais já existentes: folheto informativo e *placards* situados na sala de espera da consulta

21 de NOVEMBRO de 2012 – Anotação dos dados da Observação

Anotação das notas e resultados da observação realizada.

22 e 23 de NOVEMBRO de 2012 – Questionários

Continuação da pesquisa bibliográfica referente à formulação dos inquéritos por questionário.

Formulação das questões para os inquéritos por questionário.

Realização de reuniões com a Prof.^ª Doutora Mafalda Eiró-Gomes (orientadora de tese) e a Prof.^ª Doutora Rosa Teodósio (coordenadora de estágio) para correcção das questões para os inquéritos por questionário.

Reformulação e finalização dos inquéritos por questionário para a realização da fase de pré-teste.

26 de NOVEMBRO de 2012 – Pré-teste: Aplicação

Aplicação dos inquéritos por questionário aos utentes da consulta para avaliação e detecção dos seus erros (não foram aplicados inquéritos por questionário aos restantes grupos uma vez que, estes não apresentavam um número de indivíduos suficiente para a implementação das duas fases dos inquéritos por questionário).

Primeira análise aos inquéritos por questionário de pré-teste respondidos de modo a detectarem-se quais os erros de formatação ou de formulação das questões.

27 de NOVEMBRO de 2012 – Pré-teste: Aplicação e Análise dos Resultados

Continuação da aplicação dos inquéritos por questionário de pré-teste.

Análise dos inquéritos por questionário respondidos e consequente identificação dos erros de preenchimento cometidos pelos inquiridos.

**28, 29, 30 de Novembro de 2012 e 3, 4, 6, 10, 11 e 13 de Dezembro de 2012 – Aplicação dos
Inquéritos por Questionário**

Aplicação dos inquéritos por questionário aos utentes da consulta antes da realização da mesma.

14 e 17 de DEZEMBRO de 2012 – Idealização dos Suportes de Comunicação a Desenvolver

Pesquisa *on-line* de imagens pelo *website* www.google.com de folhetos informativos já existentes na área da saúde através de palavras-chave como “folheto informativo”, “folheto informativo saúde” e “consulta do viajante”.

Definição dos objectivos para os suportes de comunicação a desenvolver.

Início da pesquisa relativamente aos possíveis tipos de letra a utilizar nos suportes de comunicação através do *website* www.Dafonte.com.

**19 de DEZEMBRO de 2012 – Tratamento dos Dados dos Inquéritos por Questionário
Aplicados aos Utentes**

Realização de uma reunião com a Prof.^a Doutora Rosa Teodósio com o objectivo de discutir a forma de tratamento dos dados adquiridos pelos inquéritos por questionário.

Início do tratamento dos dados dos inquéritos por questionário aplicados aos utentes através do programa informático SPSS.

**27 e 28 de DEZEMBRO de 2012 e 4 e 8 de JANEIRO de 2013 – Tratamento dos Dados dos
Inquéritos por Questionário Aplicados aos Utentes**

Continuação e conclusão do tratamento dos dados dos inquéritos por questionário aplicados aos utentes da consulta.

**9 e 10 de JANEIRO de 2013 – Análise dos Dados dos Inquéritos por Questionário Aplicados
aos Utentes**

Reunião com a Prof.^a Doutora Rosa Teodósio para discussão dos dados dos inquéritos por questionário a relacionar entre si.

Elaboração das questões que permitiram efectuar o cruzamento dos dados de modo a obter uma correcta caracterização das necessidades informativas do público da consulta.

**15 a 24 de JANEIRO de 2013 – Análise dos Dados dos Inquéritos por Questionário Aplicados
aos Utentes**

Elaboração e conseqüente análise dos gráficos referentes ao cruzamento dos dados obtidos através dos inquéritos por questionário aplicados aos utentes da consulta.

Aplicação dos inquéritos por questionário aos colaboradores da consulta do IHMT – médicos, enfermeiros e recepcionistas.

**25 de JANEIRO a 1 de Fevereiro de 2013 – Planeamento dos Suportes de Comunicação a
Desenvolver**

Realização dos esboços dos suportes de comunicação a desenvolver:

- Selecção do tipo de letra a utilizar;
- Selecção das imagens a utilizar;
- Definição do tamanho de cada suporte;
- Definição do objectivo de cada suporte na viagem do utente;
- Estruturação do texto a configurar em cada suporte.

4 a 26 de FEVEREIRO de 2013 – Desenvolvimento dos Suportes de Comunicação

Tratamento e análise dos inquéritos por questionário aplicados aos colaboradores da consulta.

Desenvolvimento dos suportes de comunicação idealizados consoante os objectivos delineados para cada um.

Realização de reuniões com a Prof.^a Doutora Mafalda Eiró-Gomes e a Prof.^a Doutora Rosa Teodósio para correcção do conteúdo de cada suporte desenvolvido tanto em termos técnicos com em termos de comunicação.

Reformulação do suporte de comunicação já existente na consulta: folheto informativo.

**27 de FEVEREIRO a 11 de Março de 2013 – Continuação do Desenvolvimento dos Suportes de
Comunicação**

Preparação dos suportes de comunicação desenvolvidos para impressão.

Pesquisa de gráficas para a impressão de um dos suportes de comunicação desenvolvidos: postal.

Pesquisa de tipos de papel específicos para a impressão do marcador de livro e da etiqueta de mala.

Preparação do orçamento para a impressão dos suportes de comunicação desenvolvidos.

Análise ao conteúdo do *website* da consulta do viajante do IHMT.

Realização da proposta de alteração do conteúdo do *website* da consulta.

12, 13 e 14 de MARÇO de 2013 – Teste ao Folheto Informativo Reformulado

Realização do teste ao folheto informativo alterado junto dos utentes da consulta de modo a avaliar o mesmo quanto à formatação. Foram colocadas questões referentes ao tipo e tamanho de letra, utilização ou não de uma imagem como fundo, tipo de linguagem utilizada e entendimento integral do conteúdo.

Agendamento de uma reunião com a Prof.^a Doutora Zulmira Hartz (sub-directora) para apresentação do percurso de estágio, dos resultados da investigação realizada e dos suportes de comunicação desenvolvidos.

Criação de uma apresentação referente ao percurso de estágio, resultados da investigação e suportes de comunicação desenvolvidos.

Realização de uma reunião com a Prof.^a Doutora Rosa Teodósio para discussão dos temas a integrar o *website* da consulta.

Reformulação da proposta de alteração do conteúdo para o *website* da consulta do viajante do IHMT.

15 de MARÇO de 2013 – Alteração do Folheto Informativo

Alteração do folheto informativo reformulado consoante a opinião dos utentes da consulta questionados.

Realização de uma reunião com a Prof.^a Doutora Mafalda Eiró-Gomes para apresentação e consequente discussão sobre os suportes de comunicação finalizados.

18 e 19 de MARÇO de 2013 – Finalização

Finalização dos suportes de comunicação desenvolvidos.

Finalização da apresentação do percurso de estágio para a reunião com a Prof.^a Doutora Zulmira Hartz.

20 de MARÇO de 2013 – Reunião Final

Apresentação do percurso de estágio numa reunião com a Prof.^a Doutora Zulmira Hartz, a Prof.^a Doutora Rosa Teodósio e a Dr.^a Isa Alves (responsável de Comunicação e Marketing) onde foram disponibilizados tanto os dados da investigação como os suportes desenvolvidos durante o estágio.

APÊNDICE 2

- Inquéritos por Questionário -

APÊNDICE 2.1

- Inquérito por Questionário aplicado aos
Viajantes -

APÊNDICE 2.1.1

- Resultados Questionários Viajantes -

2.1.1 Resultados Questionários Viajantes

Com os inquéritos por questionário devidamente respondidos e a sua análise feita, os resultados mostraram-se bastante interessantes.

Neste sentido, dos 227 questionários respondidos, 222 responderam à questão idade sendo que a média de idades dos utentes da consulta do IHMT é de 36 anos com uma moda de 33 anos. No gráfico seguinte – gráfico 12 – apresentam-se os dados relativamente a essa questão de uma forma mais explícita o que permite avaliar melhor as diferenças de idade entre utentes.

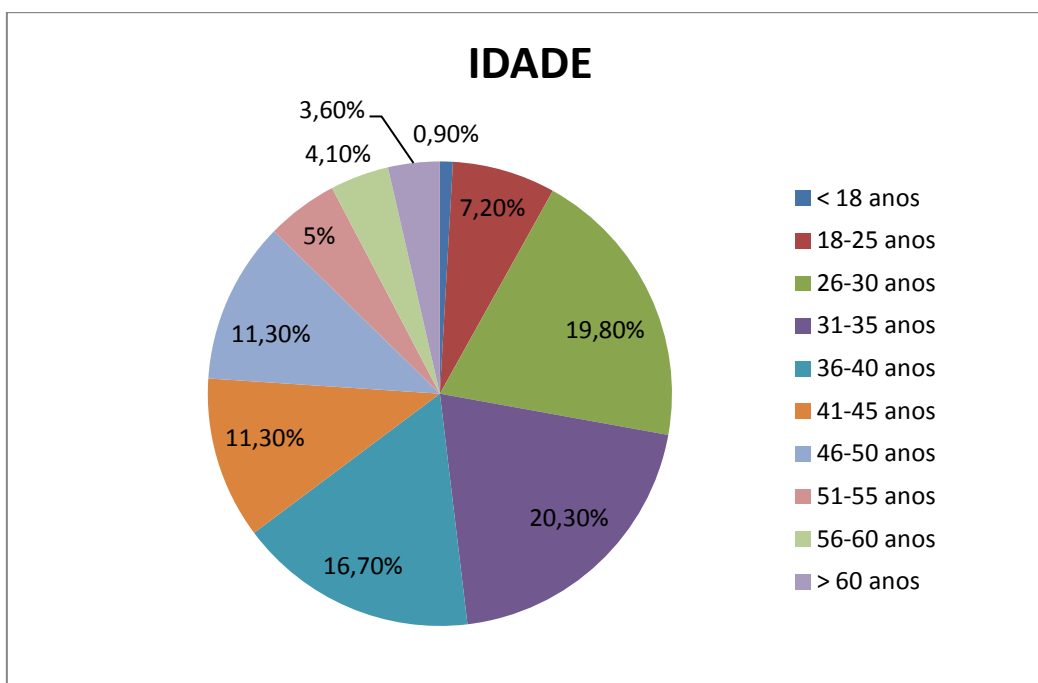


Gráfico 12: Legenda: % percentagem de idades de cada respondente dividido por faixas etárias; n= número de respondentes: n=222.

Relativamente ao género, com 207 respostas, a maioria dos utentes da consulta do IHMT são do sexo masculino – 70% - e apenas 30% são do sexo feminino.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

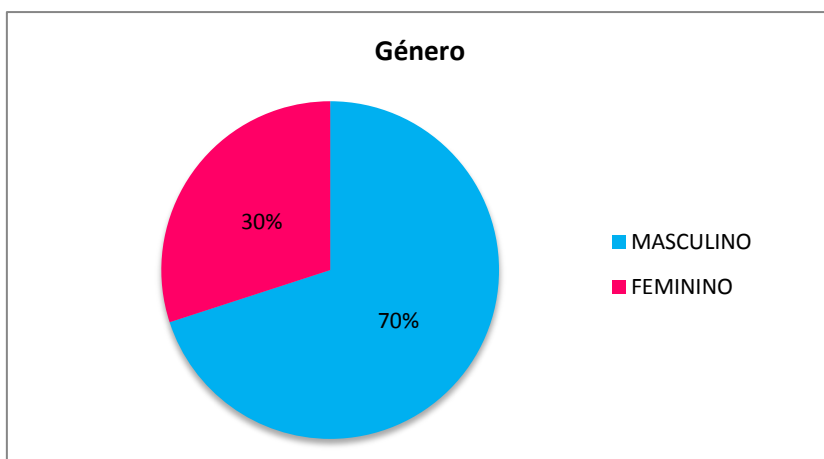


Gráfico 13: Legenda: %: percentagem de respondentes divididos quanto ao género; n= número de respondentes: n= 207.

Ainda na caracterização do respondente, a nível de escolaridade e situação profissional, mais de metade dos utentes, 58,2%, tem um curso superior – Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento – e 83% encontra-se numa situação profissional activa. Os gráficos seguintes – gráficos 14 e 15 – ilustram devidamente esses valores em contraste com as outras opções de resposta.

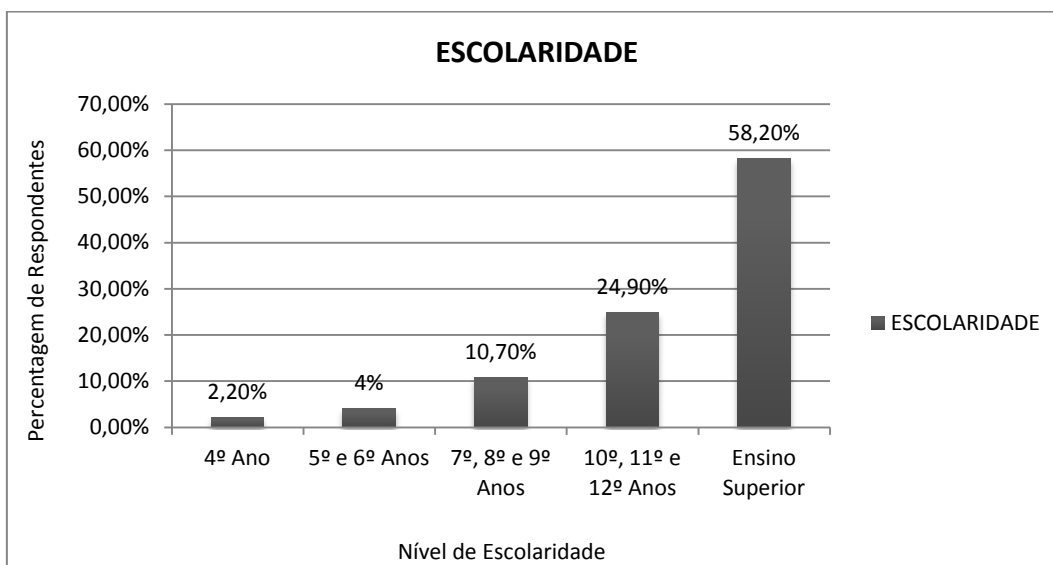


Gráfico 14: Legenda: %: percentagem de respondentes para cada nível escolar; n= número de respondentes: n= 225.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT



Gráfico 15: Legenda: % percentagem de respondentes divididos consoante a situação profissional; n= número de respondentes: n=224.

Quanto às questões que dizem respeito à forma como o utente teve conhecimento da consulta, do Instituto ou as razões pelas quais veio à consulta, 70,5% dos utentes estava pela primeira vez numa consulta do viajante – gráfico 16, 87,7% veio à consulta apenas devido às vacinas necessárias – gráfico 17, 45,5% dos viajantes escolheu o IHMT para realização da consulta por ser o único estabelecimento que conhecia – gráfico 18, e 38,6% dos utentes teve conhecimento da consulta do IHMT através da empresa – gráfico 19.

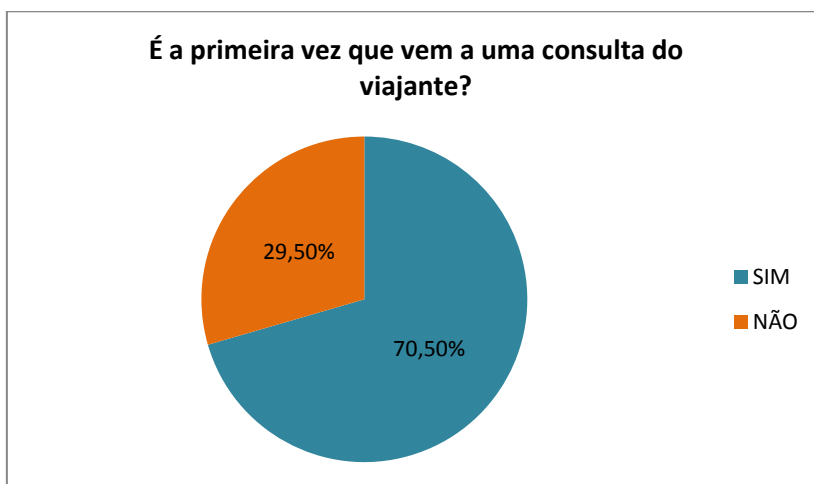


Gráfico 16: Legenda: % percentagem de respondentes divididos quanto ao número de vezes que já veio à consulta do viajante; n= número de respondentes: n= 220.

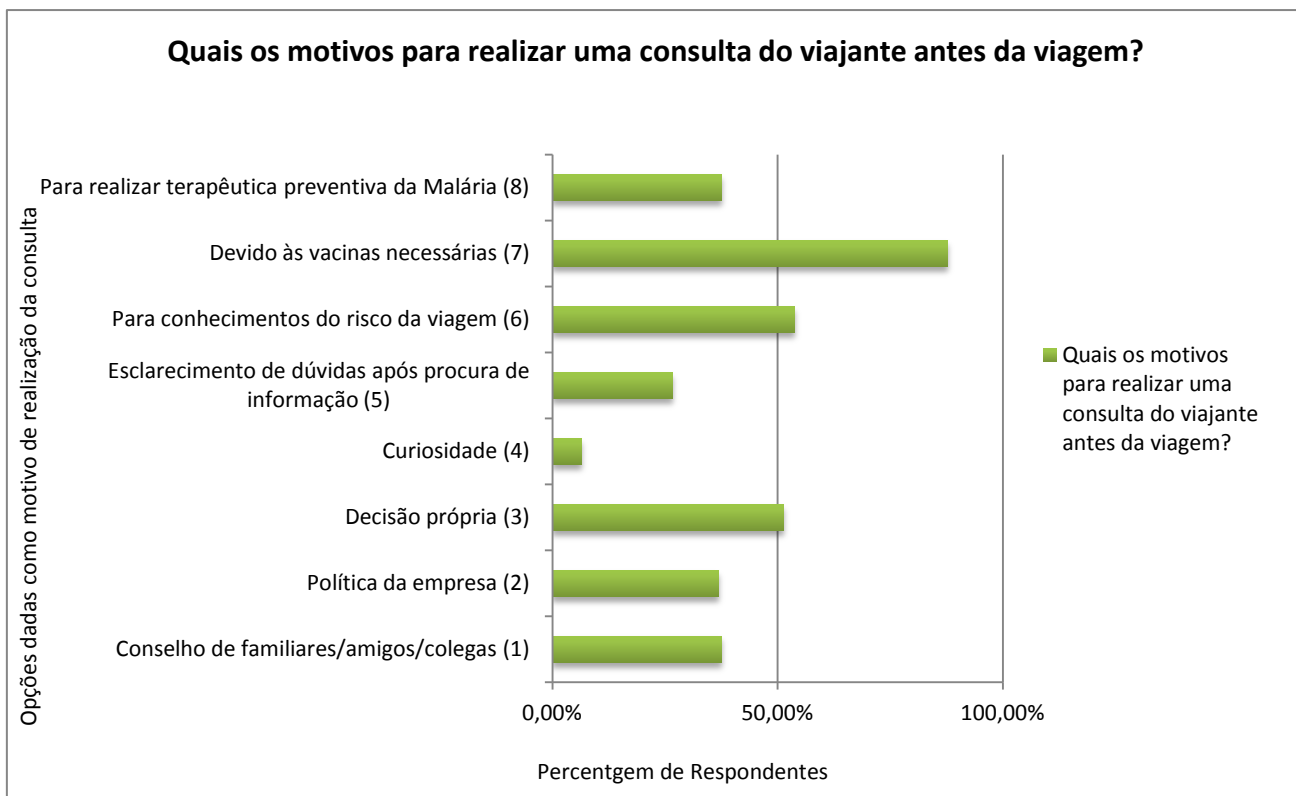
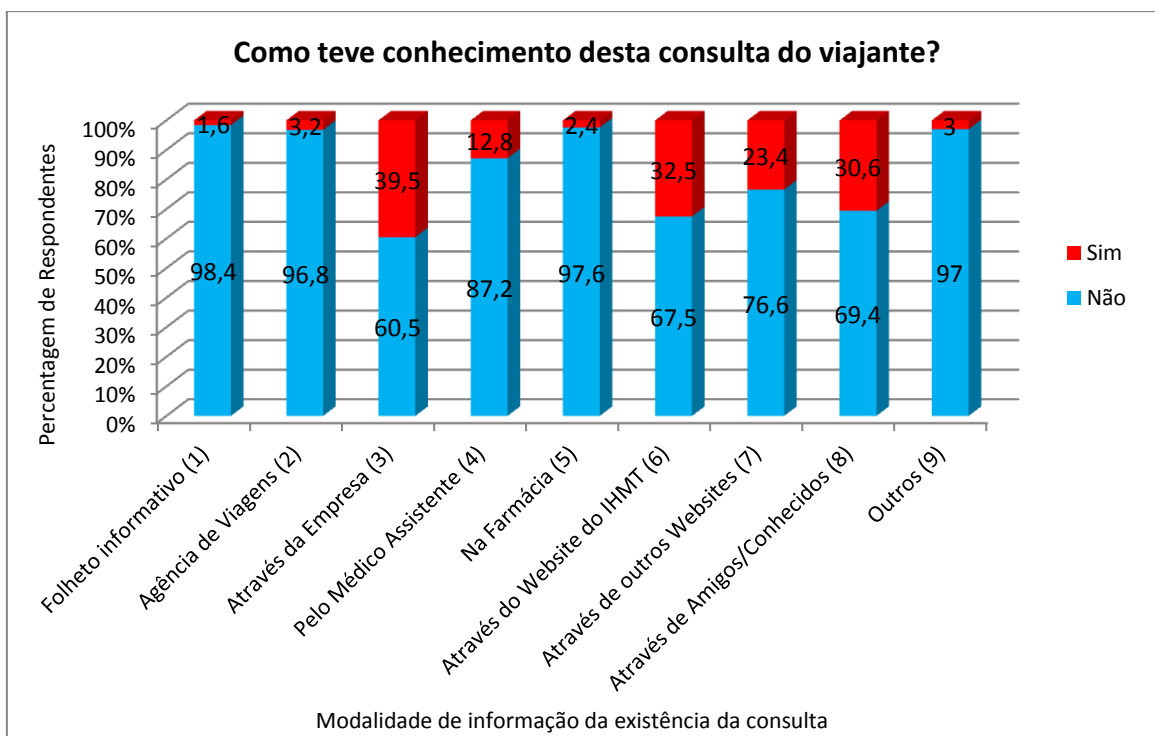


Gráfico 17: Legenda: % percentagem de respondentes divididos quanto ao motivo pelo qual realizam uma consulta do viajante; n= número de respondentes: (1) n= 160; (2) n= 163; (3) n= 158; (4) n= 109; (5) n= 116; (6) n= 132; (7) n= 179; (8) n= 109;



Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Gráfico 18: Legenda: Percentagem de respondentes divididos quanto à forma pela qual conheceram esta consulta; n= número de respondentes: (1) n= 125; (2) n= 125; (3) n= 129; (4) n= 125; (5) n=124; (6) n= 126; (7) n= 124; (8) n= 124; (9) n= 134.

De acordo com o gráfico apresentado (gráfico 18), todas as modalidades indicadas têm uma maior percentagem de respostas negativas. Relativamente às respostas afirmativas, apenas as modalidades através da empresa, através do *website* do IHMT e através de outros *websites* ultrapassam a marca dos 30% o que permite deduzir que são os mais procurados pelos respondentes para conhecimento das consultas de aconselhamento ao viajante existentes.

Relativamente às características da viagem, a maioria dos inquiridos da consulta do IHMT viaja por motivos profissionais/negócios (gráfico 19) – 64,7% - para o Continente Africano (gráfico 20) – 81,9% - onde fica entre uma ou duas semanas (gráfico 21) – 27,1%. Os gráficos seguintes mostram também as restantes hipóteses de resposta e as devidas percentagens para uma melhor análise.

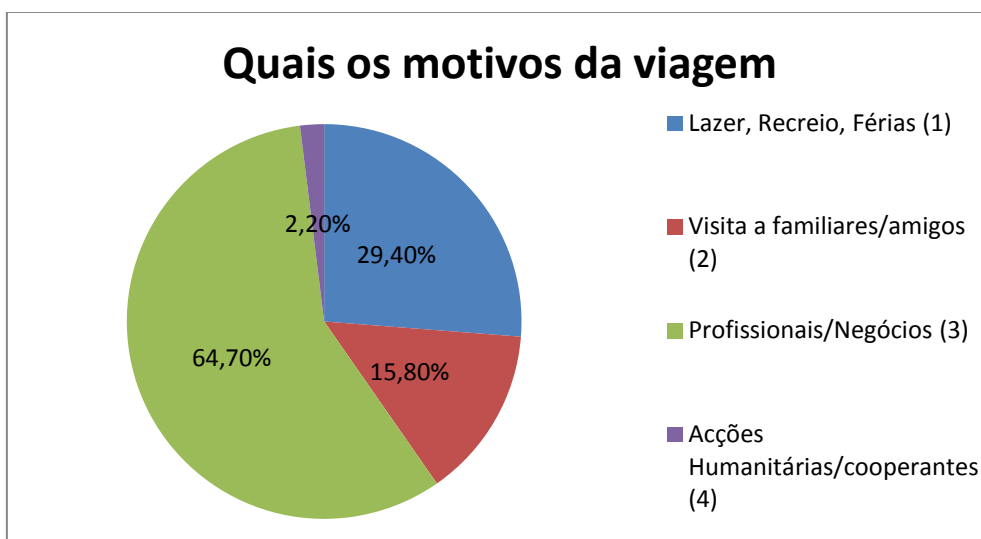


Gráfico 19: Legenda: % percentagem de inquiridos divididos consoante o motivo da viagem; n= número de respondentes: (1) n= 211; (2) n= 183; (3) n= 224; (4) n= 223.

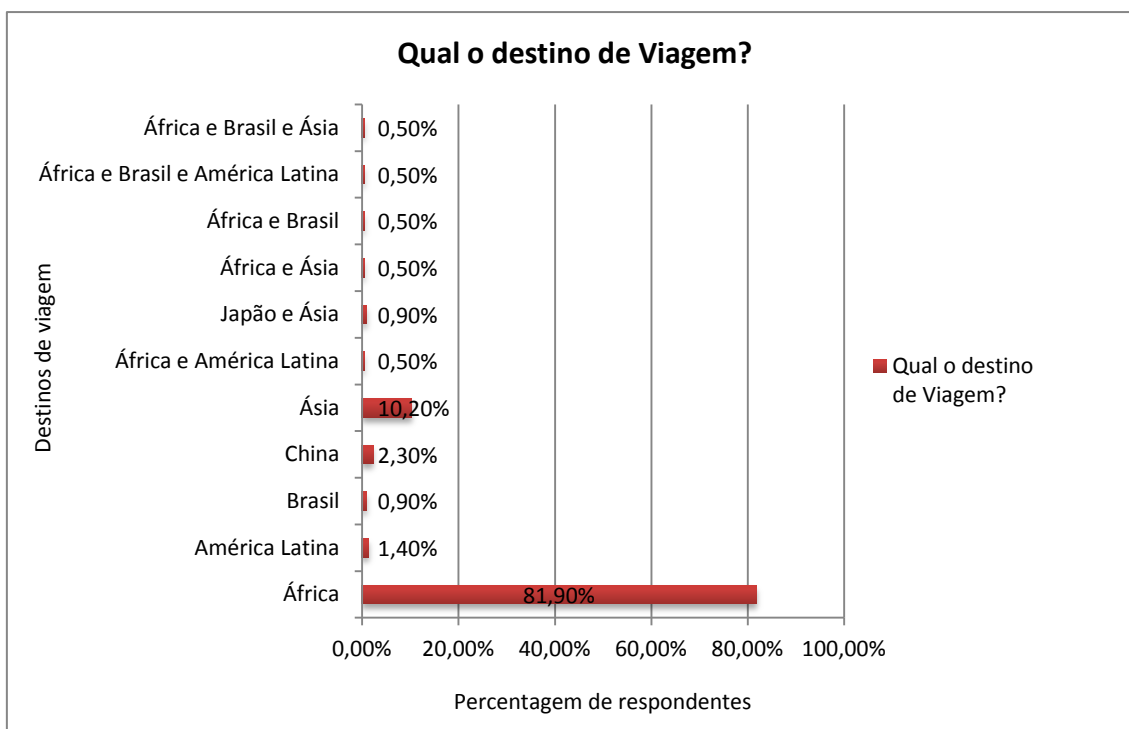


Gráfico 20: Legenda: % porcentagem de respondentes divididos quanto ao destino da viagem; (n)= número de respondentes: n= 215.

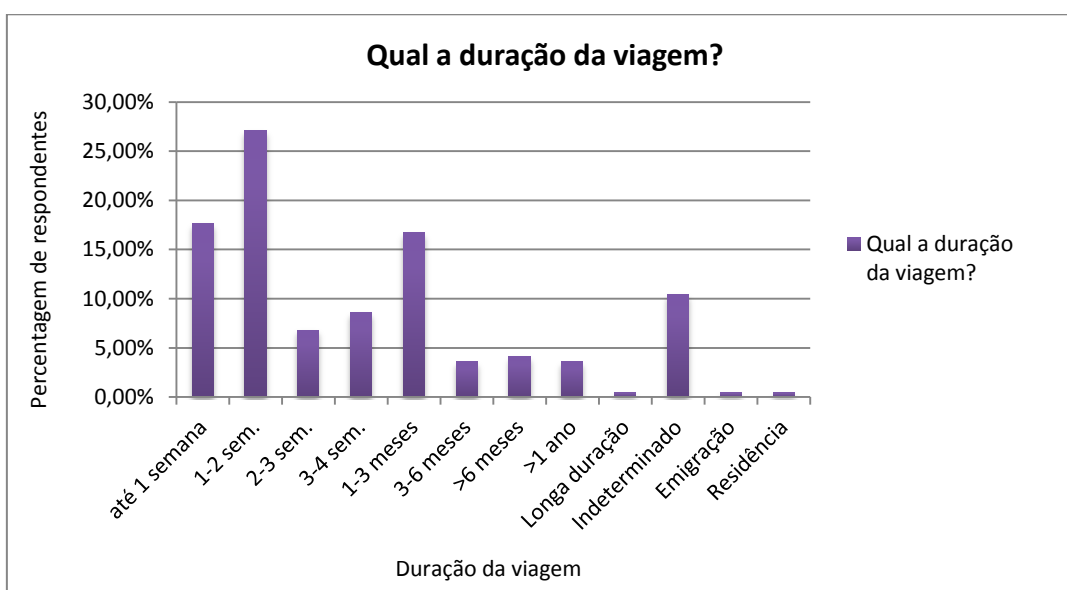


Gráfico 21: Legenda: % porcentagem de respondentes divididos em relação à duração da viagem; n= número de respondentes: n= 221.

Quanto à importância da consulta de pós-viagem, em 204 respostas, a maioria dos inquiridos, 69,1%, respondeu positivamente dando várias justificações como se pode verificar na tabela 8 apresentada de seguida.

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Percentagem de respondentes consoante o motivo pelo qual considera importante realizar uma consulta de pós viagem

PORQUÊ? (n= 225)	%
Não responde	38,7
Prevenção	15,6
Rastreio	22,7
Rastreio e Prevenção	1,8
Em caso de doença	9,8
Acompanhamento	0,9
Vacinação	1,8
Obrigatoriedade	0,9
Informação	1,8
Esclarecimento de dúvidas	1,3
Não necessário	2,7
Não se sente doente/ com sintomas	0,9
Consoante país de destino	0,4
Realiza consulta antes	0,9

Tabela 8: Percentagem de respondentes divididos consoante o motivo pelo qual considera importante realizar uma consulta após a viagem;

Quanto aos cuidados de saúde a ter nomeadamente em relação aos cuidados com a alimentação, ingestão de bebidas e protecção contra a picada dos mosquitos, percebe-se que alguns dos utentes ainda têm algumas dúvidas quanto ao comportamento correcto a adoptar. As tabelas seguintes ilustram as opções de resposta seleccionadas.

Opção de respostas escolhidas pelos inquiridos face aos comportamentos a evitar no que diz respeito ao consumo de alimentos

FACE AO CONSUMO DE ALIMENTOS, INDIQUE QUAIS OS COMPORTAMENTOS QUE DEVEM SER EVITADOS			
Comportamentos	SIM	NÃO	DESCONHECE
CONSUMO DE ALIMENTOS DE VENDEDORES AMBULANTES (n= 203)	85,2%	12,3%	2,5%
CONSUMO DE ALIMENTOS CRUS OU MAL COZINHADOS (n= 212)	87,7%	10,8%	1,4%
CONSUMO DE ALIMENTOS COMPLETAMENTE COZINHADOS E AINDA QUENTES (n= 147)	21,1%	74,8%	4,1%
CONSUMO DE MARISCO PRÉ-COZINHADO (n= 181)	61,3%	28,2%	10,5%
CONSUMO DE FRUTA DESCASCADA PELO PRÓPRIO (n= 151)	27,2%	69,5%	3,3%
CONSUMO DE QUEIJO E CARNES FRIAS (n= 163)	62%	25,2%	12,9%
CONSUMO DE OVOS CRUS, ESTRELADOS, OU MAL COZINHADOS (n= 196)	83,2%	12,2%	4,6%

Relatório de Estágio – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A CONSULTA DO VIAJANTE DO IHMT

Tabela 9: Opção de respostas escolhidas pelos inquiridos face aos comportamentos a evitar no que diz respeito ao consumo de alimentos

Opções de respostas escolhidas pelos inquiridos face às situações a evitar no que diz respeito ao consumo de água e outras bebidas

FACE AO CONSUMO DE ÁGUA E OUTRAS BEBIDAS, INDIQUE QUAIS AS SITUAÇÕES QUE DEVEM SER EVITADAS			
Situações	Sim	Não	Desconhece
CONSUMO DE BEBIDAS ENGARRAFADAS (n= 151)	15,9%	80,8%	3,3%
CONSUMO DE GELO, EXCEPTO QUANDO PRODUZIDO COM ÁGUA DESINFECTADA, ENGARRAFADA OU FERVIDA (n= 197)	61,4%	35,5%	3%
CONSUMO DE BEBIDAS FEITAS COM ÁGUA NÃO FERVIDA/DESINFECTADA (n= 212)	84,4%	14,2%	1,4%

Tabela 10: Opções de respostas escolhidas pelos inquiridos face às situações a evitar no que diz respeito ao consumo de água e outras bebidas

Opções de respostas escolhidas pelos inquiridos face às medidas que devem ser adoptadas no que diz respeito à protecção contra a picada de mosquitos

INDIQUE QUE MEDIDAS DEVEM SER ADOPTADAS PARA A PROTECÇÃO CONTRA A PICADA DE MOSQUITOS			
Medidas	Sim	Não	Desconhece
UTILIZAÇÃO DE REPELENTE (n= 218)	97,2%	1,4%	1,4%
DORMIR COM AS JANELAS DO QUARTO ABERTAS PARA FAZER CIRCULAR O AR (n= 146)	1,4%	95,2%	3,4%
UTILIZAÇÃO DE ROUPA PROTECTORA (n= 172)	85,5%	10,5%	4,1%
UTILIZAÇÃO DE AR CONDICIONADO (n= 162)	72,2%	16%	11,7%
UTILIZAÇÃO DE REDE MOSQUITEIRA (n= 203)	95,1%	3%	2%
UTILIZAÇÃO DE VENTONHA (n= 143)	45,5%	36,4%	18,2%
UTILIZAÇÃO DE INSECTICIDA (n= 169)	72,8%	16%	11,2%

Tabela 11: Opções de respostas escolhidas pelos inquiridos face às medidas que devem ser adoptadas no que diz respeito à protecção contra a picada de mosquitos

Após a análise destes resultados, é possível caracterizar o público que se dirige à consulta do viajante do IHMT como sendo na sua maioria do sexo masculino, com idade superior a 30 anos, com um curso superior, que viaja sobretudo em trabalho, para Angola onde fica entre uma a duas semanas. Percebe-se também que, apesar da maior percentagem pertencer às respostas correctas, ainda existem utentes que não sabem ou têm dúvidas quanto à adopção dos comportamentos correctos que permitem evitar as mais variadas doenças.

APÊNDICE 2.2

- Inquérito por Questionário aplicado aos
Médicos-

APÊNDICE 2.3

- Inquérito por Questionário aplicado aos
Enfermeiros -

APÊNDICE 2.4

- Inquérito por Questionário aplicado aos
Recepcionistas -

APÊNDICE 3

- Suportes de Comunicação -

APÊNDICE 3.1

- Etiqueta de Mala -

APÊNDICE 3.2

- Postal -

APÊNDICE 3.3

- Marcador de Livro -

APÊNDICE 3.4

- Folheto Informativo -
