

Comunicação em Saúde: A Consulta do Viajante no IHMT

Carla Sofia Ramos Varela
Escola Superior de Comunicação, Instituto Politécnico de Lisboa
Carla.varela@hotmail.com

Resumo

As Consultas de Aconselhamento ao Viajante existentes no país encontram um desafio já conhecido na área da saúde: como comunicar com o utente?

No presente artigo é apresentada uma investigação realizada na Consulta do Viajante do Instituto de Higiene e Medicina Tropical com um simples objectivo: quem é o utente desta consulta? Assim sendo, no âmbito da comunicação para a saúde, pretendeu-se conhecer este público de forma a adotar os suportes de comunicação utilizados pelo IHMT para que estes estivessem aptos a transmitir a informação de uma forma acessível ao público e de acordo com as suas características tanto linguísticas como informativas.

A investigação foi realizada através de métodos de investigação qualitativos como a aplicação de inquéritos por questionário.

Serão apresentados, então, a caracterização do público utente da consulta do IHMT assim como algumas estratégias a serem adotadas pelo Instituto.

Palavras-Chave:

Medicina das Viagens; Consulta; Instituto de Higiene e Medicina Tropical; Comunicação para a Saúde

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, 2013) - 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 adotar 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 adota, ou não, os conselhos dados. É nesse

âmbito que a comunicação deverá trabalhar relembrando, constantemente, ao utente os comportamentos tidos como “corretos”.

A necessidade de uma estratégia de comunicação que vá de encontro às características do utente mostra-se como fulcral para o sucesso do aconselhamento efetuado na consulta do viajante.

Para minimizar os desafios que se encontram em qualquer estratégia de comunicação, foi desenvolvida uma investigação no âmbito da Consulta do Viajante do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Lisboa que se apresenta de seguida.

Esta investigação permitiu, então, uma caracterização do público utente da consulta para um posterior desenvolvimento de suportes de comunicação que melhor se adaptassem à consulta e ao seu público.

1. A Investigação

A Consulta do Viajante do Instituto de Higiene e Medicina Tropical nasce da necessidade de aconselhar o viajante procurando que este adote medidas preventivas em relação à doença. Este Instituto, com uma forte história na área da Medicina Tropical, procura ser um sítio de referência no que concerne ao aconselhamento ao viajante contudo, encara alguns desafios, nomeadamente de comunicação.

Com a premissa de encontrar soluções para esses desafios foi realizada uma investigação através da utilização de métodos qualitativos, nomeadamente a aplicação de inquéritos por questionário, aos utentes da Consulta do Viajante do IHMT que recorreram a esta no período estipulado de 28 de Novembro a 14 de Dezembro de 2012. Estes inquéritos aplicados por questionário tiveram como objectivo a caracterização do público que recorre à consulta em questão. O estudo em si não pretendeu ser representativo de uma determinada população já que a amostra inquirida foi selecionada por conveniência por estar presente na consulta no período estipulado para a aplicação dos inquéritos por questionário. Contudo, este primeiro passo na caracterização do utente da consulta do IHMT permitiu descobrir informações valiosas para o desenvolvimento dos suportes de comunicação da consulta.

Os inquéritos por questionário foram aplicados não só ao utente que se dirigiu à consulta mas também aos seus profissionais uma vez que são estes que se encontram em contato direto com os utentes e conseguem identificar algumas necessidades de comunicação que poderiam passar despercebidas.

Com os inquéritos por questionário aplicados aos utentes tentou-se perceber quem são os utentes da consulta, quais os seus conhecimentos relativamente aos cuidados de saúde a ter e as características da viagem. Por conseguinte,

estes questionários abordaram temas relativamente ao utente da consulta com questões obre a idade, sexo, profissão e escolaridade. Os questionários apresentaram também questões relacionadas com a viagem – destino, duração e objetivo da mesma – e os cuidados a ter nessa viagem relativamente ao consumo de alimentos, água e a protecção contra a picada de mosquitos. Os dados obtidos através dos inquéritos por questionário foram analisados com o programa SPSS 19.

2. Caracterização do Utente da Consulta do Viajante do IHMT

De acordo com a investigação realizada ficou-se a conhecer o público da consulta que recorreu à mesma no período estipulado como sendo na sua maioria do sexo masculino (70%), com idade superior a 30 anos, com um curso superior (58,2%), que se encontra no ativo profissionalmente (83%), que viaja sobretudo em trabalho (64,7%), para Angola, onde fica entre uma a duas semanas (27,1%).

Em relação à própria consulta e ao IHMT, 70,5% dos utentes inquiridos estavam pela primeira vez numa consulta de aconselhamento ao viajante, 87,7% estava na consulta apenas devido às vacinas necessárias, 45,5% dos utentes escolheu o IHMT para realização da consulta por ser o único estabelecimento que conhecia, 38,6% dos inquiridos teve conhecimento da consulta do IHMT através da empresa e, 69,1% considera importante a realização de uma consulta de pós viagem.

Quanto aos cuidados de saúde a ter como os cuidados com a alimentação, ingestão de bebidas e protecção contra a picada de mosquitos, embora a maioria das respostas tenha sido a correcta existem, ainda, alguns utentes que desconhecem ou erraram na opção escolhida.

Após a caracterização dos utentes, dos seus conhecimentos e da viagem, alguns dados foram relacionados entre si para que se pudesse retirar um maior número de dados possível.

2.1. 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.

Tabela nº 1: 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? % (n)		
	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% (n= 121)
	SIM 1,4% (n= 1)	3,6% (n= 2)	2,4% (3)
ATRAVÉS DO WEBSITE 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 WEBSITES	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)

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. Este dado é interessante e permite ter a noção de como é que os utentes tomam conhecimento da consulta do Instituto. Ou seja, 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 puder 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*.

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

Um dos aspetos 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.

Gráfico 1: Quais os Motivos para Realizar uma Consulta do Viajante Antes da Viagem?

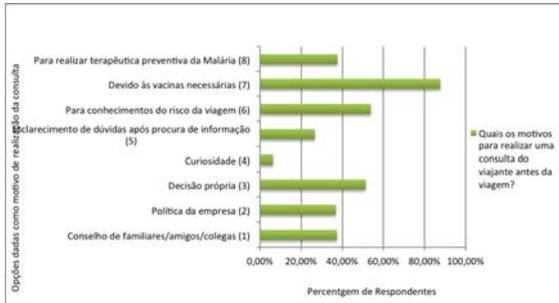


Gráfico 1: Legenda: % percentagem de respondentes divididos quanto ao motivo pelo qual realiza uma consulta do viajante antes da viagem; n= número de respondentes: (1) n= 160; (2) n= 163; (3) n= 158; (4) n= 109; (5) n= 116; (6) n= 132; (7) n= 179; (8) n= 109;

2.3. 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 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.

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: Motivo da Viagem de Acordo com o Destino

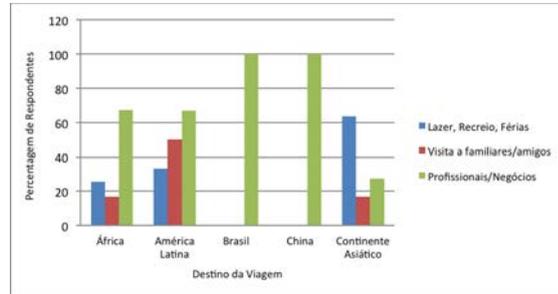


Gráfico 2: Legenda: %: Percentagem de indivíduos divididos por motivo e destino de viagem. n= número de respondentes: n= 215.

2.4. Respostas Corretas Relativamente ao Consumo de Água, Alimentos e Proteção Contra a Picada de Mosquitos de Acordo com o Género e Escolaridade

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 proteção contra a picada de mosquitos.

Os gráficos seguintes mostram, então, a percentagem de respostas corretas quanto ao género e à escolaridade.

Gráfico 3: Respostas Corretas Relativamente ao Consumo de Alimentos de Acordo com o Género

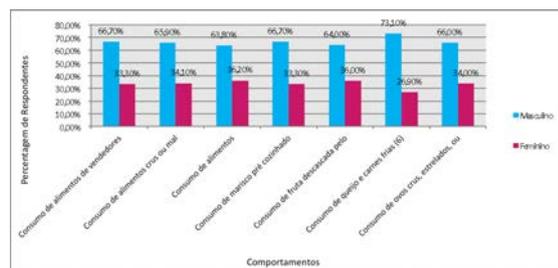


GRÁFICO 3: Legenda: %: Percentagem de indivíduos que responderam corretamente às questões sobre o consumo de alimentos de acordo com o género. n= número de respondentes: (1) n= 190; (2) n= 194; (3) n= 96; (4) n= 169; (5) n= 144; (6) n= 154; (7) n= 185.

Gráfico 4: Respostas Corretas Relativamente ao Consumo de Água de Acordo com o Género

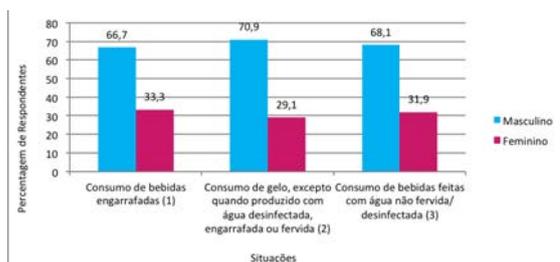


GRÁFICO 4: Legenda: %: Percentagem de indivíduos, divididos por género, que responderam corretamente às questões sobre o consumo de água. n= número de respondentes: (1) n= 144; (2) n= 182; (3) n= 136.

Gráfico 5: Respostas Corretas Relativamente à Proteção Contra a Picada de Mosquitos de Acordo com o Género

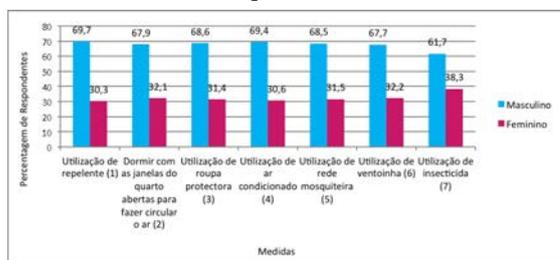


GRÁFICO 5: Legenda: %: Percentagem de indivíduos, divididos por género, que responderam corretamente às questões sobre a proteção da picada de mosquitos. n= número de respondentes: (1) n= 202; (2) n= 138; (3) n= 162; (4) n=154; (5) n= 187; (6) n= 135; (7) n= 160.

O que estes três gráficos apresentados – gráficos3, 4 e 5 – mostram é que são os utentes do sexo masculino que mais sabem que medidas adotar para evitar a contração 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 corretas bastante baixas comparativamente ao sexo masculino já que os seus valores, por vezes, chegou a ser menos de metade comparativamente ao sexo oposto.

Gráfico 6: Respostas Corretas Relativamente ao Consumo de Alimento de Acordo com a Escolaridade

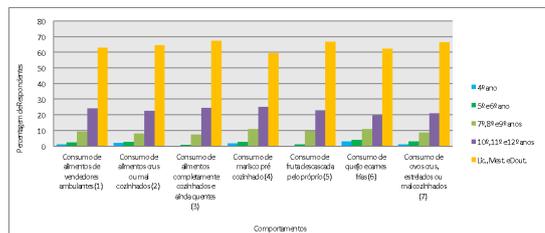


GRÁFICO 6: Legenda: %: Percentagem de indivíduos que responderam corretamente às questões sobre o consumo de alimentos de acordo com a escolaridade. n= número de respondentes: (1) n= 203; (2) n= 212; (3) n= 147; (4) n= 181; (5) n= 151; (6) n= 163; (7) n= 196. “Lic., Mest. E Dout.” = Licenciatura, Mestrado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

Gráfico 7: Respostas Corretas Relativamente ao Consumo de Água de Acordo com a Escolaridade

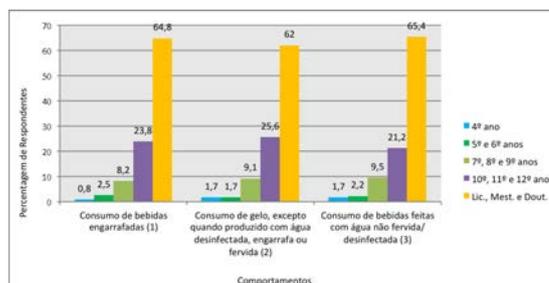


Gráfico 7: Legenda: %: Percentagem de indivíduos que responderam correctamente às questões sobre o consumo de água de acordo com a escolaridade. n= número de respondentes: (1) n= 151; (2) n= 197; (3) n= 212. “Lic., Mest. E Dout.” = Licenciatura, Mestrado e Doutorado.

Gráfico 8: Respostas Corretas Relativamente à Proteção Contra a Picada dos Mosquitos de Acordo com a Escolaridade

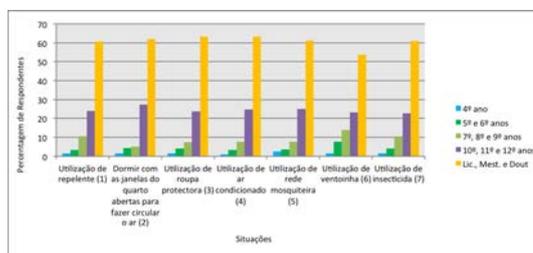


GRÁFICO 8: Legenda: %: Percentagem de indivíduos que responderam correctamente às questões sobre a protecção à picada dos mosquitos de acordo com a escolaridade. n= número de respondentes: (1) n= 218; (2) n= 146; (3) n= 172; (4) n= 162; (5) n= 203; (6) n= 143; (7) n= 169. “Lic., Mest. E Dout.” = Licenciatura, Mestrado e Doutorado.

Analisando os questionários apresentados onde são

ilustradas as respostas corretas quanto à escolaridade, facilmente se percebe que é sempre o ensino superior que tem uma maior percentagem de respostas corretas 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 incorretas ou que desconhece.

Curiosamente, a diferença de valores nas respostas corretas entre o ensino superior e o nível de ensino equivalente ao secundário – 10º, 11º e 12º anos – é grande mostrando uma discrepância nos conhecimentos relativamente aos cuidados de saúde a ter na viagem que 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 adotar para evitar a contração 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 adoção de um comportamento de risco mesmo sem o viajante ter essa noção.

3. Caracterização das necessidades de informação

Após a análise dos resultados dos inquéritos por questionário, foi possível caracterizar as necessidades de informação.

A diferença de conhecimentos de saúde entre os grupos divididos quer por factores de escolaridade ou género, como se verificou, 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: 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: 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: 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: 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: 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 Health Health Programm (MHHP)¹ - as lacunas no conhecimento são, essencialmente, sobre assuntos não promovidos ativamente 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 adoção dos comportamentos corretos seja tida como natural e do conhecimento geral.

Toda a investigação realizada fez perceber o quão importante é uma estratégia de comunicação integrada para a Consulta do Viajante do IHMT. Esta estratégia – com base nos resultados da investigação e na análise bibliográfica – deverá integrar vários pontos da consulta como o *Website*², as plataformas de comunicação disponíveis na própria consulta ou aquando da mesma (*placards*, folhetos, etc.), os próprios colaboradores da consulta – médicos, enfermeiros e rececionistas, as

redes sociais como o Facebook³, 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 Sapó Saúde⁴, 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 (Imagem 1).

Imagem 1: Esquema Informativo



1 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).

2 Esta plataforma não foi tida em conta da mesma forma que os suportes uma vez que, para uma correta 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.

3 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 correta 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.

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

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 respetivos 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 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.

4. Notas Conclusivas

A investigação realizada na Consulta do Viajante do IHMT permitiu identificar alguns dos problemas de comunicação da consulta assim como a caracterização do público que recorre à mesma.

Por exemplo a nível da divulgação da consulta, percebeu-se que 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 mesma quer seja por protocolos com as empresas ou pela Internet tornando o Instituto o número 1 na pesquisa *online*.

Esta investigação tornou possível a adaptação dos suportes de comunicação já utilizados pela consulta assim como a criação de outros que foram tidos como necessários para a mesma. Estes suportes pretendem, então, reforçar a informação dada na consulta tendo em conta os conhecimentos que mais dúvidas suscitaram nos inquiridos. Os suportes foram desenvolvidos tendo em conta o próprio Instituto e os seus utentes. Assim sendo, os suportes primam pela utilidade na própria viagem e pela simplicidade de linguagem e informação presentes tendo sido, também, pensados para terem um peso mínimo em termos de custos de impressão.

Por último, mas não menos importante, esta investigação, tendo sido uma primeira iniciativa e tendo-se focado num pequeno número de utentes com um objetivo claro e simples, não poderá ser extrapolada pelo que se sugere que numa investigação futura se faça uma com uma amostra verdadeiramente representativa onde se procurem conseguir definir mais alguns dos problemas de comunicação que foram identificados nesta investigação. Por exemplo, poder-se-á tentar definir o nível de literacia dos utentes já que esta informação poderá permitir perceber como é que estes conseguem decifrar os conselhos dados aquando da consulta.

Com uma investigação mais profunda será possível conhecer cada vez melhor o público utente e, assim sendo, adaptar, também cada vez melhor, os suportes de comunicação para que a informação dada e a linguagem utilizada sejam cada vez melhores e consigam passar ao utente a importância do aconselhamento antes da viagem e a adoção dos comportamentos preventivos da doença.

Referências Bibliográficas

- Burgess, R. 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, W. (1996) *Como Perguntar – Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários*. Oeiras, Celta Editora, ISBN: 972, 8027-54-0
- Haider, M. (2005) *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*. Jones and Bartlett Publishers, inc, ISBN: 0-7637-4776-9 (pbk)
- Thompson, T. L., Dorsey, A. M., Miller, K. I., Parrot, R. (2003) *Handbook of Health Communication*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, ISBN: 0-8058-3857-0
- Varandas, L. (2007) *Viajar com Crianças para Regiões Tropicais*. Lisboa, Pregão – Marketing, Publicidade e Design, Lda
- Monteiro, M. M. (2009) *A Literacia em Saúde*. Tese de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
- Teodósio, R. (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
- Eiró-Gomes, M. e Atouguia, J. (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
- Viswanath, K., Finnegan, J. R., Hannan, P. J., Luepker, R. 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)
- 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1986, Ottawa, *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde* [Internet]. Disponível em: www.dgidec.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 Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI* [Internet]. Disponível em: www.dgs.pt (consultado a 21 de Abril de 2013)
- 6ª 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)