

CONSULTA DO VIAJANTE, OU ONDE A COMUNICAÇÃO PARA A SAÚDE SE ENCONTRA COM A COMUNICAÇÃO “NA” SAÚDE

MAFALDA EIRÓ-GOMES *
JORGE ATOUGUIA **

* Escola Superior de Comunicação Social, Instituto Politécnico de Lisboa.

** Unidade de Ensino e Investigação de Clínica das Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. *E-mail*: JMA@ihmt.unl.pt.

Seek first to understand, then to be understood
Stephen Covey

No nosso quotidiano, e também, infelizmente, nas nossas práticas científicas, parece que continuamos reféns de todo um conjunto de dicotomias que caracterizaram o pensamento e os escritos de muitos dos que trabalharam nos séculos que nos precederam. Atente-se na dicotomia saúde/doença. Parece muito mais aceitável e representativo da realidade pensarmos as noções de saúde e doença como pontos de um mesmo contínuo. Sabemos contudo que tal não é o caso.

Depois de deixarmos as consultas de saúde infantil quantos de nós nos dirigimos ao consultório de um médico porque nos sentimos bem? Dir-se-ia que – e sem quaisquer pretensões de exatidão científica – há, contudo, uma consulta que parece não se deixar encaixar nesta generalização: a consulta do viajante.

A “consulta do viajante” é a exceção que confirma a regra. Em geral, quando nos dirigimos a uma consulta desta natureza, estamos ótimos, muitas vezes felizes, pensando nas férias que se avizinham ou nos novos desafios profissionais num país longínquo. A questão que deixamos aqui para reflexão é se para os médicos esta também é uma evidência. Quantas vezes pararam para pensar que a pessoa que se encontra à vossa frente não é um “doente”? Como será que o médico, no contexto de uma consulta do viajante, na sua prática clínica, vê o “não” doente? As dificuldades na interação inerentes a uma assimetria intrínseca a qualquer consulta, a do “face-a-face” entre um perito e um não perito, são aqui, de algum modo, ainda mais acentuadas, pelo desconhecimento que temos sobre as expectativas, neste caso específico, desta prática clínica.

Até que ponto é a linguagem que usamos representativa das nossas disposições e até onde uma mudança ao nível da linguagem permite uma mudança ao nível das atitudes e dos comportamentos? É fundamental, também aqui,

perceber que dicotomias como comunicar *versus* agir não fazem qualquer sentido. A comunicação é, também ela, parte de uma teoria da ação e como tal deve ser entendida. Dizer que alguém é um(a) doente não é uma mera questão de designação mas claramente o aceitar que a característica fundamental daquela pessoa é – naquele momento pelo menos – ser um doente. São situações deste tipo que têm sido consideradas como fundamentais para a alteração, mesmo que a longo prazo, das atitudes e comportamentos tanto dos que se dirigem a uma consulta do viajante, como dos que a ela não se dirigem porque “não estão doentes”, como de todos os interlocutores que, com responsabilidades acrescidas pelo papel que desempenham na sociedade – operadores e agentes turísticos, grandes empresas empregadoras em países africanos ou do sudoeste asiático, por exemplo –, se esquecem de a mencionar junto dos seus públicos finais porque a sua sugestão poderá ser por estes mal entendida.

É habitual, quando tentamos adaptar para Portugal a noção de *health communication*, centrarmos exclusivamente na comunicação para a saúde e não, em geral, na área designada “comunicação na saúde” ou, também, “comunicação em contextos de saúde/doença” (*healthcare contexts*) (Eiró-Gomes, 2005). Provocar uma mudança é sempre o grande objetivo da comunicação para a saúde, seja para promover um comportamento saudável ou para alterar um comportamento não saudável. 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. Também aqui a consulta do viajante desafia as dicotomias que assumimos, tantas vezes, sem reflexão. Este é claramente um contexto de saúde/doença, mas cujo

princípio primeiro visa a comunicação para a saúde. O objetivo primordial prende-se com conseguir que o cidadão que procura esta consulta perceba, compreenda e aja de acordo com as determinações que lhe são propostas. A pergunta evidente parece ser: porque não seguimos sempre as prescrições dos médicos?

No contexto restrito do nosso país, parece possível afirmar-se que sabemos muito pouco sobre o grau de literacia em saúde⁵ – entendida aqui como o conjunto de crenças e conhecimentos sobre as diferentes doenças que permitem o seu reconhecimento e prevenção ao nível comunitário, mas também como a capacidade que temos de individualmente compreendermos e agirmos de acordo com as propostas e prescrições dos agentes de saúde – da nossa população.

Pensemos no papel que a literacia em saúde desempenha no seio de uma sociedade. Aqui, a noção de informação ganha especial relevo, mas não nos podemos esquecer que a informação é só o primeiro passo que leva a uma mudança de comportamentos; muitos outros continuam a ser necessários.

De facto, 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 estão disponíveis, entre outros aspetos. 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.

Mas se é verdade, como afirmava Francis Bacon, no século XVI, que “o conhecimento é em si mesmo um poder”, sabemos hoje que nos processos de tomada de decisão sobre prosseguir ou não, de forma atempada e adequada com a profilaxia da malária, de continuar a colocar bronzeador mesmo ao fim de um mês de exposição

ao sol, ou de não partilhar uma bebida colorida repleta de gelo de que desconhecemos a origem, em países tropicais, não basta o “saber”. Torna-se fundamental perceber que entre o reconhecer o problema, e o adquirir o comportamento adequado vai um longo caminho cheio de variáveis, nem sempre racionais, onde as características individuais se cruzam com os contextos culturais na sua aceção mais lata.

Se diversas investigações nos permitem afirmar que os meios de comunicação de massas podem aumentar o nível de literacia em saúde de uma comunidade, não deixa de ser verdade que também a podem dificultar, de formas muitas vezes dramáticas. Dir-se-ia que uma das realidades que mais fortemente tem ilustrado esta questão é a que se prende com os distúrbios alimentares ou, talvez mais próximo do tema que aqui nos traz, um determinado tom de bronzeado, mas podemos generalizar para quase todos os aspetos das nossas vidas quotidianas. A sua capacidade para “promover”, mesmo que de forma não intencional, comportamentos de risco é simétrica ao seu poder para levar os seus ouvintes, leitores ou telespectadores a comprometerem-se com estilos de vida saudáveis e comportamentos que emergem como fatores protetores.

Quando abordamos o papel dos grandes responsáveis pela comunicação mediada na segunda metade do séc. XX, não nos podemos escusar a tratar do meio dito por excelência deste início de século: a *world wide web*. Sabemos que milhões não têm acesso ao *hardware* mas centramo-nos aqui no nosso contexto de intervenção, Portugal. Milhares de pessoas usam a *internet* diariamente na procura de informação sobre questões ligadas à saúde/doença em geral, e aos aspetos específicos que, em geral, designamos como pertencendo à medicina tropical. A grande questão que se coloca é com que dados se deparam e a que tipos de informação têm acesso. Poderíamos ainda pensar em todos os aspetos necessários para aceder à *internet*, o domínio ou não das linguagens tecnológicas, bem como o acesso a informação em outras línguas para além do português, mas este não é o momento. Qual o nível de pertinência, acuidade e correção da informação que encontram? Que nível de literacia em saúde será necessário para que se possa aceder, escolher e avaliar a informação (ou os dados) que

⁵ Talvez a definição mais básica e comumente aceite seja a proposta pelo Departamento de Saúde Americano: “(Health literacy is)...the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand

basic health information and services needed to make appropriate health decisions” (U.S. Department of Health & Human Services, 2001, p. 7,8).

vão desde páginas mais ou menos reconhecidas, a grupos de apoio ou sítios comerciais de pertença duvidosa? Genericamente, diríamos que o nível de literacia que é exigido para “navegar” com sucesso nos suportes digitais é, com certeza, ainda superior ao que permitia distinguir, muitas vezes com muita dificuldade, o que era informação, entretenimento ou anúncios nos ecrãs das televisões. Escusamo-nos, por agora, a discutir se a informação era compreendida como pretendido...

Quando falamos de literacia em saúde, não nos podemos esquecer também que uma das grandes questões se prende com o facto de este não ser um constructo simples, mas antes uma união de diferentes outros aspetos que se deixam organizar sob as designações de literacia: fundamental, científica, cívica e cultural (Zarcadoolas e Greer, 2005; Zarcadoolas e Greer, 2006). De forma muito rápida, temos que a literacia fundamental engloba todos os aspetos que se prendem com o acesso à leitura, à escrita e à capacidade de contar; a literacia cultural, com os aspetos contextuais do indivíduo em termos da sua sociedade ou grupo de pertença e em como tudo isto é usado na interpretação que fazem, no nosso caso, da informação relacionada com a “saúde”. A questão da literacia cívica é o que permite suprir uma outra dicotomia: a da saúde pública e da saúde individual. Consideram-se também, como literacia cívica, todas as questões relacionadas com o acesso a informação mediada, bem como a consciência que os indivíduos têm sobre como as suas decisões individuais afetam a saúde pública; não será com certeza necessário referenciar a questão, já múltiplas vezes explanada, do uso de preservativo algures no Pacífico não ser somente uma questão clínica. O nível de competência no que se refere a questões que se prendem com as ciências naturais e a tecnologia faz parte do que designamos como literacia científica, englobando-se aqui todas as questões que tomamos como pertencendo à linguagem médica.

Se é verdade que hoje a classe médica já compreendeu que muitas vezes deverá tornar a sua linguagem adequada aos seus públicos abandonando o jargão técnico parece não ter entendido ainda que não é só a falta de literacia científica que está em questão no contexto de uma consulta. O “doente” que, no contexto específico desta reflexão não o é, pelo menos em sentido estrito, traz consigo, além de todas as suas competências e algumas incapacidades, o seu mundo, o seu contexto laboral e de diversão, a sua família, a sua religião, os seus hábitos e costumes.

O papel que desempenham na tomada de decisão por parte destes cidadãos, sobre se deverão ou não

acatar as propostas do médico sobre a não ingestão de água não engarrafada em países com surtos de cólera, ou a ingestão diária de um determinado fármaco visando a profilaxia da malária, todo o conjunto de crenças, costumes e práticas que podemos designar como a sua literacia cultural e, em muitos casos, os baixos níveis de literacia cívica, não são um problema menor em termos de comunicação em contextos de saúde. Talvez estas duas dimensões, que condicionam, de uma forma subsumida, a literacia em saúde, e determinam, tantas vezes, a ineficácia da promoção da saúde em termos das consultas do viajante, expliquem, de forma com certeza generalista e claramente insuficiente, as dificuldades que encontramos ao tentar explicar a um jovem que o risco de morrer – se não tiver alguns cuidados mínimos em termos alimentares em países onde a cólera é uma realidade –, ou ao “veterano” das idas e permanências em Angola que a malária continua a ser um risco, mesmo para ele, a necessitar uma profilaxia adequada.

Quando falamos em comunicação numa aceção geral podemos perspetivar diversas abordagens, mais ou menos centradas em aspetos da interação face-a-face ou da comunicação mediada, questões de foro mais ou menos psicológico, análises linguísticas, discursivas ou conversacionais mais ou menos esclarecedoras. Sendo o mote aqui a Consulta do Viajante optou-se por olhar para alguns dos seus problemas e constrangimentos, no que à comunicação se refere, sob o olhar do conceito de “literacia em saúde”, o único que tal como a “Consulta do Viajante” nos permite superar dicotomias nomeadamente a dicotomia Saúde Pública / Saúde individual.

BIBLIOGRAFIA

ATKIN, C. K. (2001) – “Theory and Principles of Media Health Campaigns”. Em: Hornik, Robert C., *Public Communication Campaigns*. 3ª edição. Sage Publications, Thousand Oaks /California (pp. 49-68).

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION(2006)– “What is Health Communication?”. [online]. <http://www.cdc.gov/healthmarketing/whatishm.htm>. Acedido em 29 janeiro 2011.

COFFMAN, J. (2002) – “Public communication campaign evaluation: An environmental scan of challenges, criticisms, practice, and opportunities”. Harvard Family Research Project. [online]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6387698>. Acedido em 16 jan 2011.

EIRÓ-GOMES, M. (2005) - “Comunicação em Saúde”. Artigo não publicado. Médicos do Mundo, Lisboa.

EIRÓ-GOMES, M. (2006) - “Relações Públicas ou a Comunicação como acção”. Monografia não publicada. Lição para o concurso de Professora Coordenadora, apresentado em Lisboa a 28 de junho de 2006. ESCS-IPL.

HEALTH COMMUNICATION PARTNERSHIP (2003)–“The New P-Process, Steps in Strategic Communication”. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs / Health Communication Partnership, Baltimore.

HORNIK, R. C. (2002) - *Public Health Communication-Evidence for Behavior Change*. Lawrence Erlbaum, New Jersey (pp. 1-19).

PAISLEY, W. J. (2001) – “Public Communication Campaigns”. *Em: Hornik, Robert C., Public Communication Campaigns*. 3ª edição. Sage Publications, Thousand Oaks / California (pp. 3-21).

PARROTT, R. (2009) – “Emphasizing ‘Communication’ in Health Communication”. *J. Commun.*, 54: 751-787.

PIOTROW, P. T., KINCAID, D. L., RIMON, J. G. I. & RINEHART, W. (1997) - *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Praeger Publishers, Westport / CT.

PIOTROW, P.T. & Kincaid, D.L. (2001) – “Strategic Communication for International Health Programs”. *Em: Rice, R. & Atkin, C., Public*

Communication Campaigns. 3ª edição. E. Sage Publications, Thousand Oaks (pp. 249-266).

PIOTROW, P. T., RIMON, J.G. II, PAYNE MERRITT, A. & SAFFITZ, G. (2003) - *Advancing Health Communication: The PCS Experience in the Field*. Center Publication 103. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, Baltimore.

SCHIAVO, R. (2007) - *Health Communication: From Theory to Practice*. 1ª edição. Jossey Bass, São Francisco (pp. 3-29).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998) - *Health Promotion Glossary*. Volume 1. Oxford, Genebra. [Internet]. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf [Consult. 15 Março. 2011].

ZARCADOOLAS, C., PLEASANT, A. & GREER, D. S. (2005) – “Understanding health literacy: an expanded model”. *Health Prom. Int.*, 20: 195-203.

ZARCADOOLAS, C., PLEASANT, A. & GREER, D. S. (2006) - *Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action*. Jossey-Bass Public Health, Kindle Edition, São Francisco