



Papel da comunicação na responsividade organizacional para a promoção da literacia em saúde de pessoas com diabetes: um estudo de caso.

23º Curso de Mestrado em Saúde Pública

Ana Catarina Esteves Oliveira de Sousa

Setembro de 2025



**Papel da comunicação na responsividade organizacional para a promoção da literacia em saúde de
pessoas com diabetes: um estudo de caso.**

23º Curso de Mestrado em Saúde Pública

Ana Catarina Esteves Oliveira de Sousa

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública realizada sob
orientação científica da Prof. Doutora Ana Rita Goes

Setembro de 2025

Agradecimentos

No fim de uma longa caminhada, nunca sentimos a tristeza da dureza do caminho, contamos as pedras que encontrámos ou lamentamos a altitude que não nos permitiu ver mais além, agradecemos sim por termos concluído e pensamos na que vem a seguir (quicá). Este trabalho acompanhou-me por períodos determinantes na vida pessoal e profissional, e tem por isso o meu eterno carinho por ter crescido na mesma medida da concretização dos meus sonhos.

Agradeço à minha orientadora, Doutora Ana Rita Goes, pela paciência, motivação, apoio, disponibilidade e compreensão, e à Doutora Dulce do Ó por me permitir conhecer um exemplo extraordinário e uma referência nacional e internacional como a APDP.

Aos meus pais, por me terem permitido lutar pelos meus sonhos, estudar e concretizar o que a vida não lhes permitiu. Agradecer ao meu braço direito e esquerdo, (a minha bússola quando tantas vezes me perdi) e o meu maior ombro amigo, a minha irmã, a melhor referência que poderia ter. Que continuemos sempre de mãos dadas pela vida fora. À Maria Inês e ao João Pedro, pelos abraços nos momentos mais difíceis e por me motivarem a ser sempre mais e melhor. Ao Pedro, porque o importante é sempre o que importa e é a família.

Ao meu André, por tudo, principalmente pela motivação e por abdicar de mim, do nosso tempo e de tudo o que sacrificamos para eu chegar aqui, incentivando-me sempre a ir até ao cume da montanha mais alta do universo.

Às minhas queridas amigas, Marta, Ayshe, Ana, as pedras mais preciosas que encontrei nesta caminhada e que levo para a vida, estas sim, sem contar, nunca esquecerei. À minha Catarina, que partilhou comigo tantos momentos mais difíceis da vida pessoal e profissional e se tornou tão especial.

Aos meus meninos, por me acarinharem e fazerem levantar da cama todos os dias com um propósito de vida e só com um sorriso, um gesto ou carinho me motivaram a chegar até aqui, mesmo sem saber.

Por fim, ao meu mais recente presente da vida, o melhor dela, o meu filho Francisco, o meu sonho e a minha vida. Ser tua mãe é uma honra e privilégio.

Resumo

Introdução: A literacia em saúde constitui um determinante social de saúde modificável. A promoção da literacia em saúde envolve um investimento nas competências individuais, mas também uma aposta nos contextos e organizações, facilitando a navegação, acesso, compreensão e utilização de informação e serviços de saúde. A comunicação constitui uma dimensão fundamental na responsividade organizacional à literacia em saúde, representando desafios e oportunidades de melhoria para o empoderamento efetivo das populações.

Objetivos: Compreender o papel da comunicação para a responsividade organizacional na promoção da literacia em saúde em pessoas numa instituição prestadora de cuidados de saúde a pessoas com diabetes.

Metodologia: Partindo do processo *Ophelia* e da *Organisational Health Literacy Responsiveness Self-Assessment Tool* (Org-HLR), a metodologia envolveu sessões de grupo e entrevistas individuais com profissionais de diversas áreas e serviços da organização e gestores. Foi realizada e análise documental de materiais educativos disponibilizados aos utentes através do site com recurso ao *Clear Communication Index* (CCI).

Resultados: A análise da responsividade organizacional para a literacia em saúde evidenciou a comunicação como elemento central, com impacto no acesso, alcance, navegação nos serviços e acolhimento de grupos específicos. Destacou-se ainda a abordagem participativa com a comunidade e estabelecimento de parcerias, a individualização de cuidados, diversificação e personalização de estratégias. A melhoria das competências de comunicação através de formação foi destacada. Como pontos de melhoria foram evidenciados a sistematização de processos e a comunicação interna. Seis dos materiais educativos demonstraram adequação ao seu público-alvo. Os restantes, como pontos gerais de melhoria, devem adotar uma voz ativa, realçar de forma mais objetiva a mensagem principal e incluir chamadas à ação. A adequação visual ao tema e conteúdo também seria um ponto de melhoria relevante.

Conclusão: Os pontos fortes identificados neste estudo refletem um esforço intersectorial e multinível para promover a literacia em saúde dentro e fora da organização. A comunicação interna e os materiais educativos poderão ser o ponto de partida para a criação de um plano de ação com vista à melhoria da responsividade organizacional para a literacia em saúde.

Palavras-chave: Literacia em saúde; Responsividade organizacional; Diabetes; Comunicação em saúde.

Abstract

Introduction: Health literacy is a modifiable social determinant of health. Promoting health literacy involves investing in individual skills, but also focusing on context and organizations, making it easier to navigate, access, understand, and use health information and services. Communication is a fundamental dimension of organizational responsiveness to health literacy, representing both challenges and opportunities for improvement toward the effective empowerment of populations.

Objectives: Understanding the role of communication in organizational responsiveness for the promotion of health literacy among people in a healthcare institution providing care to individuals with diabetes.

Methodology: Based in the Ophelia process and the Organisational Health Literacy Responsiveness Self-Assessment Tool (Org-HLR), the methodology involved group sessions, individual interviews with professionals from various fields and services within the organization, as well as managers. A document analysis of educational materials provided to users through the organizations website, using Clear Communication Index (CCI).

Results: The analysis of organizational responsiveness to health literacy highlighted communication as a central element, impacting access, reach, navigation, and the inclusion of specific groups. A participatory approach with the community and establishment of partnerships, the individualization of care, and the diversification and personalization of strategies were also emphasized. Improving communication skills through training was highlighted. As areas for improvement, the systematization of processes and internal communication were noted. Six of the educational materials demonstrated adequacy to their target audience. The remaining materials, as general improvement points, should adopt an active voice, highlight the main message more objectively, and include calls to action. Visual alignment with the theme and content was also identified as a relevant improvement point.

Conclusion: The strengths identified in this study reflect an intersectoral and multilevel efforts to promote health literacy both within and beyond the organization. Internal communication and educational materials may serve as the starting point for developing an action plan aimed at enhancing organizational responsiveness to health literacy.

Keywords: Health literacy; Organizational responsiveness; Diabetes; Health communication

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	5
2.1. Diabetes no Mundo e em Portugal	5
2.2. Literacia em Saúde.....	6
2.3. Literacia em saúde na prevenção e controlo da diabetes	8
2.4. Promoção da literacia em saúde ao nível organizacional	9
2.4.1. Comunicação para a responsividade organizacional na literacia em saúde	12
3. Questão de Investigação e Objetivos	15
4. Metodologia	17
4.1. Desenho e contexto de estudo	17
4.2. Participantes	18
4.3. Recolha de dados.....	18
4.3.1. Organizational Health Literacy Responsiveness Self-Assessment Tool and Process (Org-HLR).....	19
4.3.2. Análise Documental	22
4.4. Análise de dados	23
4.5. Aspetos Éticos	24
5. Resultados.....	25
5.1. Comunicação e Responsividade Organizacional para a Literacia em Saúde – Org-HLR	25
5.1.1. Liderança e cultura de apoio	25
5.1.2. Sistemas, processos e políticas de apoio.....	27
5.1.3. Apoio no acesso a serviços e programas	29
5.1.4. Envolvimento da comunidade e parcerias	33
5.1.5. Práticas e padrões de comunicação	35
5.1.6.- Recrutamento e formação	43
5.2. Adequação dos materiais educativos	46
5.2.1.- Pontuação total	46
6. Discussão	51
6.1. Limitações.....	58
7. Conclusão	61
8. Referências Bibliográficas	63
Anexo 1. Consentimento Informado para a Participação no Estudo	73
Anexo 2. Declaração de Consentimento Informado	76
Anexo 3. Folheto de convite à participação no estudo	77
Anexo 4. – Guião da Atividade de Reflexão da Org-HLR	78
Anexo 5. Guião da Entrevista Semiestruturada baseada na ferramenta Org-HLR	80
Anexo 6. Ferramenta Org-HLR, excerto do guião disponibilizado para a atividade autoavaliação	84

Anexo 7. Lista de materiais educativos utilizados para a análise documental:86

Anexo 8. Resultados da Aplicação da ferramenta CCI na análise documental.....87

Índice de Figuras

Tabela 1 - Dimensões, sub-dimensões e número de indicadores de desempenho da ferramenta Org-HLR (versão revista) 21

Figura 1 - Resultados da aplicação da ferramenta Clear Communication Index para o Total de pontuação da análise documental dos 28 panfletos. A linha verde corresponde à média de resultados obtidos da pontuação de todos os instrumentos (78,29%) 46

Figura 2 - Resultados da aplicação da ferramenta Clear Communication Index para a Parte A. A linha verde corresponde à média de resultados obtidos da pontuação de todos os instrumentos (8)..... 48

Figura 3 - Resultados da aplicação da ferramenta Clear Communication Index para a Parte B. A linha verde corresponde à média de resultados obtidos da pontuação de todos os instrumentos (2,89)..... 48

Figura 4 - Resultados da aplicação da ferramenta Clear Communication Index para a parte C. A linha verde corresponde à média de resultados obtidos da pontuação de todos os instrumentos (2,85)..... 49

Figura 5 - Resultados da aplicação da ferramenta Clear Communication Index para a parte D. A linha verde corresponde à média de resultados obtidos da pontuação de todos os instrumentos (2,25)..... 50

Lista de abreviaturas

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

CCI – *Clear Communication Index*

DALYs – Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública

EUA – Estados Unidos da América

HLS- *Health Literacy Survey*

IDF – *International Diabetes Federation*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM- *Institute of Medicine*

NA – Não aplicável

NHLDP - *National Health Literacy Demonstration Projects*

ODS – Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável

OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial de Saúde

Ophelia - *OPTimizing HEalth LIteracy and Access*

Org-HLR – *Organisational Health Literacy Responsiveness*

V-HLO – *Vienna Health Literate Organisation*

WHO- *World Health Organization*

YLDs- Anos Vividos com Incapacidade

1. Introdução

A saúde das populações não depende exclusivamente da resposta do setor da saúde, mas também de um conjunto de determinantes sociais. O sistema de saúde está sujeito a uma pressão social e económica que atualmente depende de diversos fatores: a pressão demográfica associada ao envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de doenças crónicas, o aumento da despesa, a dificuldade de resposta e a necessidade de reorganização dos serviços de acordo com a evolução societal no que diz respeito às necessidades de saúde (1).

A esperança média de vida tem vindo a aumentar (atualmente em Portugal a esperança média de vida à nascença é de 81,1 anos), no entanto, isso não significa que vivemos com mais saúde. Apesar de os indivíduos viverem mais tempo, a prevalência e o custo associado às doenças crónicas como a diabetes, a doença cardíaca, o acidente vascular cerebral e o cancro, continua a crescer, bem como a morbilidade e a mortalidade a elas associadas (2).

Atualmente vivem com diabetes cerca de 537 milhões de pessoas (3). Embora seja possível viver com diabetes, esta patologia pode causar um elevado grau de incapacidade ao longo da vida, sendo frequente o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cegueira, insuficiência renal e, em casos extremos, a possibilidade de amputação de membros inferiores por problemas circulatórios ou outros. A tendência para a multimorbilidade agrava-se com o envelhecimento, sendo que os sistemas de saúde precisam de se preparar para fornecer respostas efetivas e eficientes para as situações crónicas, independentemente da capacidade socioeconómica dos indivíduos. O impacto da diabetes na economia está associado não só aos custos diretos no tratamento da doença, no investimento na investigação, na tecnologia para o seu diagnóstico, no tratamento e controlo, mas também à crescente incapacidade para o trabalho e produtividade; ou seja, os custos são elevados quer em termos individuais quer em termos sociais (4,5).

Há semelhança de outras doenças crónicas, viver com diabetes implica um controlo e um cuidado contínuo individual, isto é, uma autogestão robusta e eficaz da doença. A dieta equilibrada, uma rotina de exercício físico, o controlo dos níveis de glicémia e a administração de insulina são algumas das preocupações e adaptações constantes que exige a doença (6–8). A exigência deste processo depende de fatores individuais associados ao utente, como o estilo de vida, hábitos diários, o nível educacional, a profissão, mas também do ambiente que o rodeia, a rede de apoio, o local onde vive, o rendimento que auferir, entre outros (9). Além destes fatores, este

processo dependerá da literacia em saúde individual enquanto determinante social de saúde (10,11).

A *Organização Mundial de Saúde*, define a literacia em saúde como “as competências e conhecimentos pessoais que se acumulam através das atividades diárias e interações sociais entre gerações. Essas competências são mediadas pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que permitem às pessoas aceder, compreender, avaliar e usar informações e serviços de forma a promover e manter uma boa saúde e o bem-estar, para si e para as pessoas ao seu redor”(12). A literacia em saúde é, segundo Nutbeam et al (2021), um conceito dinâmico e não um atributo fixo, sendo específica para o conteúdo e contexto em que é aplicada. O impacto do ambiente é crucial, uma vez que indivíduos com elevadas competências podem enfrentar desafios em contextos desconhecidos ou muito exigentes (11).

O conceito de ambiente promotor de literacia em saúde (*health literate environment*) reforça que a exposição ambiental influencia os resultados em saúde, isto é, os fatores que poderão causar uma lacuna entre o conhecimento e competências e a ação: fatores demográficos, fatores externos (sociais, económicos e culturais) e fatores internos (motivação, consciência e prioridades) (13). Já o conceito de responsividade organizacional para a literacia em saúde (*organizational health literacy responsiveness*) é descrito como a responsabilização das organizações e serviços fornecerem informações sobre saúde e apoio acessível a pessoas com diferentes níveis de literacia em saúde (14–18), reconhecendo que a literacia em saúde é uma questão de equilíbrio entre as competências individuais e as exigências ambientais.

Os diferentes modelos de referência para a compreensão dos requisitos para ambientes responsivos às necessidades e recursos de literacia em saúde da população colocam um destaque no papel da comunicação (19–21). Com efeito, a informação incorretamente compreendida, pode resultar numa fraca adesão a comportamentos, estilos de vida ou tratamentos adequados (4,20). Por outro lado, nem sempre os utentes fornecem sinais claros e evidentes para se compreender quais as adaptações necessárias para promover a sua participação eficiente no processo de cuidados. É fundamental que exista uma comunicação clara e compreensível entre os prestadores e os utilizadores, num ambiente aberto que permita algum espírito crítico e onde haja espaço para a dúvida, baseado na confiança entre profissionais de saúde e pacientes. É crucial considerar o processo de comunicação em saúde, identificando práticas e padrões de comunicação que possam promover a literacia em saúde dos utentes, bem como a responsividade organizacional como forma de melhorar os resultados em saúde (22).

Considerando a Diabetes como uma preocupação de Saúde Pública, é fundamental que se desenvolvam esforços para atenuar ou diminuir o seu impacto. Portanto, é importante deslocar a preocupação com a epidemia de diabetes do nível individual e colocá-la numa perspectiva multinível, comunitária e social. Torna-se necessário implementar ações estratégicas de promoção da literacia em saúde em todos os níveis da sociedade. Neste âmbito, é crucial aperfeiçoar as estratégias de comunicação em saúde pública. A capacitação de indivíduos que pretendam ser mais saudáveis e utilizar o seu potencial máximo de saúde ao longo da vida, é uma forma de alcançar melhores resultados em saúde (5,23,24).

O presente trabalho pretende caracterizar a responsividade organizacional à literacia em saúde, com foco na comunicação, numa instituição de prestação de cuidados de saúde a pessoas com diabetes, com vista ao desenvolvimento de um plano de ação que contribua para a prevenção e controlo da diabetes.

Para justificar a pertinência deste estudo, no próximo capítulo é apresentado o enquadramento teórico que torna este estudo relevante. De seguida são apresentados os objetivos do trabalho e os métodos utilizados. Os resultados são apresentados e na discussão serão confrontados com evidência já existente. Por fim, são apresentadas as principais conclusões deste estudo.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Diabetes no Mundo e em Portugal

As doenças crónicas são uma grande ameaça à saúde mundial. Apesar das metas de saúde pública que têm sido estabelecidas, tem havido um permanente crescimento das doenças crónicas não transmissíveis como o cancro, a doença cardíaca, doença respiratória e a diabetes. Em 2010, 67% das mortes no mundo foram por doença crónica; já em 2019, este número aumentou para 74% (25).

O crescimento rápido das doenças crónicas a nível mundial deve-se, em parte, à fixação de grandes aglomerados em meios urbanos, dietas menos saudáveis, baixos níveis de atividade física e estilos de vida mais sedentários, o que levou a crescentes taxas de obesidade e excesso de peso (26).

A Diabetes *Mellitus* é uma condição crónica que ocorre quando há níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), que acontece porque o organismo não produz insulina suficiente e/ou não consegue utilizar de forma eficiente a insulina que produz. Este défice de insulina poderá causar danos graves nos órgãos e um grau elevado de incapacidade ao longo da vida, sendo comum o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, insuficiência renal, doenças oculares e até, em casos extremos, a possibilidade de amputação de membros inferiores por problemas circulatórios ou até a cegueira (3,27–29).

De acordo com a *International Diabetes Federation* em 2021, globalmente, uma em cada dez pessoas vive com diabetes. A prevalência de diabetes em adultos entre os 20 e os 79 anos triplicou entre 2000 e 2021, passando de 151 milhões, o que corresponde a 4,6% da população mundial para 537 milhões o que corresponde a 10,5% da população mundial. A *International Diabetes Federation* aponta como previsão que, em 2030, 11,3% das pessoas terá diabetes, o que corresponde a 643 milhões de pessoas a nível mundial. Globalmente, a Diabetes está entre as 10 principais causas de morte (3). Adicionalmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no documento *Classification of Diabetes Mellitus de 2019*, traz-nos uma preocupação importante: dependendo dos países, entre 30-80% dos casos de diabetes não serão diagnosticados (27).

Em Portugal, apesar de vivermos mais anos, o fenómeno das doenças crónicas impede um envelhecimento mais saudável (4). Segundo dados do INE, em 2021, a prevalência da diabetes em Portugal em idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 14,1% a mais de um milhão de portugueses (1,1 milhões de pessoas). Verifica-se que esta prevalência aumenta com o avançar da idade e entre os mais

velhos, entre os 60-79 anos, mais de ¼ desta população tem diabetes. Quanto à taxa de incidência em 2021, estima-se a existência de 680 novos casos por 100.000 habitantes. Em 2021, o custo direto da Diabetes, segundo dados do relatório do Observatório Nacional da Diabetes, foi estimado entre 1400 e 1700 milhões de euros, representando entre 0,7% - 0,8 % do Produto Interno Bruto (PIB) e 6% a 7% da despesa total com a saúde. Grande parte destes custos deve-se a encargos com medicamentos, sendo que este encargo aumentou de 386 milhões de euros em 2020 para 423 milhões de euros em 2021 (30).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística disponibilizados no Plano Nacional de Saúde 2023-2030, entre 2009 e 2019, na diabetes, a taxa de *Anos Vividos com Incapacidade (YLDs) por 100.000 habitantes* aumentou de 5,9% YLDs para 6,6% YLDs. Quanto aos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs) a variação da taxa no mesmo intervalo de referência demonstrou também uma variação desfavorável de 4,5% para 4,8%. Assim, a diabetes *mellitus* é identificada como um grupo de problemas de saúde com elevada magnitude, quer em termos de carga de doença e incapacidade, quer relativamente à carga de mortalidade (4,31).

2.2. Literacia em Saúde

O conceito de literacia em saúde, que surge inicialmente em 1974, no “*Health education as a social policy*” com o propósito de promoção da saúde, evoluiu no sentido de integrar não só os indivíduos, mas também o contexto social em que estes nascem, crescem e vivem, as exigências que vivenciam e a influência que têm nas suas decisões individuais para alcançar saúde (32).

Em 1998, a OMS propôs uma definição de literacia em saúde centrada no indivíduo. De acordo com esta perspetiva, a OMS enfatizou a importância das capacidades cognitivas e sociais dos indivíduos como fatores determinantes da sua motivação e capacidade para aceder, compreender e utilizar informações sobre saúde, sendo assim fundamentais para a promoção e manutenção de um estado de saúde adequado (33).

Tendo a perspetiva do indivíduo num contexto social diário, *Kickbusch et al* em 2006 definiram a literacia em saúde como “a capacidade de tomar decisões em saúde sólidas no contexto do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades” (34).

Em 2012, *Sorensen et al.* referem-se à importância da literacia em saúde como uma ferramenta que permite melhorar a saúde ao longo da vida, considerando o conhecimento, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde de forma consciente e refletida no dia-a-dia com foco em três domínios: cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde (35).

Em 2013, a OMS reformula o conceito de literacia em saúde e define-a como um conceito que “envolve o conhecimento, a motivação e as competências dos indivíduos para ter acesso, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde e tomar decisões no seu quotidiano em relação a cuidados de saúde, prevenção da doença, promoção da saúde para a manter e melhorar ao longo da vida” reforçando os domínios referidos acima (36).

Já em 2024, a OMS atualiza o conceito considerando a acumulação de conhecimentos e competências pessoais através de atividades diárias, interações sociais ao longo de gerações. Incluiu também a mediação das estruturas organizacionais e da disponibilidade dos recursos que permitem às pessoas aceder, compreender, avaliar e usar informações e serviços de forma a promover e manter a sua saúde e dos que o rodeiam (37).

A evolução do conceito e compreensão da literacia em saúde tem levado ao reconhecimento de que as competências e capacidades individuais são mediadas pelos contextos em que a literacia em saúde é desenvolvida e aplicada, salientando a importância das exigências e recursos (38). Os estudos de Wolf et al (2005), Tokuda et al (2009) e Batterham et al (2016) evidenciam a influência dos fatores sociais, culturais e ambientais na tomada de decisão em saúde (39–41). Wolf et al (2005) destacam a importância de um sistema de saúde inclusivo, especialmente para populações mais vulneráveis como é o caso dos idosos (39). Tokuda et al (2009) reforçam a relevância das especificidades culturais e sociais das populações, devendo as intervenções e as estratégias de promoção da literacia em saúde ser sensíveis a estes contextos (40). Batterham et al (2016) citam as condições socioeconómicas como uma importante causa de desigualdades no acesso à saúde e à informação mais adequada às necessidades individuais, bem como a sua aplicabilidade (41). Já em 2007, *Paasche-Orlow e Wolf*, reconheciam que os sistemas de saúde se deviam transformar para responder aos desafios de saúde das populações (42). De forma consistente, a OMS apontou quatro facetas da literacia em saúde, posicionando-a como uma prática social: literacia em saúde da comunidade, desenvolvimento da literacia em saúde, literacia em

saúde individual e responsividade na literacia em saúde (43). Portanto, é reconhecida a necessidade de abordar os fatores a nível do sistema que têm impacto na literacia em saúde de forma a promover ambientes mais equitativos e eficazes na promoção da saúde.

2.3. Literacia em saúde na prevenção e controlo da diabetes

A literacia em saúde é reconhecida como um determinante social de saúde fundamental na abordagem das desigualdades em saúde (44) e na prevenção e controlo das doenças crónicas. Com efeito, níveis baixos de literacia em saúde têm sido associados a piores indicadores de saúde, incluindo a prevalência e controlo de doenças de longa duração, a autoperceção do estado de saúde, a adoção de comportamentos menos saudáveis e de risco, menos capacidade de autogestão individual de saúde, maiores taxas de hospitalização frequente, fraca adesão à medicação e uso inapropriado de serviços de saúde (o que se resulta numa enorme carga financeira sobre o sistema de saúde) (45–47).

Ao mesmo tempo, as evidências sugerem níveis de literacia em saúde das populações abaixo do desejável (48,49). No contexto português, segundo dados da Direção Geral da Saúde relativos à aplicação do *Health Literacy Survey* (HLS) em 2019, 65% dos participantes foram classificados com o nível suficiente de literacia em saúde e 5% com o nível excelente. No entanto, 7,5% foram classificados com o nível inadequado e 22% com o nível problemático (50).

No caso específico da diabetes, reconhecendo a complexidade das tarefas de autocuidados para a gestão da doença, tem sido apontado o papel da literacia em saúde. Efetivamente, o controlo da doença e prevenção de complicações está largamente dependente da capacidade da pessoa com diabetes para gerir aspetos específicos do seu dia-a-dia, como a alimentação, os níveis de insulina e/ou administração da mesma, o nível de atividade física, a toma de medicação, entre outras tarefas diárias (51).

A investigação tem apontado níveis de literacia em saúde abaixo do desejável em pessoas com diabetes (52–57). Embora a evidência relativa à relação entre literacia em saúde e resultados em saúde em pessoas com diabetes não seja totalmente consistente (58), uma meta-análise publicada em 2019 verificou que o conhecimento acerca da diabetes, os comportamentos de autocuidado e o controlo glicémico se relacionavam com a literacia em saúde, atribuindo alguma heterogeneidade de resultados ao tipo de instrumentos utilizados para medir a literacia em saúde (59). No contexto da autogestão da doença, verificou-se que a monitorização da medição

frequente dos níveis de glucose, alimentação, peso, exercício físico e a perda de motivação para a resolução de problemas está mais associada a níveis limitados de literacia em saúde; enquanto a geração de ideias para a resolução de problemas associados à adaptação, aprendizagem e reflexão perante a doença está mais associada a pessoas com níveis de literacia mais elevados (51). Finalmente, uma revisão sistemática da literatura concluiu que intervenções guiadas pela literacia em saúde eram efetivas no alcance do controlo glicémico e adoção de comportamentos de autogestão (60).

Os programas e projetos de literacia em saúde são contributos importantes para a coprodução de saúde, bem como impulsionadores da comunicação entre os profissionais especialistas em saúde e os utilizadores dos serviços de saúde (36). Devido às implicações multinível da literacia em saúde, muitos países já integram estratégias de ação para a sua promoção nos seus planos de saúde, o que implica criar uma cultura organizacional responsiva para com estas questões (42,46,61).

No contexto português, o estudo Níveis de Literacia em Saúde em Portugal (62), a literacia em saúde foi reconhecida como essencial para a melhoria dos resultados em saúde, estando contemplada no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 com extensão a 2020 e 2023-2030 e tendo também motivado o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 e, mais recentemente, o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciência do Comportamento 2023-2030 (63–65).

2.4. Promoção da literacia em saúde ao nível organizacional

Conforme explicitado acima, responder às necessidades de literacia em saúde das populações é apontado como uma abordagem promissora para alcançar melhores ganhos em saúde e contrariar as desigualdades em saúde (41).

A OMS reconheceu a literacia em saúde como um determinante crítico de saúde e um fator chave para o empoderamento dos cidadãos e da equidade na Declaração de Xangai, estabelecendo um mandado para o desenvolvimento, monitorização e implementação de estratégias que favoreçam e fortaleçam a literacia em saúde das populações (66). Contudo, o papel das competências de literacia em saúde não pode ser separado das exigências dos contextos em que essas competências são usadas (38). Por isso mesmo, as estratégias das organizações devem ser abrangentes, de forma a minimizar barreiras que existem no acesso aos sistemas de saúde, serviços e informações, garantindo que respondem às exigências e competências da literacia em saúde das populações que servem (67).

Para os serviços de saúde, melhorar a capacidade de resposta à literacia em saúde é uma abordagem promissora para melhorar a saúde e combater as iniquidades em saúde, através de estruturas e ferramentas que estão disponíveis para ajudar as organizações a aumentar a sua capacidade de resposta à literacia em saúde (36,68,69). Nesta mesma linha, o *Institute of Medicine* (IOM) sugeriu que para a mudança é necessário reformar as organizações e transformar o sistema de saúde de forma a promover a da literacia em saúde, mas também a favorecer a autonomia dos utentes para utilizar, compreender e usar informações relevantes sobre a sua saúde (70).

O conceito de organização promotora de literacia em saúde centra-se na resposta a todos os níveis de literacia em saúde, principalmente para baixos níveis de literacia em saúde, melhorando o envolvimento do indivíduo no processo de cuidados de saúde (71). Uma organização promotora da literacia em saúde deve transformar-se e adaptar-se de forma que as pessoas que a utilizam consigam facilmente aceder, entender e utilizar os serviços para cuidar da sua saúde (72).

Brach et al., em 2012, apresentam a primeira tentativa de implementar o conceito de literacia em saúde na estrutura das organizações, definindo dez atributos que se focam na prestação de cuidados: 1) Liderança que torne a literacia em saúde parte da missão, estrutura e operações; 2) Integrar o conceito de literacia em saúde no planeamento, nas medidas de avaliação e monitorização da segurança do doente e melhoria da qualidade; 3) Preparar a “força de trabalho” para a literacia em saúde e monitorizar o progresso; 4) Incluir a população à qual a organização presta cuidados no planeamento, implementação e avaliação de informações e serviços de saúde; 5) Responder às necessidades de pessoas com diferentes níveis de literacia em saúde; 6) Usar estratégias de promoção da literacia em saúde na comunicação e confirmar a compreensão de todos os pontos, ponto a ponto; 7) Fornecer um acesso fácil a informações, serviços de saúde e assistência à navegação; 8) Projetar e distribuir conteúdo impresso que seja fácil de entender e promover a ação; 9) Promover a literacia em saúde em situações de elevado risco como transição de cuidados de saúde ou medicamentos; e 10) Comunicar exatamente os cuidados de saúde a que têm acesso e o que terão de pagar para aceder a estes serviços/cuidados (73).

De acordo com o IOM, é possível alcançar mais literacia em saúde com organizações estruturadas e redesenhadas para a prestação de cuidados centrados no paciente. Este conceito pressupõe o respeito pelos valores e preferências individuais do mesmo e a inclusão destes nas decisões clínicas, mas, para além disso, inclui os recursos e competências que o paciente dispõe para participar nos seus cuidados de saúde. Estas estratégias de atuação resultam numa melhoria da interação e

comunicação, adesão ao tratamento, satisfação do doente e melhores resultados em saúde (70).

Para promover a literacia em saúde nas organizações, é necessário que os procedimentos e processos implementados sejam monitorizados e readaptados para promover a consciencialização e discussão de práticas, identificar pontos fortes e áreas de melhorias e estabelecer prioridades no desenvolvimento estratégico das mesmas (71,74). O conceito de responsividade organizacional para a promoção da literacia em saúde remete, exatamente, para esta responsabilidade das organizações em responder a preferências e necessidades de literacia em saúde dos indivíduos e comunidades em que se inserem com estratégias bem delineadas, em que os profissionais trabalhem para integrar a literacia em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (67,73,75–78).

Trezona et. al (67,77,79), ao criarem o *framework Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR)*, propuseram um quadro de referência para que as organizações possam responder a níveis diversos de literacia em saúde, sugerindo que as organizações devem ser proativas na satisfação das necessidades da comunidade, ou seja, ser responsivas. É realizada uma abordagem holística e defendida uma conexão entre diversos elementos cruciais para a responsividade organizacional tais como: 1) Liderança e cultura de apoio; 2) Sistemas, processos e políticas de apoio; 3) Apoio no acesso a serviços e programas; 4) Envolvimento da comunidade e parcerias; 5) Práticas e padrões de comunicação e 6) Recrutamento e formação (80).

O *framework* permite identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria de acordo com a exequibilidade, urgência e os recursos da organização. Foca-se no desenvolvimento das capacidades, estruturas e processos organizacionais para apoiar ações de literacia em saúde, nomeadamente: ação no sistema através de parcerias intersectoriais que permitam a coordenação e integração eficaz de cuidados e serviços bem como a navegação do sistema; ações que promovam a equidade e a participação na qualidade e desenvolvimento organizacional; ações de inclusão, empoderamento e colaboração de todas as partes envolvidas no processo de promoção da literacia em saúde. Em suma, apresenta uma estrutura abrangente e operacional para transformar as organizações de saúde a serem responsivas e equitativas perante os desafios da literacia em saúde, seguindo uma abordagem sistémica e integrando aspetos organizacionais e comunitários (80).

Do ponto de vista da praticidade e exequibilidade, persistem alguns desafios na adoção destas estratégias, que se relacionam com a própria organização da prestação

de cuidados. Algumas limitações relacionam-se com o controlo de tempo que existe no contato entre médicos e pacientes; as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde; selecionar informações construtivas para ambas as partes; características dos doentes e pessoas significativas; o próprio conteúdo da informação clínica (81).

2.4.1. Comunicação para a responsividade organizacional na literacia em saúde

Segundo Koh et al. (2012), se é nas organizações prestadoras de cuidados de saúde que acontecem as maiores interações entre pacientes e prestadores de cuidados de saúde, este é o contexto mais adequado para promover a compreensão das informações sobre a saúde e promover a correta navegação no sistema de saúde (82). Por isso, a literacia não deve ser vista só numa perspetiva individual do utente ou do profissional de saúde, mas numa perspetiva organizacional com o envolvimento de todos os elementos envolvidos no processo (73).

A comunicação é um dos alicerces da prestação de cuidados de saúde. Todo o processo exige uma comunicação eficaz, desde a marcação de uma consulta, a descrição de sintomas, compreender os riscos e benefícios de um tratamento ou simplesmente seguir as indicações para obter cuidados de saúde (46,47,83–85). De forma consistente, a comunicação constitui uma componente central nas diferentes propostas dirigidas à dimensão organizacional da literacia em saúde (86). Brach et al., 2012, nos dez atributos para uma organização promotora da literacia em saúde, atribuem um papel de destaque à comunicação (73). Na mesma linha, uma organização responsiva à promoção da literacia em saúde é uma organização que facilite a orientação, a compreensão e a utilização da informação e serviços de saúde (87). O grande desafio da comunicação em saúde é o ajuste a diferentes níveis de literacia em saúde, considerando diversos meios, ambientes e contextos onde se comunica – políticos, sociais, nos média, nas redes sociais, entre outros (88).

Utentes com baixa literacia em saúde têm mais dificuldade em compreender as indicações, criando-se barreiras no esclarecimento das informações fornecidas ou acedidas em determinado momento. A compreensão verbal ou oral que o utente tem, a capacidade auditiva ou visual, a existência de uma limitação física, alterações de saúde mental, alterações cognitivas, são apenas alguns exemplos de barreiras à comunicação que, em pacientes com baixa literacia em saúde, poderão influenciar o seguimento e compreensão acerca do seu papel sobre a sua saúde (22,89).

Wynia e Osborn (2010), consideraram que uma baixa literacia em saúde, associada a uma saúde mais frágil poderá dever-se à falta de qualidade na comunicação das organizações prestadoras de cuidados de saúde. O estudo analisou 13 organizações prestadoras de cuidados de saúde com pacientes vulneráveis sendo que os pacientes destacaram dificuldades em entender a sua condição de saúde, dificuldade em ler e entender formulários e informações nestas organizações. A comunicação centrada no paciente é destacada como estratégia para ultrapassar algumas limitações associadas à literacia em saúde. Algumas das técnicas sugeridas pelo estudo são: utilização de linguagem simples sem termos complexos e limitar quantidade de informações cedidas (46).

Também o estudo de Fris et al. (2020) relaciona o conceito de literacia em saúde com a forma como as organizações disponibilizam informações sobre a saúde, que recursos disponibilizam e a sua acessibilidade. No estudo, conclui-se que indivíduos com doenças cardiovasculares, diabetes e doença mental que apresentam dificuldades em compreender informações sobre a sua saúde têm um risco mortalidade 1,4 vezes superior do que indivíduos que não relatam dificuldades de compreensão. Nas suas conclusões, sugerem a criação de algumas adaptações para dar resposta a estes desafios associados à literacia em saúde, entre elas, melhorar a comunicação entre prestador e paciente, melhorar materiais educativos, disponibilizar apoio individualizado e encaminhar os pacientes corretamente para serviços que respondam às suas necessidades (90).

Uma comunicação eficaz e eficiente pressupõe melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, reduzir a desigualdade na quantidade e qualidade de informação e que criar suporte à decisão partilhada e informada do paciente (85). O conceito de decisão partilhada também é um conceito promotor da literacia em saúde, uma vez que pressupõe a partilha de evidências para uma decisão informada sobre os cuidados de saúde (70,91,92).

A comunicação feita pelos profissionais de saúde exige uma simplificação da mensagem e uma sensibilidade às questões individuais do paciente, principalmente quando se trata de patologia complexa, terapêuticas exigentes ou até que envolvam um levantamento de questões sobre a privacidade dos pacientes (11,36,47).

Um princípio essencial da comunicação em saúde assenta no reconhecimento de que diferentes indivíduos exigem estratégias de comunicação diferentes, ou seja, individualizadas e adaptadas. Esta adaptação permite encorajar a participação dos pacientes enquanto elementos ativos e decisores sobre a sua saúde. Contudo, como

nem sempre é perceptível qual o nível de literacia individual, são padronizados programas para baixa literacia em saúde que implicam mensagens claras e sensíveis a fatores culturais (22). Embora não seja simples nem para os profissionais, nem para as organizações de saúde compreender qual o nível de literacia dos seus pacientes, existem estratégias de comunicação que podem utilizar de forma sistemática que facilitam a interação e troca de informações, independentemente do nível de literacia dos pacientes (22).

O acesso a informação fidedigna e a uma comunicação adaptada ao sexo, língua, idade, raça, cultura, religião, preferências, contextos e valores é fundamental para construir melhores níveis de literacia em saúde (36).

Paasche-Orlow & Wolf em 2007, salientam que para comunicar de uma forma eficaz com os utentes, além de ser importante utilizar uma linguagem simples e evitar jargões, é importante a confirmação do historial com destaque nos pontos considerados mais relevantes, do que o que estão a sentir ou como devem atuar. As referências visuais (imagens, vídeos, áudios) podem ajudar a diminuir algumas barreiras à comunicação (42).

Além destas técnicas, são também apontados como promissores: o fornecimento de materiais de apoio à educação dos doentes; criação de auxiliares de navegação no sistema de saúde adaptados a barreiras comuns como etnia, cultura, idioma, alfabetização; *teach back* ou reformulação, isto é, pedir ao paciente para repetir, da forma que entendeu, a mensagem que recebeu (22,46). O treino destas técnicas de comunicação em saúde por parte dos profissionais poderá acentuar ainda mais o seu papel na melhoria da literacia na saúde das populações sendo por isso importante que se desenvolvam formações de apoio aos profissionais neste sentido (22).

Existe, a par com a evolução da saúde, um avanço tecnológico significativo que pode ser uma das estratégias para melhorar a literacia em saúde numa perspetiva de saúde pública, utilizando meios fidedignos e atuais para aproximar os serviços de saúde dos utentes. São exemplos disto as aplicações, redes sociais e/ou sites confiáveis. Este tipo de meios de comunicação são uma alternativa valiosa para comunicação interna e externa numa organização (22,24).

3. Questão de Investigação e Objetivos

A evidência tem destacado o papel central da literacia em saúde para a prevenção e controlo da diabetes. Ao mesmo tempo, tem sido enfatizada a necessidade de considerar não só as competências individuais, mas também as exigências e recursos situacionais no momento de compreender e intervir para a promoção da literacia em saúde. Sob esta perspetiva, há um apelo para investir também na componente organizacional para o desenvolvimento da literacia em saúde. Contudo, a evidência disponível tem focado muito mais as competências individuais do que a responsividade organizacional para a literacia em saúde. Por outro lado, dado o carácter central da comunicação no processo de desenvolvimento da literacia em saúde, importa compreender o seu papel na responsividade das organizações à literacia em saúde. Neste sentido, este trabalho foi guiado pela seguinte questão de investigação: De que forma a comunicação contribui para a responsividade organizacional na promoção da literacia em saúde em pessoas com diabetes?

O objetivo geral deste estudo é:

- Compreender o papel da comunicação para a responsividade organizacional na promoção da literacia em saúde em pessoas numa instituição prestadora de cuidados de saúde a pessoas com diabetes.

Para responder aos objetivos gerais foram definidos objetivos específicos:

- Caracterizar a responsividade organizacional à literacia em saúde numa organização prestadora de cuidados a pessoas com diabetes;
- Identificar e caracterizar práticas, padrões e canais de comunicação (interna e externa) na organização;
- Caracterizar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria na comunicação da organização a diferentes níveis, no contexto da responsividade organizacional para a promoção da literacia em saúde de pessoas com diabetes;
- Avaliar a adequação de materiais educativos disponibilizados pela organização aos seus utentes;

4. Metodologia

4.1. Desenho e contexto de estudo

Este trabalho integrou o projeto “*Health literate care for the prevention and control of type-2 diabetes*”, que constitui um dos *National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDP)*(93), uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde. Este projeto resultou de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Associação Protetora de Diabéticos de Portugal (APDP), com o propósito de contribuir para melhorar os serviços e cuidados prestados, considerando a literacia em saúde.

O presente trabalho constitui um estudo de caso do papel da comunicação para a responsividade organizacional à literacia em saúde, pretendendo contribuir para o desenvolvimento de ações de melhoria para a prevenção e controlo da diabetes, com foco na literacia em saúde, tendo sido realizado na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP).

A APDP é uma unidade nacional de cuidados especializados na diabetes, fundada em 1926 por Ernesto Galeão Roma, para garantir um acesso a cuidados de saúde adequados a indivíduos socioeconomicamente mais vulneráveis, esta organização foi pioneira a nível mundial, sendo precursora da luta internacional contra a diabetes. Nos seus 96 anos de existência, conta com uma vasta experiência, promovendo desde cedo o ensino ao utente com a administração da insulina e com os cuidados a ter na gestão da sua saúde. A educação terapêutica e a comunicação estiveram presentes no trabalho da APDP desde o início, em que eram realizadas palestras na sala de espera com informações práticas e essenciais para o bem-estar dos utentes e melhor viver com a doença. Continua a ser hoje uma instituição de referência no controlo e gestão da doença, importante na defesa dos direitos das pessoas com diabetes, integração na sociedade, com a prestação de cuidados integrados e diferenciados, mantendo o foco na resposta educativa aos seus utentes para a promoção da sua saúde e na investigação, baseando as suas práticas na melhor evidência (94). A APDP tem autonomia técnica, administrativa e financeira e está federada na *Internacional Diabetes Federation* (IDF) e por ela reconhecida como *Centre of Education of the International Diabetes Federation*. É parceira participativa no desenvolvimento do Programa Nacional para a Diabetes. Em 2011 foi reconhecida a nível europeu no tratamento de crianças e jovens como *Centre of Reference for Pediatric Diabetes*. Atualmente conta com cerca de 15 mil associados e 130 colaboradores, incluindo médicos de diferente especialidade, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, técnicos de saúde, administrativos e auxiliares.

À semelhança dos restantes NHLDP, o projeto português adota o processo *Ophelia* (*OPTimizing HEalth Literacy and Access*), que constitui uma metodologia sistemática de base local, para o desenvolvimento, implementação e avaliação de intervenções organizada em 3 fases: identificação de forças e necessidades; coprodução de intervenções; implementação, avaliação e melhoria contínua (95). No âmbito da primeira fase, pretende-se fazer uma caracterização abrangente das necessidades e recursos de literacia em saúde, que pode envolver quer uma avaliação dos níveis de literacia em saúde da população servida num determinado contexto, quer uma análise da responsividade organizacional para a literacia em saúde. Este trabalho enquadra-se na componente dirigida à responsividade organizacional para a literacia em saúde, adotando um foco específico na comunicação. Neste sentido, foi combinada a utilização de uma ferramenta de análise da responsividade organizacional com análise documental a materiais informativos disponibilizados pela organização aos utentes.

4.2. Participantes

Para administração da ferramenta de análise da responsividade organizacional para a literacia em saúde, foram convidados diferentes profissionais da organização, de várias áreas e serviços, com diferentes funções e responsabilidades, bem como gestores e administradores. Não foram considerados critérios de exclusão, uma vez que o objetivo foi enriquecer o levantamento de pontos fortes e oportunidades de melhoria, através de diversas perspetivas.

Foi adotada uma amostragem não probabilística, por conveniência, partindo das propostas da própria organização. Uma vez que o processo *Ophelia* e a própria análise à responsividade organizacional se pretendem colaborativos e focados no desenvolvimento de um plano de ação, considerou-se a importância de ser a própria organização a convidar os profissionais. No caso dos gestores, foram convidadas as pessoas que assumem papéis de gestão a diferentes níveis.

4.3. Recolha de dados

Para a análise da responsividade organizacional para a literacia em saúde, baseámo-nos no *Organisational Health Literacy Responsiveness Self Assessment Tool and Process* (Org-HLR). Para a análise da adequação dos materiais escritos disponibilizados aos utentes adotámos a análise documental, com recurso ao *Clear Communication Index* (CCI).

4.3.1. Organizational Health Literacy Responsiveness Self-Assessment Tool and Process (Org-HLR)

O ORG-HLR é uma ferramenta de apoio à avaliação, priorização e planeamento de atividades de melhoria da qualidade (67,77). O processo está organizado em três atividades consecutivas: atividade de reflexão, atividade de autoavaliação, atividade de priorização, que envolvem a realização de uma série de workshops multidisciplinares. A sua utilização cria um momento de reflexão e partilha entre os vários elementos ligados à organização através de questões orientadoras. O resultado é um plano de ação para melhorar a capacidade de resposta organizacional para a literacia em saúde com o adequado planeamento, as etapas de implementação e monitorização/avaliação ao longo do tempo. Para o desenvolvimento deste trabalho, apenas as atividades de reflexão e de autoavaliação foram consideradas.

4.3.1.1. Atividade de reflexão

A atividade de reflexão pretende encorajar a discussão sobre conceitos de literacia em saúde, necessidades de literacia em saúde dos utentes e comunidades e papel da organização na resposta a essas necessidades.

Esta atividade envolveu uma discussão orientada em torno de questões abertas, semelhante a um grupo focal, dirigidas para os seguintes tópicos: (1) Conceitos; (2) Necessidades; (3) Equidade; (4) Acesso a informação, Serviços e Programas; (5) Facilitadores e Barreiras ao trabalho da Organização no âmbito da Literacia em Saúde (Anexo 4). A sessão foi dinamizada por um facilitador e cofacilitador e teve a duração de cerca de 90 minutos. A sessão foi gravada, transcrita e anonimizada.

4.3.1.2. Atividade de autoavaliação

A atividade de autoavaliação permite que a organização avalie a sua responsividade em literacia em saúde, considerando um conjunto de critérios e indicadores de desempenho. Esta atividade baseia-se numa ferramenta estruturada, composta por 110 indicadores, que se organizam em 22 subdimensões e seis dimensões: Liderança e Cultura de apoio; Sistemas, Processos e Políticas de apoio; Apoio ao Acesso a Serviços e Programas; Envolvimento e Parcerias com a Comunidade; Práticas e Padrões de Comunicação; Recrutamento e Formação dos Colaboradores conforme é possível de observar na Tabela 1 (79).

Dimensões do Instrumento	Subdimensões	Indicadores
1. Liderança e Cultura de Apoio	<i>1.1. Aloca recursos financeiros</i>	3
	<i>1.2. Demonstra liderança e compromisso</i>	5
	<i>1.3. Coloca a literacia em saúde como prioridade organizacional</i>	3
	<i>1.4. Promove a equidade e diversidade</i>	4
	<i>1.5. Promove uma filosofia centrada na pessoa</i>	3
2. Sistemas, Processos e Políticas de Apoio	<i>2.1. Realiza colheita de dados e identifica as necessidades da comunidade</i>	7
	<i>2.2. Realiza monitorização e avaliação de desempenho</i>	5
	<i>2.3. Realiza planeamento de serviços e melhoria de qualidade</i>	5
	<i>2.4. Garante que sistemas e processos de comunicação eficazes estejam em vigor</i>	8
	<i>2.5. Garante que políticas e procedimentos internos escritos estejam em vigor</i>	6
3. Apoio no Acesso a Serviços e Programas	<i>3.1. Fornece um ambiente de serviços apropriado</i>	3
	<i>3.2. Suporta o acesso inicial e contínuo a serviços e programas</i>	8
	<i>3.3. Fornece serviços de divulgação e alcance</i>	3
4. Envolvimento da Comunidade e Parcerias	<i>4.1. Promove a consulta à comunidade e facilita a participação de utentes</i>	6
	<i>4.2. Trabalha em parceria com outras organizações</i>	5
5. Práticas e Padrões de Comunicação	<i>5.1. Aplica princípios e padrões de comunicação</i>	8
	<i>5.2. Fornece informação de saúde de forma eficaz</i>	5
	<i>5.3. Utiliza meios de comunicação social e tecnologia de forma eficaz</i>	4

	<i>5.4. Disponibiliza programas de educação para a saúde</i>	3
6. Recrutamento e Formação dos Colaboradores	<i>6.1. Recruta uma equipa de colaboradores apropriados</i>	3
	<i>6.2. Fornece ambientes de trabalho apoiantes, ferramentas, práticas e recursos</i>	5
	<i>6.3. Fornece desenvolvimento profissional contínuo</i>	8

Tabela 1 - Dimensões, subdimensões e número de indicadores de desempenho da ferramenta Org-HLR (versão revista)

Considerando a dimensão da ferramenta e a especificidade dos indicadores abordados, optou-se por fazer um ajustamento ao método, aliás já realizado por outros autores (68,78,96,97). Neste sentido, os participantes foram organizados em diferentes grupos, de acordo com os seus papéis e acesso a informação que permitisse a análise dos diferentes indicadores.

Um grupo incluiu profissionais com papéis ao nível da gestão da organização, que analisaram as dimensões (1) Liderança e Cultura de Apoio, (2) Sistemas, Processos e Políticas de apoio e (6) Recrutamento e Formação dos colaboradores. Deste grupo fizeram parte dois membros da Direção da organização, que participaram numa entrevista semiestruturada. Para uma melhor fluidez da entrevista, foi elaborado um guião orientado pela ferramenta de autoavaliação do Org-HLR, com recurso a perguntas abertas (Anexo 5). As entrevistas tiveram a duração aproximada de 60 minutos.

Um segundo grupo incluiu profissionais com funções ao nível do atendimento e prestação de cuidados, que analisaram as dimensões: (3) Apoio no Acesso a Serviços e Programas, (4) Envolvimento e Parcerias com a Comunidade e (5) Práticas e Padrões de Comunicação. Cada participante recebeu a ferramenta para preencher individualmente assim como informação de apoio. Para cada dimensão, os participantes foram convidados a identificar boas práticas e oportunidades de melhoria e classificaram cada indicador numa escala de 0 a 4. Posteriormente, participaram num workshop de autoavaliação, que foi dividido em dois momentos. As sessões foram dinamizadas por um facilitador e cofacilitador, apoiados pelo guião da ferramenta de autoavaliação do Org-HLR. Durante os workshops, foi promovida a discussão em torno dos indicadores, incentivando a partilha de exemplos concretos e encorajando a partilha de evidências relevantes, bem como ações de melhoria. Esta estratégia foi fundamental para o processo de consensualização da avaliação (Anexo 6). Os participantes foram também convidados a discutir boas práticas e oportunidades de melhoria. Cada momento teve a duração de 90 minutos.

As entrevistas e os workshops foram gravados, transcritos e anonimizados.

4.3.2. Análise Documental

Para melhor compreendermos de que forma a organização promove a capacitação dos seus utentes para a autogestão e conhecimento sobre a Diabetes, foi realizada uma análise documental dos materiais educativos disponibilizados pela APDP no site. A consulta de material documental permite-nos conhecer melhor o contexto dos indivíduos a quem o material se destina, quais os pontos-chave ou áreas temáticas mais abordadas de forma a conhecer as estratégias da organização para a responsividade na literacia em saúde dos doentes. Essencialmente, a análise documental enriqueceu este trabalho pela complementaridade de dados.

A APDP, no âmbito dos esforços de educação, capacitação e promoção da literacia em saúde dos utentes que acompanha, disponibiliza regularmente material de suporte, em vários formatos: áudio, vídeo, folheto, livro, documento, panfleto, desenho, revista, newsletter, entre outros. Dado que o material mais facilmente disponibilizado aos utilizadores da APDP, quer através do site, quer nas consultas, são os panfletos, foram estes materiais que escolhemos para a análise documental. Foram selecionados todos os panfletos disponibilizados no site até 20 de janeiro de 2023.

Para a avaliação da adequação dos panfletos, foi utilizada a ferramenta *Clear Communication Index* (CCI), do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (EUA), validada em 2014 como um instrumento de avaliação da informação em saúde dirigida a públicos com diferentes níveis de literacia em saúde. Além de avaliar materiais educativos que já estão construídos, é possível utilizar este instrumento para a construção de novos materiais (98,99). A clara vantagem da sua escolha relaciona-se com o facto de poder ser utilizada independentemente do canal de distribuição utilizado. O instrumento faz parte do Plano de Ação Nacional para a Literacia em Saúde nos EUA e da Lei Federal de Escrita Simples (*Plain Language*) para promover uma linguagem clara e simples na comunicação em saúde.

O CCI é composto por 24 itens. Os primeiros quatro itens não são cotados e correspondem a perguntas abertas, que permitem ao avaliador identificar as necessidades da audiência, o objetivo de comunicação e a mensagem principal. Os restantes 20 itens são perguntas fechadas, divididos em 4 partes, A, B, C e D que abrangem 7 domínios: Mensagem Principal e Apelo à Ação; Linguagem; Design de Informação; Estado da Ciência; Recomendações Comportamentais; Números e Risco. A parte A é cotada para todos os materiais, enquanto as restantes partes só são cotadas se o material incluir conteúdo relacionado. Os itens são cotados com Sim-1; Não-0 ou

NA- Não aplicável. O conjunto das cotações gera uma pontuação total num intervalo entre 0-100. De acordo com esse valor, num intervalo entre 90 ou acima, o documento está adequado à audiência pretendida; entre 89 ou menos, precisa de ser revisto para a audiência a que se destina e 100 significa que o material é o ideal para o seu público-alvo. A pontuação recomendada encontra-se no intervalo de 90 a 100, sendo que valores inferiores a estes indicam que o material poderá ser melhorado nos pontos classificados a 0. É de fácil aplicação e estima-se que demore em média 15 minutos a preencher.

O instrumento original encontra-se em inglês, sendo que foi traduzido e validado para Português do Brasil em 2020. Muito embora o Português do Brasil e Europeu tenham algumas diferenças, aceitámos estas diferenças entre as duas línguas como uma limitação no estudo pela pertinência da utilização desta ferramenta para este trabalho.

A análise dos documentos com recurso ao *Clear Communication Index* (CCI) foi feita por dois avaliadores distintos, em momentos diferentes. Posteriormente, foi realizada uma análise conjunta dos materiais e discutidas as discrepâncias, sendo consensualizada uma classificação conjunta para cada um dos 28 materiais que será apresentada e analisada neste trabalho.

4.4. Análise de dados

Os dados qualitativos resultantes dos workshops e entrevistas foram submetidos a análise temática, tendo por base as dimensões da ferramenta *Org-HLR* e seguindo uma abordagem metodológica dedutivo-indutiva. A análise foi apoiada por um software de análise de conteúdo assistida por computador (MaxQDA). Considerando o foco específico do trabalho na comunicação, o corpus de análise incidiu apenas no conteúdo com ligação a este tópico. Ainda assim, como a comunicação constitui uma área transversal a diferentes dimensões da responsividade organizacional, foram consideradas todas as dimensões cujos indicadores e/ou subdimensões incluíam alguma ligação à comunicação e não apenas a dimensão referente às Práticas e Padrões de Comunicação, designadamente: Liderança e Cultura de Apoio; Sistemas, Processos e Políticas de Apoio; Apoio no Acesso, Serviços e Programas; Envolvimento na Comunidade e Parcerias; Recrutamento e Formação de Colaboradores.

Seguindo as etapas previstas na técnica de análise temática, após familiarização com os dados e seleção do corpus de análise, o processo de codificação foi iniciado tendo por referência as dimensões do *Org-HLR*. Por outro lado, foram sendo identificadas facetas específicas de cada dimensão com ligação à comunicação. Num

momento posterior, foram agregados os códigos em temas e subtemas mantendo a estrutura conceptual do Org-HLR. Seguiram-se a revisão dos temas, denominação e definição e redação da narrativa de resultados.

Relativamente à aplicação da ferramenta *Clear Communication Index* (CCI), as pontuações de consenso obtidas dos 28 panfletos foram analisadas com recurso a estatística descritiva. Foi calculada a média da pontuação total e das pontuações parciais das diferentes partes da ferramenta. De acordo com a pontuação final, a própria ferramenta permite concluir o nível de adequação dos documentos à população a que se destina.

4.5. Aspetos Éticos

O estudo foi submetido e aceite pela comissão de ética da APDP. Os dados individuais recolhidos destinavam-se à caracterização dos participantes nos diferentes momentos, procurando demonstrar a diversidade da amostra e a sua participação, nunca a sua identificação. Todos os participantes e dados recolhidos foram anonimizados.

Todos os participantes foram informados do propósito do estudo e quais as condições de participação. A participação foi voluntária e sujeita a obtenção de consentimento informado. Os participantes podiam, a qualquer momento do estudo, pedir esclarecimentos adicionais e desistir da sua participação. Todos os dados que não fossem absolutamente essenciais para a investigação e/ou pudessem potenciar a identificação dos participantes foram eliminados.

Os dados recolhidos foram armazenados em local seguro, protegido por password apenas acessível à equipa de investigação, e serão eliminados ao fim de cinco anos. Os resultados do estudo ficarão disponíveis a todos os participantes através da divulgação de relatório à organização. Os resultados também serão incluídos neste trabalho de dissertação de mestrado e em produtos científicos, como comunicações em encontros científicos e publicações em revistas científicas.

5. Resultados

5.1. Comunicação e Responsividade Organizacional para a Literacia em Saúde – Org-HLR

Participaram no processo de avaliação da responsividade organizacional à literacia em saúde 10 profissionais da organização. Na atividade de reflexão participaram 8 elementos da organização das seguintes áreas de trabalho: formação, medicina, investigação, análises clínicas, nutrição, enfermagem, área administrativa e área social. Nos workshops relativos à autoavaliação, dois participantes não seguiram a sua participação no estudo por questões profissionais ou pessoais, tendo-se contado com 6 participantes. Nas entrevistas semiestruturadas, participaram dois membros da Direção.

A análise temática permitiu identificar os aspetos relacionados com a comunicação evidenciados nas diferentes dimensões do Org-HLR, mesmo que não tivessem expressamente no seu objetivo primordial avaliar esta dimensão. Na verdade, ao longo da discussão das diferentes dimensões, a comunicação, mesmo não sendo o foco da dimensão, foi surgindo como um fator que contribuía para o sucesso ou apontada como uma possível solução para ultrapassar limitações identificadas. Desta forma, foram consideradas diferentes dimensões e sub dimensões para a análise temática onde foram relatadas estratégias adotadas na organização que objetivamente se concretizam por meio de práticas e padrões de comunicação. Para cada dimensão, o processo de análise permitiu também identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria.

5.1.1. Liderança e cultura de apoio

Ao refletir sobre a forma como a cultura e lideranças da organização priorizam a literacia em saúde, a equidade e o cuidado centrado na pessoa, os participantes destacaram de forma transversal a missão, valores e história da organização enquanto fator que influencia as práticas atuais. Neste âmbito, foi enfatizado o papel da educação e capacitação na cultura e identidade da própria organização desde a sua génese, através da educação terapêutica, com uma preocupação particular pelos mais vulneráveis.

Portanto a APDP já tem quase cem anos e desde a fundação em 1926, portanto há 97 anos, que houve sempre a preocupação do fundador pela educação das pessoas com diabetes e pela capacitação o que foi muito inovador na altura. (...) uma história e uma cultura ligada à criação da associação, ao empoderamento, à capacitação, à educação

(...) Na sua génese temos pessoas que não sabiam ler, escrever, a quem era fornecida insulina gratuitamente - Entrevistado 2

Claro que associado havia sempre a questão da educação porque as pessoas tinham de aprender como administrar a insulina, porque é que estavam a administrar a insulina e em que é que esta iria beneficiar na sua saúde. – Entrevistado 1

(...) todos nós falamos de Ernesto Roma com um carinho muito grande. Já foi há cem anos. Na realidade ele é a semente da educação terapêutica da associação, portanto acaba por ser a nossa história. – Profissional 8

Na filosofia da organização está patente uma preocupação em prestar os melhores cuidados e mais inovadores a par do fornecimento da informação mais atual, relevante e fidedigna, para a construção de uma relação de confiança com os utentes e promoção da sua qualidade de vida. Paralelamente, existe um foco no fornecimento de informação simples e adequada às necessidades das pessoas, garantindo uma resposta às especificidades de cada um, com vista a cuidados personalizados e centrados na pessoa. Os participantes admitiram, contudo, a necessidade de manter formação contínua aos colaboradores para garantir uma adesão plena à filosofia da educação terapêutica e adoção de formas de comunicação eficazes.

(...) ser uma fonte de informação segura e atualizada para toda a gente, tem essa necessidade interna porque também quer ter esse papel para os outros. – Profissional 7

(...) o que nós tentamos mesmo é informar de uma maneira simples, é perceber as necessidades do outro e dar ao outro competências para tomar uma decisão partilhada e eu acho que a literacia em saúde passa por isto – Profissional 3

Esta visão centrada nas pessoas não é centrada no que os profissionais pensam que as pessoas pensam, é centrada realmente nas necessidades das próprias pessoas, dá-lhes o conhecimento e o poder de elas próprias ajustarem a sua medicação. Portanto, nesse ponto de vista da formação das pessoas, a Associação é uma escola mundialmente reconhecida nos dias de hoje, temos frequentemente pedidos de formação internacionais que nos fazem visitas e têm formação. – Entrevistado 2

A melhor forma de manter a qualidade no contato com os utentes e melhorar a comunicação com eles é se calhar fazendo formações aos colaboradores. – Profissional 3

Outro aspeto salientado como inerente à cultura da organização e essencial no seu esforço pela equidade prende-se com o papel assumido no domínio da advocacia em saúde.

E se calhar há um aspeto que não foi bem focado, que é a capacidade de a associação ter voz ativa (...). Há uma luta constante e natural pelos direitos das pessoas com

diabetes. Desde sempre e muito dedicada. Se hoje as pessoas não pagam cem por cento das tiras da glicémia foi graças à luta da associação para que houvesse a comparticipação. Se as pessoas têm mais bombas do que há um tempo tem também a ver com este processo de ir à assembleia falar com todos os partidos. E a associação tem esta parte muito marcada, a cidadania da pessoa com diabetes e os seus direitos.

– Profissional 8

De forma coerente com a cultura organizacional, os participantes destacam o papel dos líderes, assinalando que o facto de assumirem ao mesmo tempo posições de gestão e de prestação de cuidados garante um conhecimento de fundo dos desafios, favorecendo um trabalho em parceria para atingir os objetivos.

Depois há outro aspeto que eu acho que também é uma característica da APDP é que, as chefias, metem a mão na massa. - Profissional 2

5.1.2. Sistemas, processos e políticas de apoio

No que se refere aos processos e políticas instituídos e seu papel na responsividade à literacia em saúde e comunicação, os participantes destacaram em primeira linha a importância da definição de procedimentos e percursos assistenciais como aspeto essencial e subjacente à comunicação. Embora reconheçam o desafio que constitui a definição de procedimentos e a sua monitorização, consideraram-nos um ingrediente essencial para uma comunicação eficaz e destacaram-nos como uma oportunidade de melhoria.

Processos e caminhos bem definidos... não chega só comunicar, é importante perceber que as coisas têm de estar bem definidas. E eu acho que, às vezes as instituições, isto é extremamente difícil, criar processos, e agora é uma opinião muito pessoal, mas se calhar porque estou dentro de alguns deles, é difícil. (...) Porque eu acho que, quando eles estão, quando se consegue ter processos muito bem esquematizados e definidos e toda a gente saber que deste passo passa para aqui, aquela passa para aquele, a comunicação é muito mais eficaz– Profissional 3

E depois processos bem definidos e autoavaliados. – Profissional 7

5.1.2.1. Processos de comunicação interna

Vários participantes reforçaram a importância dos procedimentos e circuitos para a comunicação, principalmente para a comunicação interna ser mais eficaz. Uma das áreas destacadas como oportunidade de melhoria no âmbito dos procedimentos prendeu-se precisamente com a comunicação interna e com a necessidade de serem criadas pessoas de referência com quem tirar dúvidas existentes sobre os

procedimentos criados, nomeadamente os que não são amplamente conhecidos por todos.

Nós temos uma grande sensibilização para o outro, para a pessoa. O que nós precisamos de melhorar muito é a comunicação interna. E estas partes são partes da comunicação interna. Nós efetivamente, internamente não funcionamos ainda. (...) mas a responsividade da organização também implica alguma articulação interna e nós estamos a tentar minimizar as desarticulações que existem... Que são bastantes. – Profissional 4

Mas o que eu acho em relação a isso é assim eu não tenho que saber os procedimentos todos, eu tenho de saber a quem perguntar. A tal uniformização de procedimentos. – Profissional 4

Grande parte dos participantes referiu a existência de diversos meios de comunicação interna. Exemplos disso são a existência da intranet, grupos mais informais de WhatsApp e algumas circulares que são divulgadas via e-mail. Contudo, alguns participantes questionam-se se todos usam esses meios ou se os sabem utilizar. Outros apontaram sugestões para melhorar a comunicação entre profissionais, como reuniões, mas reconheceram os desafios de tempo para a implementação deste tipo de alternativas.

Nós na comunicação interna temos também uma intranet, não sei se todas as pessoas vêm as notícias que lá estão. Temos também o WhatsApp que vai para todos, o email vai para todos. – Entrevistado 1

Podíamos criar grupos de discussão, fóruns. – Profissional 3

Há dois tipos de dificuldades que são, em relação às reuniões, se é na hora das consultas há sempre muito trabalho e é muito difícil a pessoa organizar as consultas ou não fazer consultas para poder ir à reunião. Outra atitude que é, senão é na hora das consultas então também (...) – Profissional 5

Na discussão acerca da comunicação interna, ficou patente uma preocupação em garantir que os profissionais dispõem de informação essencial para comunicarem aos utentes. O desconhecimento por parte de profissionais de alguns recursos disponíveis e processos foi partilhado, sendo mais uma vez destacado o papel de desenvolver fluxogramas que orientem a prática dos profissionais, nomeadamente ao nível do fornecimento de informação ao utente.

Eu não sabia sequer que tínhamos uma linha de apoio. – Profissional 3

Mas eu deveria ter o dever de informar a pessoa minimamente. (...) Pelo menos saber se aquela pessoa pode ou não fazer esse pedido, ou pode chegar lá ou não. – Profissional 3

Ou pelo menos saber quem é que dá essa informação. (...) Saber a quem perguntar ou a quem direccionar, isso é uma coisa importante. Fazer um fluxograma – Profissional 1

5.1.2.2. Processos para a comunicação com o utente

Ainda ao nível da sistematização de procedimentos, foi salientada a importância de um manual que guie o atendimento e a comunicação com o utente, apesar de ter sido feita referência a este estar em construção.

Está a ser construído o manual de procedimentos do atendimento. Nós temos três vertentes, o atendimento telefónico, digital e presencial. E estão a redigir todo o tipo de procedimentos necessários, de informação necessária, para se dar aos utentes. – Profissional 1

5.1.3. Apoio no acesso a serviços e programas

Os profissionais apresentaram as diferentes formas pelas quais os utentes podem aceder aos serviços oferecidos pela organização e os esforços feitos para facilitar o acesso aos mesmos. Para além de salientarem desafios e iniciativas mais relacionados com a acessibilidade física da instituição, apontaram esforços e sugestões especificamente relacionados com o papel da informação e comunicação na promoção do acesso e utilização de serviços, aumento do alcance dos serviços, promoção do acolhimento e apoio a grupos específicos da comunidade e navegação dentro da própria organização.

5.1.3.1. Acesso e utilização de serviços

No que se refere à acessibilidade física, embora tenha sido destacada a localização central na cidade e proximidade a transportes públicos, foram também apontados vários desafios, como a falta de estacionamento gratuito ou as barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade reduzida.

(...) localizada ao pé do metro de Lisboa. (...) temos uma estação de metro perto e estar localizado no centro de Lisboa ajuda à acessibilidade das pessoas às nossas instalações. – Profissional 1

Estamos perto, mas às vezes estamos muito longe porque há sempre subidas, mais ingremes ou menos ingremes. E também falei aqui no estacionamento que é todo pago e mesmo assim é difícil de arranjar lugar. E da rampa. Portanto o acesso através das

cadeiras de rodas e assim é tudo feito pela garagem para ter acesso ao elevador. – Profissional 5

E, no entanto, a nossa entrada (do edifício) tem uma acessibilidade inferior, para não dizer péssima para as pessoas que têm dificuldades de andar. Muitas vezes vêm de bengalas e canadianas. Com cadeira de rodas já exista uma parte que tem uma entrada que é diferenciada com acesso ao elevador. Mas as escadas é um obstáculo imenso para quem tem à partida dificuldades de mobilidade por causa da idade e por causa das eventuais complicações da diabetes. - Profissional 1

O ideal seria começar desde a garagem. Haver uma rampa de acesso. Acho que já se falou um bocadinho nisso, acho que se está em processo de pedir autorização à camara. - Profissional 2

(...) mas há sítios em que não tem nem acesso por elevador. Portanto este edifício não tem acesso por elevador. - Profissional 4

Os participantes salientaram que a organização está aberta a receber utentes de todo o País, embora reconheçam um maior alcance ao nível da capital. Numa perspetiva de aumentar o alcance da organização, para além do desenvolvimento de parcerias com outras entidades para a disponibilização de serviços mais próximos das pessoas, foi destacado o desenvolvimento de respostas específicas para grupos com maiores dificuldades de aceder ao espaço físico da instituição, nomeadamente através de cuidados ao domicílio.

Em termos económicos e financeiros, nós dependemos do SNS em 85%. Portanto, 85% dos utentes vêm através do Serviço Nacional de Saúde, através de um pedido que é um pedido de Consulta a Tempo e Horas (CTH), ou seja, o médico de família faz esse pedido informaticamente para a APDP nós temos de dar resposta em relação à marcação no período de 3-5 dias. Os restantes dos 85% são dos privados e outros subsistemas de saúde dos quais tentamos ter acordo. A abertura da nossa parte é para receber as pessoas de todo o lado. Até recebemos de todo o país se bem que estamos centrados mais na zona de lisboa – Profissional 1

(...) pé diabético temos um projeto de intervenção na cidade de Lisboa para as pessoas que não se podem deslocar à associação por causa, ou da situação das casas que temos casas em lisboa com grandes barreiras arquitetónicas ou então em lesões graves que dificultam a vinda, então nós vamos a casa das pessoas duas vezes por semana fazer tratamentos já há mais de dez anos. Há por isso uma preocupação em facilitar o acesso às pessoas que têm mais dificuldades. – Profissional 1

5.1.3.2. Aumento do alcance dos serviços

Em relação às estratégias utilizadas para facilitar o acesso aos serviços da organização, foi descrita a disseminação de informação para diferentes audiências e através de diferentes meios (Centros de Saúde, Casa da Diabetes, Workshops em escolas e parceiros da comunidade, etc). Os profissionais salientaram como facilitador o facto de a organização oferecer ao utente uma resposta integrada, que vá inclusivamente além dos cuidados relacionados com o controlo da diabetes – mesmo assim, foram apontadas oportunidades de melhoria na integração entre diferentes especialidades, para minimizar deslocações. Também numa perspetiva de facilitação do acesso e continuidade de cuidados, salientaram o esforço em fornecer informação sobre as diferentes formas de contacto.

Aqui qualquer utente trata de todas as vertentes da diabetes, nomeadamente a vista, os pés, eu penso que essas necessidades são todas aqui realizadas. Eu penso que nós olhamos para o utente como um todo, não só com a parte do problema. - Profissional 6

(...) às vezes pessoas que têm consultas de urologia ou diabetes e depois têm duas marcações de análises muito próximas, se calhar às vezes com uma semana de diferença. E eu acho que ainda não está feita essa agilização de juntar todas as análises numa só marcação que possibilite a leitura nas análises depois para as duas consultas. – Profissional 6

Eu na primeira consulta meto sempre os contatos possíveis, linha de apoio. No fim da primeira consulta faço sempre isso. Acrescento na folha da marcação até. – Profissional 5

(...) teleconsulta, gostam, deram-se bem com a teleconsulta e querem continuar com a teleconsulta. – Profissional 6

Promover a autonomia do doente quanto à gestão das suas consultas, marcação, desmarcação ou até exames através do portal foi apontado como necessário.

Mas que ainda há aspetos de melhoria, nomeadamente no portal. Para mais autonomia do utente. Portanto ainda estão por implementar e pode ser bastante melhorado. – Profissional 1

5.1.3.3. Promoção do acolhimento a grupos específicos da comunidade

Quanto à promoção do acolhimento a grupos específicos, foi destacado o desenvolvimento de materiais escritos noutras línguas e a adaptação de alguns materiais a culturas específicas. Reconheceram, contudo, que esses materiais não estão disponíveis no site.

Também temos folhetos dedicados aos migrantes, em português e em inglês. Com a orientação de como é que navegam no sistema de saúde se precisarem. – Profissional 4

Existem casos particulares em que a organização e os profissionais têm o cuidado de particularizar e criar respostas adaptadas ao utente e às suas circunstâncias, como é o caso da língua chinesa e da adaptação da tabela nutricional à religião muçulmana.

Na pediatria por causa de um caso que nós estamos a acompanhar de um jovem que é chinês, pedimos para traduzir este documento que está relacionado com as hipoglicémias e com a atividade física, para nos traduzirem para chinês/mandarim para podermos dar à mãe, para se conseguir gerir da melhor forma. – Profissional 2

(...) existe inclusive uma adaptação da tabela nutricional à religião muçulmana. É considerado no contato com os nossos utentes muçulmanos que faz parte da sua religião o período do Ramadão, temos sempre isso em consideração (...) – Profissional 5

Além disso, apesar de encontrarem meios e estratégias para ultrapassar as barreiras linguísticas, culturais, religiosas, étnicas, entre outras, uma das preocupações associadas à definição de estratégias adaptadas às necessidades específicas da população a que dão resposta continua a ser a área da deficiência ou a saúde mental.

Temos obviamente problemas muito graves de aproximação dos deficientes e há muita diabetes nos deficientes, nomeadamente na síndrome de down. Também na saúde mental temos situações muito difíceis de controlar. – Entrevistado 2

A gravidez na pessoa com diabetes foi identificada como uma dificuldade acrescida no controlo da diabetes pelo que foram criadas respostas para colmatar estas dificuldades. Existia uma dificuldade dos prestadores de cuidados de saúde de gerir a gravidez dentro do quadro de diabetes e não existindo resposta específicas a este nível, a APDP criou-as.

Do ponto de vista de discriminação em relação ao sexo, criamos consultas para maternidade, consultas de procriação assistida, aconselhamento para a gravidez, portanto, tentamos também encontrar resposta a este nível. – Entrevistado 2

5.1.3.4. Navegação dentro da organização

No que se refere à navegação dentro da organização, foi destacado o investimento em circuitos identificados com sinaléticas e com cores que ajudam a guiar

as deslocações e servem como referência. Foi apontado por alguns profissionais que em alguns casos a falta de cumprimento de alguns circuitos pode mesmo inviabilizar a prestação de cuidados, pelo que estão a ser desenvolvidos esforços para garantir que estes circuitos são comunicados convenientemente ao utente. Ainda ao nível da navegação dentro da instituição, foi referida a importância de incluir informação e sinalética noutras línguas.

Mas acho que falta sinalização nos vários idiomas, porque nós só temos em português. E claro temos as setas para facilitar a circulação. – Profissional 2

Se a pessoa, não segue todo o circuito corretamente, chega à cirurgia e não cumpriu os critérios. E volta tudo para trás. E a pessoa não percebeu sequer onde é que estava a falha...- Profissional 3

Mas esta parte da atualização da informação que é dada o utente quando chega, o que é que é preciso, o que não é preciso, também está a ser sistematizado neste manual de procedimentos. – Profissional 2

5.1.4. Envolvimento da comunidade e parcerias

Ao discutir o envolvimento da comunidade e dos utentes e o desenvolvimento de parcerias com outras organizações, os participantes apontaram que está na forma de trabalhar da organização uma forte ligação à comunidade, o trabalho em parceria e a participação dos utentes em diferentes processos. Nas entrevistas com elementos da direção foi apontado que a grande limitação a este trabalho em parceria e proximidade com as comunidades e outros atores é a falta de continuidade, por falta de financiamento. Foi também salientado pelos participantes que este é um trabalho que nunca está terminado e que é sempre importante desenvolver novas parcerias, para alcançar mais pessoas.

5.1.4.1. Parcerias para melhorar os cuidados na diabetes

No que se refere à ligação à comunidade e desenvolvimento de parcerias, foram salientadas parcerias com entidades públicas não apenas da área da saúde, mas também com juntas de freguesia, câmaras municipais e *stakeholders* relevantes por todo o país. Estas parcerias traduzem a responsabilidade assumida pela própria organização de contribuir para melhorar os cuidados prestados a pessoas com diabetes, através da formação de outros profissionais, de iniciativas de educação para a saúde ou da disponibilização de serviços noutros locais.

(...) tivemos um projeto a nível nacional que era o programa Gosto em parceria com a fundação Gulbenkian e com o serviço nacional de saúde e formamos cerca de 600

profissionais de saúde de centros de saúde (...). Andávamos pelo país a fazer a parte da formação prática e avançar a nível dos centros de saúde. – Entrevistado 1

Intervenções em escolas com professores, com alunos, com rastreios de diabetes tipo 2 e depois com um programa de intervenção de prevenção da diabetes para as pessoas de risco moderado a muito alto – Entrevistado 1

Numa outra vertente, foi salientado o desenvolvimento de parcerias com outras organizações para melhorar respostas proporcionadas pela própria organização aos seus utentes, nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento de materiais escritos.

Por exemplo, temos um projeto de baixa visão (...), a baixa visão é uma consequência da diabetes e causa uma alteração considerável no dia-a-dia da pessoa com diabetes, enfrenta dificuldades, fica muito só, muito deprimida e então há muitos anos que tínhamos a vontade de fazer um projeto para fazer este trabalho. Este projeto foi muito, muito importante, fizemos parceria com uma instituição que dá apoio a cegos e são especialistas nestas matérias das dificuldades que as pessoas com baixa visão podem enfrentar e nos materiais que as pessoas podem usar para melhorar a sua qualidade de vida, quer para a leitura, quer em casa, como contar dinheiro pelo tato e então na sequência deste projeto, desenvolvemos materiais. Desenvolvemos um guia pratico para as pessoas com baixa visão e cuidados e um guia prático para os profissionais de saúde que também há muito pouca orientação nesta área. – Entrevistado 1

5.1.4.2. Participação do utente, do profissional e da comunidade

Já no que se refere à participação dos diferentes atores nos processos da organização, foi sugerido que a organização assenta numa cultura de ampla participação e envolvimento de todos nos processos de melhoria.

Para além de estarem instituídos mecanismos de auscultação e avaliação da satisfação dos utentes (e.g., gabinete do cidadão, questionário de satisfação), foi salientado que a abertura existente na comunicação com os utentes favorece a partilha de informação de feedback por parte dos mesmos. Por outro lado, o facto de vários profissionais e elementos de órgãos da organização viverem com diabetes foi também salientado como uma forma de aceder à perspetiva do utilizador. Ainda assim, alguns profissionais apontaram que os utentes não apresentam as suas perspetivas tanto quanto seria desejável. Adicionalmente, salientaram que é preciso garantir que o feedback é recolhido através de meios diversos, mas também que há mecanismos de

resposta sistematizados para todas essas formas de feedback e não apenas para as reclamações.

Nós temos também já há muitos anos, o questionário de satisfação dos utentes da instituição que é uma empresa externa que colabora connosco gratuitamente. (...) E depois fazemos também questionários de satisfação dos colaboradores, que são anónimos. – Entrevistado 1

Um senhor, um jovem, me perguntou porque é que a consulta foi desmarcada. (...) Mas é só para dizer que as pessoas estão tão à vontade que até perguntam porque é que a consulta foi desmarcada, foi alterada. – Profissional 5

Nomeadamente nos órgãos de direção e na ética que são pessoas que são utentes e não só. Colegas a trabalhar que são utentes, que têm uma visão profissional, mas também de utente. E a direção desde sempre teve pessoas com diabetes. Não sendo funcionários da casa, sendo só. – Profissional 5

Agora estava a pensar e é, porque é que as pessoas não reclamam, porque seguramente sentem que há alternativas. Porque ou numa consulta pedem e organiza-se melhor e por outro lado também esta questão do receituário que é uma parte que me toca mais diretamente porque eu acho que também há uma grande abertura – Profissional 5

Precisamos de pessoas ativas que refilem, que reclamem e não de pessoas passivas que se resignem e que se acomodem e aceitem... - Profissional 4

O gabinete do cidadão funciona muito bem na medida em que quando recebemos uma reclamação tentamos sempre dar resposta e resolver o problema subjacente – Profissional 7

Para além da participação dos diferentes atores numa perspetiva de satisfação e melhoria dos cuidados prestados, foi também assinalado o envolvimento do utente no desenvolvimento de materiais educativos.

Quando nós desenvolvemos, por exemplo, há o folheto e há o booklet. Habitualmente todos os que têm sido feitos por uma equipa multidisciplinar e depois são testados pelas pessoas. E só depois é que são utilizados. Portanto, habitualmente, tudo o que é booklets é sempre testado pelas pessoas e depois é que então sai. (...) Portanto, temos agora assim um pull de algumas pessoas para podermos chamar. – Profissional 4

5.1.5. Práticas e padrões de comunicação

Como já referido, a comunicação e educação foi apontada pelos participantes como inerente à própria cultura da organização, havendo uma preocupação constante

com a adaptação da comunicação e informação às necessidades dos utentes. Os participantes salientaram em particular a adoção de uma abordagem centrada na pessoa, a aposta em *plain language*, a adequação a grupos específicos, a utilização de diferentes formatos e meios de comunicação e a realização de programas de educação para a saúde.

5.1.5.1. Comunicação centrada na pessoa

De uma forma transversal, foi apontada a prioridade dada a conhecer o utente, designadamente através da escuta ativa, como forma de personalizar a informação e de adequar as estratégias de educação. Neste esforço de personalização, foi também referida a importância do trabalho de equipa, partilhando e registando aquilo que mais se adequa a cada utente.

Então o ponto de partida é perceber a pessoa que temos aqui connosco. Conhecer-la o melhor possível. Conhecer as dificuldades que está a sentir. Conhecer aquilo que ela precisa. Tendo em conta o conhecimento da pessoa, a metodologia que vai ser utilizada vai depender da pessoa, podemos precisar de fazer desenhos para explicar o efeito da insulina no nosso corpo, podemos utilizar alguns álbuns que também já temos com essa explicação, podemos ver na internet exemplos para ser mais simples para aquela pessoa, usar metáforas para explicar o que se passa no organismo, é fundamental a pessoa perceber bem o que é que é a sua doença. (...) Depois podemos registar o que foi importante nesta abordagem para da próxima vez que recebermos o utente, sejamos nós ou algum colega da equipa multidisciplinar. – Entrevistado 1

(...) a minha via para a literacia em saúde, é a preocupação com a individualização de cuidados, se eu tiver preocupação com aquela pessoa que vem à minha consulta seguramente que me aproximo com aquilo que são as necessidades nesta área (...) – Profissional 2

(...) importante que a informação tenha significado para a pessoa, que a transforme de alguma forma, que a capacite, que a empodere, e que possa depois ter melhores decisões no futuro, na sua gestão. – Profissional 4

E enquanto utente, depois o meu outro lado, enquanto utente, eu tenho diabetes há 28 anos e há consultas que eu quero falar de tudo menos de diabetes, não estou disponível... não estou disponível para falar sobre doses de insulina, contagem de hidratos de carbono muito menos e quando isso acontece, é bom que do outro lado receba essa informação emocional... - Profissional 1

A participação dos utentes no processo de cuidados é essencial dada a exigência da condição, daí que a própria informação deva ser ajustada ao tipo de utente, temos

utentes que demasiada informação causa confusão, ansiedade, baralhação (...) – Profissional 6

5.1.5.2. Plain language

Adicionalmente, a utilização de linguagem simples (*plain language*), a verificação da compreensão e a adequação da quantidade de informação em cada contacto foram particularmente destacadas enquanto práticas que se pretendem instituídas. Ainda assim, foi reconhecido que nem sempre é fácil sistematizar a utilização de linguagem simples ou garantir que as pessoas efetivamente compreenderam e retiveram a informação, podendo ocorrer falhas. Neste sentido, foi apontada a importância de técnicas como a de *teach-back*.

É tentar simplificar a informação o mais possível. Só o simples facto de eu usar a palavra urina ou xixi, às vezes, urina não entende o que é, tenho de dizer xixi para eles perceberem realmente o que é que é pretendido. – Profissional 6

E mesmo a construção dos folhetos é feito, e estamos a falar dos folhetos em geral que estão na internet, temos o cuidado de o fazer de uma forma a utilizar linguagem corrente, a evitar jargões e, portanto, temos esse tipo de cuidados. – Profissional 1

Uma das técnicas que precisamente por causa de termos a educação terapêutica muito por base que atualmente é que nós há muito anos já fazemos a reformulação. Ter esta preocupação (...). E vamos fazendo em vários momentos. Quando apareceu a história do teach-back eu achei graça porque nós já fazemos isto há muito tempo, só que em português chamamos a isto de reformulação. Mas é algo, eu desde que estou cá, já quase há 20 anos é algo que é muito incentivado e treinado nos vários encontros, tantos nos congressos, como em Sesimbra que é precisamente esta necessidade de reformulação. – Profissional 3

(...) nós já fazemos um esforço muito grande como se costuma dizer o chavão adequar a linguagem à audiência (...) mas efetivamente podemos sempre melhorar– Profissional 7

Nós encontramos a necessidade dos utentes quando eles reclamam de alguma coisa que não sabiam, que aconteceu algum problema, que aconteceu pelo caminho, e que gera, gera-nos a nós instituição, porque é que isto aconteceu? Como é que isto aconteceu? E é aqui que vamos aprofundar como é que esta informação não chegou ao utente... - Profissional 1

O doente recebe uma carta a dizer que vai fazer análises, mas se calhar, se lhe for explicado que em cada consulta, ele vai ter primeiro de vir fazer análises e que a seguir vai à consulta (...), todo este processo nós não informamos. – Profissional 3

5.1.5.3. Adequação a grupos específicos

Numa perspetiva de adequação a necessidades específicas, foram salientados o desenvolvimento de respostas e a adaptação de alguns materiais a grupos específicos, quer em termos de literacia, nível de desenvolvimento, necessidades sensoriais, cultura, idioma. A este nível, foi particularmente referida a barreira linguística e os esforços para a colmatar, através da adaptação de materiais, de parcerias, de intérpretes e de agentes de ligação.

(...) temos realmente muitos folhetos (...) temos dois em braile. (...) Temos depois aqui muitas fotografias para mais fácil compreensão, a importância dos contrastes que é muito importante para as pessoas com baixa visão. – Entrevistado 1

A nível de culturas, acho que existe também uma preocupação, se calhar quem está na diabetes tem mais esta sensação, a nível quer de adaptar a linguagem à própria cultura. Na religião muçulmana, até com as comidas. – Profissional 1

Também temos folhetos dedicados aos migrantes, em português e em inglês. Com a orientação de como é que navegam no sistema de saúde se precisarem. – Profissional 4

E nomeadamente há documentos que saem do próprio computador, declarações de viagem que já saem nas três línguas. Já há documentos a saírem em várias línguas. - Profissional 4

Existe também um serviço de tradução telefónica para apoiar os utentes quando estes não conseguem compreender a informação cedida na organização na língua portuguesa, inglesa, francesa e espanhola que são as mais comuns e que diversos profissionais da organização utilizam quando solicitado. E temos o cuidado de divulgar o serviço de tradução telefónica. – Profissional 1

Foi reconhecido que neste esforço de adaptação a grupos específicos ainda existe margem para melhoria, nomeadamente no que se refere à disponibilização de informação noutras línguas, incluindo o próprio site, à disponibilidade do serviço de tradução e à sistematização de cuidados numa perspetiva de linguagem inclusiva.

Eu acho que há uma série de documentos que poderiam ser traduzidos para outras línguas, que não existem. – Profissional 1

Não é propriamente o ideal, já falámos sobre isso que temos de agendar, não é uma coisa que esteja totalmente disponível naquele momento. Mas ainda assim é um serviço

que está disponível e nos pode ajudar a falar agora com as populações migrantes que temos cada vez mais procura. - Profissional 1

5.1.5.4. Formatos e meios de comunicação

De forma coerente com o esforço de adaptação às preferências dos utentes e de aumentar o alcance da informação em saúde, a organização assenta mais uma vez numa abordagem centrada no utente para identificar preferências e adequar os formatos e meios de fornecimento de informação.

Os participantes salientaram especificamente o papel complementar da informação escrita no trabalho do dia a dia. Um dos participantes apontou que os materiais escritos tendem a ser pensados precisamente nessa perspetiva de complementaridade.

Mas era dada a verbal e escrita. Quando falávamos de hipoglicémias dávamos um folheto. – Profissional 1

Eu sinto que isso acontece nomeadamente na preparação cirúrgica, a nível da clínica da diabetes também acontece nós damos muita informação escrita. – Profissional 1

Porque depois eu até faço uma coisa que é, no papel da marcação, algumas pessoas gostam de ter, as pessoas mais idosas, quando é para trazer urina na próxima consulta ponho “traga urina se quiser”. Pergunto à pessoa se quer trazer de casa ou se faz aqui. E escrevo na folha de marcação para a pessoa não se esquecer. Passado 6 meses já não se lembram do que é que foi dito na consulta anterior. – Profissional 6

Atualmente queremos colocar essencialmente coisas que suscitem dúvidas às pessoas. Os materiais procuramos que não sejam as respostas, que sirvam ao diálogo, que estimulem a curiosidade, que estimulem a vontade de conhecimento e isso é uma revolução que procuramos fazer na forma de apresentação destes modelos. – Entrevistado 2

Ao mesmo tempo, destacaram o investimento feito na diversificação de meios disponíveis (i.e., folhetos, newsletter, revista, site, redes sociais, comunicação social, linha telefónica, portal, etc.). Foi ainda apontado que a diversidade de meios pretende apoiar a adaptação às características e preferências de cada utente e sugeriram que essas preferências fossem sistematicamente questionadas ao utente e registadas no sistema de informação. Finalmente, foram reconhecidas fragilidades e necessidades de melhoria em alguns destes meios, com destaque para o portal e para o site, em que apontam para desafios na utilização e navegação.

O facto de termos uma revista na associação que é a revista mais antiga de diabetes do mundo, foi criada em 1931 chamava-se o Boletim da Diabetes, tem vindo a evoluir ao longo dos anos, hoje chama-se “Diabetes viver em equilíbrio” que penso que representa o equilíbrio que é necessário entre a doença e a vida, que penso que é um elo necessário encontrarmos. (...) A revista tem uma visão positiva sobre a própria doença, para aliviar um pouco a visão sobre a Diabetes e a forma como se vive como a Diabetes não conseguindo obviamente traduzir a verdadeira exigência de viver com a doença de participação tão exigente como é a Diabetes. – Entrevistado 2

Além da revista temos newsletters que são enviadas a todos os utentes e profissionais de saúde em que vamos dando conta das atividades da associação. – Entrevistado 2

Depois temos as redes sociais, o Facebook, o Instagram, o LinkedIn em que também colocamos informação para os utentes. - Entrevistado 1

(...) temos uma linha de telefone permanente para as pessoas, atendida por uma enfermeira que se existir um problema de maior dimensão fará a triagem. – Entrevistado 1

Tentamos sempre perceber quais são as condicionantes daquela pessoa. Se não tem email, se não tem acesso a internet, ou a alguém que consiga. (...) temos formulários na receção para quem prefere chegar lá e escrever à mão.(...) O administrativo diz que a consulta é não sei quando, mas dá uma folha. Se a pessoa não quer folha e diz “eu prefiro informático”, então envia para o email. Eu acho que isto é generalizado, não só ao nível clínico. – Profissional 1

A nossa página da internet foi reformulada recentemente. Na minha perspetiva não me parece que esteja organizada da melhor forma, tipo intuitivamente. Ou seja, se calhar é um bocado por defeito porque estava habituada ao site antigo(...) Se calhar o outro estava mais direcionado para esse tipo de questões. De haver material educacional. Este aqui já me parece demasiado intrincado a forma de lá chegar. Ele está lá, mas está como material educacional da parte da Não é um clique assim, são vários cliques e tem de haver uma sequência lógica. Se não fizeres essa sequência lógica– Profissional 2

Os participantes acrescentaram ainda o papel de canais de comunicação menos formais utilizando as redes sociais e que derrubam barreiras no que diz respeito à comunicação e acesso a cuidados e recursos de apoio à saúde.

Ainda hoje vi uma fotografia num WhatsApp que mandaram por WhatsApp da parte de trás de uma lamela de medicamentos que enviou diretamente para o médico. – Profissional 1

No âmbito da diversificação de meios, os participantes apresentaram sugestões adicionais para a disseminação de informação.

Há uma outra coisa que tem me surgido, que se calhar ainda não fazemos que era habitual, passarmos nas salas de espera vídeos educativos. Portanto, como uma linguagem simples, direcionados para vários públicos, todos relacionados com a diabetes. – Profissional 1

Foi ainda partilhada a necessidade de adaptação constante aos avanços tecnológicos. Neste âmbito, foi salientada a necessidade de considerar que a organização serve uma população heterogénea, nomeadamente no que se refere à literacia digital.

De qualquer forma o nosso pensamento relativamente às tecnologias é que podemos utilizá-las e conjugá-las junto de algumas populações em que o acesso aos audiovisuais e à internet são uma enorme barreira ao acesso. – Entrevistado 2

(...) estava aqui a pensar num aspeto que é, há uma tendência crescente, como é natural, para informatizar o mais possível a comunicação. E isso na diabetes, a população que consulta por diabetes é muito heterogénea, vai desde as pessoas que têm mais idade e menos literacia (...) – Profissional 5

Um dos participantes deste estudo, sugeriu incluir nas interações e contatos com os utentes a informação obtida por meio da Inteligência Artificial, enquanto oportunidade para favorecer as competências dos utilizadores, desde que devidamente esclarecidos relativamente à veracidade da informação obtida e mantenham o diálogo aberto com os profissionais de referência para esclarecimento de dúvidas subjacentes. Este meio de obtenção de informações sobre saúde também pode ser útil no contato com parceiros na comunidade como acontece na Casa da Diabetes, nas escolas, nos Centros de saúde, desde que com a mesma finalidade, clarificar e incentivar a partilha e discussão.

Mas, aquela tentativa de avanços significativos da participação da Inteligência Artificial na saúde é uma barreira importante com a qual temos de saber lidar. (...) “A Casa da Diabetes” em que poderia ser uma oportunidade de partilharem algumas respostas do ChatGPT e os conselhos que encontram na internet. – Entrevistado 2

Um dos pontos a melhorar que os participantes referiram foi a carta de marcação porque apesar de existirem muitos modelos desta carta, continua a não se ajustar a informação ao utente, até por ser uma carta modelo. Esta carta é o primeiro momento de contacto com a organização e inclui a informação sobre a marcação do primeiro

contacto e o local, mas muitas vezes suscita muitas dúvidas e os utentes acabam por necessitar de clarificar a informação, por exemplo, por via telefónica.

Tivemos uma pessoa que reclamou assim mesmo e, portanto, tudo isso é tido em conta e estamos a tentar reformular, uniformizar e normalizar um bocadinho porque de repente percebemos que temos 30 modelos de cartas de marcação, quando não faz sentido. – Profissional

5.1.5.5. Programas de educação para a saúde

Refletindo os esforços da organização para disponibilizar informação em saúde de forma alargada e alcançando diferentes grupos e contextos, foram dados exemplos de diferentes programas de educação para a saúde dinamizados na organização e na comunidade, com um foco na prevenção e controlo da diabetes.

Numa perspetiva de complementaridade com o acompanhamento clínico aos utentes da organização, foram destacadas as atividades interpares, que simultaneamente permitem a partilha de informação, a partilha de experiências e o apoio entre pares. A este nível, foi enfatizada uma aposta na formação de jovens líderes.

Procuramos dinamizar os grupos de jovens e fazendo sessões próprias para os jovens, formando novos líderes nos jovens que tem sido sempre uma população alvo de muito trabalho e dedicação da associação. – Entrevistado 2

(...) há um grupo muito interessante que acho que são 45 pessoas que se chama “Diabetes em caminhada” e então fazem caminhadas em Monsanto, mas eles é que se organizam (...) – Entrevistado 1

(...) para além disso temos também o nosso projeto de Sábado Desportivo na Quinta das conchas, que já existe há 15 anos e há uma professora de educação física no primeiro e no terceiro sábado de cada mês, entre as dez da manhã e o meio-dia e meia, está na quinta das conchas, portanto são 22 sábados por ano. – Entrevistado 1

Fazemos também campos de férias já há 25 anos com adolescentes com diabetes tipo 1 que é uma experiência extraordinária. Fazemos também “Domingos Bombásticos” com os jovens que têm bombas de insulina, fazemos expedições na montanha. Já fomos a várias montanhas em Espanha, já fomos ao Gerês, à Serra da Estrela, este ano é a serra da Lousã em que vão cerca de 25 participantes e também a equipa de médica e enfermeiro da APDP, este ano é atividade de montanha e grutas. – Entrevistado 1

Num esforço de proximidade e ligação à comunidade, foi também colocado em destaque o trabalho das Casas da Diabetes, cujo conceito assenta na ideia de

capacitação dos envolvidos para eles próprios promoverem atividades de literacia em saúde. Contudo, consideraram este um ponto de melhoria porque este objetivo ainda não foi atingido

Esse é o grande objetivo que ainda não conseguimos chegar na realidade. Mas a casa da diabetes que é um dos projetos da associação, o que pretende é exatamente isto. É capacitar a comunidade para depois ela própria gerir e manter as atividades. Ainda não chegamos a esse patamar. - Profissional 4

No âmbito das parcerias com a comunidade, são dinamizadas diferentes ações de educação para a saúde noutras instituições, incluindo lares, escolas, prisões.

Nós vamos a todo o lado e abrimos as portas a toda a gente que queira. Em visitas a lares, prisões e até escolas percebemos exatamente o que as pessoas sabem e o que precisamos de clarificar. Normalmente também tentamos passar a melhor e mais atual informação sobre saúde, nomeadamente sobre a diabetes. São coisas básicas como os cuidados preventivos aos pés, como dar insulina, cuidados básicos de alimentação, importância da atividade física, mas que tem contribuído para a mudança de mentalidade dos colaboradores em relação aos utentes com diabetes. – Entrevistado 1

5.1.6.- Recrutamento e formação

Tratando-se de uma organização que pretende estar na vanguarda dos cuidados à pessoa com diabetes, ficou claramente patente uma preocupação com o desenvolvimento profissional da equipa. Ao mesmo tempo, foi partilhado o investimento na construção das equipas, favorecendo a aproximação entre as pessoas. Por outro lado, a preocupação em oferecer cuidados centrados na pessoa reflete-se também no esforço de incluir nas equipas pessoas que vivem com diabetes.

Numa perspetiva de desenvolvimento profissional, os participantes partilharam exemplos da oferta formativa disponibilizada pela organização e o esforço em aferir as necessidades de formação através de questionários. Por um lado, existe oferta dirigida para a integração de novos elementos na equipa. Por outro lado, é disponibilizada oferta numa perspetiva de atualização e melhoria contínua. Foi destacado o recurso a formatos de *e-learning*, para favorecer uma melhor gestão por cada profissional em termos de locais e momentos para a formação. Foi também referida a partilha de evidência científica através da intranet e reuniões de equipa. Apesar do reconhecimento do investimento da organização, os profissionais apontaram a importância de uniformizar determinados conhecimentos e informações entre os diferentes elementos da equipa, para garantir coerência na resposta e informação ao utente.

Todos os profissionais que integram a APDP têm um processo de adaptação e familiarização com a organização onde lhe são disponibilizadas todas as formações que temos sobre a diabetes. Na pandemia tivemos de transformar os nossos cursos todos com respostas online e, portanto, temos uma plataforma onde temos os nossos cursos todos e estão disponíveis para todos os profissionais que entrarem na casa. Faz parte da formação contínua, podem inscrever-se gratuitamente. – Entrevistado 1

E depois fazemos também questionários de satisfação de necessidade de formação que são identificados para compreendermos quais as necessidades formativas que cada colaborador sente. – Entrevistado 1

Temos na intranet a partilha de artigos científicos que vão surgindo temos reuniões regulares por pisos com a equipa multidisciplinares (...) – Entrevistado 2

O conhecimento da diabetes deveria ser uniformizado, quer seja administrativo, técnico, auxiliar. Porque o utente vai procurar informação em qualquer pessoa. – Profissional 3

Todos os participantes destacaram o investimento não só no desenvolvimento profissional, mas também no desenvolvimento das equipas, através da realização do encontro anual, onde partilham conhecimentos com métodos diversificados e dinâmicos, com equipas de trabalho multidisciplinares intersectoriais. Este evento foi claramente reconhecido e valorizado, embora tenha sido salientado que nem todos participam e que talvez fosse importante dinamizar atividades de desenvolvimento de equipa com mais regularidade.

Nós temos há, (...) 22 anos de seminários sobre a doença crónica, hoje mais conhecidos por “seminários de Sesimbra”. Começaram em 1999 e esses seminários que são muito interativos com workshops de educação terapêutica, mas com base em outras disciplinas de música, dança, teatro para usar metáforas nesta perceção da educação terapêutica e são seminários para cerca de 60 participantes, profissionais de saúde em que metade é equipa da APDP, a equipa multidisciplinar. – Entrevistado 1

Mas ao seminário não vou todas as pessoas. Mas para além dos seminários seria interessante criar momentos de convívio e de descontração, momentos de discussão e momentos de jogos, por exemplo. – Profissional 4

E quando fazemos este tipo de atividades como o seminário ou alguns convívios em que diferentes profissionais de diferentes áreas participam, as relações tornam-se mais simples, é muito mais fácil. Portanto eu acho que devia ser obrigatório, (...) horário de trabalho obrigatório, e com as equipas todas misturadas. (...) para conseguirmos trabalhar melhor uns com os outros. – Profissional 4

Foi ainda salientado que, dentro da equipa multidisciplinar, existe um clima de abertura e de partilha de dificuldades e conhecimentos.

E mesmo assim, estamos sempre a aprender, com os outros enfermeiros, os nutricionistas, os médicos. Temos há vontade a abertura para dizer ao doente que não sabemos, mas vamos procurar saber e depois lhe dizemos. - Entrevistado 1

É também prática comum falar com o colega sobre o caso e pedir algumas estratégias de atuação, outro colega com certeza terá outra dica para que a pessoa possa compreender melhor (...) – Entrevistado 1

Para além da oferta da própria organização, foi também destacada a participação em congressos nacionais, internacionais e o incentivo da organização à investigação. Também existe uma partilha constante de evidência científica o mais atual possível e da melhor qualidade promovendo o desenvolvimento e atualização de conhecimentos por parte dos profissionais.

Para além disso têm também oportunidade de frequentar quer os nossos próprios congressos, quer os congressos nacionais e internacionais. Também estimulamos muito a desenvolverem trabalhos de investigação. (...) Temos um departamento de ensaios clínicos, outro de investigação, de estudos e projetos. – Entrevistado 1

No que se refere especificamente à integração de novos colaboradores, os membros da direção reconheceram que, no processo de recrutamento, existe uma preferência dada a profissionais que já tiveram contato anterior com a organização, estando familiarizados com a sua missão, valores e cultura. Por outro lado, qualquer novo membro passa por um processo de integração até atingir a autonomia nos cuidados, que inclui um processo formativo, independentemente da área base de formação.

Portanto, por um lado os processos de integração são longos. Portanto, no caso de um enfermeiro, antes de seis meses não é totalmente autónomo. E mesmo assim, estamos sempre a aprender, com os outros enfermeiros, os nutricionistas, os médicos. (...) Depois gradualmente, à medida que se vai sentindo mais seguro, vai começando os cuidados, e à medida que o colega que está a supervisionar sentir que está preparado vai a pouco e pouco em cada consulta começando pelos aspetos mais simples, e depois ir continuando. Obviamente que facilita se for um profissional que já conheça a organização e esteja familiarizado com o seu funcionamento, como acontece em

contexto de estágio. Para além disso, nós temos um programa de formação organizada em parceria com a Direção Geral da Saúde, temos algumas formações só para enfermeiros, outras só para médicos, outras só para nutricionistas e outras para equipas multidisciplinares. Mas realmente a base é esta, conhecer a pessoa, as necessidades, as dificuldades, e é isto que nós tentamos transmitir aos colegas que vão entrando. Enfermeiros, auxiliares de ação médica da qual faço a coordenação, e também da formação. – Entrevistado 1

Por um lado, integrando-os rapidamente na formação aos outros profissionais, primeiro assistindo depois a pouco e pouco, depois a começar a torná-los participantes ativos porque as pessoas formam-se na atividade e na prática, não basta o estudo, o conhecimento e a formação. É preciso termos um curso psicopedagógico que introduz rapidamente noções simples de relacionamento, de comportamentos, de compreensão da resistência das pessoas à mudança que são questões absolutamente fulcrais na doença crónica. – Entrevistado 2

5.2. Adequação dos materiais educativos

Nesta secção, apresentamos os resultados da avaliação da adequação dos 28 materiais educativos disponibilizados aos utentes da APDP, através da utilização do CCI.

5.2.1.- Pontuação total

Na figura 2 é possível visualizarmos a pontuação total obtida com a aplicação da ferramenta CCI nos 28 panfletos selecionados.

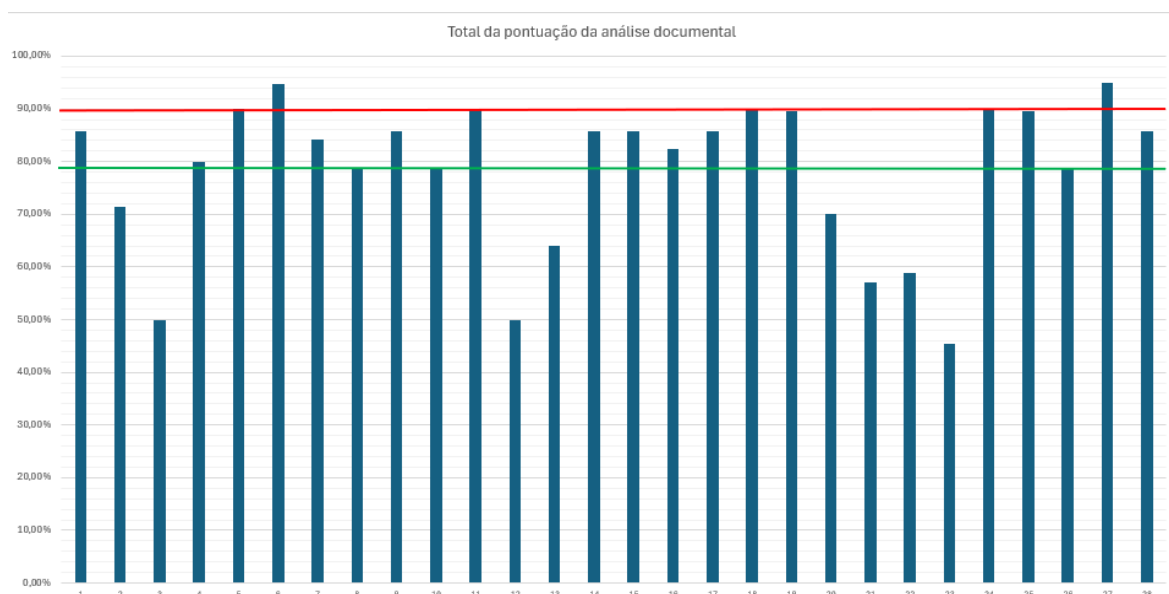


Figura 1 - Resultados da aplicação da ferramenta Clear Communication Index para o Total de pontuação da análise documental dos 28 panfletos. A linha verde corresponde à média de resultados obtidos da pontuação de todos os instrumentos (78,29%) (1: Alimentação e Diabetes; 2: Alimentação Saudável,

Crescimento Saudável; 3: Antidiabéticos Injetáveis; 4: Atividade Física e Diabetes Tipo 1; 5: Corpos cetônicos; 6: Corpos cetônicos -adultos; 7: Corpos cetônicos-crianças e jovens; 8: Cuidados em viagem; 9: Cuide dos pés; 10: Gravidez, Cuidados Pré Concepcionais; 11: Diabetes e tensão arterial; 12: Diabetes Tipo 1; 13: Diabetes Tipo 2; 14: Dias de doença-adultos; 15: Dias de doença – crianças e jovens; 16: Exercício Físico para todas as idades; 17: Glucogen; 18: Hemoglobina A1C; 19: Hipoglicemia – adultos; 20: Hipoglicemia-crianças e jovens; 21: Início da Insulinoterapia; 22: Insulinoterapia; 23: Insulinoterapia na Diabetes Tipo 2; 24: Mais vale prevenir que remediar; 25: Monitorização da glicose; 26: Sábados desportivos; 27: Tratar a diabetes não é só controlar a glicémia; 28: Vais viajar?)

Do total de panfletos analisados, seis obtiveram pontuações iguais ou superiores a 90%, o que significa que são considerados adequados à população a que se destinam: Dois dos panfletos, designadamente 19. “Hipoglicemia – adultos” e 25. “Monitorização da Glicose” apresentam pontuações de 89%, estando muito próximos da adequação ao público-alvo. Por seu turno, os panfletos com pontuação de 50% ou menos são apenas três: 3. “Antidiabéticos Injetáveis”, 12. “Diabetes Tipo 1”, e 23. “Insulinoterapia na Diabetes Tipo 2”.

Parte A: Essencial

Nesta parte inicial na ferramenta de avaliação documental os panfletos que obtiveram as pontuações mais baixas, com 5 pontos ou menos foram: 3. “Antidiabéticos Injetáveis”, 12. “Diabetes Tipo 1”, 21. “Início da Insulinoterapia”, 22. “Insulinoterapia” e 23. “Insulinoterapia na Diabetes Tipo 2”.

Na parte A, as questões menos pontuadas foram a 4,5,6,7,8,10 e 11, que abordam designadamente as seguintes questões: (4) apresenta referência visual associada à mensagem principal; (5) utiliza uma ou mais chamadas à ação; (6) tanto a mensagem principal como a chamada à ação utilizam voz ativa; (7) utiliza termos que a audiência use e compreenda; (8) as listas numéricas ou lista de marcadores são cortadas não contém mais de 7 itens seguidos; (10) a informação mais importante consta do primeiro parágrafo ou secção sem *scrolling* e, por fim, (11) o material apresenta o que fontes e especialistas sabem e não sabem sobre o tema.

Numa análise geral das pontuações obtidas, na Parte A, as pontuações mais baixas foram obtidas na questão 6, sendo que 27 panfletos não receberam pontuação neste item. Também na questão 8, relativa a utilização de lista numérica com não mais de 7 itens sem ser cortada ou interrompida, 13 panfletos não preencheram este requisito. Na questão 10, 11 panfletos não receberam pontuação. Na questão 11, 10 documentos não foram pontuados por não referirem as fontes confiáveis para que os utentes possam atualizar conhecimentos acerca do que sabe e não se sabe sobre o tema.

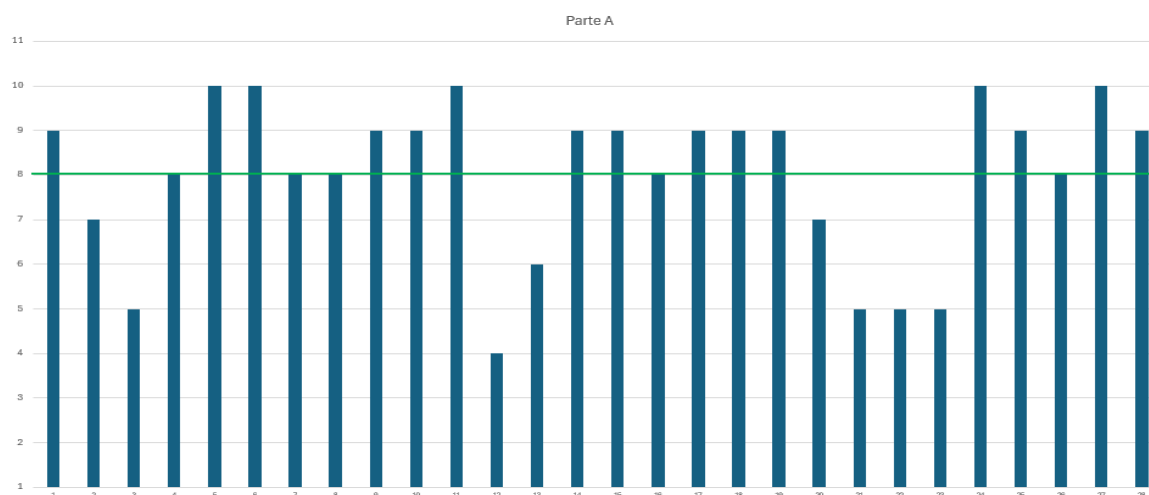


Figura 2 - Resultados da aplicação da ferramenta Clear Communication Index para a Parte A. A linha verde corresponde à média de resultados obtidos da pontuação de todos os instrumentos (8) (1: Alimentação e Diabetes; 2: Alimentação Saudável, Crescimento Saudável; 3: Antidiabéticos Injetáveis; 4: Atividade Física e Diabetes Tipo 1; 5: Corpos cetônicos; 6: Corpos cetônicos-adultos; 7: Corpos cetônicos-crianças e jovens; 8: Cuidados em viagem; 9: Cuide dos pés; 10: Gravidez, Cuidados Pré Concepcionais; 11: Diabetes e tensão arterial; 12: Diabetes Tipo 1; 13: Diabetes Tipo 2; 14: Dias de doença-adultos; 15: Dias de doença – crianças e jovens; 16: Exercício Físico para todas as idades; 17: Glucogen; 18: Hemoglobina A1C; 19: Hipoglicemia – adultos; 20: Hipoglicemia-crianças e jovens; 21: Início da Insulinoterapia; 22: Insulinoterapia; 23: Insulinoterapia na Diabetes Tipo 2; 24: Mais vale prevenir que remediar; 25: Monitorização da glicose; 26: Sábados desportivos; 27: Tratar a diabetes não é só controlar a glicémia; 28: Vais viajar?)

Parte B: Comportamentos Recomendados

Dos 28 panfletos avaliados, 27 panfletos incluíam recomendações comportamentais, excluindo-se apenas o panfleto “Insulinoterapia na Diabetes Tipo 1”. Na parte B, vários panfletos obtiveram a pontuação máxima, exceto os panfletos “Antidiabéticos Injetáveis”, “Diabetes Tipo 1”, “Insulinoterapia”. Os três têm em comum não terem obtido pontuação na questão 14, por não se fazerem acompanhar nos comportamentos recomendados de como fazê-lo com ações específicas nem quando e como.

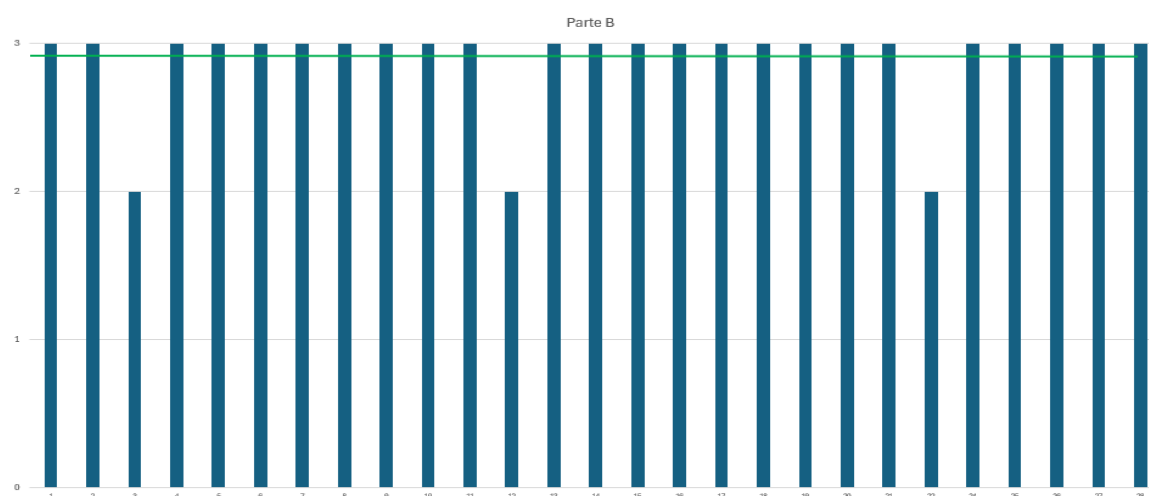


Figura 3 - Resultados da aplicação da ferramenta Clear Communication Index para a Parte B. A linha verde corresponde à média de resultados obtidos da pontuação de todos os instrumentos (2,89). (1: Alimentação

e Diabetes; 2: Alimentação Saudável, Crescimento Saudável; 3: Antidiabéticos Injetáveis; 4: Atividade Física e Diabetes Tipo 1; 5: Corpos cetônicos; 6: Corpos cetônicos -adultos; 7: Corpos cetônicos-crianças e jovens; 8: Cuidados em viagem; 9: Cuide dos pés; 10: Gravidez, Cuidados Pré Concepcionais; 11: Diabetes e tensão arterial; 12: Diabetes Tipo 1; 13: Diabetes Tipo 2; 14: Dias de doença-adultos; 15: Dias de doença – crianças e jovens; 16: Exercício Físico para todas as idades; 17: Glucogen; 18: Hemoglobina A1C; 19: Hipoglicemia – adultos; 20: Hipoglicemia-crianças e jovens; 21: Início da Insulinoterapia; 22: Insulinoterapia 24: Mais vale prevenir que remediar; 25: Monitorização da glicose; 26: Sábados desportivos; 27: Tratar a diabetes não é só controlar a glicémia; 28: Vais viajar?)

Parte C: Números

Dos 28 panfletos analisados, 13 panfletos incluíam números. Destes, 11 obtiveram a pontuação máxima. Por outro lado, os panfletos com pior desempenho foram “Atividade Física e Diabetes Tipo 1” por não apresentarem o significado dos números apresentados e “Mais Vale Prevenir Do Que Remediar” porque exigia a realização de cálculos por parte da audiência.

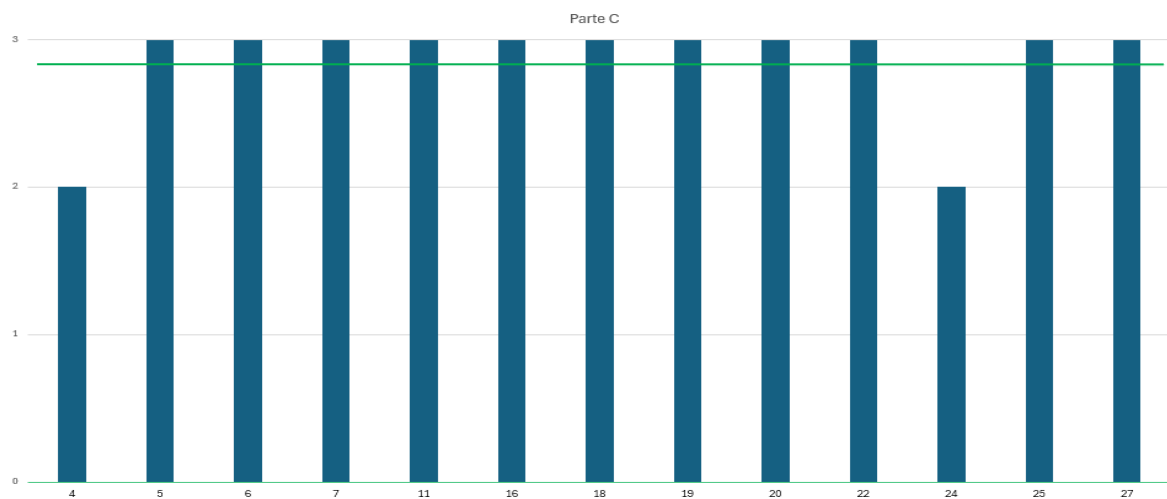


Figura 4 - Resultados da aplicação da ferramenta Clear Communication Index para a parte C. A linha verde corresponde à média de resultados obtidos da pontuação de todos os instrumentos (2,85) (4: Atividade Física e Diabetes Tipo 1; 5: Corpos cetônicos; 6: Corpos cetônicos -adultos; 7: Corpos cetônicos-crianças e jovens; 11: Diabetes e tensão arterial; 12: Diabetes Tipo 1; 16: Exercício Físico para todas as idades; 18: Hemoglobina A1C; 19: Hipoglicemia – adultos; 20: Hipoglicemia-crianças e jovens; 22: Insulinoterapia; 24: Mais vale prevenir que remediar; 25: Monitorização da glicose; 27: Tratar a diabetes não é só controlar a glicémia)

Parte D: Risco

Dos 28 panfletos avaliados, 12 abordavam informação sobre risco. Destes, quatro obtiveram a pontuação máxima. Por seu turno, o panfleto com pior desempenho foi “Hipoglicemia – crianças e jovens” por não abordar riscos e benefícios de forma perceptível pela audiência e por apenas apresentar o risco em forma numérica. O item referente à explicação de probabilidades numéricas da questão 20, não se aplicava a 5 dos 12 panfletos avaliados – “Corpos cetônicos – adultos”; “Corpos cetônicos – crianças e jovens”; “Diabetes tipo 1”; “Hipoglicemia – adultos”; “Monitorização da glicose”. Nos

restantes, três panfletos incluíam probabilidades numéricas, mas não as explicavam através de outro meio.

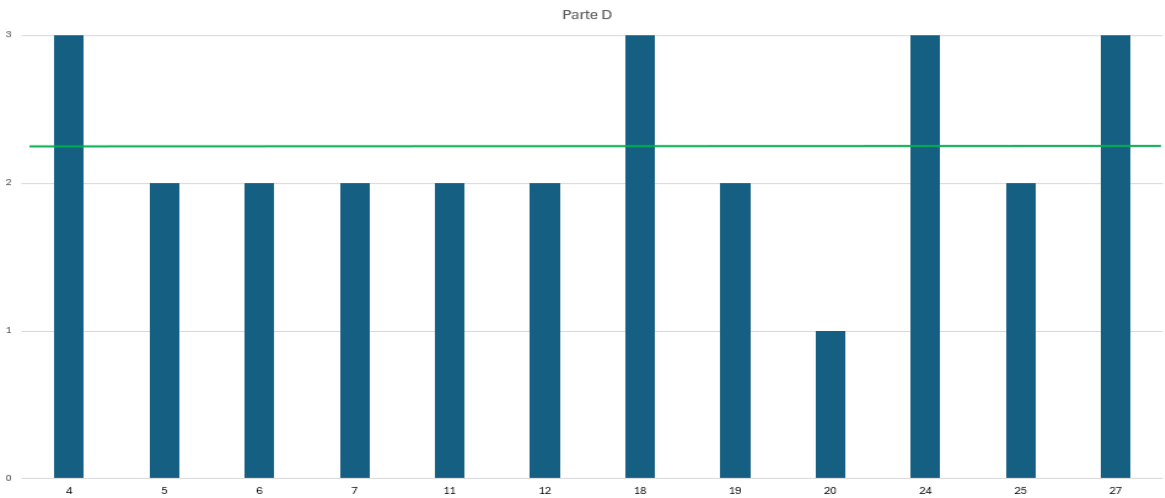


Figura 5 - Resultados da aplicação da ferramenta Clear Communication Index para a parte D. A linha verde corresponde à média de resultados obtidos da pontuação de todos os instrumentos (2,25) (4: Atividade Física e Diabetes Tipo 1; 5: Corpos cetônicos; 6: Corpos cetônicos -adultos; 7: Corpos cetônicos-crianças e jovens; 11: Diabetes e tensão arterial; 12: Diabetes Tipo 1; 14: Dias de doença-adultos; 19: Hipoglicemia – adultos; 20: Hipoglicemia-crianças e jovens; 24: Mais vale prevenir que remediar; 25: Monitorização da glicose; 27: Tratar a diabetes não é só controlar a glicémia)

6. Discussão

O presente estudo pretendeu dar um contributo acerca do papel da comunicação na responsividade organizacional para a promoção da literacia em saúde, conhecendo as práticas, experiências, vivências, estratégias, recursos e limitações de uma organização portuguesa que dá resposta à diabetes, a APDP. Este estudo de caso organizacional, permitiu envolver diferentes atores da organização na identificação de pontos fortes e oportunidades de melhoria na resposta à literacia em saúde de pessoas com diabetes. A evidência sugere que o envolvimento dos funcionários favorece uma cultura de melhoria contínua e empodera as equipas (100) .

Os resultados obtidos através da análise temática das entrevistas e sessões de grupo demonstram que os participantes reconhecem que a organização tem, na sua génese, mecanismos e estratégias implementados que favorecem a equidade e o acesso à informação, facilitam a navegação e promovem a proximidade com os utentes. Apesar de ser cada vez mais conhecida a importância da literacia em saúde e do seu papel no processo de cuidados e nos resultados em saúde, importa perceber que estratégias os serviços e as organizações utilizam. Conhecer que informações sobre os cuidados de saúde conseguem disponibilizar, que apoio conseguem prestar e como se tornam mais acessíveis aos utentes, independentemente do nível de literacia de saúde individual, é fundamental perceber como o ambiente pode ser promotor da literacia em saúde (14).

i. Liderança e cultura de apoio

A APDP revelou uma cultura profundamente enraizada de educação terapêutica, capacitação dos utentes na gestão da doença crónica e na defesa dos direitos das pessoas com diabetes. A eficácia destas práticas de educação terapêutica está, no entanto, profundamente ligada aos níveis de literacia dos utentes. Ayre et al. (2021) referem que as pessoas com melhores níveis de literacia conseguem integrar e adaptar melhor as recomendações clínicas às suas rotinas, enquanto as com baixa literacia podem apresentar dificuldades acrescidas. Cavanaugh (2011) sublinha que programas de educação terapêutica em diabetes são menos eficazes quando não consideram as limitações de literacia, defendendo o uso de estratégias ajustadas (51,56).

Os participantes deste estudo, tanto nas sessões de grupo, como nas entrevistas, demonstraram estar bastante familiarizados com o conceito de literacia em

saúde, evidenciando que a literacia faz parte da identidade organizacional, refletindo-se na missão e valores. Existe uma permanente preocupação em prestar cuidados centrados na pessoa e fornecer informação acessível, fidedigna e oportuna, respeitando sempre a individualidade e necessidade do utente.

O conceito de responsividade organizacional foi rapidamente identificado como sendo prática comum da organização, sendo-lhe associada sempre a comunicação, para ultrapassar barreiras e limitações que existam na promoção da literacia em saúde dos doentes, aspetos que se alinham com as perspetivas e objetivos deste estudo, nomeadamente, o sentido de compromisso para com o doente na perspetiva de potenciar os melhores resultados de saúde da pessoa que vive com a diabetes. Como nos referem Osborn et al. (2010), a baixa literacia em saúde associada à diabetes pode afetar a autoeficácia na gestão da doença, enquanto White et al. (2015) e Alsaedi McKeirnan (2021) confirmam que a baixa literacia pode causar um baixo envolvimento no contato com os profissionais de saúde, comprometendo a comunicação eficaz e favorecendo o agravamento da sua condição de saúde (7,101,102). O facto de alguns participantes conhecerem a realidade da organização na ótica de utilizador, promove ainda mais o seu envolvimento e compromisso na melhoria do processo de cuidados.

Esta noção de confiança nos profissionais de saúde promove o estabelecimento de uma ligação que se prolonga no tempo, com uma abertura à partilha e troca de informações para uma decisão partilhada, mesmo nos casos em que os níveis de literacia individuais dos utentes se podem tornar mais desafiantes. Alsaedi e McKeirnan em 2021 referiram nas conclusões do seu estudo, a importância de uma cultura de educação sensível, adaptadas individualmente para construir a confiança dos utentes (102).

Na APDP, os líderes são pessoas extremamente envolvidas no processo de cuidados e com a comunidade pelo que conhecem os desafios que os restantes participantes permanentemente têm de enfrentar. Os participantes neste estudo referem este ponto sobre a liderança como um ponto extremamente significativo. DeWalt et al. (2011) corroboram com esta ideia de que a liderança é fundamental para implementar práticas consistentes de literacia em saúde, tal como Schillinger & Keller (2012) que sublinham a como um atributo chave para uma organização literada em saúde. Conforme referem estes estudos, uma liderança comprometida e envolvida é essencial para implementar ou rever práticas e garantir a sua adequação (17,18). No desenvolvimento deste estudo, a liderança demonstrou fomentar uma cultura organizacional orientada para a equidade, empoderamento e proximidade com os utentes, aspetos fundamentais para a promoção da literacia em saúde. Trezona et al.

(2017) trazem-nos exatamente esta ideia de colocar a liderança como domínio central para definir a visão da organização, o compromisso de criar e manter uma cultura orientada para a equidade e empoderamento dos doentes, através de mudanças práticas em todos os níveis da organização. Este colocar da liderança no centro, permite reforçar a responsividade organizacional estruturada, comprometida e fortalecida ao longo do tempo(67).

A criação de fóruns informais e reuniões frequentes que promovam a discussão de ideias sobre o desenvolvimento da atividade laboral na organização foi uma ideia avançada pelos participantes. Esta preocupação reconhecida da necessidade de formação contínua dos profissionais para garantir a uniformidade na adoção de práticas de comunicação eficazes é consistente com os estudos de Trezona et al. 2017 e Khorasani et al. 2020 que sublinham o papel do empoderamento organizacional e da liderança ativa na criação de ambientes favoráveis à literacia. (67,71)

ii. Sistemas, processos e políticas

A literacia em saúde, para além de estar integrada no planeamento estratégico da organização, faz parte da sua génese, refletindo a preocupação em estabelecer processos que promovam a sua valorização. Relativamente às políticas de apoio e procedimentos, embora presentes, existe também uma forte sensibilidade e capacidade de adaptação às necessidades e preferências dos utentes e uma frequente reatividade ao imprevisto, criando soluções através dos recursos existentes. Para tal, muitas vezes, a partilha de informações e pedidos de ajuda dentro da própria organização é fundamental para melhorar a resposta aos utentes, ainda que nem sempre se revelem fáceis de operacionalizar. Foi referida pelos participantes a importância dos procedimentos para assegurar a responsividade.

No domínio dos processos, a comunicação interna foi claramente uma área destacada. Apesar da diversidade de meios, são identificadas necessidades de melhoria.

De acordo com Wynia & Osborn, lacunas na comunicação interna poderão ter influência sobre a qualidade do trabalho desenvolvido na organização e afetam a clareza da informação prestada ao utente(46). Trezona et al. (2017) reforça a perspetiva de reforçar práticas sustentáveis de comunicação para garantir o alinhamento dentro da organização, definindo como circula a informação entre diferentes equipas e diferentes

níveis hierárquicos(67). Khorasani et al. 2020, salienta que a responsividade organizacional depende da existência de políticas institucionais que normalizem os processos de comunicação. (71)

iii. Apoio ao acesso a serviços e programas

Existem inúmeros recursos disponíveis para apoiar os utilizadores no acesso e na navegação dentro da organização. Os participantes deste estudo destacam que os colaboradores da organização estão sempre disponíveis para prestar os esclarecimentos necessários, no entanto, existem circuitos delineados e identificados dentro da organização. Foi identificada uma barreira linguística, uma vez que os circuitos de orientação se encontram exclusivamente disponíveis em português. Apesar de existirem profissionais que dominam outros idiomas, nomeadamente inglês, espanhol e francês, a mobilidade interna dos utentes depende frequentemente do apoio de colaboradores bilingues, que assumem informalmente a função de mediação linguística no encaminhamento de doentes. Karter et al. (2000) mostra como as barreiras linguísticas limitam o acesso e a utilização eficaz de cuidados de saúde em pessoas com diabetes (8). Por outro lado, Wynia & Osborn (2010) referem que profissionais bilingues melhoram a comunicação e confiança dos utentes(46).

No que se refere à promoção do acesso a serviços e programas, os participantes destacaram a localização central da organização, a sua orientação para receber utentes de todo o país, a disseminação de informação sobre o acesso aos serviços através de diferentes canais e meios, os esforços de integração de cuidados para facilitar a utilização, os esforços de acolhimento de grupos específicos e iniciativas para melhorar a navegação dentro da organização. Ainda assim foram salientados os desafios arquitetónicos, oportunidades para melhorar o alcance de grupos específicos e possibilidades de melhoria ao nível da navegação. Estes resultados alinham-se com Nutbeam & Lloyd (2021) destacando-se a importância de adaptar os serviços às necessidades de grupos específicos e mais vulneráveis e Hill-Briggs et al. (2021) que abordam o impacto dos determinantes sociais de saúde e a forma como afetam as populações mais vulneráveis (por exemplo os idosos) e a necessidade de criar serviços adaptados e responsivos(9,11). Fica também patente a importância de considerar a responsividade organizacional das organizações de uma perspetiva multidimensional.

Estes factos relatados estão alinhados com a evidência de que barreiras físicas e dificuldade na obtenção de informações contribuem para desigualdades no acesso e utilização de cuidados de saúde (41,90). Para populações com diabetes, informação clara e facilmente acedida é essencial para apoiar a autogestão e adesão terapêutica (7,9,51).

iv. Envolvimento e parcerias com a comunidade

Os participantes sublinharam o papel da APDP na advocacia em saúde e na construção de parcerias que ampliam o impacto da organização. A literatura aponta a participação ativa da comunidade fortalece a responsividade organizacional e aumenta a pertinência das estratégias comunicacionais, nomeadamente Trezona et al. (2017) identificam esta ligação à comunidade e a criação de parcerias como dimensões centrais da responsividade organizacional (67) e Greenhalgh et al. (2016) que falam em cocriação, ou seja, o envolvimento de investigadores, utentes e comunidade na conceção, implementação e avaliação de serviços e políticas, isto é, num trabalho conjunto entre saúde e comunidade para ter um real impacto nos resultados em saúde(103) . No que diz respeito à ligação à comunidade, foram dados exemplos concretos desta ligação, abrindo as portas da organização à comunidade ou procurando pontos de interesse na comunidade para intervir em grupos considerados vulneráveis (e.g., populações migrantes, idosos), descentralizar cuidados específicos (e.g., rastreio da retinopatia diabética nos centros de saúde) ou oferecer sessões informativas relevantes para cuidadores e profissionais. (67)

A APDP também promove uma série de encontros em colaboração com outras organizações para partilhar os seus projetos na comunidade e no âmbito da diabetes, bem como o resultado das investigações mais recentes que realiza. Contudo, os profissionais identificaram a necessidade de terem outras oportunidades formativas ao longo do ano, para atualizar conhecimentos sobre o trabalho desenvolvido nas diversas áreas da organização. A sua participação em estudos como este também promove o desenvolvimento profissional que foi identificado pelos participantes como uma necessidade crescente. Aaby & Maindal (2022), mostram que envolver profissionais em processos de melhoria organizacional reforça a sua motivação e competências em literacia em saúde.

v. Práticas e Padrões de comunicação

Esta dimensão foi a mais transversal, surgindo tanto como ponto forte (proximidade; simplicidade da linguagem) como desafio (necessidade de uniformização; adequação cultural; linguística e tecnológica).

A organização e os seus profissionais revelam um forte compromisso com o empoderamento e capacitação das pessoas com diabetes. A autoeficácia é favorecida nos encontros com os prestadores de cuidados, onde é, frequentemente, a encorajada a análise e discussão dos materiais educativos. Para apoiar as populações migrantes na navegação do sistema de saúde em Portugal, foram desenvolvidos materiais adaptados às suas necessidades. Além disso, a organização disponibiliza um serviço de tradução sujeito a marcação prévia. Existem ainda diferentes canais de contacto, como o email, a linha de apoio e o gabinete do cidadão, que permitem prestar esclarecimento de dúvidas.

Numa perspetiva de pontos fortes, os participantes destacaram a preocupação com a personalização e individualização dos cuidados, a utilização de linguagem simples, a adoção de estratégias de confirmação da compreensão como o *teach-back*, bem como a disponibilização de materiais educativos e de diferentes recursos de apoio à comunicação (e.g. newsletter, linha de apoio, recursos audiovisuais, cursos, etc). Estas práticas têm sido largamente apontadas na literatura como favoráveis ao desenvolvimento da literacia em saúde, ao facilitarem a compreensão da informação, a participação ativa do utente e a autogestão da doença(11,41). De uma forma consistente, White et al. (2015) demonstraram que, em pessoas com diabetes, a qualidade da comunicação – nomeadamente a clareza, a capacidade de explicar e de compreender as informações partilhadas – está diretamente associada ao autocuidado, adesão à terapêutica e à satisfação dos utentes (101). Do mesmo modo, Martin & DiMatteo (2014) salientam que práticas comunicacionais eficazes são determinantes para a adesão ao tratamento e para a melhoria dos resultados clínicos, reforçando a pertinência das estratégias identificadas pelos participantes neste estudo(22).

Os materiais educacionais, por serem um suporte comum a ser apresentado aos utentes com o intuito de promover a partilha de ideias e conhecimentos no contacto com a organização, foram também um elemento integrado neste estudo, dado que é uma das formas de comunicação da organização com os utentes e carece de algum entendimento sobre a diabetes. Materiais educativos devem simplificar a mensagem e

clarificar a informação da melhor forma possível, evitando ser mal interpretados, causar dificuldades de compreensão (42,46).

A aplicação da ferramenta *Clear Communication Index* do CCI a uma amostra de 28 folhetos, revelou que a maioria não atingiu a pontuação mínima recomendada (90%), o que evidencia a necessidade de revisão. Entre os pontos de melhoria salientam-se: a definição de uma mensagem principal clara, a utilização de voz ativa e chamadas à ação. Também a inclusão de referências a fontes fidedignas e a clarificação de números e riscos para apoiar decisões informadas. Estes resultados são consistentes com outros estudos que aplicaram o CCI. .Alpert et al. (2017), por exemplo, encontraram pontuações médias de cerca de 72%, aplicando a ferramenta num portal online de saúde com o objetivo de perceber se os conteúdos eram claros, compreensíveis e adequados. Foram identificadas lacunas na clareza da mensagem principal, uso limitado da voz ativa, ausência de chamadas à ação e no uso de explicações de números e risco, dificultando a utilização da informação para tomar decisões mais informadas(104) . De forma semelhante, Porter et al. (2018), na aplicação do CCI em recursos impressos, na perspetiva de avaliar e melhorar a qualidade da comunicação. Neste estudo, reportaram os mesmos pontos a melhorar, que, mesmo após revisão, permaneciam abaixo do limiar recomendado, reforçado a necessidade de melhorias de forma sistemática e recorrente (105).

vi. Recrutamento e formação de colaboradores

O recrutamento na organização privilegia profissionais experientes e com formações específicas na área de intervenção e familiaridade com os valores e missão da instituição, aspetos destacados pelos gestores como essenciais. Independentemente da experiência prévia, todos os novos colaboradores realizam uma formação de integração, adquirindo progressivamente autonomia no desempenho das suas funções. Os profissionais dispõem de oportunidade de formação inicial, apoio à investigação e incentivo ao desenvolvimento e atualização de conhecimentos.

Foi referido pelos participantes que a formação contínua é um ponto importante para o desenvolvimento profissional e dotar os profissionais de competências comunicacionais adequadas. Estratégias como o *teach-back*, utilização de linguagem simples e apoio visual foram mencionadas com muita frequência. A literatura reforça

que a capacitação dos profissionais é determinante para ultrapassar desigualdades de literacia em saúde (22,46). Koh et al.(82) e Kee et al. (106) defendem que a comunicação clínica deve ser vista como competência essencial em qualquer organização de saúde, com impacto direto na confiança, adesão terapêutica e qualidade dos cuidados percebida.

Em suma, a estrutura proposta por Trezona et al. permitiu compreender de forma integrada a maturidade e experiência organizacional da APDP no que diz respeito à responsividade organizacional na promoção da literacia em saúde. Os dados recolhidos evidenciam uma cultura institucional favorável, práticas consolidadas e uma equipa motivada. Ainda assim, persistem desafios, nomeadamente ao nível da comunicação interna, da avaliação contínua de estratégias e de processos para facilitar a acessibilidade, navegação e equidade, principalmente para as populações mais vulneráveis como as populações migrantes ou com mobilidade reduzida. Também em termos de comunicação, seria importante criar formas mais práticas de aceder a informações em idiomas diferentes, como panfletos orientadores da navegação no sistema e na organização ou folhetos informativos. A análise documental reforça a necessidade de revisão frequente dos materiais educativos.

6.1. Limitações

Tratando-se de um estudo qualitativo numa organização específica, e tendo esta uma amostra por conveniência para o efeito do estudo, poderá esta não refletir as perspetivas de todos os colaboradores da organização e dos diferentes membros gestores/administradores. Contudo, no desenvolvimento do estudo foi possível compreender que as considerações dos participantes são baseadas no desenvolvimento do seu trabalho, alinhado com a cultura enraizada da educação terapêutica, educação para a saúde, promoção da literacia em saúde, conseguido, sobretudo através de uma preocupação permanente em adequar a comunicação a quem se destina. A missão e os valores assentes na capacitação do utente são transversais a todos os participantes e às suas referências ao longo deste estudo.

Quanto à análise documental, os folhetos analisados foram apenas os disponibilizados no site, contudo, sabemos da existência de outros disponibilizados a populações migrantes, noutros idiomas e até com outros temas que não estão divulgados online e por isso não foram incluídos. Seria interessante numa oportunidade futura aplicar a ferramenta CCI a todos os folhetos da instituição e disponibilizar no site os diferentes materiais que existem com adaptações relativas ao idioma, à religião,

alimentação e cultura, por exemplo. No futuro, seria uma mais-valia que a construção de novos materiais educativos fosse feita com o recurso a esta ferramenta de forma a ultrapassar alguns pontos identificados como melhorias a realizar.

Ainda relativamente à análise documental, esta foi feita por duas investigadoras distintas em contexto e momentos distintos. Posteriormente, em comum acordo, foram classificados conhecendo os panfletos e já familiarizadas com a ferramenta CCI. Foi fundamental a familiarização com a ferramenta para a construção de dados numa análise comum aplicada a todos os panfletos de onde resultaram os dados aplicados a este estudo. No entanto, apesar de ter aplicado a ferramenta algumas vezes e a diferentes materiais, o resultado da aplicação vai sempre depender da subjetividade de quem avalia. Acrescenta-se ainda a limitação assumida acima no que diz respeito à língua da ferramenta CCI aplicada na análise documental o que poderá influenciar a interpretação feita na sua aplicação.

A ferramenta Org-HLR foi aplicada por uma investigadora experiente durante os workshops, permitindo dinamizar e criar um ambiente favorável à partilha de dados nas sessões de grupo. Por outro lado, as entrevistas, com um guião semiestruturado baseado na ferramenta Org-HLR foram realizadas por uma investigadora menos experiente e com algumas limitações associadas ao tempo disponibilizado pelos intervenientes, o que poderá ter influenciado a recolha de dados.

7. Conclusão

Este estudo pretendeu apoiar o planeamento estratégico, a autoavaliação e o reforço da capacidade organizacional para a promoção da literacia em saúde e ser uma mais-valia na concretização de pontos de melhoria apontados ao longo da apresentação dos resultados.

O estudo permitiu conhecer ações realizadas dentro da organização que se alinham com a promoção da literacia em saúde dos seus utentes, e, portanto, se alinham com a promoção da responsividade organizacional para a promoção da literacia em saúde, com foco na comunicação. O foco deste trabalho sendo a comunicação, conhecer, compreender padrões e práticas, meios, ações e estratégias de comunicação, tornou o conteúdo obtido ainda mais enriquecedor, tendo sido referida como elemento central em todas as dimensões do Org-HLR. A comunicação surgiu enquanto elemento facilitador para a concretização de objetivos organizacionais e individuais dos seus profissionais. Os objetivos deste trabalho foram, por tudo isto, cumpridos como proposto.

A existência de materiais educativos de apoio, é a prova viva desta preocupação com a informação que é relevante para as pessoas com diabetes ser facilmente acessível, facilmente compreendida e acedida. Os participantes, referiram, no entanto, investir na comunicação interna será fundamental para melhorar o conhecimento sobre o encaminhamento possível e recursos disponíveis dentro da organização. A criação de momentos internos de partilha mais ou menos informais pode ser o elemento-chave para a partilha de informações mais práticas, discussão de casos ou até partilha de literatura mais atual e relevante. Quanto à melhoria da comunicação interna e o encaminhamento dentro da própria organização, a criação de fluxogramas pode ser interessante, bem como melhorar a intranet e sua adesão.

Este estudo assume a sua relevância por integrar a história, missão, valores e práticas da organização, contribuindo para futuros trabalhos sobre responsividade organizacional e para o desenvolvimento de um plano estratégico de comunicação, numa área ainda marcada pela escassez de ações e formações concretas nas organizações de saúde.

Os participantes referem a preocupação com a criação de formação específica na questão da comunicação também para uniformizar a abordagem com o utente por parte dos profissionais e da organização e garantir que todos seguem abordagens promotoras da literacia em saúde.

Conhecendo as boas práticas da organização e tendo em vista o estabelecimento de um plano de ação para melhorar a resposta organizacional para a literacia em saúde, será importante documentar as alterações concretas realizadas e o seu impacto no futuro da organização e na vida dos utentes para que outras organizações possam seguir ações concretas e estratégias efetivas de melhoria.

Na análise documental, é importante referir que os resultados demonstraram que a aplicação do instrumento poderá ser uma mais-valia na revisão dos materiais educativos, numa perspetiva de melhoria contínua. Seria interessante que futuramente fosse comparada a adesão de materiais educativos disponibilizados online ou em formato físico. Uma vez colocada a mensagem principal em destaque e de forma mais clara, bem como rever a chamada à ação e a voz ativa nos panfletos, seria interessante que os utentes tivessem oportunidade de comparar e avaliar as alterações.

A participação da organização neste estudo permitiu uma reflexão em equipa sobre a organização e sobre os métodos de atuação o que favoreceu a partilha de conhecimento acerca dos recursos da organização na perspetiva da promoção do seu desenvolvimento profissional, de acordo com o mencionado nos estudos que utilizaram a ferramenta do *framework* Org-HLR noutras organizações (79).

No futuro, seria interessante que outras organizações aplicassem esta mesma ferramenta, com realidades distintas, contextos diferentes e com respostas diferentes. A APDP tem uma resposta de referência e muitos anos de existência na área da diabetes, contudo, seria interessante que outras organizações de saúde, fora da área da diabetes. Também seria interessante incluir a perspetiva dos utilizadores que não tenham ligação profissional à organização quanto a melhorias concretas para promoção da literacia em saúde no seu caso concreto, com exemplos específicos e ajustados às suas preferências e necessidades

8. Referências Bibliográficas

1. Cortes M. Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas* [Internet]. 2016 [cited 2024 Sep 14];80:117–43. Available from: <http://journals.openedition.org/spp/2117>
2. Hacker K. The Burden of Chronic Disease. *Maio Clin Proc Inn Qual Out* [Internet]. 2024 Jan;8(1):112–9. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10830426/>
3. International Diabetes Federation, Magliano DJ, Boyko EJ, Balkau B, Barengo N, Barr E, et al. *IDF Diabetes Atlas:10th edition* [Internet]. 2021. Available from: www.diabetesatlas.org
4. OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators* [Internet]. Paris: OCDE; 2021 [cited 2024 Sep 14]. Available from: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
5. Loureiro I, Miranda N. *Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Ação*. 3ª. Coimbra: Almedina; 2018. 448 p.
6. Graumlich JF, Wang H, Madison A, Wolf MS, Kaiser D, Dahal K, et al. Effects of a Patient-Provider, Collaborative, Medication-Planning Tool: A Randomized, Controlled Trial. *J Diabetes Res*. 2016;2016.
7. Osborn CY, Bains SS, Egede LE. Health literacy, diabetes self-care, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther*. 2010 Nov 1;12(11):913–9.
8. Karter A, Ferrara A, Darbinian J, Ackerson L, Selby J. Self-Monitoring of Blood Glucose: Language and financial barriers in a managed care populations with diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2000 Apr;23(4):477–83. Available from: <http://diabetesjournals.org/care/article-pdf/23/4/477/450377/10857938.pdf>
9. Hill-Briggs F, Adler NE, Berkowitz SA, Chin MH, Gary-Webb TL, Navas-Acien A, et al. Social Determinants of Health and Diabetes: A Scientific Review. *Diabetes Care*. 2021 Jan;44(1):258–79.
10. Coughlin SS, Vernon M, Hatzigeorgiou C, George V. Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. *J Environ Health Sci*. 2021 Feb 17;1(6).
11. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42:3.1-3.15.
12. World Health Organization. *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1*. [Internet]. Geneva; 2022 [cited 2024 Sep 21]. Available from:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364203/9789240055339-eng.pdf?sequence=1>

13. Lindsey M, Chen SR, Ben R, Manoogian M, Spradlin J. Defining environmental health literacy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 1;18(21).
14. Batterham RW, Beauchamp A, Osborne RH. Health Literacy. In: *International Encyclopedia of Public Health* [Internet]. 2nd ed. Elsevier; 2017. p. 428–37. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780128036785001909?via%3Dihub>
15. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety by Focusing Care on Patients and Consumers [Internet]. Sydney; 2010 Sep. Available from: www.safetyandquality.gov.au
16. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim Report [Internet]. Geneva; 2015. Available from: www.who.int
17. Schillinger D, Keller D. Attributes of a Health Literate Health Care Organization. *The Other Side of the Coin: Attributes of a Health Literate Health Care Organization*. San Francisco: National Academies Press; 2012.
18. DeWalt DA, Brouckson KA, Hawk V, Brach C, Hink A, Rudd R, et al. Developing and testing the health literacy universal precautions toolkit. *Nurs Outlook*. 2011 Mar;59(2):85–94.
19. Meldgaard M, Maimburg RD, Jensen CS, Rasmussen B, Maindal HT. Organizational health literacy responsiveness within Danish maternity care: a qualitative study exploring health professionals' experiences. *Health Literacy and Communication Open*. 2023 Jan;1(1).
20. White RO, Chakkalakal RJ, Presley CA, Bian A, Schildcrout JS, Wallston KA, et al. Perceptions of Provider Communication Among Vulnerable Patients With Diabetes: Influences of Medical Mistrust and Health Literacy. *J Health Commun*. 2016 Aug 1;21:127–34.
21. Mgbemena, Charity I, Onyali, Innocent C, Ojukwu, Sonna H. Strategic Alignment and Organizational Responsiveness: A Process-Orientated Perspective. *International Journal of Academic Management Science Research (IJAMSR)* [Internet]. 2024 Mar;8(3):97–103. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/379537457>
22. Martin LR, & DiMatteo MR. *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*. Nathanael PE, editor. New York: Oxford University Press; 2014.

23. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*. 2016 Jul 18;34(3):259–75.
24. Abbs E, Daniels R, Schillinger D. Type 2 Diabetes as a Socioecological Disease: Can Youth Poets of Color Become Messengers of Truth and Catalysts for Change? *Health Promot Pract* [Internet]. 2021 Apr;23(1):1–11. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1177/15248399211007818>
25. Thomas SA, Browning CJ, Charchar FJ, Klein B, Ory MG, Bowden-Jones H, et al. Transforming global approaches to chronic disease prevention and management across the lifespan: integrating genomics, behavior change, and digital health solutions. *Front Public Health*. 2023 Oct 13;11:1–7.
26. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 23]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
27. World Health Organization. Classification Of Diabetes Mellitus 2019. Geneva; 2019.
28. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas: Eighth edition 2017 [Internet]. 8th ed. International Diabetes Federation; 2017. Available from: www.diabetesatlas.org
29. Alberti KGMM, Zimmet PZ. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus Provisional Report of a WHO Consultation. *Diabetic Medicine*. 1998;15(8):539–53.
30. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2019, 2020 e 2021 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes [Internet]. Lisboa; 2023. Available from: www.spd.pt
31. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa; 2022.
32. Simonds SK. Health Education as Social Policy. 1974.
33. World Health Organization. Health Promotion Glossary [Internet]. Vol. 13, Health Promotion International. Geneva: Oxford University Press; 1998 [cited 2022 Feb 2]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-98.1>
34. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating Health: The Role of Health Literacy [Internet]. Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK. London; 2006. Available from: <https://ilcuk.org.uk/navigating-health-the-role-of-health-literacy/>

35. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [cited 2023 Sep 15];12(80):1–13. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
36. World Health Organization. Health Literacy: The Solid Facts. Kickbusch I, Pelikan J, Tsouros FAA, editors. WHO Regional Office for Europe. 2013.
37. World Health Organization. World Health Organization. 2025. Health Literacy .
38. Nutbeam D, Levin-Zamir D, Rowlands G. Health Literacy in Context. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Nov 27;15.
39. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. *Arch Intern Med* [Internet]. 2005 Sep;165:1946–52. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/>
40. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Educ Couns*. 2009 Jun;75(3):411–7.
41. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 2016 Mar 1;132:3–12.
42. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *Am J Health Behav*. 2007;31(SUPPL. 1):S19–26.
43. World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 3. Recommended actions. Geneva; 2022.
44. World Health Organization. Shanghai declaration on promoting health in the 2030: Agenda for Sustainable Development. Vol. 32, Health promotion international. Shanghai; 2016 Nov.
45. Altin SV, Stock S. The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Serv Res*. 2016 Aug 30;16(1).
46. Wynia MK, Osborn CY. Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations. *J Health Commun*. 2010;15(Suppl 2):102–15.
47. Kountz DS. Strategies for improving low health literacy. *Postgrad Med* [Internet]. 2015 Mar 13;121(5):171–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.3810/pgm.2009.09.2065>

48. Economist Intelligence Unit. Health literacy around the world: Policy approaches to wellbeing through knowledge and empowerment. 2021.
49. Qi S, Hua F, Xu S, Zhou Z, Liu F. Trends of global health literacy research (1995-2020): Analysis of mapping knowledge domains based on citation data mining. Vol. 16, PLoS ONE. Public Library of Science; 2021.
50. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Relatório- Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Lisboa; 2022 Oct.
51. Ayre J, Bonner C, Muscat DM, Bramwell S, McClelland S, Jayaballa R, et al. Type 2 diabetes self-management schemas across diverse health literacy levels: a qualitative investigation. *Psychol Health*. 2021 Apr 30;37(7):867–89.
52. Mogessie HM, Gebeyehu MA, Kenbaw MG, Tadesse TA. Diabetic health literacy and associated factors among diabetes mellitus patients on follow up at public hospitals, Bale Zone, South East Ethiopia, 2021. *PLoS One*. 2022 Jul 1;17(7 July).
53. Sharon Watts BA, Stevenson C, Adams M. Improving health literacy in patients with diabetes. 2017 Jan;47(1):25–31. Available from: www.Nursing2017.com
54. Tefera YG, Gebresillassie BM, Emiru YK, Yilma R, Hafiz F, Akalu H, et al. Diabetic health literacy and its association with glycemic control among adult patients with type 2 diabetes mellitus attending the outpatient clinic of a university hospital in Ethiopia. *PLoS One*. 2020 Apr 1;15(4).
55. İlhan N, Telli S, Temel B, Aştı T. Health literacy and diabetes self-care in individuals with type 2 diabetes in Turkey. *Prim Care Diabetes*. 2021 Feb 1;15(1):74–9.
56. Cavanaugh KL. Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Management*. 2011 Mar;1(2):191–9.
57. Nugent TL, Galea AM, Sammut R. Health literacy, self-management and glycaemic control in persons living with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Practical Diabetes*. 2023 Jul 1;40(4):28–34.
58. Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health Literacy and Health Outcomes in Diabetes: A Systematic Review. Vol. 28, *Journal of General Internal Medicine*. 2013. p. 444–52.
59. Marciano L, Camerini AL, Schulz PJ. The Role of Health Literacy in Diabetes Knowledge, Self-Care, and Glycemic Control: a Meta-analysis. Vol. 34, *Journal of General Internal Medicine*. Springer New York LLC; 2019. p. 1007–17.
60. Butayeva J, Ratan ZA, Downie S, Hosseinzadeh H. The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2

diabetes mellitus: A systematic review. Vol. 15, Journal of Diabetes. John Wiley and Sons Inc; 2023. p. 724–35.

61. Juul L, Rowlands G, Maindal HT. Relationships between health literacy, motivation and diet and physical activity in people with type 2 diabetes participating in peer-led support groups. *Prim Care Diabetes*. 2018 Aug 1;12(4):331–7.
62. Portugal| Ministério da Saúde| Direção Geral da Saúde, Arriaga MT, Santos B, Costa AS, Francisco R, Nogueira P, et al. Níveis de Literacia em Saúde | Portugal 2021 [Internet]. Direção Geral da Saúde, editor. Lisboa; 2021. Available from: www.dgs.pt
63. Portugal | Ministério da Saúde | Direção Geral da Saúde, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, Divisão da Literacia S e B estar, Arriaga M, Santos B, Silva A, et al. Plano de Ação para a Literacia em Saúde Portugal 2019-2021 [Internet]. Direção Geral da Saúde, editor. Direção Geral da Saúde. Lisboa; 2019. 6 p. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados.aspx>
64. Portugal | Ministério da Saúde | Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2015.
65. Portugal | Ministério da Saúde | Direção-Geral da Saúde, Arriaga M, Santos B, Leiras G, Carvalho A, Pinto A, et al. Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 - Plano Estratégico [Internet]. Direção Geral da Saúde, editor. Lisboa; 2023. Available from: www.dgs.pt
66. World Health Organization. Promoting health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration [Internet]. 9th Global Conference on Health Promotion: Shanghai 21-24 November 2016. Geneva; 2017. 1–35 p. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1942602X10397550>
67. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 Aug 1;17(1). Available from: DOI 10.1186/s12913-017-2465-z
68. Aaby A. The heart skills study health literacy and health literacy responsiveness in cardiac disease prevention. AarhusUniversity; 2020.
69. World Health Communication Associates. Health Literacy Part 1 “The Basic.” Health Literacy Action Guide. 2009.
70. Altin SV, Stock S. The impact of health literacy, patient- centered communication and shared decision-making on patients ’ satisfaction with care received in

- German primary care practices. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016;1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>
71. Khorasani EC, Sany SBT, Tehrani H, Doosti H, Peyman N. Review of organizational health literacy practice at health care centers: Outcomes, barriers and facilitators. Vol. 17, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI AG; 2020. p. 1–16.
 72. Murfet GO, Lin S, Ridd JC, Cremer GH, Davidson S, Muscat DM. Shifts in Diabetes Health Literacy Policy and Practice in Australia—Promoting Organisational Health Literacy. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 May 1;20(10).
 73. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. Participants in the workgroup on attributes of a health literate organization of the IOM Roundtable on Health Literacy. *NAM Perspectives*. 2012;(June).
 74. Brach C. The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement HHS Public Access. Vol. 240, *Stud Health Technol Inform*. 2017.
 75. Andrulis DP, Brach C. Integrating Literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *AM J Health Behav*. 2007;31:122–33.
 76. Brach C, Harris LM. Healthy People 2030 Health Literacy Definition Tells Organizations: Make Information and Services Easy to Find, Understand, and Use. *J Gen Intern Med*. 2021;36(4):1084–5.
 77. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Sep 6;18(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3499-6>
 78. Aaby A, Maindal HT. Identifying Health Literacy Responsiveness Improvement Ideas in Danish Health Centers: Initial Testing of the OS! Approach. *Health Lit Res Pract*. 2022 Jul 1;6(3):e232–8.
 79. Trezona A, Dodson S, Fitzsimon E, LaMontagne AD, Osborne RH. Field-Testing and Refinement of the Organisational Health Literacy Responsiveness Self-Assessment (Org-HLR) Tool and Process. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 5;17(3).
 80. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *TheJournalofHealthCare*. 2018 Jan 8;55:1–17.

81. Id RR, Vreke A, Boland G, Rademakers J, Den M van, Noordman J, et al. Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy ; helpful strategies , barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based palliative care providers. *PLoS One* [Internet]. 2020;1–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0234926>
82. Koh HK, Berwick DM, Clancy CM, Baur C, Brach C, Harris LM, et al. New federal policy initiatives to Boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly “crisis care.” *Health Aff.* 2012 Feb;31(2):434–43.
83. Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, Mckinstry B. Interventions for improving patients’ trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;2014(3).
84. Pearson SD, Raeke LH. Patients’ trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *J Gen Intern Med*. 2000;15(7):509–13.
85. Kee JWY, Khoo HS, Lim I, Koh MYH. Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education* [Internet]. 2018;4(2):97–106. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>
86. Bremer D, Klockmann I, Jaß L, Härter M, von dem Knesebeck O, Lüdecke D. Which criteria characterize a health literate health care organization? – a scoping review on organizational health literacy. *BMC Health Serv Res*. 2021 Dec 1;21(1).
87. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Active offer of health services in French in Ontario: Analysis of reorganization and management strategies of health care organizations. *International Journal of Health Planning and Management*. 2017 Jul 3;33:1–16.
88. Aldoory L. The Status of Health Literacy Research in Health Communication and Opportunities for Future Scholarship The Status of Health Literacy Research in Health Communication and Opportunities for Future Scholarship. 2016;0236(May).
89. Biglu M, Nateqv F, Ghofazadeh M, Asgharzadeh A. Communication Skills of Physicians and Patients’ Satisfaction. *Materia Socio Medica*. 2017;29(3):192.
90. Friis K, Aaby A, Lasgaard M, Pedersen MH, Osborne RH, Maindal HT. Low health literacy and mortality in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, and mental illness: A 6-year population-based follow-up study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 2;17(24):1–10.
91. Nawabi F, Krebs F, Vennedey V, Shukri A, Lorenz L, Stock S. Health literacy in pregnant women: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7).

92. Stock S, Altin S, Nawabi F, Civello D, Shukri A, Redaelli M, et al. A cross-sectional analysis of health literacy: patient - versus family doctor- reported and associations with self-efficacy and chronic disease. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2021;(22):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01527-4>
93. World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 4. Case studies from WHO National Health Literacy Demonstration Projects. Vol. 4. Geneva; 2022.
94. Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. História | Portal da Diabetes [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 13]. Available from: <https://apdp.pt/apdp/historia/>
95. Batterham RW, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S, Elsworth GR, Osborne RH. The OPTimising HEalth LIterAcY (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform [Internet]. 2014. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/694>
96. Aaby A, Palner S, Maindal HT. Fit for Diversity: A Staff-Driven Organizational Development Process Based on the Organizational Health Literacy Responsiveness Framework. *Health Lit Res Pract*. 2020 Mar 10;4(1):e79–83.
97. Aaby A, Simonsen CB, Ryom K, Maindal HT. Improving organizational health literacy responsiveness in cardiac rehabilitation using a co-design methodology: Results from the heart skills study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 1;17(3).
98. Marinho AMCL, Baur C, Costa LEO, Mambrini JV de M, Ferreira FM, Borges-Oliveira AC, et al. Some Psychometric Properties of the Brazilian CDC Clear Communication Index. *Health Lit Res Pract*. 2022 Jan 4;6(2):e84–7.
99. Marinho AMCL, Baur C, Ferreira FM, Borges-Oliveira AC, de Abreu MHNG. Cross-cultural adaptation of the Clear Communication Index to Brazilian Portuguese. *Rev Saude Publica*. 2020;54(26).
100. Willis CD, Saul JE, Bitz J, Pompu K, Best A, Jackson B. Improving organizational capacity to address health literacy in public health: A rapid realist review. *Public Health*. 2014;128(6):515–24.
101. White RO, Eden S, Wallston KA, Kripalani S, Barto S, Shintani A, et al. Health communication, self-care, and treatment satisfaction among low-income diabetes patients in a public health setting. *Patient Educ Couns*. 2015 Feb 1;98(2):144–9.
102. Alsaedi R, McKeirnan K. Literature Review of Type 2 Diabetes Management and Health Literacy. *Diabetes Spectrum*. 2021;34(4).
103. Greenhalgh T, Jackson C, Shaw S, Janamian T. Achieving Research Impact Through Co-creation in Community-Based Health Services: Literature Review

and Case Study. Vol. 94, Milbank Quarterly. Blackwell Publishing Inc.; 2016. p. 392–429.

104. Alpert JM, Desens L, Krist AH, Aycock RA, Kreps GL. Measuring Health Literacy Levels of a Patient Portal Using the CDC's Clear Communication Index. *Health Promot Pract*. 2017 Jan 1;18(1):140–9.
105. Porter KJ, Alexander R, Perzynski KM, Kruzliakova N, Zoellner JM. Using the Clear Communication Index to Improve Materials for a Behavioral Intervention. *HealthCommum*. 2019;782–8.
106. Kee JWY, Khoo HS, Lim I, Koh MYH. Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*. 2018 Jun 1;4(2):97–106.
107. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Material Educacional | Portal da Diabetes [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 24]. Available from: <https://apdp.pt/diabetes/material-educacional/>

Anexo 1. Consentimento Informado para a Participação no Estudo

Consentimento informado livre e esclarecido

Responsividade organizacional em literacia em saúde para a prevenção e controlo da diabetes

Gostaria de convidá-lo(a) a participar no estudo “Responsividade Organizacional em Literacia em Saúde para a Prevenção e Controlo da Diabetes”. De seguida, encontrará informação sobre o estudo. Se desejar mais informação, por favor contacte a investigadora principal Ana Rita Goes, através do e-mail ana.goes@ensp.unl.pt.

A literacia em saúde é essencial para o desempenho das tarefas complexas associadas ao controlo da diabetes. Por sua vez, a responsividade dos sistemas e organizações de saúde às necessidades diversas de literacia em saúde dos indivíduos e comunidades contribuirá para um melhor equilíbrio entre exigências e recursos na gestão da doença.

Este estudo enquadra-se no projeto “*Health literate care for the prevention and control of type-2 diabetes*”, que constitui um dos *National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDP)*, uma iniciativa da OMS Europa. Este projeto, resultante de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), pretende melhorar os serviços e cuidados prestados, considerando a literacia em saúde no desenvolvimento de intervenções. O presente estudo pretende contribuir para caracterizar o desempenho e práticas da APDP quanto à responsividade em literacia em saúde e priorizar ações de melhoria.

Porque está a ser convidado(a) a participar?

É convidado(a) a participar porque trabalha ou colabora com a APDP. A sua perspetiva é muito importante para compreendermos melhor o papel da literacia em saúde na diabetes e para caracterizarmos as forças e oportunidades de melhoria da APDP na resposta às necessidades de literacia em saúde daqueles que serve.

O que acontece se aceitar participar?

Se aceitar participar, iremos pedir que participe no processo de autoavaliação da APDP relativamente à responsividade organizacional. Para isso, pediremos que participe numa entrevista sobre (1) liderança e cultura de apoio, (2) sistemas, processos e políticas de apoio, (5) práticas e padrões de comunicação e (6) recrutamento e formação de formadores. Registaremos também dados sociodemográficos, tais como a sua idade,

sexo e escolaridade. A entrevista será gravada em formato áudio/vídeo [dependendo do formato de realização acordado], para posterior transcrição e análise. O tempo estimado para esta atividade é de 60 minutos.

Tem mesmo de participar?

A decisão de participar é sua. É livre de não participar ou de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de dar uma justificação. Esta decisão não terá qualquer impacto para si.

De acordo com os limites legais e quando aplicável, os titulares dos dados têm o direito de retirar o consentimento, solicitar a retificação dos dados, o apagamento, a limitação do tratamento, a oposição ao tratamento, a portabilidade dos dados, bem como apresentar reclamação à CNPD ou outra entidade competente. Para exercer qualquer um dos direitos mencionados, deve solicitá-lo a um elemento da equipa de investigação ou ao investigador principal (ana.goes@ensp.unl.pt).

Quais as possíveis vantagens e desvantagens em participar?

Com a realização deste estudo, não são esperados benefícios diretos para os participantes. Contudo, o conhecimento que esperamos vir a desenvolver poderá contribuir para a implementação de ações que melhorem a prevenção de controlo da diabetes.

Não são esperadas implicações negativas para os participantes neste estudo. Contudo, se por alguma razão se sentir desconfortável, deverá referi-lo à equipa de investigação ou à investigadora principal (ana.goes@ensp.unl.pt) ou poderá mesmo abandonar o estudo.

Quem tem acesso à informação que fornecer?

Este estudo é desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública em parceria com a APDP, sob a coordenação científica de Ana Rita Goes.

Durante os momentos de recolha de dados, serão recolhidas as suas opiniões e perspetivas sobre os temas em análise. Garantimos a todos os participantes a total confidencialidade, privacidade e proteção de todos os dados fornecidos. Ao longo deste estudo, adotamos um conjunto de procedimentos com o objetivo de proteger os seus dados e manter o seu anonimato.

Os dados que nos fornecer durante a entrevista / grupo focal serão anonimizados. Isto significa que, durante a transcrição do áudio para o formato escrito, os dados que permitirem a sua identificação serão eliminados ou substituídos. Assim, o seu nome ou

outros dados que permitam o seu reconhecimento não estarão presentes em qualquer documento partilhado com pessoas externas à investigação.

Toda a informação recolhida será guardada de forma segura e apenas estará acessível aos elementos da equipa de investigação. Todos os dados serão armazenados em ficheiros protegidos com password. As gravações serão destruídas após a análise. Os dados serão destruídos até um prazo máximo de 10 anos.

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Todos os resultados serão analisados e interpretados pela Escola Nacional de Saúde Pública para caracterizar o desempenho e práticas da APDP ao nível da responsividade às necessidades de literacia em saúde e para identificar e priorizar ações de melhoria. Os resultados serão divulgados em sessões a realizar na instituição, nos relatórios do projeto e em produtos científicos, como dissertações de mestrado, comunicações científicas e artigos científicos. Os resultados serão agregados aos de outros participantes, não sendo apresentados dados individuais.

Este estudo cumpre a legislação aplicável, nomeadamente o Regulamento (UE), 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE e a Lei n.º 58/2019 que assegura, na ordem jurídica nacional, a execução do referido Regulamento, tendo sido também revisto e aprovado pela Comissão de Ética da APDP.

A APDP designou um Encarregado de Proteção de Dados cujo contacto é rgpd@apdp.pt.

Muito obrigada por ler este documento.

Contactos para informação adicional

Investigador Responsável: Ana Rita Goes

Telefone: +351217512 100

E-mail: ana.goes@ensp.unl.pt

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública

Anexo 2. Declaração de Consentimento Informado

(Receberá uma cópia deste formulário de Consentimento Informado Escrito)

RESPONSIVIDADE ORGANIZACIONAL EM LITERACIA EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES

Eu _____ (nome completo),
declaro ter lido e compreendido o documento, bem como as informações verbais que
me foram fornecidas pela/s pessoa/s que abaixo assina/m. Foi-me garantida a
possibilidade de colocar questões sobre o estudo e esclarecer as minhas dúvidas;

Desta forma, declaro que:

- Recebi informação que considero suficiente sobre o estudo;
- Permito a utilização dos dados que de forma voluntaria forneço, unicamente para esta investigação, sendo garantida o anonimato e confidencialidade.
- Falei com _____ (nome do investigador);
- Compreendi que a minha participação no estudo é voluntária;
- Fui informado que a minha participação neste estudo não me confere o direito a qualquer tipo de remuneração;
- Compreendi que posso desistir quando desejar, sem quaisquer implicações negativas.
- Concordo em participar neste estudo de livre vontade.

O participante _____

Data (dd/mm/aa): ____/____/____

O Investigador _____

Data (dd/mm/aa): ____/____/____

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 3. Folheto de convite à participação no estudo

Comunicação e Responsividade Organizacional para a Literacia em Saúde

QUEREMOS OUVI-LO E CONHECER A SUA PERSPECTIVA!

É PROFISSIONAL DE SAÚDE?

PLANEIA, CAPACITA OU ELABORA ESTRATÉGIAS DE AÇÃO NA ORGANIZAÇÃO?

A Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) referência em saúde motiva o desenvolvimento deste estudo a fim de compreender práticas e estratégias de ação e comunicação



Em que consiste o estudo?

O estudo integra o projeto “**Health literate care for the prevention and control of type-2 diabetes**” que constitui um dos **National Health Literacy Demonstration Projects (NHLSP)**, uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde. Este projeto resultante de uma parceria entre a **Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)** e a **Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP)**.

Qual o objetivo?

O objetivo deste estudo é conhecer práticas de comunicação em saúde e estratégias para melhorar a responsividade organizacional para a literacia em saúde.

Anexo 4. – Guião da Atividade de Reflexão da Org-HLR

- **Atividade de reflexão**

- **Abertura**

- [Pedir permissão e iniciar a gravação]
- Antes de mais, muito obrigado pela vossa participação.
- O meu nome é Ana Rita Goes e, em conjunto com a Ana Catarina Oliveira, vou moderar esta sessão.
- Em 2019, a Escola Nacional de Saúde Pública e a APDP iniciaram uma jornada em torno da literacia em saúde, com o propósito de melhorar os serviços e cuidados prestados às pessoas com diabetes, considerando a literacia em saúde no desenvolvimento de intervenções. O estudo que nos reúne hoje pretende contribuir especificamente para caracterizar o desempenho e práticas da APDP quanto à responsividade em literacia em saúde e priorizar ações de melhoria.
- Este estudo envolve três momentos: atividade de reflexão, atividade de auto-avaliação, atividade de priorização. A sessão de hoje corresponde à atividade de reflexão, em que se pretende discutir e trocar ideias em torno da literacia em saúde. O que queremos é ouvir as vossas opiniões e experiências. Pedimos que participem ativamente, mas queríamos também solicitar que peçam a palavra antes de falar, para que possamos captar melhor tudo o que aqui é dito.
- Esta discussão ficará gravada, para que possamos depois analisar os dados, de forma anónima, para este estudo sobre responsividade organizacional. Mais ninguém, para além da equipa de investigação, terá acesso ao que aqui for dito, e todos os membros da equipa estão obrigados ao dever da confidencialidade. Todos os elementos que permitirem qualquer identificação no decurso da discussão, seja o nome ou qualquer outro elemento, serão eliminados ou trocados por um pseudónimo. A gravação nunca será tornada pública. Nos resultados deste estudo, poderá eventualmente ser usado um pequeno excerto do que for aqui dito para ilustrar a análise feita, mas, mais uma vez, isso será feito sempre de forma anónima e sem elementos que possam identificar qualquer participante.
- Há alguma questão que tenham sobre o estudo ou sobre a vossa participação?

- Tendo comparecido a este momento estão a reforçar o vosso consentimento para participar, mas queria, mesmo assim, esclarecer que mesmo que estejam a consentir participar agora, qualquer pessoa do grupo pode remover o seu consentimento a qualquer momento desta discussão.
-
- A atividade de reflexão encoraja a discussão sobre conceitos de literacia em saúde, necessidades de literacia em saúde dos utentes e comunidades e papel da organização na resposta a essas necessidades.
- **(1) Conceitos**
- De que falamos quando falamos de literacia em saúde?
- Hoje estamos aqui reunidos a propósito da responsividade organizacional. O que vos sugere este termo?
- **(2) Necessidades;**
- O que sabemos sobre as necessidades e recursos de literacia em saúde dos vossos utentes?
- Até que ponto consideram conhecer essas necessidades e recursos?
- **(3) Equidade;**
- Falar de literacia em saúde é também falar de equidade e de diversidade. Na vossa opinião, no dia a dia da APDP, diriam que se promove a equidade, a diversidade e cuidados centrados nos utentes? De que formas?
- **(4) Acesso a informação, serviços e programas;**
- No dia a dia da APDP, de que forma se procura facilitar o acesso a informação e serviços?
- **(5) Facilitadores e barreiras ao trabalho da organização na área da literacia em saúde.**
- Quais são os atuais impulsionadores/facilitadores externos do trabalho que aqui se faz ao nível da literacia em saúde (por exemplo, políticas, estruturas, padrões de acreditação, acordos de financiamento)?
- **Encerramento**

Anexo 5. Guião da Entrevista Semiestruturada baseada na ferramenta Org-HLR

Bom dia, o meu nome é Ana Oliveira e sou estudante do mestrado em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública. Esta entrevista enquadra-se no estudo “Responsividade Organizacional em Literacia em Saúde para a Prevenção e Controlo da Diabetes”, desenvolvido no âmbito do projeto “Health literate care for the prevention and controlo f type 2 diabetes”, que constitui um dos National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDP), uma iniciativa da OMS Europa. Este projeto resulta de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), pretendendo melhorar os serviços e cuidados prestados, considerando a literacia em saúde no desenvolvimento de intervenções. O presente estudo pretende contribuir para caracterizar o desempenho e práticas da APDP quanto à responsividade para a literacia em saúde e priorizar ações de melhoria. A Prof. Ana Rita Goes é a investigadora principal deste estudo e orienta a minha dissertação, que será desenvolvida a partir deste trabalho.

Este estudo está dividido em três momentos: uma atividade de reflexão, uma atividade de auto-avaliação e uma atividade de priorização. Esta entrevista enquadra-se na atividade de auto-avaliação, onde se pretende que a própria organização avalie a sua responsividade em literacia em saúde, considerando um conjunto de critérios e indicadores de desempenho. Esta avaliação baseia-se numa ferramenta estruturada, constituída por 6 dimensões. Por uma questão de viabilidade de trabalho, optámos por distribuir as diferentes dimensões por diferentes momentos de recolha de dados e hoje iremos focar-nos essencialmente em 4 dimensões: Liderança e cultura de apoio; Sistemas, processos e políticas de apoio; Recrutamento e formação de colaboradores; Práticas e padrões de comunicação.

Se estiver de acordo, num primeiro momento, gostaria de conversar consigo acerca das dimensões cuja avaliação ficou reservada a pessoas da organização com cargos de gestão aqui na APDP e num segundo momento, falaríamos sobre os aspetos relacionados com a comunicação.

Antes de iniciarmos, gostaria de solicitar a sua permissão para gravar esta entrevista, para posterior transcrição e análise. Saliento que todos os dados serão devidamente anonimizados no processo de transcrição e garantimos que não partilharemos, em momento algum, informação desta entrevista com a sua identificação.

Assim, gostaria de saber se tem alguma questão que queira colocar relativamente ao estudo ou à sua participação?

(1) Liderança e cultura de apoio

A primeira dimensão sobre a qual gostaríamos de conversar consigo prende-se com a liderança e cultura de apoio. Na definição de responsividade organizacional, entende-se que uma organização responsiva valoriza a inclusão, o cuidado centrado na pessoa e a equidade. Neste sentido, os gestores, líderes e decisores impulsionam e apoiam esta responsividade através da gestão financeira e de recursos, planeamento de serviços, estabelecimento de mudanças e promoção da melhoria contínua de qualidade.

Começava por convidá-la a partilhar connosco até que ponto a liderança e a cultura dentro da APDP facilitam a resposta às necessidades de literacia em saúde da população que servem, em traços mais gerais.

1. Começando pela gestão financeira, qual a sua opinião em relação à alocação de recursos financeiros para atividades de literacia em saúde, promoção da equidade e acesso a cuidados aqui na APDP?
2. Considerando a missão, visão e valores da APDP, até que ponto considera que está presente um compromisso com a equidade, diversidade e literacia em saúde?
3. No que se refere aos gestores e decisores, qual o papel que a literacia em saúde assume a nível estratégico?
4. Considerando todas as pessoas que trabalham na APDP como diria que assumem o seu papel em resposta às necessidades de literacia em saúde da população a que servem? Consegue dar-nos alguns exemplos concretos?

(2) Sistemas, Processos e Políticas de apoio,

Passando para uma outra dimensão desta ferramenta de autoavaliação, gostaria que conversássemos agora sobre os sistemas, processos e políticas que permitem o planeamento de serviços e programas, a monitorização de desempenho e a avaliação de melhoria contínua da qualidade.

Nesta área de avaliação, gostaria de lhe perguntar até que ponto os sistemas, processos e políticas da organização facilitam a responsividade em literacia em saúde.

1. Quais as práticas que adotam para identificar as necessidades de literacia em saúde dos utentes e comunidades?
2. No que diz respeito às vossas práticas de monitorização e avaliação de desempenho, qual o papel que a literacia em saúde assume?
3. Que sistemas e processos de comunicação têm em vigor para apoiar a gestão de informação e comunicação com os utentes?

(6) Recrutamento e formação de colaboradores

A próxima dimensão que gostaríamos de conversar consigo diz respeito ao recrutamento e formação de colaboradores. Assume-se que uma organização com responsiva à promoção da literacia em saúde dispõe de uma equipa apropriada e extremamente competente, constituída por profissionais com experiência, competências, conhecimentos e atitudes ajustadas às necessidades decorrentes do seu trabalho, bem como recursos de apoio à sua prática e oportunidades constantes de melhoria contínua do seu desenvolvimento profissional.

Nesta área de avaliação, gostaria que nos falasse um pouco sobre como funciona o recrutamento de profissionais e as práticas comuns de desenvolvimento profissional a organização que apoiam a responsividade em literacia em saúde.

1. Pode detalhar-nos um pouco como funciona o recrutamento e a integração de profissionais?
2. De que forma o próprio ambiente de trabalho e os recursos da organização promovem o desenvolvimento profissional dos colaboradores? Consegue dar-nos alguns exemplos?

(5) Práticas e padrões de comunicação

Finalizando com uma dimensão muito importante da responsividade organizacional em literacia em saúde que é a comunicação, assume-se que a organização com capacidade de resposta às necessidades de literacia em saúde garante que a comunicação seja ela interna, externa, escrita ou verbal é adequada, inclusiva, acessível, respeitando as necessidades e preferências dos utentes e comunidades e ainda, estratégias, técnicas ou abordagens utiliza para disponibilizar a informação em saúde.

Nesta área de avaliação, gostaríamos que nos falasse um pouco de que práticas e padrões de comunicação a organização promove para apoiar a responsividade em literacia em saúde.

1. Quais os pontos fortes?
2. Pode falar-nos de políticas, esforços e iniciativas da APDP ao nível da comunicação e educação para a saúde?
3. E no que se refere às práticas dos colaboradores ao nível da comunicação, o que destacaria?
4. Quando pensa nesta dimensão da comunicação, que desafios e oportunidades de melhoria identifica?
5. Existe uma preocupação constante da parte da organização em disponibilizar informação simplificada e de fácil acesso para os utentes, quer através da newsletter, através da revista, através dos panfletos e mesmo no contato com os profissionais de saúde. Na construção destes materiais educacionais, quais são as principais preocupações?
6. Sabemos que a comunicação organizacional é um dos pilares da promoção da literacia em saúde. Na organização existe alguma preocupação específica com o desenvolvimento de competências e práticas de comunicação para os profissionais?

FIM

Da minha parte quero agradecer imenso a vossa colaboração e disponibilidade para esta reflexão que acabou por se proporcionar. Esperamos e desejamos que o nosso estudo se revele uma mais-valia futura para a organização. Queríamos também deixar aqui uma palavra de enorme admiração pelo trabalho que desenvolvem de forma exemplar na vossa instituição.

Anexo 6. Ferramenta Org-HLR, excerto do guião disponibilizado para a atividade autoavaliação

Envolvimento da Comunidade e Parcerias

Indicadores	Avaliação	Pontos fortes	Pontos a melhorar
1 Promove a consulta à comunidade e facilita a participação dos utentes			
1.1 A organização consulta a comunidade para identificar as suas necessidades de saúde e de literacia em saúde.			
1.2 A organização apoia os utentes a serem ativos e a tomarem decisões sobre a sua própria saúde e bem-estar.			
1.3 A organização envolve os utentes e comunidades em todos os aspetos do planeamento de serviços e programas.			
1.4 A organização envolve pessoas da comunidade em atividades de promoção da saúde, educação para a saúde e desenvolvimento comunitário.			
1.5 A organização envolve os utentes e comunidades no desenvolvimento e teste de meios de comunicação para garantir que são adequados e fáceis de compreender pela audiência alvo.			
1.6 A organização envolve os utentes e a comunidade na avaliação dos serviços e programas.			
2 Trabalha em parceria com outras organizações			
2.1 A organização trabalha em colaboração com parceiros no desenvolvimento de serviços, programas, materiais e processos de encaminhamento.			

2.2 A organização consulta organizações de referência e especializadas para o desenvolvimento de programas, serviços e recursos (incluindo organizações específicas da população, por exemplo associações de doentes).

2.3 A organização procura colaborar com organizações de grupos diversos e vulneráveis no desenvolvimento de programas, serviços e recursos.

2.4 A organização envolve-se com serviços fora do setor da saúde, como habitação, educação e emprego, para garantir que os fatores sociais que afetam a saúde dos utentes/comunidades são abordados.

2.5 A organização trabalha em parceria com universidades para realizar investigação sobre literacia em saúde e atividades de melhoria dos serviços de saúde.

Anexo 7. Lista de materiais educativos utilizados para a análise documental:

Diabetes Tipo 1	Sábados Desportivos	Insulinoterapia na Diabetes Tipo 2
Diabetes Tipo 2	Cuidados em Viagem	Antidiabéticos Injetáveis
Mais Vale Prevenir Que Vais Viajar? Remediar		Glucagen
Alimentação e Diabetes	A Diabetes e a Gravidez, Cuidados Pré-Concecionais	Hipoglicemia - Adultos
Atividade Física e Diabetes Tipo 1	Insulinoterapia	Hipoglicemia – Crianças e Jovens
Exercício Físico Para Todas as Idades	Início da Insulinoterapia	Cuide dos pés
Dias de Doença – Crianças e Jovens	Corpos Cetónicos	Tratar a Diabetes Não é Só Controlar a Glicemia
Dias de Doença - Adultos	Hemoglobina A1C	Monitorização da glicose
Diabetes e Tensão Arterial	Corpos Cetónicos - Adultos	Corpos Cetónicos – Crianças e Jovens

(107)

Todos estes folhetos estão disponíveis no site da APDP (<https://apdp.pt/diabetes/material-educacional/>), embora, no horizonte temporal em que decorreu o estudo, alguns deles já tenham sido renovados.

Anexo 8. Resultados da Aplicação da ferramenta CCI na análise documental

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Soma	12	13	14	Soma	15	16	17	Soma	18	19	20	Soma	Pontuação	
Identificação do objeto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Soma	12	13	14	Soma	15	16	17	Soma	18	19	20 <td>Soma</td> <td>Pontuação</td> <td></td>	Soma	Pontuação	
1 Alimento(s) Sólido(s), Crescimento Sólido(s)	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	7	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
2 Antituberculoso, Injetáveis	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	5	1	1	0	2	2	2	2	0	2	2	2	0	10,4-47,142%	71,42%
3 Atividade física e Diabetes tipo 1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	6	1	1	1	3	1	0	1	2	1	1	3	9	16,20-50%	80%
4 Comprimidos e Diabetes tipo 1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	5	18,0-54,24%	95%	
5 Comprimidos e Diabetes tipo 1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	5	11,4-75,57%	84%	
6 Comprimidos e Diabetes tipo 1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
7 Comprimidos e Diabetes tipo 1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
8 Cuidados em enfermagem	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
9 Cuidados em enfermagem	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
10 Diabetes e Diabetes tipo 1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
11 Diabetes e Diabetes tipo 1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	6	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	8,16-50%	50,00%
12 Diabetes Tipo 1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,14-44,08%	64,08%
13 Diabetes Tipo 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
14 Diabetes Tipo 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
15 Diabetes Tipo 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
16 Diabetes Tipo 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
17 Diabetes Tipo 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
18 Diabetes Tipo 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
19 Hemoglobina A1C	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
20 Hemoglobina - autores	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
21 Hemoglobina - autores	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	12,4-46,81%	85,71%
22 Início de Insulinoterapia	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	8,14-57,14%	57,14%
23 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	10,17-58,82%	58,82%
24 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
25 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
26 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
27 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
28 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
29 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
30 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
31 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
32 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
33 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
34 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
35 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
36 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
37 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
38 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
39 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
40 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
41 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
42 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
43 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
44 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
45 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
46 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
47 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
48 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
49 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
50 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
51 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
52 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
53 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
54 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
55 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
56 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
57 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
58 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
59 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
60 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
61 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
62 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
63 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	57,14%	57,14%
64 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	0	9,11-45,45%	45,45%
65 Insulinoterapia em Diabetes tipo 2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	1	1	3	2									

0 – Não obteve pontuação; 1- Foi classificado com a pontuação de 1; 2 – Não respondido; 3 – Não aplicável

