

O papel e o contributo dos Gabinetes de Comunicação nas Unidades Locais de Saúde para a Literacia em Saúde em Portugal

Carla Susana da Silva Pinheiro Fantasia

Tese para obtenção do Grau de Doutor em

Ciências da Comunicação

(3^o ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Joaquim Paulo Mateus Serra

Coorientadora: Prof.^a Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves

Torrado da Silva

maio 2024

Folha em branco

Júri:

Prof. André Barata Nascimento

Prof. Doutor Joaquim Paulo Mateus Serra

Prof.^a Doutora Anabela Maria Gradim Alves

Prof.^a Doutora Carla Susana Moiteiro Ganito

Prof.^a Doutora Gisela Marques Pereira Gonçalves

Prof.^a Doutora Teresa Augusta Ruão Correia Gonçalves

Prof.^a Doutora Ivone Marília Carinhas Ferreira

Provas públicas realizadas a 3 de maio de 2024

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, **Carla Susana da Silva Pinheiro Fantasia**, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição D 2742 de Ciências da Comunicação da Faculdade de Artes e Letras, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 19 /10/2023

Assinado por: CARLA SUSANA DA SILVA PINHEIRO
FANTASIA
Data: 2023.10.19 16:47:24+01'00'



Folha em branco

Dedicatória

Às minhas filhas, Ana Beatriz e Leonor Afonso. Que este seja um incentivo para que nunca parem de crescer em conhecimento e valores. Foi isto que herdei, é este o legado que pretendo deixar.

Folha em branco

Agradecimentos

Alguém disse um dia que a gratidão é o maior tesouro dos humildes. É com a maior humildade que neste momento agradeço toda a cooperação relevante à implementação deste estudo, a instituições, colegas, professores e família.

Os primeiros agradecimentos dirigem-se ao meu Orientador Professor Doutor Joaquim Paulo Serra (Faculdade de Artes e Letras da Universidade da Beira Interior) e à Coorientadora Professora Doutora Rita Espanha (ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa) por todo o apoio e dedicação ao longo do desenvolvimento da tese. Não poderia também deixar de agradecer ao Mestre Pedro Pinto (Professor do Instituto Politécnico da Guarda) e à Engenheira Telma Estrela (Técnica Superior Especialista de Informática) por acreditarem neste projeto desde a primeira hora e pelos contributos na análise das redes sociais e sites institucionais.

À Doutora Isabel Coelho e ao Eng. João Pedro Barranca, na qualidade de meus superiores hierárquicos e Presidentes do Conselho de Administração da ULS da Guarda, em diferentes momentos, e que sempre me incentivaram para investir neste meu projeto pessoal. A todos os elementos do Conselho de Administração da ULS da Guarda, que me apoiaram incondicionalmente neste passo que tanto contribuirá para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Aos colegas e amigos Aida Nunes, Carla Figueiredo, Elsa Marmelo, Ana Catarina Gonçalves e Luis Domingos que nunca me deixaram desistir!

Por fim, elevo a público uma palavra de consideração a pessoas muito importantes em todo o meu percurso académico, pelo apoio incondicional: a minha família.

À Elisabete, a minha prima “irmã”, por todas as sugestões, correções e contributos.

À minha mãe, padrasto, irmão e cunhada, que acreditaram sempre.

Ao meu marido José Carlos e às minhas filhas, Ana Beatriz e Leonor Afonso, pela compreensão e incentivo permanentes.

Folha em branco

Resumo

A Comunicação em Saúde tem assumido especial relevância nos últimos anos. Apesar do vínculo entre estas duas áreas ser relativamente recente, o campo das Ciências da Comunicação tem vindo a assumir um papel cada vez mais preponderante na área da saúde. A Comunicação devidamente estruturada é uma necessidade pertinente para qualquer Unidade de Saúde. Mais se justifica em Unidades Locais de Saúde (ULS), que agregam diferentes cuidados de saúde: preventiva, cuidados diferenciados e Saúde Pública.

“O papel e o contributo dos Gabinetes de Comunicação nas Unidades Locais de Saúde para a Literacia em Saúde em Portugal” foi o tema que escolhemos, dada a sua pertinência e atualidade. Qual o papel e contributo dos Gabinetes de Comunicação das Unidades Locais de Saúde nas estruturas em que se inserem? Foi esta a nossa pergunta de partida para esta investigação, levada a efeito em pleno ano de pandemia pela Covid 19. Mais concretamente, esta Tese teve como objetivos alcançar uma maior compreensão sobre a relevância dos Gabinetes de Comunicação nas Unidades Locais de Saúde, identificar o contributo destes serviços junto da população e compreender o seu papel para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Atendendo à natureza do fenómeno a estudar, este trabalho utilizou um desenho de características não-experimentais e organizou-se como um estudo de casos múltiplos, com um design do Tipo IV. Na sequência de autores como Ragin (1992), consideramos o estudo de casos múltiplos como um método comparativo, dado que a estratégia utilizada permite observar padrões similares e diferenciadores e criar linhas de convergência e divergência entre um número moderado de casos.

A principal conclusão que tiramos do presente estudo é que a comunicação é inseparável do relacionamento humano e tornou-se essencial e necessária quando falamos na estratégia organizacional numa unidade de saúde ou em qualquer outra estrutura.

Pretende-se que este estudo ajude a perceber o papel que os Gabinetes de Comunicação têm nas Unidades Locais de Saúde e, de modo mais geral, na comunicação em saúde em Portugal.

Este estudo torna-se pertinente tendo em conta a atualidade do mesmo e a necessidade da avaliação do papel dos Gabinetes de Comunicação não somente nos resultados das ULS, mas em todas as entidades de saúde

Concluimos também que a Literacia em Saúde é fundamental. Utentes bem informados são utentes mais prevenidos e que podem exigir mais das Unidades de Saúde. Por outro lado, estas Unidades têm também de estar mais atentas e atualizadas para dar uma resposta eficiente aos utentes.

Palavras-chave

Gabinetes de Comunicação; Unidades Locais de Saúde; Literacia em saúde; Pandemia; Comunicação Estratégica

Abstract

Health Communication has assumed special relevance in recent years. Despite the link between these two areas being relatively recent, the field of Communication Sciences has been assuming an increasingly preponderant role in the health area. Properly structured Communication is a relevant need for any Health Unit. It is more justified in Local Health Units (ULS), which add different health care: preventive, differentiated care and Public Health.

“The role and contribution of Communication Offices in Local Health Units for Health Literacy in Portugal” was the theme we chose, given its relevance and timeliness. What is the role and contribution of the Communication Offices of Local Health Units in the structures in which they operate? This was our starting question for this investigation, carried out in the middle of the year of the Covid 19 pandemic. More specifically, this Thesis aimed to achieve a greater understanding of the relevance of Communication Offices in Local Health Units, to identify the contribution of these services to the population and understand their role in promoting health and preventing disease.

Research methods are a way to arrive at knowledge. In this investigation we used a quantitative methodology, using a set of statistical analyses.

Given the nature of the phenomenon to be studied, the present study presents a design with non-experimental characteristics and is organized as a study of multiple cases, with a Type IV design, whose characterization will be presented in the second chapter of the theses. Ragin (1992) considers the study of multiple cases as a comparative method, given that the strategy used allows observing similar and differentiating patterns and creating lines of convergence and divergence between a moderate number of cases.

The main conclusion we draw from this study is that communication is inseparable from human relationships and has become essential and necessary when we talk about organizational strategy in a health unit or any other structure.

It is intended that this study helps to understand the role that Communication Offices have in Local Health Units and, more generally, in health communication in Portugal.

This study becomes relevant considering its relevance and the need to evaluate the role of the Communication Offices not only in the results of the ULS, but in all health entities.

We also concluded that Health Literacy is fundamental. Well-informed users are more forewarned users who can demand more from the Health Units. On the other hand, these Units also have to be more attentive and up to date to provide an efficient response to users.

Keywords

Communication Offices; Local Health Units; health literacy; pandemic; Strategic
Communication

Conteúdo

Introdução	1
Capítulo 1 - Literacia em Saúde e Comunicação	9
1.1 - Literacia em Saúde	9
1.2. Comunicação em Saúde	15
1.3 - As Novas Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde	23
1.4 - Desafios da Comunicação em Saúde	25
Capítulo 2 - Comunicação Organizacional na Área da Saúde	27
2.1 – Comunicação Organizacional.....	27
2.1.1 - Comunicação Interna	30
2.1.2 - Comunicação Externa	33
2.2 - Comunicação Estratégica.....	34
2.3 - Barreiras à Comunicação.....	36
2.4 - Identidade Corporativa (organizacional).....	37
2.5 - Cultura Organizacional.....	38
Capítulo 3 - Unidades Locais de Saúde e os Gabinetes de Comunicação ...	43
3.1 - Caracterização das Unidades Locais de Saúde.....	43
3.1.1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos	44
3.1.2 - Unidade Local de Saúde Norte Alentejano.....	47
3.1.3 - Unidade Local de Saúde Alto Minho	48
3.1.4 - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.....	52
3.1.5 - Unidade Local de Saúde da Guarda	55
3.1.6 - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	57
3.1.7 - Unidade Local de Saúde do Nordeste	61
3.1.8 - Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano.....	63
3.2 - Os Gabinetes de Comunicação das ULS.....	69
3.2.1 - Importância do Gabinete de Comunicação nas Instituições de Saúde	71
3.2.2 - Os Gabinetes de Comunicação em tempo de Covid-19.....	72
3.2.3 Importância dos Websites Institucionais e Redes Sociais para os Gabinetes de Comunicação das ULS	74
Capítulo 4 - Metodologia e Desenho da Investigação	79
4.1 - Desenho do Estudo, Questão de Pesquisa e Objetivos	82
4.2 - Participantes, Procedimentos e Técnicas de Recolha de Dados	84

4.2.1 - Questionário aos Presidentes dos Conselhos de Administração das ULS.....	86
4.2.2 - Questionário para os Gabinetes das ULS.....	87
4.2.3 - Grelha de Análise dos <i>Websites</i> Institucionais.....	87
4.2.4 - Análise das Redes Sociais online	88
4.2.5 – Questionários aos utentes das ULS	89
4.3. Considerações Éticas	90
Capítulo 5 - Análise e Discussão de Resultados.....	91
5.1 - A Comunicação das ULS na Internet	91
5.1.1 - A presença nas Redes Sociais online	91
5.2 - Avaliação dos Websites Institucionais	93
5.3- Questionário aos Responsáveis das ULS.....	96
5.4 - Questionário aos Utesntes.....	109
Capítulo 6 - Conclusão.....	125
6.1 Limitações do Estudo.....	127
6.2 Contributos para a Prática.....	128
Bibliografia	130
Anexos	145
Anexo I.....	147
Anexo II	149
Anexo III	151
Anexo IV.....	152
Anexo V	153
Anexo VI.....	156
Anexo VII.....	161
Anexo IX	171

Lista de Figuras

Figura 1 - Literacia em Saúde no Ciclo de Vida.....	12
Figura 2 - Contexto de intervenção e objetivos estratégicos.....	13
Figura 3 - Área de abrangência da ULS de Matosinhos.....	46
Figura 4 - Área de abrangência da ULS do Norte Alentejano.....	48
Figura 5 - Área de Abrangência da ULS de Alto Minho.....	50
Figura 6 - Área de Abrangência do Baixo Alentejo.....	53
Figura 7 - Área de Abrangência da ULS da Guarda.....	55
Figura 8 - Área de abrangência da ULS de Castelo Branco.....	58
Figura 9 - Área de Abrangência da ULS do Nordeste.....	62
Figura 10 - Área de abrangência do Litoral Alentejano.....	64
Figura 11 - Representação Gráfica do Protocolo de Pesquisa (Estudo de Casos Múltiplos.....	83

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Classificação da Literacia	14
Tabela 2 - Princípios de Estratégia Comunicacional para a saúde.....	20
Tabela 3 - Posicionamento dos Gabinetes de Comunicação nas instituições.....	71
Tabela 4 - Avaliação das redes sociais da ULSG	91
Tabela 5 - Tempo de Carregamento do Site	94
Tabela 6 - Aparência do website e funcionalidade	94
Tabela 7 - Estrutura e navegação	95
Tabela 8 - Conteúdo.....	96
Tabela 9 - Objetivos globais dos websites.....	96
Tabela 10 - Habilitações Académicas dos responsáveis dos Gabinetes de Comunicação	98
Tabela 11 - Tabela faixas etárias dos inquiridos.....	110
Tabela 12 - Sexo dos inquiridos	111
Tabela 13 - Atividade profissional dos inquiridos	113
Tabela 14 - Habilitações literárias dos inquiridos	115
Tabela 15 - Avaliação dos conteúdos pelos inquiridos.....	117
Tabela 16 - Avaliação da qualidade dos Gabinetes de Comunicação das ULS	119
Tabela 17 - Avaliação da qualidade do GCI das ULS durante a pandemia.....	121
Tabela 18 - Avaliação da comunicação das ULS	122

Folha em branco

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos inquiridos por idades	111
Gráfico 2 - Distribuição dos inquiridos por sexo	112
Gráfico 3 - Distribuição de Inquiridos por Atividade Profissional.....	115
Gráfico 4 - Distribuição dos Inquiridos por Habilitações Literárias	116
Gráfico 5 - Conhecimento das atividades hospitalares.....	117
Gráfico 6 - Avaliação da Qualidade dos Contributos.....	118
Gráfico 7 - Informação mais pesquisada no site	118
Gráfico 8 - Redes Sociais mais utilizadas	119
Gráfico 9 - Avaliação do trabalho do Gabinete de Comunicação e Imagem.....	120
Gráfico 10 - Avaliação do trabalho do Gabinete de Comunicação e Imagem durante a pandemia	121
Gráfico 11 - Avaliação do trabalho do Comunicação na instituição.....	122

Folha em branco

Lista de Acrónimos

ACSS	Administração Central de Sistema se Saúde
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACESBIS	Agrupamentos de Centros de Saúde Beira Interior Sul
ACESPIS	Agrupamentos de Centros de Saúde Pinhal Interior Sul
ADRC	Atendimento de Doentes Respiratórios na Comunidade
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSN	Administração regional de Saúde do Norte
CA	Conselho de Administração
CAD	Centro de Aconselhamento e Detecção
CDP	Centro de Diagnostico Pneumológico
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa de Coordenação Local
ECSCP	Equipas Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EIHSCP	Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em cuidados Paliativos
EIP	Entidade de Interesse Publico
EPE	Entidade Publica Empresarial
ERPI	Estruturas Residenciais para Idosos
DACESBA	Departamento de Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo
DGS	Direção Geral de Saúde
GC	Gabinete de Comunicação
GCI	Gabinete de Comunicação e Imagem
HAL	Hospital Amato Lusitano
HCB	Hospital de Conde Bertiandos
HLS-EU	Health Literacy Survey European Union
HNSA	Hospital Nossa Senhora Assunção
HPH	Hospital Pedro Hispano
HSL	Hospital Santa Luzia
HSM	Hospital Sousa Martins
HTML	Hyper Text Markup Language
IEFP	Instituto de Emprego e Formação Profissional
ILS-PT	Inquérito Sobre Literacia em Saúde em Portugal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Medica

IPCB	Instituto Politécnico de Castelo Branco
LS	Literacia em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
MGF	Medicina Geral Familiar
MS	Ministério da Saúde
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais Estatísticas
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência Antimicrobianos
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SASU	Serviço de Atendimento Situações Urgentes
SF	Sanidade de Fronteiras
SIV	Suporte Imediato de Vida
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SNS	Serviço nacional de Saúde
TIC	Tecnologias da Informação e da Comunicação
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULGA	Unidade Local de Saúde do Acesso
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSBA	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
ULSCB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
ULSG	Unidade Local de Saúde da Guarda
ULSLA	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
ULSN	Unidade Local de Saúde do Nordeste
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USF Beira Saúde	Unidade de Saúde Familiar Beira Saúde
USP	Unidade de Saúde Pública
VMER	Viatura Medica de Emergência e Reanimação
VPN	Virtual Private Network

Introdução

A Comunicação em Saúde tem assumido especial relevância nos últimos anos. Apesar do vínculo entre estas duas áreas ser relativamente recente, o campo das Ciências da Comunicação tem vindo a assumir um papel cada vez mais preponderante na área da saúde.

De acordo com Espanha (2009), Comunicação em Saúde é um campo de análise que faz a interface entre comunicação e saúde e que tem vindo a ser progressivamente reconhecido como elemento necessário para melhorar a saúde tanto pessoal como pública. Defende a mesma autora que a Comunicação em Saúde pode ter efeitos em aspetos distintos tais como prevenção da doença e promoção da saúde.

Os avanços nos meios de comunicação trouxeram uma melhoria do acesso à informação em saúde e conseqüente crescimento do interesse por este tema (Alpuim, 2015). “A comunicação é a força vital de qualquer organização: é o meio pelo qual grandes e pequenas empresas têm acesso aos recursos vitais de que precisam para operar” (Riel & Fombrun, 2007, p. 1).

A comunicação devidamente estruturada é, assim, uma necessidade pertinente para qualquer Unidade de Saúde. Riel e Fombrun (2007) defendem que é através da comunicação que a organização adquire os recursos primários necessários (como capital, trabalho e matérias-primas) e acumula valiosos stocks de recursos secundários (como “legitimidade” e “reputação”) que lhe permitem operar.

Nas Unidades Locais de Saúde (ULS), por agregarem diferentes cuidados de saúde preventiva, cuidados diferenciados e Saúde Pública, justifica-se uma comunicação convenientemente estruturada.

As Unidades Locais de Saúde têm um papel fundamental nas regiões em que estão inseridas. São normalmente grandes empregadores, tendo grande peso na economia da região em que se situam. São essenciais para a fixação de famílias jovens, já que a existência de bons cuidados de saúde pode ser determinante para atrair população para uma determinada região.

Nesta investigação, a comunicação nas Unidades Locais de Saúde é vista como serviço público, uma forma de mostrar transparência, responsabilidade e notoriedade.

Segundo Alpuim (2015), é através dos gabinetes de comunicação que estas instituições se aproximam não só dos utentes, fornecedores, comunicação social, futuros profissionais de saúde ou investigadores, mas também do público interno, como funcionários da unidade, médicos, enfermeiros, técnicos, estagiários e investigadores. É, por isso, essencial que o

público esteja familiarizado ou preparado para receber a informação que é comunicada por instituições de saúde.

O planeamento estratégico ao nível comunicacional é essencial para a sobrevivência de qualquer instituição de saúde, assegurando uma visão estratégica e global.

Os Planos Estratégicos de Comunicação Específicos para cada Unidade de Saúde devem ir ao encontro das especificidades que cada Unidade de Saúde possui. A localização geográfica de cada instituição poderá ser um fator importante a ter em conta aquando da sua diferenciação.

Atualmente, a imagem de uma instituição alicerça-se nas múltiplas iniciativas de comunicação realizadas pelo seu gabinete ou pessoal. Estas atividades ainda são, em grande parte, a criação de textos para o website institucional, a publicação nas redes sociais e a organização de eventos (Granado & Malheiros, 2015).

“Sem comunicação, não pode haver organização, gestão, cooperação, motivação” (Cunha, *et al.*, 2007, p. 354, citado por Devesa, 2017). Uma forte comunicação interna deve ser a chave para que um projeto seja bem-sucedido, entendido e assimilado enquanto valor cultural da organização. A comunicação interna tende a ser subvalorizada (Haswani, 2009; Nogueira, 2001), mas é fundamental ter em conta que, em contextos de comunicação em instituições, a comunicação externa depende em muito da interna (Haswani, 2009). A comunicação interna deverá ser compreendida como “o padrão de mensagens partilhadas entre os membros de uma organização, cumprindo necessidades de interação humana, desenvolvimento de tarefas e a coordenação de objetivos” (Ruão, 2016, p. 49), enquanto isso devemos compreender a comunicação externa como o “conjunto de atos de comunicação que promove a relação entre a organização e o mundo exterior” (Ruão, 2016, p. 52). As estratégias destes dois tipos de comunicação devem ser realizadas pelo “gabinete de comunicação responsável, tendo em conta o planeamento estratégico e a decisão da direção” (Santos, 2012, p. 15).

“O papel e o contributo dos Gabinetes de Comunicação nas Unidades Locais de Saúde para a Literacia em Saúde em Portugal” foi o tema escolhido para esta pesquisa, dada a sua atualidade e pertinência.

Qual o papel e contributo dos Gabinetes de Comunicação das Unidades Locais de Saúde nas estruturas em que se inserem? Foi esta a questão norteadora nesta investigação, iniciada em pleno ano de pandemia da Covid 19.

No sentido de responder à questão de pesquisa, definiram-se os seguintes objetivos:

- Identificar a perceção que os Conselhos de Administração das diferentes ULS têm dos Gabinetes de Comunicação, enquanto promotores da Literacia em Saúde;

- Analisar as estratégias de comunicação desenhadas pelo Conselho de Administração e pelos Gabinetes de Comunicação e perceber se as mesmas respondem aos objetivos da organização;
- Perceber qual a autonomia editorial dos coordenadores/ responsáveis pelos Gabinetes de Comunicação das ULS;
- Verificar que conhecimento tem o Órgão de Tutela do trabalho dos Gabinetes de Comunicação nas Unidades Locais de Saúde;
- Avaliar o desempenho dos Gabinetes de Comunicação durante a pandemia da Covid 19.

A forma e os meios utilizados para a promoção da literacia em saúde através dos Gabinetes de Comunicação das Unidades Locais de Saúde foram também aspetos tidos em linha de conta na investigação, por agregarem diferentes níveis de cuidados que passam pelas vertentes preventiva, diferenciada e de saúde pública, “tendo esta como característica essencial o estudo e a solução dos problemas que interessam à saúde dos indivíduos integrados no meio em que vivem” (Ferreira, 1963, citado por Almeida, 2010, p.81).

A escolha deste domínio de investigação também partiu da nossa experiência profissional, que constitui a principal fonte de interrogações sobre a importância da comunicação em saúde para as instituições, para os ganhos em saúde, para a melhoria contínua organizacional.

Atendendo à natureza do fenómeno a estudar, o presente estudo utilizou um desenho de características não-experimentais, organizando-se como um estudo de casos múltiplos, com um design do Tipo IV. Foi utilizada a metodologia de *cross case*, permitindo a comparabilidade de casos em relação aos padrões de semelhanças e diferenças, admitindo analogias, bem como inferências e generalizações, ainda que condicionais.

Para dar suporte a uma discussão de resultados mais ampla foram utilizadas diferentes formas de recolha de dados: questionários dirigidos às estruturas envolvidas no estudo e grelhas de observação de *websites* e redes sociais.

Como principais resultados destacam-se a semelhança da comunicação nas diferentes Unidades Locais de Saúde. Todas as Unidades utilizam os mesmos canais para chegar ao público-alvo, havendo uma grande aposta, por parte de todas elas, nos suportes digitais.

O e-mail, na comunicação interna e as redes sociais, na comunicação externa, parecem ser os meios que suportam a comunicação de cada instituição. São meios efetivamente rápidos e que chegam a uma imensidão de recetores em poucos segundos.

A pandemia e a necessidade de comunicarmos à distância obrigou as organizações a otimizar os processos de comunicação interna e externa e, conseqüentemente, levou a que todos os colaboradores desenvolvessem novas competências digitais.

O estudo está organizado sequencialmente pelo enquadramento teórico, que serve de suporte científico à temática estudada; pela metodologia, que define a pesquisa em termos operacionais e pelo estudo empírico, onde se apresentam e analisam os dados e se discutem os resultados e, finalmente, pela conclusão onde se incorporam o enunciado de alguns limites e sugestões e uma reflexão pessoal sobre os contributos para a prática.

Na primeira parte do estudo é feito o enquadramento teórico da temática abordada. Dividimos esta parte em três capítulos distintos.

No primeiro capítulo definimos o que é a Literacia em Saúde de uma forma sucinta e a importância desta numa comunidade.

Tomamos como definição base a utilizada pela OMS, que a define como “as competências cognitivas, sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e usarem essa informação de forma que promovam e mantenham a boa saúde” (World Health Organization, 1998, p. 10).

Neste capítulo, classificamos ainda a Literacia em Saúde recorrendo a diferentes autores. Assim, a Literacia pode ser: Funcional, Interativa, Crítica, Mediática, Fundamental, Científica, Cívica e Cultural. Cada tipologia define as diferentes formas de Literacia em Saúde.

No segundo ponto deste capítulo definimos comunicação em saúde, a permuta de ideias e objetivos de saúde com a comunidade. Neste ponto realçamos a comunicação escrita, oral e não-verbal, gestos ou outros sinais que completem ou substituam a comunicação verbal.

No ponto seguinte, destacam-se as incontornáveis novas tecnologias da informação e a comunicação em saúde. Estes meios de partilha de informação são indispensáveis nos dias que correm. Os cidadãos estão hoje mais preparados e informados e são pessoas mais esclarecidas, que exigem muito mais dos serviços públicos, nomeadamente dos serviços de saúde.

A comunicação em saúde é atualmente um desafio constante para os órgãos dirigentes de uma Unidade de Saúde.

Dedicámos o segundo capítulo à abordagem da Comunicação Organizacional na área da Saúde. A comunicação em saúde constitui uma estratégia chave para manutenção de profissionais, credibilização da marca e preservação do cidadão, cliente da instituição.

Uma comunicação eficiente e estratégica reduz a incerteza, reduz fontes de conflito, gera compromisso e permite aos membros da organização trabalhar à vontade e desenvolver as suas habilidades.

Abordamos a comunicação interna, que começou recentemente a ser vista, nos cuidados de saúde, como uma ferramenta de gestão que melhora o ambiente de trabalho e facilita o serviço diário. Abordamos também a comunicação externa, que compreende diversos tipos de ações, sendo as mais significativas na estratégia de uma empresa as dirigidas para o público externo, clientes, concorrência, fornecedores, parceiros e mercado global.

As estratégias de comunicação e marketing têm vindo a ganhar cada vez mais importância em todas as empresas e as do sector da saúde não são exceção.

Na comunicação estratégica incluem-se diferentes áreas, como as relações-públicas, a publicidade, o marketing, entre outras disciplinas.

Existem, no entanto, múltiplas barreiras para uma comunicação eficaz. Nesta investigação focamo-nos em dez dessas barreiras.

A identidade corporativa é a soma de características que uma empresa possui e que a torna única e irrepetível. É o conjunto dessas características que distinguem uma organização de outras. A filosofia corporativa representa a conceção global da organização estabelecida pela gestão de topo para atingir as metas e objetivos. Já a cultura corporativa representa o conjunto de crenças, valores e padrões de comportamento compartilhados e não escritos.

A análise da cultura organizacional tem uma fundamental importância na organização, pois permite aos gestores benefícios como a absorção dos valores da organização e a participação de modo ativo na execução das ações.

A cultura organizacional é a forma como os membros de uma empresa agem, originada por um conjunto de crenças e valores compartilhados.

Todas as organizações precisam estabelecer objetivos para os atingirem e partilhá-los com todos os colaboradores.

O terceiro capítulo desta investigação foca-se na caracterização das Unidades Locais de Saúde e dos Gabinetes de Comunicação que estas possuem. Procuramos perceber como é constituída cada Unidade Local de saúde, os serviços que cada uma presta à população que serve.

As Unidades Locais de Saúde são entidades que prestam cuidados de saúde integrados, ou seja, estas unidades prestam cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população.

Nesta investigação focamo-nos nas Unidades Locais de Saúde de Matosinhos, Norte Alentejo, Alto Minho, Baixo Alentejo, Guarda, Castelo Branco, Nordeste e Litoral Alentejano.

Neste capítulo apresentamos ainda os organogramas das oito ULS que investigámos, dando enfoque ao posicionamento dos Gabinetes de Comunicação nas instituições em que se inserem.

Na tabela que apresentamos é possível verificar que em todas as instituições os Gabinetes de Comunicação não possuem chefias intermédias, reportam diretamente ao Conselho de Administração.

A pandemia pela Covid 19 veio revelar a importância da comunicação em todas as áreas, sobretudo na saúde. As redes sociais e todas as comunicações à distância passaram a ser utilizadas por todos, mesmo por aqueles que no seu dia-a-dia mal as utilizam.

Pelo que, também, os Gabinetes de Comunicação das instituições de saúde tiveram um papel preponderante na partilha da informação junto dos profissionais e dos utentes.

Na segunda parte desta investigação focámo-nos no estudo empírico, através da observação direta do objeto de estudo e nas evidências que decorreram da investigação. A escolha dos métodos e técnicas constituiu uma etapa relevante no processo de investigação. Aquele que operacionalizámos é uma estratégia para responder à questão a que desejamos responder.

Esta investigação apresenta um desenho de pesquisa de características não experimentais e organiza-se como um estudo de casos múltiplos.

Foi utilizada a metodologia de *cross case*, que corresponde a um método de pesquisa aplicado sempre que os casos possam ser comparáveis em relação aos padrões de semelhanças e diferenças, permitindo analogias, bem como fazer inferências e generalizações, ainda que condicionais.

No contexto deste estudo de casos múltiplos, foi utilizado um critério único de inclusão envolvendo todas as Unidades Locais de Saúde. Os participantes são os Gabinetes de Comunicação, representados pelos seus responsáveis.

Foi também aplicado um questionário, de construção própria, aos Conselhos de Administração das ULS, com o objetivo de compreender que importância atribuem estes aos Gabinetes de Comunicação.

Neste capítulo evidenciamos ainda a aplicação da grelha de análises dos websites institucionais e das redes sociais.

Para terminar, no último capítulo desta investigação analisamos e discutimos os resultados obtidos. Apresentamos os resultados da avaliação das redes sociais e websites, feita com o recurso a tabelas elaboradas e preenchidas com a ajuda de especialistas na área de informática. Apresentamos também os resultados dos questionários feitos aos responsáveis das ULS, aos responsáveis dos Gabinetes de Comunicação e aos utentes.

A tese encerra com a enunciação das principais conclusões da investigação, incluindo algumas das limitações do estudo e contributos para a prática. No que se refere às limitações, desde logo, a própria pandemia inviabilizou a forma original prevista para a colheita de dados. Não foi possível efetuar entrevistas presenciais e as respostas obtidas demoraram muito mais tempo do que o previsto. As próprias reuniões/orientações na condução da investigação ficaram limitadas a videochamadas. A pandemia alterou tudo. A forma de investigar, de desenvolver estudos passou a ser mais impessoal.

Folha em branco

Capítulo 1 - Literacia em Saúde e Comunicação

A literacia em saúde (LS) tem sido uma área de pesquisa científica que tem despertado elevado interesse em diversos investigadores, que nos têm elucidado em relação à sua importância, ao predomínio de uma LS limitada na população e as suas consequências nos comportamentos, no conhecimento ou nos ganhos e custos na saúde (Baker, 2006).

Marques (2015) evidenciou diferentes autores para encontrar a origem da terminologia "literacia em saúde". De acordo com o autor, o termo "literacia em saúde" foi introduzido na década de 70 do século XX por Scott Simonds (1974). Marques (2015) menciona Ratzan (2001), para justificar que o uso do termo LS foi feito num contexto muito diferente comparativamente ao atual, e acrescenta que Simonds utilizou-o na argumentação de um caso de educação para a saúde em contexto escolar, afirmando que seria possível aos alunos possuírem literacia em áreas distintas como história ou ciência, bem como na saúde (Tones, 2002). Na última década, a LS adquiriu um significado técnico mais limitado, mas de crescente importância na saúde pública e cuidados de saúde. De acordo com Sørensen (2012), o conceito tem evoluído no sentido da ligação com a capacidade individual de cada um de nós para responder às crescentes exigências da saúde, na sociedade moderna. Nos anos 90 do século XX o termo foi definido nos Estados Unidos da América como sendo uma constelação de aptidões, incluindo as capacidades de leitura e escrita, bem como de matemática, que tornem possível funcionar num ambiente de cuidados de saúde. Segundo a mesma fonte, os pacientes com LS adequada são capazes de ler, compreender e agir perante a informação na saúde (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association, 1999). Mas outras definições mais abrangentes foram surgindo, realçando a importância da capacidade de obter, processar e compreender a informação relacionada com a saúde de forma a ser possível a melhor tomada de decisão e a consequente melhoria da saúde (Frisch, 2011).

De acordo com o relatório síntese de Literacia em Saúde em Portugal (2015, p.5),

(...) a literacia em saúde condiciona a forma como cada um de nós é capaz de tomar decisões acertadas sobre saúde. Afeta, por isso, não apenas a nossa qualidade de vida e daqueles que nos são próximos e que dependem de nós (como as crianças ou os idosos), mas pode ter também implicações nas despesas e custos de saúde, e nas formas de organização dos sistemas de saúde nacionais.

1.1 - Literacia em Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) define literacia em saúde como o conjunto de "competências cognitivas, sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a

compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde”. É a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político; possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades (<https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/11/15/estrategia-nacional-para-a-literacia-em-saude/>, 19 de março 2022).

A literacia em saúde remete para as competências e conhecimentos dos indivíduos necessários para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação sobre saúde, que lhes permita tomar decisões sobre cuidados de saúde, prevenção da doença, promoção da saúde e bem-estar.

Falar de saúde na sociedade atual é não esquecer que a educação é um pilar fundamental na sua promoção e na prevenção da doença (Nutbeam, 2000), tentando procurar uma união e coordenação entre todos os envolvidos, como governo, setor da saúde, setores sociais e económicos, voluntariado, organizações não-governamentais ou media (Carta de Ottawa, 1986). As ações de promoção são vistas como recurso para criar oportunidades cada vez mais positivas.

Carvalho (2006) define educação para a saúde, citando Tones e Tilford (1994, p.11), do seguinte modo:

Educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

Já Queiroz (2018) refere que a educação para a saúde pode ser vista como a promoção da literacia da saúde, sendo que os que nela participam não têm de se limitar a difundir a informação; devem, pelo contrário, tornar-se genuínos dinamizadores da reflexão dos grupos e da comunidade, de forma a estimulá-los a interpretar o seu modo de vida e a refletir os seus contextos, de maneira a poderem identificar e mobilizar os recursos disponíveis para se manterem saudáveis.

Assim, poderemos dizer que a comunicação é um instrumento utilizado pela literacia em saúde para se conseguir a descodificação complexa da linguagem em saúde. Na função dinamizadora dessa mesma descodificação incluem-se estruturas como os Gabinetes de Comunicação e Imagem das Unidades Locais de Saúde, que, juntamente com outros serviços, perseguem este mesmo objetivo. A educação para a saúde permite, igualmente, “criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 19).

Por tudo o que envolve, a comunicação em saúde deve ser exata, clara e participativa (Bizzo, 2002). De acordo com Marques (2018), a chegada da internet veio exponenciar todas estas características, quer pelo imediatismo que a caracteriza, quer pelas funcionalidades escritas, visuais e auditivas que permitiu aplicar. Mas se a internet e as redes sociais são ótimos veículos de divulgação na saúde, também se assumem como verdadeiras incubadoras de factos alternativos ou das tão famosas *fake news*. Para que a sociedade não seja enviesada por estas falsas informações, fica a cargo dos média e também da comunicação das instituições de saúde o esclarecimento de dúvidas e o fornecimento de informação de qualidade, com vista ao reforço da credibilidade e do crescimento da literacia no campo da saúde.

De acordo com a DGS (2018), a literacia em saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida. A promoção da literacia em saúde, junto das pessoas, das comunidades e das organizações constitui-se como uma importante oportunidade e desafio da Saúde Pública.

O Plano de Ação sobre Literacia em Saúde 2019-2021 (DGS, 2018, p. 6), refere que:

De acordo com os resultados do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016 (ILS-PT), comparando com os países participantes no *Health Literacy Survey* EU 2014 (HLS-EU), é o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de literacia em saúde (8,6%), e com a média europeia (16,5%). Encontra-se em 2º lugar no que se refere à percentagem de pessoas com nível suficiente de literacia em saúde (42,4%), sendo que a média europeia é de 36%. No que se refere à percentagem de pessoas com um nível problemático de literacia em saúde, Portugal apresenta um valor mais elevado (38,1%) do que a média europeia (35,2%). Com nível inadequado, apresenta um valor inferior (10,9%) ao da média europeia (12,4%). O estudo ILS-PT identificou grupos muito vulneráveis no campo da literacia em saúde na população portuguesa: grupos em que 60% das pessoas registam níveis de literacia “problemático” ou “inadequado” com representação maior ou igual a 5% na amostra.

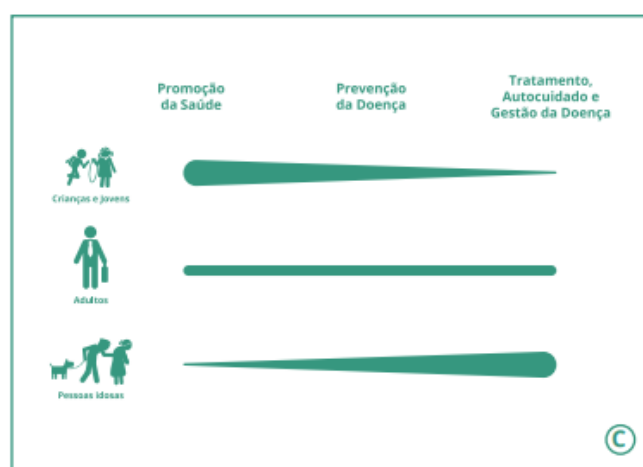
Segundo Espanha *et al.* (2016, p. 13), mais de 60% dos portugueses registam níveis de literacia limitados - “problemático” ou “inadequado”. Desatacam-se os seguintes grupos:

- indivíduos com 66 ou mais anos;
- com baixos níveis de escolaridade;
- com rendimentos até 500€;
- com doenças prolongadas;
- com uma auto percepção de saúde “má”;
- que frequentaram no último ano 6 ou mais vezes os cuidados de saúde primários;
- que se sentem limitadas por terem alguma doença crónica.

As abordagens em literacia devem contemplar as especificidades de cada estágio de desenvolvimento, sendo a literacia em saúde uma oportunidade para promover a saúde ao longo do ciclo de vida (figura 1). Desta forma, é importante considerar as diferentes áreas temáticas de investimento, por estágio de desenvolvimento, potenciando e indo ao encontro das oportunidades e necessidades identificadas, promovendo a literacia em saúde e o autocuidado.

No entanto, para Hornik (2018; 2002) e Schiavo (2013), referidos no Plano Nacional de Saúde 2021 -2030, da DGS, a comunicação tem um papel chave na criação de estratégias capazes de formar a opinião pública e desenvolver a literacia, informar e influenciar as atitudes e o comportamento dos cidadãos, ativando e envolvendo as comunidades e consciencializando-as para a noção de uma responsabilidade compartilhada com a sociedade que pretende a maximização dos ganhos em saúde, assegurando a equidade, a qualidade e a sustentabilidade do sistema de saúde.

Figura 1 - Literacia em Saúde no Ciclo de Vida



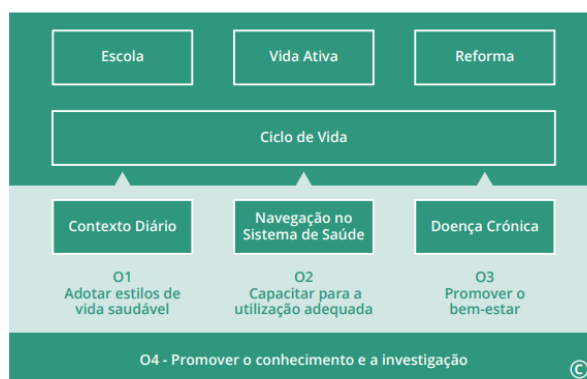
Fonte: DGS (2016) - Plano de Ação sobre Literacia em Saúde

www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-d-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx

As diferentes fases do percurso de vida, desde a conceção ao envelhecimento, as relações com a família, os grupos de pares e a comunidade devem ser considerados como tendo um papel central neste processo de promoção da literacia em saúde.

O Plano de Ação traçado pela DGS pretendia, mantendo a pessoa no centro da intervenção, melhorar continuamente, conscientemente e com sustentabilidade o nível de literacia em saúde da população residente em Portugal (figura 2). O objetivo é melhorar a literacia em saúde no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do Sistema de Saúde, em geral.

Figura 2 - Contexto de intervenção e objetivos estratégicos



Fonte: DGS (2016) - Plano de Ação sobre Literacia em Saúde

www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-d-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx

Este Plano de Ação considera a sua abordagem por ciclo de vida e enquadra a sua realização por *setting*, contexto e objetivos estratégicos. Está enquadrado com os princípios da “Cidadania em Saúde”, “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde”, “Qualidade em Saúde” e “Políticas Saudáveis”.

De acordo com a DGS, www.dgs.pt, em 19 março 2022, a literacia está diretamente ligada ao grau e desenvolvimento de competências cognitivas e sociais das pessoas para melhor acederem, usarem, compreenderem, avaliarem e interpretarem o sistema de saúde e as informações em saúde e, assim, tomarem decisões fundamentadas para manterem a sua saúde ao longo do seu ciclo de vida. Tendo em conta os fatores biológicos, psicológicos e sociais e os seus determinantes, implica também o desenvolvimento de uma relação clínica e de comunicação onde os fatores do contexto e da linguagem verbal e não-verbal utilizados - especialmente pelo profissional de saúde - promovem melhores resultados em saúde.

Ainda segundo a DGS (2019), atualmente, o incremento dos níveis de literacia em saúde na população apresenta-se como estratégico e crucial, como forma de otimizar a qualidade de vida e o bem-estar da população, estando identificados três fatores decorrentes de um baixo nível de literacia em saúde que conduzem a uma diminuição da qualidade de vida das pessoas, e que

são: o aumento de internamentos, a maior procura dos serviços de urgência, e a menor preocupação e ação para a prevenção da doença e promoção da saúde.

Assim, a melhoria da literacia em saúde, segundo a DGS (2019), deve constituir-se como um desafio e uma prioridade na sociedade atual, sendo, para tal, necessária uma abordagem integrada, envolvendo vários atores, desde logo os cidadãos, os profissionais de saúde e os decisores políticos.

De acordo com a DGS (2019), os modelos de literacia são úteis na análise das capacidades e das competências exigidas em várias situações de saúde. A maioria dos modelos conceptuais não só considera os principais componentes da literacia em saúde, mas também identifica os fatores individuais e da comunidade que a influencia, bem como os caminhos que a relacionam com os resultados de saúde (Kickbusch, 2008).

Ao modelo, considerado original, de classificação da literacia – funcional, interativa e crítica (Nutbeam, 2000) – foram já acrescentadas, por outros autores, novas sugestões de classificação (tabela 1):

Tabela 1 - Classificação da Literacia

FUNCIONAL (Nutbeam, 2000)	Competências básicas em leitura e escrita, necessárias para um funcionamento eficaz em contexto de saúde.
INTERATIVA (Nutbeam, 2000)	Literacia cognitiva mais avançada e competências sociais para uma participação ativa nos cuidados de saúde.
CRÍTICA (Nutbeam, 2000)	Capacidade de analisar e usar criticamente informações para participar em ações que superem barreiras estruturais à saúde.
MEDIÁTICA (Manganello)	Capacidade de avaliar criticamente mensagens dos média.
FUNDAMENTAL (Zarcadoolas, 2005)	Competências e estratégias envolvidas na leitura, fala, escrita e interpretação de números.
CIENTÍFICA (Zarcadoolas, 2005)	Níveis de competência com ciência e tecnologia de números.
CÍVICA (Zarcadoolas, 2005)	Competências que permitem aos cidadãos tomar consciência de questões públicas e de se envolverem no processo de tomada de decisão de números.
CULTURAL (Zarcadoolas, 2005)	Capacidade de reconhecer e usar crenças coletivas, costumes, visão do mundo e identidade social para interpretar e atuar em informações de saúde.

Fonte: Adaptado da DGS (2019)

Apesar da importância das definições, nenhum dos modelos conceituais de literacia em saúde pode ser considerado suficientemente abrangente para acompanhar a evolução da sua definição e as competências que estas definições implicam (OMS, 2008).

De acordo com o relatório da DGS (2019), www.dgs.pt, consultado em 20 março de 2022, a literacia em saúde permite otimizar a procura de soluções para os problemas de saúde. Promove os estilos de vida saudável em geral, bem como comportamentos preventivos e protetores da saúde em particular, pelo que a sua promoção deve ser fomentada.

No entanto, para Peres *et al.* (2021), na perspetiva ampliada da literacia em saúde, que a aproximou do campo da promoção da saúde, busca-se compreender o processo de significação de informações sobre saúde desde o plano individual até a população como um todo.

Referem ainda, os mesmos autores, que o indivíduo é parte de um grupo social e, portanto, influencia os resultados coletivos em saúde, enquanto os seus resultados individuais são influenciados pela coletividade.

1.2. Comunicação em Saúde

A palavra “comunicação” deriva do latim “*comunis*”, que significa “comum”. Assim, comunicar significa transmitir ideias e pensamentos com o objetivo de os colocar em comum com um outro. Este objetivo pressupõe a utilização de um código de comunicação que deve ser reconhecido pelo emissor e pelo recetor (Alpuim, 2015).

A comunicação é um processo humano fundamental, que faz parte da vida do Homem, tanto na sua construção como indivíduo como na sua vida social. Charaudeau e Maingueneau (2005) defendem que, através dela, é possível aos seres humanos estabelecer relações entre si que lhes possibilitem analisar o que os diferencia e o que os une, criando entre si laços psicológicos e sociais.

A comunicação está na base da maioria das práticas e é um processo que possibilita a vida em sociedade. Perry (2018) evidencia que, num sentido mais amplo, fortemente ligado às interações sociais, entendemos por “comunicação” o processo que ocorre entre dois ou mais sujeitos, singulares ou coletivos, e que se traduz, mais especificamente, entre querer dizer e poder compreender o outro. O processo de comunicação ocorre numa situação específica, designada de situação comunicativa, composta pelo lugar ou espaço físico e o momento em que se desenvolve (variáveis espaço temporais), as relações entre participantes e as circunstâncias particulares em que ocorre. Por sua vez, este processo situado ou “ancorado” é enquadrado

num determinado ambiente sociocultural, cujas variáveis constitutivas são: um cenário social, uma época histórica e um discurso social.

Segundo este autor, a situação e o ambiente sociocultural constituem o contexto, que teria uma dimensão “micro contextual”, situacional, e uma dimensão “macro contextual”, do sociocultural. Qualquer aspeto do contexto que é modificado pode afetar a mensagem, mas é realmente a perceção por parte dos sujeitos que dá sentido à comunicação. O processo de comunicação também envolve uma série de conhecimentos e crenças sobre o mundo por ambos os sujeitos, que podem ou não ser compartilhados.

Na perspetiva de Pereira (2014), as funções da comunicação entendem-se como os processos e procedimentos que, sendo disponibilizados às partes, contribuem para a melhoria contínua do conhecimento, bem como para a exemplificação, informação e comparação de teorias e descobertas de novos desafios da comunidade envolvente. A comunicação reside na expectativa de compreensão e interpretação de uma ou várias mensagens transmitidas com uma intenção específica.

De acordo com Fantasia (2015), a comunicação tem sido usada de um modo cada vez mais usual pelas entidades públicas como meio de dar resposta às crescentes pressões para que os serviços comuniquem de uma forma cada vez mais eficaz com os seus diferentes públicos: visitantes, pacientes, clientes, contribuintes, cidadãos, munícipes, entre outros. A forma adequada de comunicar uma qualquer decisão menos popular de um modo “simpático” é essencial para manter um bom relacionamento entre o cidadão e outros grupos de interesse.

Mais do que nunca, a imagem de uma instituição tem por base as múltiplas iniciativas de comunicação realizadas pelo seu gabinete, serviços ou profissionais. Estas atividades ainda são, em grande parte, a criação de textos para o website institucional, a publicação nas redes sociais e a organização de eventos (Granado & Malheiros, 2015).

Em instituições de saúde, a comunicação estratégica assume um papel crucial no diálogo com os “públicos” (interno, como colaboradores, médicos, enfermeiros, técnicos e externo, como os media ou utentes) e na organização de sistemas comunicacionais.

Trata-se da prática de comunicação estratégica de segmentar os públicos e adequar as mensagens que lhe são dirigidas (...). Tal supõe que os profissionais de comunicação na saúde reúnam informação pertinente sobre os segmentos da população que querem atingir e sobre os indivíduos que a compõem (...). Com base nessa informação sobre os recetores das mensagens será possível definir a estratégia de comunicação mais adequada, elaborar o plano de meios e desenvolver os procedimentos criativos. (Lopes *et al.*, 2013, p. 21)

Como afirma Honoré (2002, p. 23), “nós estamos rodeados de instituições cuja função é a de se encarregarem das questões relativas à saúde”. Instituições essas que, cada vez mais, percebem a importância de comunicar. Também elas têm necessidade de planear e gerir a sua

identidade no sentido de promover uma imagem positiva e, conseqüentemente, uma reputação de longo prazo. As organizações de saúde representam um importante papel na sociedade, seja na prestação de cuidados de saúde, seja na prevenção e promoção da saúde. Comunicar já não é apenas uma característica das empresas. Na sociedade da informação impõe-se que a comunicação das organizações seja cada vez mais estratégica, sem exceção para as organizações na área da saúde.

A comunicação é um dos fatores essenciais ao funcionamento de uma organização. É atualmente considerada como um dos processos mais importantes de administração, sendo inevitável para o funcionamento de uma organização (Morais, 2013).

O mesmo autor considera que, na atualidade, é essencial compreender que, para além da componente essencial da comunicação, é a própria comunicação, quer interna, quer externa de uma organização, que assume um papel cada vez mais relevante na gestão. O êxito alcançado pelos organismos públicos ou empresas, e pelos seus gestores, deve-se na maioria das vezes à boa capacidade de comunicação com os seus colaboradores e demais gestores. Defende também que “para se melhorar a comunicação em qualquer organização é fundamental gerir com oportunidade a informação e o conhecimento de uma organização” (Morais, 2013, p. 36).

A comunicação em saúde é um elemento indispensável a qualquer organização sanitária, já que estas são fontes inesgotáveis de informação e foram sofrendo alterações de acordo com os tempos. As necessidades existentes converteram-se num enorme desafio para melhorar a saúde, tanto no âmbito do sector privado como no do sector público.

A saúde é um pilar fundamental na vida de qualquer cidadão, por isso, a sua promoção torna-se num dos desafios fundamentais das sociedades (Nunes, 2017). Promover saúde significa dar aos públicos as ferramentas necessárias não só para estarem mais informados e literatos cientificamente, mas também para ouvir e se fazer ouvir nas decisões nos temas de saúde que lhes dizem respeito (DGS, 2015).

Parrott (2004) defende que a comunicação em saúde abrange uma grande variedade de temas como o controlo e prevenção de doenças, a preparação e a resposta a emergências, a prevenção de lesões e violência, a saúde ambiental e a saúde e segurança no local de trabalho, e deve ser encarada como uma prioridade. Esta pluralidade verifica-se ainda nos níveis de comunicação (intrapessoal, interpessoal, de grupo, organizacional e social) e em diferentes canais e contextos, como campanhas promocionais ou artigos noticiosos (Lopes *et al.*, 2008).

Além de ser um tema que diz respeito a todos os indivíduos e de ter um impacto económico no quotidiano das sociedades, a comunicação em saúde é essencial porque pode influenciar

atitudes e crenças do público. A forma como a população reagiu durante a pandemia pela Covid 19 às orientações emitidas pela Organização Mundial de Saúde, Direção Geral de Saúde e Serviço Nacional de Saúde pode ter sido determinante para as oscilações dos casos registados a cada momento.

O Histórico de Recomendações, normas e informações da DGS relativas à Covid 19, publicado a 28 de março de 2020 (<http://covid19.min-saude.pt>), dava conta de que as entidades de saúde estavam atentas à propagação da pandemia, com uma abrangência geográfica a aumentar a cada dia. Os dados que eram apresentados pela DGS eram os indicadores para que as autoridades de saúde e governamentais considerassem que a melhor estratégia para prevenir a rápida propagação da doença seria investir fortemente na prevenção. Nesse contexto, a DGS iniciou a emissão/divulgação de informações, orientações e normas com conteúdos específicos para diferentes segmentos da população.

O documento supramencionado evidencia ainda que, entre 25 e 30 de janeiro de 2020, a DGS começou a publicar orientações destinadas aos profissionais de saúde sobre definições de caso suspeito, transmissão, contactos e, basicamente, medidas de contenção do vírus. Ao longo do mês de fevereiro foram sendo partilhadas informações sobre a evolução da epidemia na China e noutras áreas geográficas.

Em fevereiro e março foram divulgadas orientações e informações para e sobre viajantes provenientes de regiões com transmissão comunitária ativa e procedimentos de vigilância para viajantes por via aérea e marítima, referindo essencialmente o plano de contingência a adotar em situações de aparecimento de casos suspeitos, numa perspetiva de minimização da entrada indiscriminada de cidadãos potencialmente infetados, que viessem a iniciar cadeias de transmissão no território nacional. Apesar de todas as medidas aplicadas, a 2 de março de 2020 foi registado o primeiro caso de Covid 19 no país. A identificação deste caso levou a que, a partir de 10 de março e com a finalidade de dotar os diferentes tipos de empresas com as medidas preventivas necessárias à propagação do novo coronavírus, fossem sendo emitidas orientações ou medidas preventivas dirigidas a empresas hoteleiras, estruturas e residenciais para idosos, empresas de recolha e tratamento de resíduos hospitalares, estabelecimentos com atendimento ao público e estabelecimentos prisionais.

O Histórico de Recomendações, normas e informações da DGS relativas à Covid 19 (2020) recorda que, em março de 2020, a DGS já apelava ao afastamento social, para promover a contenção da transmissão, e as diferentes entidades oficiais foram adaptando várias medidas preventivas. Na semana de 9 a 13 março, as principais universidades do país decidiram

suspender as aulas presenciais, substituindo a lecionação tradicional por aulas baseadas na utilização de plataformas digitais.

No dia 11 de março, a doença Covid 19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma pandemia internacional. Em Portugal, várias empresas iniciaram o sistema de teletrabalho, sendo dada a indicação aos seus colaboradores para cumprirem o afastamento social com o maior rigor possível. Na mesma semana, o Ministério da Educação declarou o encerramento das escolas do país, garantindo apenas em cada agrupamento a manutenção de uma instituição para acolhimento dos filhos de profissionais de saúde e de elementos das forças de segurança.

No dia 18 de março de 2020 foi decretado o estado de emergência em Portugal, através do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março. Assim, dois dias após o encerramento das escolas, o Governo decretava o estado de emergência no país e promulgava medidas mais rígidas relativamente à circulação de cidadãos e ao afastamento social, com encerramento de indústrias e estabelecimentos de bens e serviços não-essenciais.

Também o *site* do Alto Comissariado para as Migrações (www.acm.gov.pt), desde 2021, continua a exibir informação sobre as múltiplas comunicações, orientações e recomendações efetuadas quer pelos organismos internacionais, quer pelos organismos nacionais que vieram limitar a liberdade das populações e levar a uma mudança de mentalidades.

Vasilopoulos *et al.* (2022, p.1), em artigo sobre os fatores subjacentes à negação e descrença em relação à Covid 19, salientam que “observou-se em todo o mundo uma atitude de negação e descrença em relação à doença” juntamente com as dúvidas sobre as medidas preventivas, as manifestações da doença e a gestão de casos suspeitos e confirmados. O mesmo estudo admite que “os motivos que levaram as pessoas a negar ou minimizar a existência e evolução da pandemia estão principalmente relacionados a fatores psicológicos, pessoais, sociais e políticos”.

Assim, concluem Vasilopoulos *et al.* (2022, p.1), para minimizar o número de casos de negação e descrença em relação à Covid 19 e promover a vacinação “é necessária uma série de ações. Os governos devem implementar uma série de medidas para conter a doença, levando em consideração os aspetos psicológicos e sociais dessas políticas”.

O Decreto n.º 2-A/2020 - *Diário da República* n.º 57/2020 veio regulamentar o estado de emergência em Portugal e obrigar a população a alterar os seus comportamentos habituais.

Foram traçados planos de contingência para as empresas, privilegiou-se o teletrabalho, encerraram-se escolas, estabelecimentos comerciais, proibiram-se ajuntamentos, a livre

circulação entre concelhos, entre tantas outras medidas. Todas elas se foram refletindo pouco a pouco nos comportamentos dos cidadãos.

As autoridades de saúde passaram a apostar numa comunicação diária em diferentes canais, de forma a conseguirem chegar a toda a população. Começaram a ser revelados diariamente o número de casos, as áreas de abrangência e foi-se adequando a informação de acordo com a evolução da situação pandémica.

Segundo Lopes *et al.* (2008), há muito que a comunicação em saúde tem ganhado destaque no campo mediático, pois existe uma maior abertura dos “profissionais de saúde” em comunicar e responder aos jornalistas; existe, simultaneamente, uma maior aposta no marketing e na comunicação estratégica das instituições ligadas ao ramo e confirma-se uma maior aproximação do público ao tema.

Referindo-se ao caso concreto da pandemia pela Covid 19, Garcia e Gomes (2021) consideram que a comunicação durante a mesma não deixou margem para dúvidas de que a comunicação em saúde é essencial e deve assentar em diretrizes que a tornem eficaz.

Ao tomar o exemplo da Organização Mundial de Saúde (OMS), podemos observar que foram adotados seis princípios para garantir que a estratégia de comunicação é bem-sucedida (tabela 2).

Tabela 2 - Princípios de Estratégia Comunicacional para a saúde

COMUNICAR PARA A SAÚDE		
Princípios da Comunicação		
1	Compreensível	Linguagem simples, com componentes visuais
2	Acessível	Identificar os melhores meios para a transmissão
3	Acionável	Permite adotar medidas de comportamentos saudáveis
4	Credível	Sentido de compromisso que reforça a confiança dos públicos
5	Relevante	Expõe um problema de saúde que carece de resposta
6	Conveniente	Deve disponibilizar informações úteis sobre saúde

Fonte: Elaboração própria, adaptado do esquema da estratégia comunicacional da Organização Mundial de Saúde (2018)

A comunicação para a saúde deve ser compreensível, para o efeito deve ser usada uma linguagem simples, com imagens e em várias línguas; acessível, identificando os canais adequados para a transmissão da mensagem e certificando-se de que são utilizados os meios

certos para chegar ao público-alvo; acionável, na medida em que é estruturada com vista à adoção de comportamentos saudáveis e à implementação de políticas de proteção da saúde; credível, deve transmitir uma imagem forte e coesa de forma a reforçar a confiança dos públicos; relevante, deve expor um tema de saúde de relevância, alertando para as consequências e deixando recomendações acerca do mesmo; e conveniente, no sentido em que deve disponibilizar informações, conselhos e orientações no momento certo, tendo em vista tomar decisões apropriadas sobre a saúde.

A primeira conferência mundial na qual se abordou a temática da promoção de saúde, em 1986, deu origem à Carta de Ottawa. A criação deste documento contou com a participação da Organização Mundial da Saúde e de várias organizações internacionais que defenderam a educação para a saúde como responsabilidade de todos e não apenas dos serviços de saúde, tendo em conta que “fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde” (Carta de Ottawa¹, 1986, p.2).

A comunicação em saúde é um elemento essencial em qualquer organização de saúde, pois é uma fonte inesgotável de informação que se modifica de acordo com os tempos e necessidades existentes, tornando-se um grande desafio no sentido de melhorar a saúde tanto na esfera privada como na esfera pública.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (*Healthy People 2010*, volume I), a comunicação em saúde engloba o estudo e o uso de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões individuais e comunitárias que melhoram a saúde. Este tipo de comunicação é reconhecido como um elemento necessário para melhorar a saúde pública e pessoal. Da mesma forma, a comunicação em saúde pode contribuir para todos os aspetos da prevenção de doenças, incluindo a relação médico-doente, a adesão do indivíduo às recomendações clínicas e regimes terapêuticos, a construção de mensagens e campanhas de saúde pública em conjunto com a divulgação de informações sobre riscos para indivíduos e populações ou comunicação preventiva. No aspeto da promoção, destacam-se a exposição a mensagens e a procura do indivíduo por informações sobre saúde, o uso de imagens de saúde nos meios de comunicação social, a educação dos consumidores sobre como ter acesso à saúde pública e aos sistemas de saúde. A saúde é um dos temas que mais interessa à população e a OMS a organização mais representativa e com maior autoridade científica para a divulgação de informação em saúde (OMS, 2010).

2 - A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 21 de novembro de 1986, aprovou a presente Carta, que contém as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes.

O profissional de comunicação institucional que desempenha funções numa Unidade de Saúde tenta enfrentar as várias dificuldades, para efetivar a comunicação como atividade profissional de cunho verdadeiramente estratégico.

A atuação do profissional de comunicação institucional não se limita a comunicar e informar apenas o que a instituição/empresa faz, embora essa seja uma atividade trivial. No entanto, o trabalho é muito mais tático, uma vez que as diretrizes de comunicação devem estar alinhadas aos objetivos estratégicos.

Sendo assim, além da elaboração de comunicados para os funcionários e outros públicos de relacionamento, o profissional de comunicação institucional também é responsável por desenvolver ações que fortaleçam a imagem da instituição/empresa.

É ele também quem zela pelo relacionamento com a imprensa e promove entrevistas e reportagens internas com os porta-vozes da organização.

Uma carreira na área da comunicação vai muito além de ter uma licenciatura ou mestrado. Para uma carreira de sucesso, um profissional de comunicação ou marketing deve ser versátil, com boas capacidades de escrita, de comunicação, de pesquisa e até de criatividade.

De acordo com Medeiros (2017), a chave para o sucesso de qualquer profissional que queira vingar nesta área prende-se em estar constantemente atento e pronto para a ação. O conceito de monitorização nunca fez tanto sentido, uma vez que nos permite estar sempre alerta, quer seja em relação às notícias mais importantes do setor, quer seja em relação às redes sociais, que nos permitem aproveitar oportunidades quando as tendências correspondem aos serviços da nossa empresa ou clientes.

De acordo com o *site* de consultadoria de comunicação *say-u.pt* (<https://say-u.pt>), “mais do que monitorizar, um bom profissional de comunicação tem sempre em mente a audiência com quem quer comunicar.” Saber e ter consciência daquilo que as pessoas a quem nos dirigimos querem ouvir é crucial para o sucesso de qualquer campanha ou estratégia. Quer comuniquemos com o público através das redes sociais, quer com jornalistas através de comunicados de imprensa, devemos sempre ter em mente aquilo que fará as pessoas ter uma atitude em relação ao que estamos a divulgar.

De acordo com o mesmo *site* (<https://say-u.pt>), “um profissional de comunicação que queira ser ótimo e ter sucesso na sua carreira deve ser uma pessoa comunicativa, que tem visão do futuro, que quer sempre aprender mais, que sabe como cativar os públicos e que acima de tudo cultiva relações duradouras com todos os *stakeholders* com quem contacta”.

Segundo Mosquera (2003), a comunicação em saúde é crucial para o desenvolvimento dos planos de saúde em qualquer sociedade. A transmissão de informações a indivíduos e grupos por meio da comunicação social criará o conhecimento que servirá de base para a realização de mudanças de atitudes e práticas. A informação também deve ser direcionada a grupos específicos da comunidade, com vista a influenciar a política ou estimular a adoção de políticas públicas voltadas para a saúde, que é uma componente fundamental da promoção da saúde.

Neste contexto, a comunicação em saúde é concebida como um processo estratégico para otimizar ações voltadas para o uso racional da oferta de serviços de saúde, melhorando a eficiência e eficácia dos programas voltados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. A comunicação social tem um papel preponderante.

A pesquisa mostrou que programas de comunicação em saúde permitem colocar a saúde na agenda pública, reforçar as mensagens, incentivar as pessoas a procurar mais informações e, em alguns casos, levar a estilos de vida saudáveis (OPAS, 1990).

Serra (2007) cita investigadores como Habermas e Luhmann, que defendem a tese de que a sociedade moderna é, basicamente, comunicação:

De facto, como avisa Habermas logo nas primeiras páginas da sua *Teoria do Agir Comunicacional*, esta não é uma metateoria, antes “permanece, no seu núcleo, uma teoria da sociedade”. Por seu lado, Luhmann afirma, nos seus *Sistemas Sociais*, que “o processo elementar que constitui o social como realidade especial é um processo comunicacional”. (p. 2)

1.3 - As Novas Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde

De acordo com André (2020), as Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) desempenham um papel essencial nos mecanismos de inovação e progresso empresarial. Também o setor da saúde, com vista à melhoria da sua própria gestão tem, nas últimas décadas, assistido à sua imersão tecnológica. Assim, a presente secção pretende apresentar um ponto de situação atual e aprofundar conhecimentos acerca da aplicabilidade e evolução das TIC no setor da saúde pela definição do conceito de *e-health* e sua abrangência, bem como identificar eventuais barreiras e estratégias de evolução.

André (2020) afirma ainda que a *e-health* é um tema presente e central nas agendas mundiais, contudo, são ainda muitas as barreiras significativas à sua eficácia, a superação das quais requer esforços adicionais por parte de organizações como a OMS, entre outras. No caso de Portugal, defende o autor supramencionado, é essencial um empenho constante e progressivo para a implementação de novas medidas que possibilitem um acesso mais equitativo a toda a população, refletindo-se na melhoria das suas condições de saúde e conseqüente redução dos

custos em saúde. Assim, defende André (2020), importa também investigar quanto às potenciais condicionantes para a mudança e mecanismos de transposição das mesmas.

Já Espanha (2010) defende que os sistemas de informação em saúde são, cada vez mais, um instrumento de importância crítica, para o desenvolvimento de estratégias informacionais, na área da saúde. Espanha (2010) cita Castells (2003), que salienta a importância fulcral das tecnologias da informação e comunicação (TIC) nas sociedades contemporâneas, enfatizando as alterações de organização social e nas estruturas de base das sociedades, para além das óbvias modificações tecnológicas.

Pestana (2010), citando Eysenbach (2001), identifica como desafios para a indústria das tecnologias de informação aplicadas aos cuidados de saúde, os seguintes:

(1) A capacidade dos consumidores interagirem com seus sistemas de saúde online (B2C – “Business to consumer”); (2) a melhoria das transmissões de dados entre instituições (B2B – “Business to business”) e (3) as novas possibilidades de comunicação entre consumidores (C2C – “Consumer to Consumer”). (p.16)

Na área da medicina e da saúde, Pestana (2010), citando ainda Eysenbach (2008), considera que a Web 2.0 teve impactos fundamentais: a) No *social networking*, por criar ligações entre as pessoas, alimentar uma rede de relações e fomentar a colaboração; b) Na participação, por estimular a troca de conhecimentos entre cientistas, profissionais de saúde, pacientes e doentes. Esta participação é vista como uma oportunidade para os doentes que se empenharam na pesquisa de informação sobre saúde, como também para fomentar relações formais e informais entre os doentes e a classe médica/prestadores de cuidados de saúde.

Os mesmos autores consideram que, atualmente, a comunicação em saúde não é a mesma de há alguns anos. Os utentes em geral conversam por chat pelas redes sociais, partilham conteúdos multimédia, participam ativamente em fóruns, têm como referência “influenciadores” no campo digital, entre outros. Por sua vez, os profissionais de saúde utilizam cada vez mais as informações fornecidas pela internet, fazem cursos de autoaprendizagem, ampliam as informações após participação em conferências e fóruns on-line, sendo fórmulas de acesso e conscientização amplamente utilizados para treino e informação.

Podem ainda ser considerados alguns conceitos que derivam das novas tecnologias e que envolvem dispositivos e o uso de redes sociais, como por exemplo o de e-utentes, que mudaram a forma de comunicar naquele primeiro ato que é a entrevista médica, e que de acordo com Tom Ferguson, no site www.thewellnessnetwork.net, são “cidadãos preocupados com a saúde, que utilizam a internet como um recurso de saúde, estudando suas próprias doenças, encontrando melhores centros de tratamento e insistindo em melhores cuidados, fornecendo

a outros pacientes serviços médicos inestimáveis assistência e suporte, e servindo cada vez mais como importantes colaboradores e conselheiros para seus médicos.”

1.4 - Desafios da Comunicação em Saúde

O campo da comunicação em saúde tem demonstrado o seu caráter interdisciplinar, essencial para o sucesso dos seus planos. A comunicação nesta área requer teorias sobre comportamento e mudança de comportamento; uma compreensão profunda dos públicos, experiência cultural, circunstâncias culturais e estruturais; uma compreensão também da infraestrutura dos serviços disponíveis, dos imaginários de saúde das populações e da perspectiva biomédica da mesma (Mosquera, 2003).

De acordo com Ruão *et al.* (2012, p. 277, citados por Alpuim, 2015), para que se obtenha ganhos em saúde das populações torna-se imperativo educar os cidadãos para a adoção de comportamentos que promovam a sua saúde e previnam a doença, de forma a melhorar a sua qualidade de vida. Neste sentido, destaca-se o papel central que os meios de comunicação têm na divulgação e ampliação destas mensagens, sendo um meio privilegiado para aumentar o conhecimento e a consciência das populações sobre os assuntos de saúde, bem como para influenciar as suas percepções, crenças e atitudes, muito para além do clássico modelo de comunicação médico-paciente.

De acordo com Torres (2018), a comunicação em saúde é importante para uma vida saudável. Diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades assim como a promoção da mesma.

No entanto, segundo Montoro (2008):

(...) há concepções diferentes sobre o papel e fundamento da comunicação em saúde, que vão desde o paradigma clássico da comunicação para o desenvolvimento, que se baseia na construção de um modelo de comportamento saudável transposto e imposto de um país desenvolvido para um subdesenvolvido; passando pela comunicação para promoção da saúde em que se enfatiza o repasse de informação e a promoção de conhecimentos, como valiosos instrumentos para participação e mudanças dos estilos de vida nas comunidades, chegando à comunicação estratégica em que a comunicação para saúde só pode ser atingida pelo estabelecimento de uma interdependência sistêmica da comunicação com a tecnologia da informação. (p.446)

Assim, para Massoni (2015), os comunicadores são agentes de mudança, o que possibilita evidenciar o papel desses profissionais em relação às suas tarefas específicas, dentro de uma organização. Sendo muito importante que nas equipas multi e interdisciplinares que compõem as diferentes estruturas de saúde, o departamento de comunicação participe ativamente, para proporcionar uma construção a partir de abordagens interpessoais, grupais, interculturais e institucionais para a intervenção nos meios de comunicação e o uso de novas tecnologias.

A atuação do departamento de comunicação permite fortalecer a comunicação das políticas e ações de saúde com a comunidade, planeando estratégias de comunicação inovadoras e abordando medidas convencionais através de redes sociais que podem estar vinculadas a questões de género, sexualidade e maternidade, juventude, consumo cultural e vícios, saúde mental, direitos à saúde, agenda pública de questões e políticas de saúde, associados a práticas de promoção e educação em saúde, entre outros (Matkovic *et al.*, 2014).

Beltrán (2015) defende que os profissionais de saúde não receberam capacitação para a tarefa de mobilizar para a participação democrática na luta pelo desenvolvimento de uma instituição de saúde, devendo, por isso, agregar as suas capacidades e esforços aos especialistas em comunicação, educação e informação.

Capítulo 2 - Comunicação Organizacional na Área da Saúde

A Comunicação Organizacional, como tipo de comunicação específica, inerente a qualquer empresa ou instituição, privada, pública ou do terceiro setor, permite tornar as ferramentas comunicacionais mais fluidas e eficazes, gerando uma valiosa contribuição para a gestão da administração dos serviços de saúde. As organizações empresariais são formadas por pessoas que comunicam entre si por meio de processos interativos que viabilizam a sobrevivência e conquista dos objetivos organizacionais. Desta forma, a comunicação é também entendida como uma parte inerente à natureza das organizações (Kunsch, 2006). Existem novas abordagens que promovem estilos e estratégias de comunicação para trabalhar nas organizações. A comunicação dentro das organizações está intimamente ligada à motivação que promove nas relações entre as pessoas. Assim, a comunicação organizacional, pode definir-se como o processo comunicacional dentro das organizações, entre a organização e os seus diversos públicos (Kunsch, 2006). Sabe-se, atualmente, que o clima organizacional baseado na liderança horizontal, no respeito, na responsabilidade e no incentivo e reconhecimento aos seus integrantes, agrega valor à organização. Nesse sentido, o estilo de liderança é crucial para a construção de uma organização inteligente. Um líder que faça parte constante das equipas de trabalho, que motive, delegue a tomada de decisões, forme, promova um ambiente de trabalho digno e efetive as mudanças coletivas, será de vital importância para o alcance dos objetivos da organização.

2.1 – Comunicação Organizacional

A gestão da comunicação fornece estratégias essenciais para reduzir a incerteza, reduzir as fontes de conflito e gerar um compromisso que permite aos membros da organização trabalhar à vontade e desenvolver as suas habilidades e estabelecer relacionamentos saudáveis e duradouros. McGregor (1960), Morin (1977), Elías (2003), Rogers (1976) e Agarwala (1976), citados por Gutierrez et al. (2009) pelas suas teses sobre a teoria X e a teoria Y, alertaram sobre os novos conflitos internos da empresa, especificamente entre as necessidades dos colaboradores e os objetivos da organização, contribuindo para o estudo da comunicação com o conceito de clima organizacional, expressão do clima comunicativo e motivacional da empresa.

Em administração, a Teoria X e a Teoria Y são correntes de pensamentos opostas que teorizam as relações entre os colaboradores e o comportamento destes numa empresa. Idealizadas por Douglas McGregor na década de 1960, são das mais conhecidas teorias na área de gestão de recursos humanos.

Na Teoria X, o Homem é apresentado como um ser carente, que se limita a fazer o necessário para subsistir, não se importando com a realização pessoal. Por isso, a motivação é quase irrelevante, fazendo com que seja necessário o uso da autoridade para garantir a direção e controle de funcionários.

Na Teoria Y, a integração é a base, pois é o que assegura e valida a autoridade. Sugere o autocontrole quando as necessidades da empresa/funcionários são reconhecidas. Sabe-se, porém, da dificuldade de integrar os interesses pessoais e organizacionais.

Como complemento ao apresentado por McGregor, William Ouchi, em 1981, através do que chamou Teoria Z, dá origem à chamada cultura organizacional. Contudo, segundo Kreps (1990, citado por Lemos, 2016), a comunicação compartilha com a sociologia e a psicologia a responsabilidade de explicar as componentes da organização como um todo social.

A Teoria Z é, assim, uma variante da Teoria Y. Nesta teoria, Ouchi defende que os trabalhadores têm um grau de envolvimento similar ao dos gestores quando existe um sistema de recompensas e incentivos eficazes. Ouchi defende também que os gestores devem dar o exemplo dos valores que os funcionários devem seguir. Esta teoria afirma que há três fatores críticos de sucesso para qualquer sistema de gestão que são a confiança, a solidariedade e a intimidade.

Para Armenteros, et al (2018), o clima organizacional é um dos elementos a considerar nos processos organizacionais de gestão, mudança e inovação, pois afeta diretamente o desenvolvimento e a qualidade dos serviços prestados. O ambiente em que os trabalhadores trabalham e as percepções que eles têm sobre o seu ambiente de trabalho são questões de grande importância na atualidade, para as quais são direcionados os esforços para a melhoria contínua, para atingir a produtividade com base nas metas propostas. A comunicação é parte integrante da dinâmica de qualquer organização; embora a informação verdadeira, precisa, concreta, atempada, facilite a concretização dos objetivos das organizações, não se pode esquecer que esta informação é processada, emitida e partilhada pelos recetores da mensagem. Os seus conhecimentos acumulados enriquecem e fortalecem os processos que ocorrem na organização, para projetá-la com qualidade, eficiência e reconhecimento no exterior. Toda a organização ou instituição transfere, permanentemente, informações sobre si, para diferentes públicos, tanto externos quanto internos, e por isso é fundamental administrar e planear. Um dos aspetos mais importantes da comunicação organizacional ou institucional é a percepção que os destinatários (o público) têm da sua organização, uma vez que disso depende a compreensão e a atitude que irão assumir, e terão impacto na resposta à mensagem e na forma de feedback a ser gerado. Por outro lado, a comunicação é concebida como gestora do conhecimento e da

responsabilidade social Bonilla (2007). Aqui, a tarefa da liderança é essencial para gerar espaços onde se façam pesquisas, se debata, se adquiram conhecimentos que permitam o desenvolvimento de competências que façam crescer a organização.

O mesmo autor, Bonilla (2007), considera que quem detém a informação tem o poder. Aqui o líder será fundamental para desmistificar essa crença e possibilitar uma dinâmica de “partilha de dados” de forma fluida e amigável. Isto está diretamente relacionado com a responsabilidade social, na medida em que manter a comunicação e informação fluidas permite que os objetivos sejam cumpridos em prol do bem-estar das pessoas e, neste caso que nos diz respeito, o bem-estar dos doentes. O interessante de tudo isso é que através de práticas, experiências e processos permanentes efetua-se a incorporação de conhecimentos que permite refinar cada vez mais as análises e processos e melhorar os resultados. Isto impacta diretamente na motivação do grupo e na produtividade da organização. A comunicação organizacional na esfera pública possui algumas peculiaridades próprias e que parecem ser parte intrínseca da dinâmica das organizações públicas ou estatais. A comunicação deve ser entendida como um sistema que atravessa as diversas práticas e áreas e permite gerar ferramentas de eficiência e eficácia. A palavra gestão, que vem da esfera privada, é atualmente aproveitada pelo setor público para dar lugar a novas possibilidades de tornar público.

Para Bonilla (2007), nem tudo é comunicado nas organizações públicas. Esta característica deve ser vista numa perspectiva de mudanças permanentes proporcionadas por processos que promovam movimentos de pessoas em diferentes áreas. O facto de isso não acontecer incentiva comentários, boatos e segredos que desmotivam os seus membros e não permite um crescimento efetivo dos participantes ou da organização em geral. Gerir, planejar e projetar no médio e longo prazo não parecem ser pontos fortes dentro de uma organização pública. Por isso, por meio de múltiplas experiências bem-sucedidas, gerir a comunicação promove não só o bem-estar das pessoas que ali trabalham, mas também o sucesso nos serviços prestados o que, no caso da saúde, impactará diretamente no benefício dos usuários. Aqui, o papel do líder é fundamental, devendo ser coeso, participativo, presente, motivador; é um líder que empodera, aplaude conquistas, planeia em equipa, avalia periodicamente o ambiente de trabalho e sabe administrá-lo. Dentro das estratégias para aprimorar essa dinâmica, a principal ação é planejar a comunicação, programar, priorizar e inovar, para incorporar ao longo do tempo uma área com uma dinâmica enraizada, introduzindo elementos que tendem a mudar a lógica, gerar compromissos e avançar na direção dos objetivos.

Bonilla (2007) conclui afirmando que falar de “organizações inteligentes” na esfera pública muitas vezes é apresentado como uma utopia, porém, com pequenas ações que se multiplicam ao longo do tempo e são gerenciadas por profissionais qualificados, é possível começar a

escrever outras histórias. Finalmente, a comunicação organizacional pode ser dividida em comunicação interna e comunicação externa. No primeiro caso, há aspectos inerentes à cultura e filosofia da organização (identidade corporativa) e, no segundo, há aspectos como imagem, marca, reputação e comunicação de crise.

2.1.1 - Comunicação Interna

A comunicação interna começou recentemente a ser vista, nos cuidados de saúde, como uma ferramenta de gestão que melhora o ambiente de trabalho e facilita o serviço diário. Graças à universalização das informações apoiadas por novas tecnologias, as instituições prestadoras de cuidados têm procurado novas estratégias de comunicação, incorporando novos perfis profissionais. Tudo leva a crer que, progressivamente, os planos de comunicação terão o seu escopo ampliado, passando a incorporar como objetivos a promoção da gestão do conhecimento e a promoção de inovação (Mira, 2017).

Alguns autores mencionam que “a comunicação interna é uma ferramenta de gestão que também pode ser entendida como técnica” (Brandolini, Frigoli & Hopkins, 2009, p. 24), desenvolvida pelos membros de uma organização.

Para Ruão (2016, p. 49), comunicação interna corresponde ao “padrão de mensagens partilhadas entre os membros de uma organização, cumprindo necessidades de interação humana, desenvolvimento de tarefas e a coordenação de objetivos”.

De acordo com a mesma autora, promover um ambiente de trabalho harmonioso e participativo permite alcançar eficiência na receção e compreensão das mensagens transmitidas, pelo que é essencial ter uma boa comunicação interna, pois é importante manter um vínculo entre os membros da organização e entre estes e a tutela. Deve haver um diálogo recíproco constante entre os mesmos. Neste tipo de relacionamento é fundamental conseguir que os membros experimentem sentimentos de segurança ao fornecer uma opinião, expectativa ou preocupação.

Nesse sentido, um bom ambiente de trabalho gera maior confiança e fluxos de comunicação em todas as direções, tornando os membros da organização mais eficazes e eficientes. Por sua vez, é essencial não perder a coerência entre as ações realizadas dentro da instituição e a realidade do meio ambiente.

Além disso, a comunicação interna estabelece a base para a cultura organizacional. É por isso que as organizações devem motivar os recursos humanos, se estes estiverem motivados desempenham melhor as suas funções e sentem-se como uma parte da própria organização. Na perspetiva de Mira (2017), a comunicação interna é uma ferramenta estratégica

fundamental para aumentar o sentido de pertença dos funcionários. É importante que os membros sejam informados sobre a própria organização, sua missão, visão, valores, filosofia e também sobre as mudanças que são introduzidas, fazendo com que os funcionários se sintam integrados na empresa.

A comunicação interna ajuda a reduzir a incerteza e ajuda a equipa a estar alinhada com a estratégia corporativa, promovendo eficiência e produtividade para atingir os objetivos estratégicos.

Mira (2017) destaca ainda, que a comunicação interna nas instituições de saúde é sustentada por dispositivos de gestão orientados para dar uma resposta organizacional às relações no local de trabalho, enquanto promove a identificação, integração e coesão de pessoal, criando um estado de confiança através do funcionamento de um bom sistema de gestão institucional. É útil porque é um elemento que produz mudanças e acaba por gerar benefícios para a própria organização.

Numa unidade de saúde, a comunicação interna é uma área de atividade estratégica por diversos motivos. A partilha da mensagem conduz a maior eficácia, incentiva a comunicação interpessoal, entre colegas e serviços, levando a otimizar o ambiente de trabalho e acabando por desencadear melhor prestação de cuidados de saúde ao utente.

A criação do *Manual de comunicação interna do hospital*, por Medina (2011), expressa as ideias que definem com precisão a aplicação desta atividade em hospitais europeus, demonstrando como a comunicação interna é avançada em alguns países.

Para além disso, referem ainda que a comunicação interna numa Unidade de Saúde tem um âmbito exclusivo de atuação e é desenvolvida por profissionais do setor, ou seja, profissionais de comunicação e profissionais de saúde, considerando como características fundamentais a função profissional técnica, o que implica a realização de planos oficiais para a comunicação interna e protocolos operacionais que garantam a coerência dos processos. Para além disso, é a atividade comunicativa mais importante que se desenvolve numa unidade de saúde e, por isso, constitui a base da política global de comunicação institucional desenvolvida pela unidade. Constitui-se num departamento que garante a coerência e potencia sinergias entre todas as iniciativas desenvolvidas nesta área, a fim de melhor satisfazer as necessidades da comunicação da unidade de saúde. Pelo que, não depende apenas diretamente da gestão da unidade de saúde, mas também do resto das áreas de comunicação que possui a unidade. Assume ainda, como função própria a gestão do conhecimento organizacional, a fim de otimizar esse conhecimento e trazer benefícios para toda a organização. Sendo responsável por transmitir intangíveis aos funcionários (identidade da marca da organização, apoio ao

funcionário, etc.) que permitem o desenvolvimento, no funcionário, do sentimento de pertencer à instituição, motivação, integração, entre outros.

A comunicação interna vê no desenvolvimento da capacidade de comunicação interpessoal pelo profissional de saúde, uma das suas linhas estratégicas de atuação, em que o médico e a equipa de enfermagem tornam-se dois dos principais comunicadores hospitalares. Esta atividade funciona de forma abrangente e em colaboração com várias áreas, especialmente com comunicação externa, gestão de recursos humanos e unidade de saúde. Consideram ainda, que influencia positivamente a otimização de custos e a agilidade dos processos, daí a importância de ter acesso às áreas administrativa e financeira.

A aposta na comunicação interna constitui um desafio para aumentar a qualidade dos serviços de saúde prestados ao utente, uma vez que este serviço também é determinado pelas habilidades de comunicação interpessoal do profissional de saúde e pelo apoio emocional que oferece ao utente. Portanto, profissionais de gestão e profissionais de saúde não devem ver a comunicação interna como área comercial, em alguns casos, ou como área secundária, em outros, mas como uma área que vem complementar o desempenho das suas funções e que se traduz num melhor desempenho dessas funções.

Deste modo, é uma área socialmente responsável que envolve o utente, o profissional de saúde e a organização de saúde como um todo.

De acordo com Ventura (2012), para que a comunicação interna numa organização seja eficaz, é necessário envolver a equipa, criando compromisso entre os funcionários e a promoção do trabalho, assim como criar um clima de colaboração e apoio para o cumprimento dos objetivos. É necessário ainda, harmonizar as ações da organização com base no diálogo e na comunicação com as diferentes áreas assim como fornecer informações relevantes sobre a empresa, certificando-se de que sejam recebidas por todos os funcionários. Para além disso, construir a identidade da empresa num clima de confiança e motivação, acompanhar a mudança e melhorar a produtividade, criando uma comunicação interna clara para que os funcionários conheçam os objetivos e se envolvam neles. Também é necessário reconhecer e divulgar as conquistas da organização, partilhar a mesma cultura e valores organizacionais, comunicar orientações, regras e instruções. Segundo, Ventura (2012) é ainda necessário multiplicar avanços em qualidade e segurança, realizando a gestão eficaz do conhecimento, consolidar a reputação da organização e impedir que a equipa "descubra pela imprensa" ou "outras pessoas" o que está a acontecer na instituição.

Por outro lado, no caso específico dos profissionais de saúde, a comunicação é um elemento essencial para atingir os objetivos de saúde. Não se pode compreender a atividade de saúde

sem o acesso dos profissionais às informações de caráter científico e técnico, sem fomentar fóruns de troca de experiências, sem canalizar informações, pois todas essas ações contribuem para garantir e melhorar a segurança clínica e impulsionar a inovação e a pesquisa. Para fazer isso, os profissionais precisam de conteúdos e canais de informação ágeis e que facilitem a tarefa.

2.1.2 - Comunicação Externa

Como já referimos anteriormente, as diferentes definições de comunicação compreendem diversos tipos de ações, mas as mais significativas na estratégia de uma empresa são a comunicação interna (dirigida para os elementos da organização) e a comunicação externa (dirigida para o público externo, clientes, concorrência, fornecedores, parceiros e mercado global) (Ferreira, 2015).

As definições de comunicação externa são múltiplas, realçando um ou outro aspeto da mesma. Assim, Oliver (2008) define a comunicação externa como a que ocorre entre gestores e pessoas de fora da organização. Para Boone e Kurtz (2010), é a troca significativa de mensagens entre uma organização e os seus públicos principais. Isto porque o êxito de uma organização depende do conhecimento que se tem das oportunidades e dos desafios do mercado. Guffey e Lowey (2010) defendem que a comunicação externa abrange consumidores, clientes, fornecedores, serviços governamentais, e todo o público que é afetado pelos *média*; compreende todo o tipo de informação que esteja ligada com as atividades que a organização desenvolve com o intuito de atingir o seu público. De acordo com Cheney (2005), a comunicação externa é toda a comunicação que abandona o departamento ou a organização. O seu foco é a opinião pública. E como está sempre em constante mudança, a organização tem como dever acompanhar as tendências. Para Ruão (2016, p. 52), comunicação externa é o “conjunto de atos de comunicação que promove a relação entre a organização e o mundo exterior”.

A comunicação externa desenvolve-se, portanto, para fora da organização, com o objetivo de obter ou consolidar um clima de receptividade entre todos os públicos fora da mesma e que tenham algum interesse para a vida e para o progresso da própria organização.

A comunicação externa é a comunicação responsável pelo posicionamento e pela imagem da organização na sociedade. Assim, pode-se considerar que um dos objetivos deste tipo de comunicação é fortalecer um clima receptivo entre o público externo, para responder às necessidades e entender as suas expectativas (Ferreira, 2015). Torna-se importante estabelecer uma relação com os clientes, apresentando uma imagem de si e transmitindo-a simultaneamente quando se efetua a divulgação dos seus serviços.

Um outro objetivo da comunicação externa, para Castillo, (2016), citado por Gaitán, (2018), é promover atividades, produtos e serviços que transmitam uma imagem credível, de confiança e compromisso da própria organização.

Enfatizar a importância da comunicação externa não implica, no entanto, que se possa descuidar a comunicação interna, que contribui para a conceção e desenvolvimento da cultura corporativa, ou seja, a criação de ideias e conceitos qualitativos que definem a organização (Castro, 2007).

Tal como na comunicação interna, as estratégias deste tipo de comunicação devem ser desenvolvidas pelo gabinete de comunicação responsável, tendo em conta o planeamento estratégico e a decisão da direção (Santos, 2012, p. 15).

Nesta matéria, os Gabinetes de Comunicação e Imagem têm sob a sua responsabilidade os seguintes domínios: gestão da identidade visual da instituição, campanhas publicitárias, produção gráfica para eventos corporativos e publicitação de formações, edições corporativas (mediante disponibilidade de recursos técnicos e humanos), *web design* corporativo, apoio na utilização de logós e normas gráficas das instituições e elaboração de trabalhos de multimédia (mediante disponibilidade de recursos técnicos e humanos).

2.2 - Comunicação Estratégica

As estratégias de comunicação e marketing têm vindo a ganhar cada vez mais importância nas pequenas, médias e grandes empresas e nas organizações do sector público, independentemente do seu “*core business*” e os serviços de saúde não são exceções. Derivando de todos os processos de transformação no mundo da saúde, não só os colaboradores, mas também os utentes das instituições hospitalares têm de se reajustar às atuais mudanças.

É imperativo que a comunicação das organizações seja cada vez mais estratégica, sem exceção para as organizações na área da saúde. Para Alpuim (2015), também estas têm necessidade de planear e gerir a sua identidade no sentido de promover uma imagem positiva e, conseqüentemente, uma reputação de longo prazo. O mesmo autor defende que “a comunicação estratégica nas organizações de saúde tem vindo a ser uma realidade cada vez mais presente em Portugal” (p. 38).

A comunicação estratégica é uma área relativamente recente no campo das Ciências da Comunicação, debruçando-se sobre a forma como a comunicação contribui para alcançar os objetivos organizacionais (Horsle, 2005). Assim, “para que os objetivos institucionais sejam alcançados, efetivamente não se pode prescindir do alinhamento do planeamento de

comunicação com o planeamento estratégico da organização” (Pinto, 2009, p.6). O planeamento em comunicação permite delinear estratégias, fazer prognósticos e prever eventuais comportamentos dos *stakeholders* frente às tomadas de decisão por parte das organizações.

Para Kunsch (2006, p. 131), os programas de comunicação levados a cabo pelo departamento de comunicação de uma organização “devem ser decorrentes de todo um planeamento e agregar valor aos negócios, ajudando às organizações a cumprir sua missão, atingir seus objetivos e a se posicionar institucionalmente perante a sociedade e os públicos com os quais se relacionam”.

Enquanto campo de especialização das Ciências da Comunicação, a comunicação estratégica “concentra, então, a sua investigação no modo como a organização comunica, na função estratégica da comunicação e na visão da organização enquanto ator social” (Ruão *et al.*, 2014, p. 103).

Pode dizer-se que a comunicação adquire um carácter estratégico porque, de acordo com Diaz, citado por Alpuim (2015),

(...) se relaciona, entre outras questões, com a sua capacidade para posicionar determinada temática na agenda pública; dar visibilidade às suas ações; construir a sua imagem pública; posicionar-se como interlocutor perante outros atores sociais; construir redes com outras organizações; e transmitir à sociedade, de forma transparente, as suas atividades. (Diaz, 2014, p. 37)

Na perspectiva de Hallanhan *et al.* (2007, p. 17), “a Comunicação Estratégica tem um carácter informativo, persuasivo, dedutivo e relacional quando usada num contexto de concretização da missão de uma organização”. Por sua vez, Nassar (2005, s/p) vê a comunicação estratégica como sendo aquela “que cria valor para a organização e também para a sociedade (...) [tendo] como um dos seus suportes a integração da administração de todos os campos comunicacionais de uma organização”. Exercer a função estratégica significa, para Kunsch,

(...) ajudar as organizações a se posicionarem perante a sociedade, demonstrando qual é a razão de ser do seu empreendimento, isto é, sua missão, quais são os seus valores, no que acreditam e o que cultivam, bem como a definirem uma identidade própria e como querem ser vistas no futuro. Mediante a sua função estratégica, elas abrem canais de comunicação entre a organização e públicos, em busca de confiança mútua, construindo a credibilidade e valorizando a dimensão social da organização, enfatizando a sua missão, seus propósitos e princípios, ou seja, fortalecendo a sua dimensão institucional. (Kunsch, 2006, p. 130)

Na comunicação estratégica incluem-se diferentes áreas, como as relações-públicas, a publicidade, o marketing, entre outras disciplinas. Assim, “também os princípios usados na Comunicação da Ciência (...) têm servido como guias para o desenvolvimento das campanhas de comunicação na saúde e dos seus esforços de atuação sobre os comportamentos individuais e comunitários” (Weber & Backer, cit. in Lopes *et al.*, 2013, p. 20).

2.3 - Barreiras à Comunicação

De acordo com Mira (2017), existem múltiplas barreiras para uma comunicação eficaz. Destacamos para este estudo, algumas das mais pertinentes. Iniciamos pelo doseamento da informação. O não saber dosear a informação e pensar que comunicar é contar tudo a todos a todo o momento, inundando e saturando todos os canais e todos os recetores. Muitas vezes o excesso de informação é visto como uma estratégia de comunicação e sabe-se que o excesso de informação acaba por desinformar.

Refere, que nas Unidades de Saúde é muito comum os profissionais de saúde identificarem-se mais com o seu Serviço ou Unidade do que com a Instituição à qual pertencem. Isso significa que a comunicação interna é diferente quando falamos dentro de um Serviço ou Unidade ou quando falamos da instituição como um todo. Isso tem diferentes implicações, sendo a mais importante que a informação que vem de fora é filtrada pela desconfiança do mundo exterior. Isso implica muitos inconvenientes em termos de identificação com a missão, valores e marcas do hospital, uma vez que os da especialidade prevalecem sobre os da instituição.

Salienta ainda, como barreira na comunicação a desconfiança nas ações da instituição para consolidar a identidade organizacional como sentimento de pertença, assim como a falsa confiança nos canais de comunicação. Os Conselhos de Administração geralmente ficam muito mais satisfeitos com os estilos de canal e os resultados da comunicação do que os restantes profissionais da instituição, principalmente os médicos. O principal problema são as diferentes perceções na eficácia da comunicação.

Outra das barreiras a destacar, são a falta de habilidades e formação na área da comunicação para tratar com os membros da organização, utentes e membros externos. Assim como, a falta de planeamento no fluxo de informação, criando múltiplos canais que não terão eficácia e a falta de informação sobre as ambições e objetivos dos colaboradores, em que informar sobre tudo e ignorar as conquistas impede a coesão entre os membros da organização.

Considera ainda que, comunicar sem pensar no contexto e na situação em particular produz efeitos negativos. Em alguns casos, a comunicação deve ser personalizada e as novas tecnologias e dispositivos eletrónicos facilitam esse processo.

Refere ainda, que a comunicação não deve ser utilizada para “encobrir” conflitos ou deficiências, pois isso prejudica a credibilidade da organização.

Comunicar-se tarde e mal, é ainda outra das barreiras de comunicação apresentadas por Mira (2017) em que, dizer o que todos já sabem não cria uma consciência de grupo. A comunicação

eficaz tenta “antecipar-se” às situações que vão ocorrer e, portanto, deve agregar inovação e utilidade para continuar “cativante”. Se o que é comunicado já é conhecido, o canal e o informador perdem relevância.

Dentro da comunicação interna, podem-se visualizar alguns elementos como a identidade, a filosofia e o ambiente organizacional. Nas definições seguintes citaremos Capriotti (2009), que se refere às mesmas com o conceito de identidade e filosofia corporativa.

2.4 - Identidade Corporativa (organizacional)

Capriotti Perri (2009), na obra *Branding corporativo: fundamentos para a gestão estratégica da identidade corporativa*, defende que a identidade corporativa é definida como sendo o conjunto de características centrais, duradouras e distintivas de uma organização, com as quais a própria organização se identifica (um nível introspectivo) e se diferencia (das outras organizações).

A identidade é a soma de características que uma empresa possui e que a torna única e irrepetível. É o conjunto dessas características que distingue uma organização de outras. São as formas de fazer, interpretar e lidar com as diversas situações que surgem numa organização. A identidade manifesta-se por meio da cultura organizacional, missão, visão, valores e comportamentos. Collins e Porras (1995) apontam que a identidade corporativa orienta as decisões, políticas, estratégias e ações da organização, e reflete os seus princípios, valores e crenças fundamentais.

O autor Capriotti Perri (2009, p.13) afirma, ainda, que a identidade corporativa é composta por dois núcleos fundamentais:

- **A cultura corporativa** (organizacional), que é o conjunto de crenças, valores e padrões de comportamento compartilhados e não escritos, pelos quais os membros de uma organização se regem e que se refletem no seu comportamento.

- **A filosofia corporativa** (organizacional), que define como a concepção global da organização estabelecida pela gestão de topo para atingir as suas metas e objetivos. É o que é considerado central, duradouro e distintivo da organização. De certa forma, representa os “princípios básicos” (crenças, valores e diretrizes comportamentais) que a entidade deve colocar em prática para atingir as suas metas e objetivos finais.

A análise da cultura organizacional tem uma importância fundamental dentro da organização, pois permite aos gestores, segundo Robbins (2005), dois benefícios: primeiro, a visualização de como os valores da organização estão a ser absorvidos; segundo, reduz o nível de resistência

à mudança, possibilita aos gestores, após a apresentação dos resultados, participarem de modo ativo na execução dos planos de ações.

Dando continuidade à ideia de Robbins, Johann (2004) observa que intervir sobre a cultura organizacional possibilita aos gestores atuarem de forma educativa, instruindo os seus colaboradores sobre as expectativas que a organização possui sobre estes. Para Luz (2003), a análise do meio é necessária devido às constantes mudanças que as organizações estão sujeitas a sofrerem.

No entanto para Lima *et al.* (2011),

A representação do conjunto de crenças e valores é o que distingue uma organização das outras. Sendo assim percebe-se que a cultura é quem molda a identidade da organização e dos seus colaboradores. A cultura organizacional influencia todos os membros inseridos em sua estrutura. Assim a cultura pode reforçar as características individuais e/ou grupais quando indica o caminho a ser seguido por estes. A organização através de sua estruturação de seu organograma propicia o desenvolvimento de uma subcultura, onde determinado setor tem seu modo peculiar de lidar com questões rotineiras, desafios proposto pela organização e a forma de como trabalhar com clientes internos/externos. A disseminação dos valores organizacionais acontece através das práticas instituídas para o alcance de seus objetivos. Sobre essa perspectiva a maneira como os gestores se inter-relacionam propicia a propagação dos valores propostos pela organização. (p.11)

Dentro da filosofia corporativa, podem-se encontrar declarações que se tornam ferramentas muito valiosas na hora de visualizar os objetivos de curto e longo prazo da organização, como a missão, a visão e os valores da mesma.

Nesse sentido, é muito importante ter essas informações para a elaboração de um Plano de Comunicação Abrangente da instituição, a fim de entender o que faz mover a organização nos aspectos comunicacionais e, também, quais os valores e os comportamentos que regem as ações diárias.

2.5 - Cultura Organizacional

Segundo Ritter (2008), a cultura organizacional é a forma como os membros de uma empresa agem, sendo originada por um conjunto de crenças e valores compartilhados. Por outras palavras, é um conjunto de normas, comportamentos, tradições, valores, políticas, hábitos, coesão de grupo, crenças e expectativas que os membros da organização possuem. A cultura organizacional é um processo, partilhado por todos os membros da organização, a partir do qual o significado é gerado. Toda a organização tem uma cultura corporativa, a qual constitui um elemento distintivo que lhe permite diferenciar-se das outras organizações.

Segundo Brandolini, Frigoli e Hopkins (2009), a construção de uma cultura baseada na comunicação como processo é de grande importância, já que ajuda a fazer com que os membros sintam legitimidade para dialogar e solicitar informações, criando confiança e reduzindo a incerteza.

As organizações, mesmo que atuem no mesmo ramo de produção, possuem características diferentes, assim como cada indivíduo da raça humana, ou seja, as características são únicas. De acordo com Chiavenato (2004) “da mesma forma como cada país tem a sua própria cultura, as organizações caracterizam-se por culturas organizacionais próprias e específicas” (p. 121).

As culturas organizacionais possuem como característica serem relativamente estáveis. Conforme Newstrom (2008), essa característica pode ser alterada de modo gradual e lento, com eventos que ameacem a organização ou ainda em caso de fusão com outra organização. A partilha de valores comuns é desenvolvida internamente nas organizações, pelo conjunto de inter-relações dos seus colaboradores (Morgan, 2009).

Com base no progresso conquistado atualmente, é importante que as empresas criem uma cultura que facilite a adaptação às constantes mudanças que ocorrem no meio envolvente, uma vez que essas mudanças são cada vez mais aceleradas pelas tendências econômicas e demográficas, causando, assim, um grande impacto nas organizações.

As organizações, que são a expressão de uma realidade cultural, estão em constante mudança social, econômica e tecnológica. Portanto, a cultura organizacional e a sua complexidade são essenciais para entender o sucesso ou fracasso de muitas organizações e uma ferramenta crítica para aumentar a competitividade das empresas. Organizações comprometidas com o sucesso estão abertas a uma aprendizagem constante. É essencial construir uma organização em que os colaboradores estejam informados e conheçam a sua cultura, conhecendo a sua visão, missão e valores. A comunicação é um elemento-chave para a cultura e o fortalecimento dos valores culturais necessários para apoiar a estratégia organizacional e conseguir enfrentar um processo de globalização e competitividade.

Todas as organizações precisam estabelecer objetivos para atingirem, e partilhá-los com todos os colaboradores. A partilha dos objetivos por todos os colaboradores constitui o guia para todas as ações que são realizadas para o interior e exterior da organização.

A missão, visão e valores são breves declarações, escritas no infinitivo e que compõem os desejos e a razão de ser da instituição.

A) Visão: É um conjunto de ideias gerais que transmitem o que a estrutura é e pretende ser no futuro. Por outras palavras, a visão é a declaração ampla e suficiente do que a organização

pretende alcançar nos próximos anos. A visão é um conceito de aplicação eminentemente prática, que permite direcionar o desenvolvimento da organização (Huamaní, 2003).

A visão, para cumprir o seu papel no contexto do desenvolvimento organizacional, deve ser inclusiva e refletir as expectativas dos membros da organização, o que requer ação de liderança e apoio permanente de toda a organização. Deve ser de longo prazo, exequível e mensurável. Deve ser positiva, inspiradora, impulsionadora e motivadora para a ação, direção e sucesso institucional, e de fácil compreensão para todos os membros da organização. Deve também ser flexível, disposta a enfrentar desafios e ser capaz de se ajustar às exigências e dinâmicas de mudança. Deve ser apresentada pelos líderes da organização a todos os colaboradores de uma forma simples, projetando os sonhos e esperanças e incorporando valores e interesses comuns de todos os membros da organização.

B) Missão: Huamaní (2003) sustenta que a Missão é uma declaração de propósitos duradoura, que indica a forma como uma instituição pretende atingir e consolidar as razões da sua existência. Uma missão bem definida descreve as prioridades e a direção de negócios de uma empresa, identifica os mercados pretendidos, os clientes que deseja atender e os produtos que deseja oferecer. Da mesma forma, determina a contribuição dos diferentes agentes nos propósitos básicos da empresa e, portanto, na consecução de sua visão organizacional.

Assim, a missão fornece um guia consistente na tomada de decisões importantes pela administração. A missão inspira e motiva todos os que têm profundo interesse no futuro da instituição ou empresa. A estratégia aponta a direção em que a instituição ou empresa se deve mover, a sua força motriz e outros fatores que ajudarão a determinar que produtos e serviços futuros devem ser adquiridos e que mercados apresentam maior potencial.

C) Valores: são princípios profissionais que regem a instituição, nos quais se podem incluir pontualidade, proatividade, transparência, paixão, lealdade, entre outros, e que devem ser trabalhadas como as anteriores, num âmbito de consenso.

Todas as organizações são dotadas de cultura organizacional, é isso que as distingue, é devido a essa cultura que se afirmam na sociedade em que se inserem. Cada organização tem a sua complexidade, que aumenta de acordo com a sua missão.

De acordo com a ERS (2011), a complexidade dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos e a necessidade de adaptação a transformações do contexto organizacional e institucional obrigam à procura das melhores soluções de organização e gestão das redes de prestação de cuidados de saúde. Entende ainda, este órgão regulador da saúde, que os sistemas de saúde sofrem relevantes pressões exógenas, nomeadamente ao nível de constrangimentos

orçamentais, envelhecimento da população, tecnologias de saúde, e de informação ou ainda aquelas resultantes de mudanças epidemiológicas das populações.

A integração de cuidados de saúde surge como uma das respostas, a nível organizacional, aos desafios com que os sistemas de saúde se deparam. Verifica-se, assim, uma tendência global de se proceder à integração de cuidados. É nesse contexto que surgem as Unidades Locais de Saúde, que caracterizaremos no capítulo 3.

Folha em branco

Capítulo 3 - Unidades Locais de Saúde e os Gabinetes de Comunicação

A ULS identifica uma única entidade que se apresenta como responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, visando garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (designadamente, cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados) e da coordenação em rede de todos os elementos que fazem parte integrante do mesmo ERS (2011). Pode, assim, afirmar-se que a origem das ULS está associada à criação de um meio para melhorar a interligação entre centros de saúde, hospitais e outras entidades responsáveis pela saúde regional ou local – integração vertical – e para garantir o bem-estar da respetiva população.

3.1 - Caracterização das Unidades Locais de Saúde

A prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população, nomeadamente, aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas, é o principal objetivo de uma ULS, E.P.E. Para além deste, uma ULS assegura as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, na área geográfica por ela abrangida; desenvolve atividades de investigação, formação e ensino, através da sua participação na formação de profissionais de saúde; e presta serviços a cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor (Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2017).

De forma a otimizar a resposta dos serviços das várias unidades de saúde de uma região e melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários com os cuidados diferenciados, foram criadas, nos últimos anos, oito ULS, nomeadamente: a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E., a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E., a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E., a Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. e a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E. (Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2017).

Num estudo comparativo da atividade dos Gabinetes de Comunicação e Imagem de cada Unidade Local de Saúde, parece-nos incontornável a caracterização de cada uma delas. A área geográfica em que se inserem e a população que abrangem são certamente elementos a ter em

conta num estudo destes, pois haverá características das Unidades que levam os responsáveis dos Gabinetes e os dirigentes de topo a utilizar um tipo de comunicação em detrimento de outro.

As Unidades Locais de Saúde inseridas num meio tipicamente rural e com uma população envelhecida não utilizam, naturalmente, as mesmas ferramentas que são utilizadas pelas Unidades inseridas num meio urbano e com uma população mais jovem.

A área de abrangência de cada unidade será também uma característica a ter em linha de conta. Facilmente se compreende que numa Unidade mais concentrada haverá maior facilidade de comunicação devido à própria proximidade física.

Os canais utilizados para chegar ao público-alvo têm de ser sempre equacionados de acordo com as características da população a que se destinam.

3.1.1 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Criada formalmente em 1999, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Entidade Pública Empresarial (ULSM, E.P.E.), é fruto de um projeto inovador que apostou na ligação do Hospital Distrital de Matosinhos aos quatro centros de saúde do concelho, traçando um percurso inédito na procura de uma melhor qualidade assistencial.

Inaugurado a 20 de março de 1997 por Maria de Belém Roseira, o Hospital Pedro Hispano substituiu o antigo Hospital Distrital de Matosinhos. Num espaço moderno e funcional, o novo hospital assume características inovadoras na prestação de cuidados e de atendimento aos seus utentes.

Dois anos mais tarde, em 1999, nasce a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, uma experiência de gestão que reúne, pela primeira vez, os cuidados hospitalares e os cuidados primários sob a estratégia do mesmo Conselho de Administração.

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos, tem como missão promover a saúde com base na identificação das necessidades da comunidade, garantindo o acesso a cuidados de saúde integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todo o ciclo vital, criando um forte sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos utentes.

A visão da ULSM consubstancia-se num modelo de excelência e de referência, na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados integrados, centrados na pessoa e na comunidade.

A ULSM e todos os seus profissionais orientam o exercício da sua atividade pelos seguintes valores e princípios: valor primordial da vida e dignidade da pessoa humana; atitude de serviço; competência; eficiência; equidade; acessibilidade; integridade; qualidade, responsabilidade e não discriminação.

As atribuições da ULSM constam dos seus regulamentos internos, sendo fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados e são desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

São atribuições da ULSM, E.P.E.:

- a)** Prestar cuidados primários e continuados de saúde à população do concelho de Matosinhos;
- b)** Prestar cuidados diferenciados de saúde à população da área de influência da ULSM, e outras que a esta se dirijam;
- c)** Assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde do concelho de Matosinhos;
- d)** Assegurar a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, de forma integrada, consubstanciando um continuum de cuidados centrados na pessoa do utente;
- e)** Promover o processo de investigação e formação contínua, pré e pós-graduada, de profissionais do sector, prevendo a celebração de acordos com as entidades competentes.

A ULSM é constituída pelas seguintes unidades de prestação de cuidados:

- a)** Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos - ACeS;
- b)** Hospital Pedro Hispano – HPH.

A sede administrativa da ULSM está localizada no Hospital Pedro Hispano, onde também se encontram os serviços transversais ao funcionamento da Instituição. O HPH situa-se em Matosinhos, junto ao eixo viário da via rápida (itinerário Porto - Viana do Castelo) e à Estrada da Circunvalação (via que estabelece a separação geográfica entre as cidades de Matosinhos e do Porto).

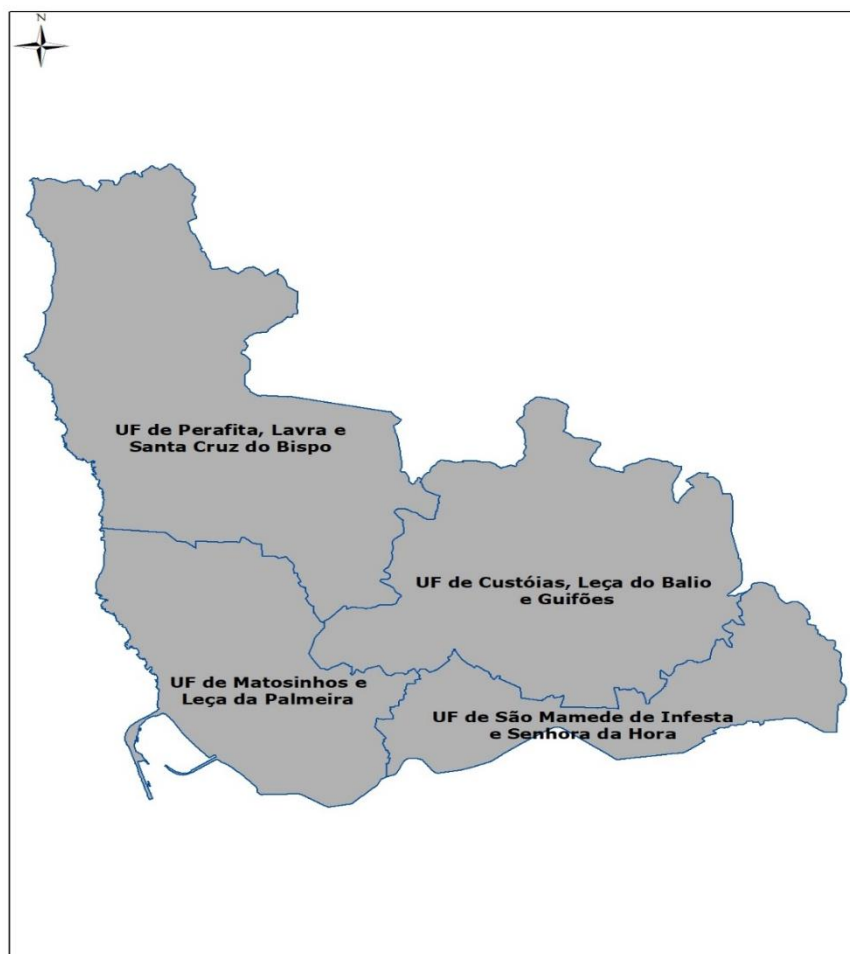
O concelho de Matosinhos pertence à área metropolitana do Porto, sendo constituído por: União de freguesias de Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo, União de freguesias de Matosinhos e Leça da Palmeira, União de freguesias de São Mamede de Infesta e Senhora

da Hora e União de freguesias de Custóias, Guifões e Leça do Balio, com uma área total de cerca de 62,3 km², conforme figura 3.

A ULSM é responsável pela prestação de cuidados à população residente no concelho de Matosinhos, cerca de 175 mil habitantes. Em simultâneo, o HPH é hospital de referência direta para os utentes provenientes dos concelhos de Vila do Conde e Póvoa de Varzim. Assim, no total, são 318 mil os utentes a quem a ULSM presta cuidados de saúde.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) da ULSM, E.P.E., estão organizados no ACES de Matosinhos, que agrupa as unidades funcionais dos Centros de Saúde de Matosinhos, Leça da Palmeira, Senhora da Hora e S. Mamede de Infesta, constituindo-se por 11 Unidades de Saúde Familiares (USF), 3 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), e 4 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Figura 3 - Área de abrangência da ULS de Matosinhos



Fonte: www.ulsm.min-saude.pt

O ACES da ULS Matosinhos, E.P.E., integra também a Unidade de Saúde Pública de Matosinhos (USP), que incorpora a Sanidade de Fronteiras (SF), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), e o Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU), o Atendimento a Doentes Respiratórios na Comunidade (ADR-C) de Matosinhos e o Centro de Vacinação Covid 19 Matosinhos, garantindo a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população do Concelho de Matosinhos.

No ACES da ULS Matosinhos, E.P.E., existem ainda disponíveis outras valências em articulação com os Cuidados de Saúde Hospitalares – Hospital Pedro Hispano, nomeadamente nas áreas da Nutrição, Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social, Medicina Dentária, Ginecologia, Endocrinologia, internalização de MCDT realizados no ACES (análises, radiologia, espirometrias, entre outros), bem como equipas organizadas no âmbito da RNCCI (ECCIs, ECL e Paliativos).

Ao nível dos Cuidados de Saúde Hospitalares, a ULSM, E.P.E. exerce funções nos domínios da prestação de cuidados assistenciais diferenciados nas seguintes linhas de atividade:

- Consulta Externa
- Internamento
- Cirurgia de Ambulatório
- Hospital de Dia
- Urgência
- MCDT

3.1.2 - Unidade Local de Saúde Norte Alentejano

A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Entidade Pública Empresarial, foi criada em fevereiro de 2008 com o propósito de todas as outras, a prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população.

A área de influência da ULSNA, E.P.E. abrange todos os concelhos do distrito de Portalegre, sendo a instituição responsável pela satisfação das necessidades de saúde de toda a sua população, conforme figura 4.

Figura 4 - Área de abrangência da ULS do Norte Alentejano



Fonte: www.ulsna.min-saude.pt

A ULSNA, E.P.E. possui dois hospitais, sendo estes o Hospital Doutor José Maria Grande e Hospital Santa Luzia de Elvas, e integra o Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede constituído pelos centros de Saúde de Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Montargil, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel.

O Distrito de Portalegre ocupa uma área de 6.084 km². Em termos demográficos, estimou-se uma população residente em 2019, segundo os dados da Pordata, de 105.009 habitantes.

O Norte Alentejano tem vindo a perder população de forma acentuada nos últimos anos, apresentando uma população muito envelhecida, limitando desta forma a capacidade de renovação demográfica e de dinamismo empreendedor, obrigando a mobilizar cada vez mais recursos para o apoio social e de saúde aos segmentos envelhecidos da população residente.

3.1.3 - Unidade Local de Saúde Alto Minho

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial, constituiu-se

pelo Decreto-Lei 183/2008, de 04 de setembro, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de janeiro.

A ULSAM, E.P.E. é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, à qual é aplicado o regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas previsto no Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de dezembro, com as especificidades previstas no Decreto-lei nº 183/2008, de 4 de setembro, no seu regulamento interno e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde. A sua sede social localiza-se na Estrada de Santa Luzia, no concelho de Viana do Castelo.

A missão da ULSAM, E.P.E. assume um carácter compreensivo que vai desde a identificação das necessidades de saúde da população residente até à resposta integrada a essas necessidades, através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência.

É visão da ULSAM, E.P.E., como organização otimizada e centrada na gestão integrada da saúde dos cidadãos do distrito de Viana do Castelo, elevar-se a modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde.

No desenvolvimento da sua atividade, a ULSAM, E.P.E. e os seus colaboradores guiam-se pelos seguintes valores:

- Atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana;
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- Cultura da excelência técnica e do cuidar;

Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho.

Objetivos, atribuições e área de influência

De acordo com o seu Regulamento Interno (Artigo 5º), a ULSAM, E.P.E. norteia-se pelos seguintes objetivos:

- Obtenção de ganhos em saúde na área de influência pela progressiva integração, articulação e complementaridade dos vários níveis de cuidados;
- Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno;
- Eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e

financeiro sustentável;

- Melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e do modelo Unidade Local de Saúde no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Conforme os Estatutos das Unidades Locais de Saúde, E.P.E. as atribuições da ULSAM, E.P.E. constam dos seus regulamentos internos, sendo fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados e são desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

A área de influência da ULSAM, E.P.E. (figura 5) cobre a totalidade do distrito de Viana do Castelo, abrangendo os concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.

Figura 5 - Área de Abrangência da ULS de Alto Minho



Fonte: www.ulsaltominho.min-saude.pt

O território abrangido tem uma superfície de 2.118,8 Km² e uma população residente estimada, a 31 de dezembro de 2019 (segundo o INE), de 230.412, das quais 11,3% com menos de 15 anos e 25,2% com idade igual ou superior a 65 anos. Esta sub-região apresenta uma densidade populacional de 104 indivíduos por km², representando à volta de 2,2% da

população de Portugal e, aproximadamente, 6,4% da população da Região Norte.

A prestação de Cuidados de Saúde Primários à população (à data de 31-12-2020) era garantida pelo Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho (ACES), constituído por 12 centros de saúde, num total de 37 Unidades Funcionais:

- 6 Unidades de Saúde Familiares Modelo B;
- 9 Unidades de Saúde Familiares Modelo A;
- 9 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados;
- 12 Unidades de Cuidados na Comunidade;
- 1 Unidade de Saúde Pública.

Os Hospitais de Santa Luzia e Conde de Bertandos, prestam cuidados diferenciados e centram-se nas seguintes linhas de produção:

- Consulta Externa;
- Urgência;
- Internamento;
- Cirurgia Convencional (programada e urgente);
- Cirurgia Ambulatório;
- Hospital Dia;
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- Serviços Domiciliários;
- Hospitalização Domiciliária;
- Telemedicina/Telessaúde.

O Internamento dispõe de 392 camas e de 13 berços no Internamento de Obstetrícia.

O Bloco Operatório dispõe de um Bloco Central com 5 salas e um Bloco de Ambulatório com 3 salas, ambos dotados de equipamento para cirurgia convencional e laparoscópica.

O Bloco de Partos no serviço de Obstetrícia tem capacidade instalada para 6 salas de parto.

A Consulta Externa dispõe de 102 gabinetes de consulta médica e de enfermagem, sendo que 80 gabinetes são no Hospital de Santa Luzia (HSL) em Viana do Castelo e 22 no Hospital de Conde Bertandos (HCB) em Ponte de Lima. A Consulta Externa também

dispõe de 3 salas de pequena cirurgia, 2 salas no HSL e 1 sala no HCB.

A área do Hospital de Dia está equipada com 11 cadeirões no HSL e 8 cadeirões no HCB, perfazendo um total de 19 cadeirões.

A Rede de Urgência dispõe de um serviço de Urgência Médico-Cirúrgica no Hospital de Santa Luzia e dois serviços de Urgência Básica (Ponte de Lima e Monção). Para os casos clínicos urgentes e emergentes o INEM disponibiliza 1 Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), 4 ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), 10 ambulâncias de socorro nos bombeiros e 1 ambulância do INEM sediada no Hospital de Santa Luzia. Quando necessário, todos estes meios são apoiados pelo helicóptero sediado em Macedo de Cavaleiros.

A prestação de Cuidados Continuados Integrados à população é garantida por 2 Unidades de Internamento (Unidades de Convalescença) e 10 Equipas Domiciliárias (Equipas de Cuidados Continuados Integrados - ECCI).

A coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é assegurada a nível local por 2 Equipas Coordenadoras Locais.

Sediada no Hospital de Santa Luzia, a Equipa de Gestão de Altas é responsável pela preparação e gestão de altas hospitalares em coordenação com os Serviços de Internamento, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência.

A ULSAM dispõe de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), que presta apoio e consultoria a todos os serviços de internamento hospitalares da área de influência e uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), que concede apoio e suporte, de modo direto, aos Serviços Hospitalares, às ECCI, às Equipas de Saúde Familiar e às Unidades de Internamento da RNCCI na área de abrangência da ULSAM.

3.1.4 - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., adiante designada por ULSBA, é uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, que pressupõe um modelo de organização dos cuidados de saúde baseado na integração entre os vários níveis primários, hospitalares e continuados.

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo desenvolve a sua atividade em dois níveis de

prestação de cuidados:

- Cuidados de Saúde Primários – Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo (DACESBA), que integra as Unidades Funcionais dos Centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira, bem como a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a Unidade de Saúde Pública (USP), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Centro de Aconselhamento e Detecção (CAD);
- Cuidados de Saúde Hospitalares – Hospital José Joaquim Fernandes (Beja);

A população da área de influência da ULSBA, EPE apresenta uma grande dispersão geográfica, o que levanta grandes dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, em especial no segmento populacional mais envelhecido e em zonas com baixa densidade populacional, conforme podemos verificar na figura 6.

Figura 6 - Área de Abrangência do Baixo Alentejo



Fonte: www.ulsba.min-saude.pt

Nos Cuidados de Saúde Primários existem ainda duas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, a de Beja de Mértola, e a de Mértola. No hospital está também constituída uma equipa intra-hospitalar que dá apoio aos serviços de internamento e hospital de dia e que se articula com as Equipas Comunitárias, estando previsto no corrente ano a constituição de um serviço de cuidados paliativos, que integrará as equipas existentes da ULSBA, de acordo com a rede de referenciação regional definida pelo Ministério da Saúde, devendo criar as necessárias condições para uma efetiva articulação com as outras entidades prestadoras de cuidados de saúde.

É visão da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) o seu reconhecimento pela excelência clínica, garantindo a equidade e integração eficaz dos vários níveis de cuidados, assumindo-se como uma instituição de referência com uma preocupação de qualidade, eficiência e eficácia, técnica e social.

É missão da ULSBA, a prestação de cuidados de saúde integrados, com qualidade e em tempo útil, a custos socialmente comportáveis, num quadro de eficiência e de eficácia, em estreita articulação com outros serviços de saúde e instituições sociais da comunidade.

A par das atividades assistenciais, são desenvolvidas as funções de formação, treino e investigação consideradas necessárias ao desenvolvimento técnico-profissional dos trabalhadores e colaboradores da ULSBA.

No desenvolvimento da sua atividade e atendendo às suas especificidades, a ULSBA, rege a sua atividade de acordo com os seguintes valores:

- Atitude centrada no utente/doente, no profundo respeito pela dignidade da vida humana, no sentido da prevenção e promoção da saúde individual e da comunidade;
- Acessibilidade e equidade na prestação dos cuidados;
- Obtenção de ganhos em saúde, visando a melhoria progressiva do nível de todos os indicadores de saúde das populações da área de influência da ULSBA;
- Ética, integridade e transparência;
- Cultura do conhecimento, da excelência técnica e da racionalidade;
- Cultura da multidisciplinaridade, da cooperação e da lealdade, potenciando um bom clima organizacional;
- Qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço;
- Humanização dos cuidados de saúde;
- Reforço da Cidadania.

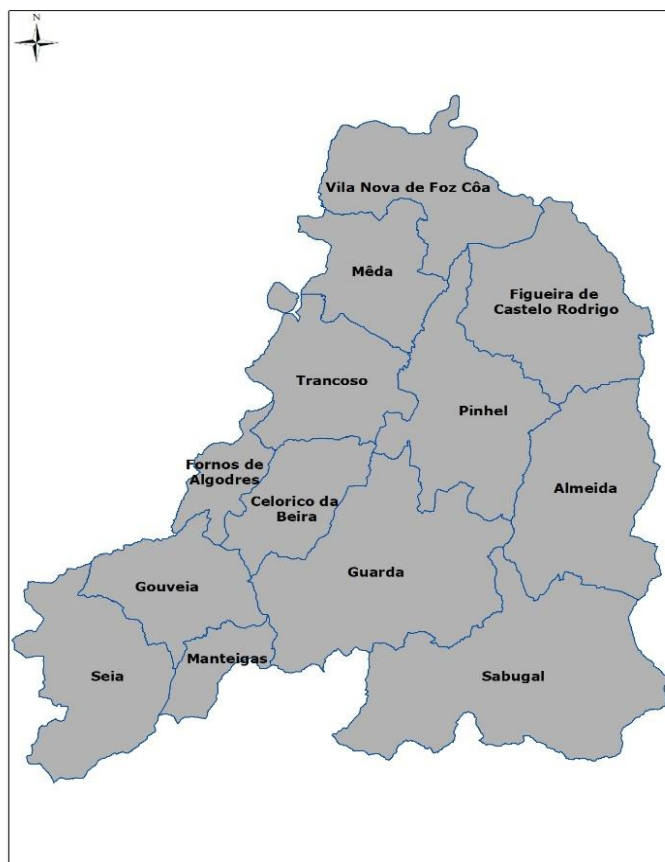
A organização interna da ULSBA caracteriza-se por uma estrutura departamental, adequada a uma gestão empresarial.

3.1.5 - Unidade Local de Saúde da Guarda

A Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG) foi fundada a 1 de outubro de 2008 e integra quatro grandes áreas funcionais na sua estrutura organizacional sendo elas: a Prestação de Cuidados de Saúde, o Suporte à Prestação de Saúde, a Área de Suporte ao Conselho de Administração e a Área de Gestão do Conhecimento.

A Área de Prestação de Cuidados de Saúde incorpora os cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos, distribuídos pelos concelhos do distrito da Guarda, conforme a figura 7 apresenta. Apenas Aguiar da Beira, devido à sua proximidade com o distrito de Viseu, não pertence à ULSG.

Figura 7 - Área de Abrangência da ULS da Guarda



Fonte: www.ulsguarda.min-saude.pt

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da ULSG, estão incorporados Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), localizados nos concelhos de Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Mêda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa. Para além destes, a ULSG conta, também, com duas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma em Gouveia e outra em Seia, uma Unidade de Saúde Pública (USP) e duas Unidades de Saúde Familiar (USF), “A Ribeirinha” e “Mimar Meda” (ULSG, 2020).

Os Cuidados de Saúde Hospitalares da ULSG, são disponibilizados em dois hospitais, no Hospital de Sousa Martins (HSM), localizado na cidade da Guarda e no Hospital Nossa Senhora da Assunção (HNSA), situado na cidade de Seia (ULSG, 2020). Os Cuidados Paliativos da ULSG são prestados pela Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) no Hospital Nossa Senhora da Assunção (HNSA), em Seia, pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ESCSP) e pela Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) (ULSG, 2020).

Os Cuidados Continuados da ULSG, são assegurados pela Unidade de Convalescença (UC), igualmente no Hospital Nossa Senhora da Assunção (HNSA), em Seia, no âmbito da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (ULSG, 2020).

A Área de Suporte à Prestação de Saúde é subdividida em duas áreas de apoio: (1) Apoio Clínico e Técnico e; (2) Apoio à Gestão e Logística. A área de Apoio Clínico e Técnico, está estruturada em serviços, unidades e gabinetes que funcionam numa lógica de serviços partilhados que prestam serviços aos diversos órgãos de prestação de cuidados e a todos os utentes. Dentro desta área estão integrados o Serviço de Psicologia, o Serviço de Farmacêutica, o Serviço de Nutrição, o Serviço Social, o Gabinete do Cidadão, o Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho e a Unidade de Assistência Espiritual e Religiosa. Relativamente à área de Apoio à Gestão e Logística, presta apoio aos diversos órgãos e serviços da instituição e integram o Departamento de Gestão da Produção, o Serviço de Gestão Orçamental e Financeira, o Serviço de Compras, Logística e Património, o Serviço de Recursos Humano, o Serviço de Sistemas de Informação e Comunicação, o Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes, a Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco e a Unidade de Gestão Documental e Simplificação de Processos (ULSG, 2019).

A Área de Suporte ao Conselho de Administração encontra-se estruturada em serviços e gabinetes, que funcionam na dependência direta do Conselho de Administração. Dentro da área de Suporte integram-se o Serviço de Auditoria Interna, o Serviço de Estudos, o

Planeamento e Apoio à Gestão, o Gabinete de Comunicação e Imagem, o Gabinete Jurídico e Contencioso e o Secretariado do Conselho de Administração (ULSG, 2019).

Por último, a Área de Gestão do Conhecimento encontra-se organizada nas Unidades de Formação, nas Unidades de Ensino e nas Unidades de Investigação. As unidades de formação têm por objetivo promover o desenvolvimento profissional, disseminar as boas práticas e motivar os profissionais da ULS. A Unidade de Ensino tem o objetivo de uniformizar os processos inerentes ao ensino pré e pós-graduado (internato médico). A Unidade de Investigação inclui a Biblioteca e o Centro de Ensaio Clínicos onde é promovida a investigação de vários domínios científicos relacionados com as várias áreas de atuação da ULSG (ULSG, 2019).

3.1.6 - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco foi criada através do Decreto-Lei n.º 318/2009, de 02 de novembro, tendo iniciado as suas funções em 01 de janeiro de 2010, detendo o estatuto jurídico de entidade pública empresarial (EPE).

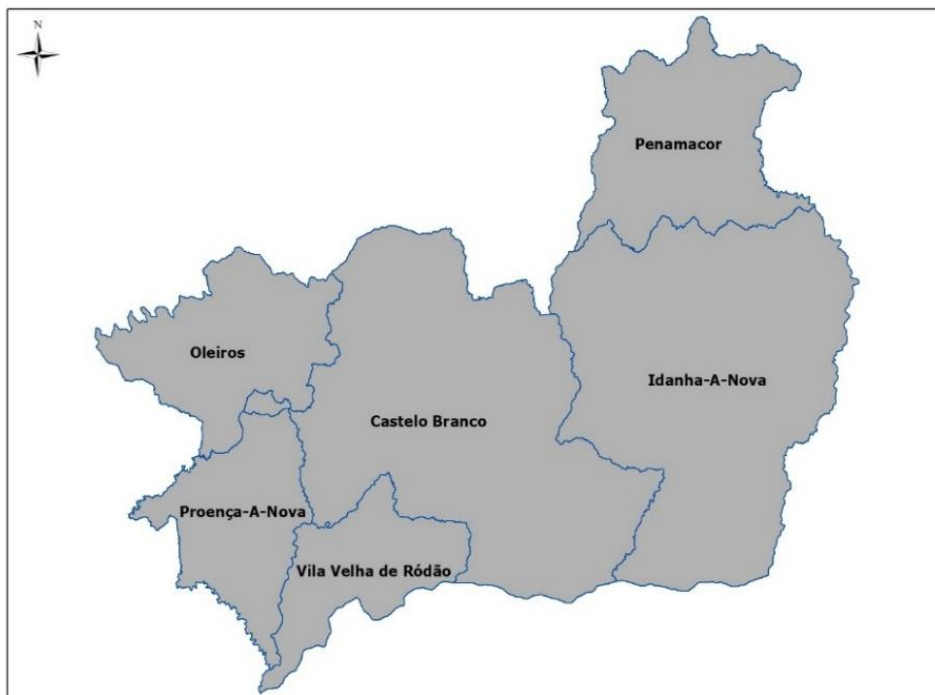
Tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde primários e secundários à população da Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade da saúde na área geográfica por ela abrangida.

A atividade desenvolvida pela ULSCB visa uma resposta centrada no utente, numa perspetiva do cidadão no centro do sistema, assegurando assim a prestação de cuidados de saúde de qualidade à população em geral. Acessíveis, em tempo oportuno, garantindo a sustentabilidade económica e financeira da Instituição e promovendo a eficiência na utilização dos recursos e a eficácia nos resultados.

As várias unidades que a constituem (cuidados primários, hospitalares e saúde pública) têm uma única estrutura corporativa e um único órgão de gestão, que salvaguarda a partilha de recursos e a gestão integrada da oferta de serviço, permitindo assim esbater algumas dificuldades dentro da Instituição.

Com a criação da ULS e de acordo com a sua área de abrangência (figura 8), foram integrados os Agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul (ACES BIS) e do Pinhal Interior Sul (ACES PIS), que incluem as seguintes Unidades: São Miguel, São Tiago, Alcains, Idanha-a-Nova, Penamacor, Vila Velha de Ródão, Oleiros, Proença-a-Nova, Sertã e Vila de Rei, que constituem as unidades funcionais de prestação de cuidados.

Figura 8 - Área de abrangência da ULS de Castelo Branco



Fonte: www.ulscb.min-saude.pt

Para além destas, a ULSCB dispõe ainda de Unidades de Saúde Pública (USP), de Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, onde se encontra incluído o Gabinete de Saúde Oral, Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

Em 2018 entrou em funcionamento a primeira Unidade de Saúde Familiar (USF Beira Saúde), sendo a única no distrito, que se encontra instalada no Centro de Saúde São Miguel. Pretendem, havendo condições, abrir mais uma Unidade de Saúde Familiar na cidade de Castelo Branco.

Na área da Saúde Oral, em 2019 dotaram os centros de saúde de Proença-a-Nova, Sertã, Penamacor e São Tiago (na cidade de Castelo Branco) de gabinetes de saúde oral (GSO) devidamente apetrechados. Estando já em funcionamento o GSO de Proença-a-Nova e da Sertã. Os demais aguardam conclusão de procedimento concursal para a afetação de equipa (médico dentista e assistente dentária) e ainda, alterações estruturais.

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, a garantia da prestação de cuidados incide sobre as vertentes da promoção da saúde e prevenção e tratamento da doença, centrado no cidadão como um todo.

As atividades são desenvolvidas nas unidades referidas, sendo que na UCSP Sertã existe um SAP, a funcionar 24 horas por dia.

Para além das Unidades, existem ainda vários Pólos de Saúde, facilitando assim o contacto de proximidade com os utentes, proximidade esta que se pretende aumentar com a valorização de respostas no domicílio.

A ULSCB tem privilegiado os Protocolos de Cooperação com o envolvimento das Juntas de Freguesia e Câmaras Municipais no que diz respeito aos Pólos de Saúde, numa perspetiva de manutenção dos mesmos, devido á dispersão nos diferentes concelhos.

O Hospital Amato Lusitano (HAL) foi inaugurado no dia 01 de maio de 1977, classificado no nível III de diferenciação na Carta Hospitalar. É um serviço de interesse público, instituído, organizado e administrado com o objetivo de prestar assistência médica de cuidados diferenciados à população. Presta cuidados de saúde em todas as valências básicas e intermédias, que se distribuem-se pelas várias áreas de produção:

- Internamento com valência de Cuidados Intensivos Polivalente, Unidade de Acidentes Vasculares-Cerebrais e Hospitalização Domiciliária;
- Consulta Externa;
- Urgência médico-cirúrgica;
- Hospital de Dia;
- MCDT;
- Blocos Operatórios.

Independente do livre acesso que assiste como direito ao doente em poder escolher onde quer ser tratado, em algumas especialidades o HAL presta serviços de diagnóstico e cuidados diferenciados a doentes referenciados de outras unidades hospitalares da Região Centro e Alentejo, como é o caso das Técnicas de Gastrenterologia, Litotricia Extracorporal e Endourológica, Hemodiálise, Pacemaker e Nefrologia e Reumatologia/Autoimune.

O Hospital Amato Lusitano apresenta uma lotação em 2019 de 225 camas distribuídas pelas principais especialidades, sendo o Serviço de Medicina Interna o que tem maior número de camas (52 camas), seguindo-se os serviços de Cirurgia Geral e Ortopedia. No contexto de Pandemia Covid 19, houve reestruturação da área de internamento de modo a atribuir 10 camas para internar doentes com essa patologia.

Além das quatro principais áreas de produção (Internamento, Consulta Externa, Hospital de Dia e Urgência), o HAL presta cuidados de saúde em unidades especializadas quer na área de internamento, quer em Hospital de Dia ou ainda Diagnóstico e Terapêutica tais como:

- Unidade de AVC (Internamento);
- Unidade de Hospitalização Domiciliária;

- Hospital Dia de Central e de Oncologia;
- Unidade Integrada de Diabetologia (com hospital de dia);
- Unidade de Diálise Periférica (com hospital de dia);
- Unidade Diálise Peritoneal (que presta também cuidados domiciliários);
- Unidade Técnicas de Cardiologia;
- Unidade Pacing;
- Unidade Litotricia Extracorporal;
- Unidade Técnicas Gastrenterologia;
- Serviço de Medicina Física e de Reabilitação;
- Unidade da Dor e Cuidados Paliativos;
- Unidade de Desenvolvimento da Criança e Adolescência;
- Unidade Técnicas Oftalmologia.

Estas Unidades de Tratamento proporcionam cuidados de saúde mais diferenciados e especializados correspondem a níveis de responsabilidade distintos e privilegiam a atividade ambulatória.

Desta forma a ULSCB tenta privilegiar a transferência de cuidados até então prestados em regime de internamento para o ambulatório.

De referir que a região em que a ULS de Castelo Branco está inserida pertence à NUTS II Região Centro e à NUTS III Beira Interior Sul (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Ródão) e Pinhal Interior Sul (Oleiros, Proença-a-Nova, Sertã, Vila de Rei). A área geográfica abrangida é de 5.253 Km², compreende 8 concelhos, divididos administrativamente em 72 freguesias. Convém salientar que as NUTS são a «nomenclatura das unidades territoriais estatísticas» (NUTS) foram criadas pelo Serviço de Estatística Europeu (Eurostat) a fim de permitir a aplicação de uma norma estatística comum em toda a União Europeia.

Os níveis NUTS são zonas geográficas definidas para a recolha de dados harmonizados na UE. São utilizados no quadro dos Fundos Estruturais desde 1988 e desempenham um papel importante na dotação das verbas dos mesmos.

Segundo os resultados do último Recenseamento Geral da População, em 2011, residem na área de influência da ULS Castelo Branco 108.395 habitantes, distribuídos da seguinte forma: na Beira Interior Sul 74.861 habitantes e no Pinhal Interior Sul 33.341.

Em todos os concelhos regista-se um envelhecimento na base (resultante da elevada

proporção de idosos) e no topo (resultante da diminuição em termos percentuais e absolutos dos estratos populacionais mais jovens) das pirâmides etárias, o que condiciona fortemente o rejuvenescimento populacional e as atividades económicas, uma vez que a maioria da população já ultrapassou a idade ativa.

A baixa taxa de natalidade aliada ao aumento da esperança de vida contribuem para um aumento do envelhecimento da população e, conseqüentemente, dos problemas de saúde que lhe estão associados.

No período intercensitário 2001-2011, observou-se um decréscimo populacional em ambas as NUTS que compõem a ULS de Castelo Branco, traduzida em "taxas" de crescimento populacional negativas (Pinhal Interior Sul: -8,2%; Beira Interior Sul: 4,0%) - ao invés do verificado, em idêntico período, na Região Centro que registou um ligeiro aumento de efetivos (3,5%).

A taxa de mortalidade infantil, em 2013 situa-se nos 2,010%, valor este inferior ao continente 2,9%.

A taxa bruta de mortalidade, na área de influência da ULS, foi de 12,8% (2013), valor este, superior ao nacional (10,2%). As principais causas de morte são as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos seguidos das doenças do aparelho respiratório.

A esperança de vida à nascença, da população abrangida pela Unidade Local de Saúde de Castelo Branco é de 79,55 anos e a esperança de vida aos 65 anos situa-se nos 18,75.

3.1.7 - Unidade Local de Saúde do Nordeste

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 67 de 2 de junho de 2011 nasce a Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, empresa pública do sector do estado, que integrou o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (Unidade Hospitalar de Bragança, Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros e Unidade Hospitalar de Mirandela) e o Agrupamento de Centros de Saúde do Nordeste onde estavam integrados todos os centros de saúde do distrito de Bragança e o Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa que foi integrado em 2014 na Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE.

As instituições de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) desafiam-se a cada instante para se tornarem cada vez mais eficientes e capacitadas para dar resposta à procura das populações cada vez mais informadas e exigentes. Por outro lado, numa lógica de proximidade e humanização dos serviços, cada vez mais, o cidadão é o centro do sistema.

Conciliar as expetativas dos cidadãos, a pressão para garantir um acesso rápido aos cuidados

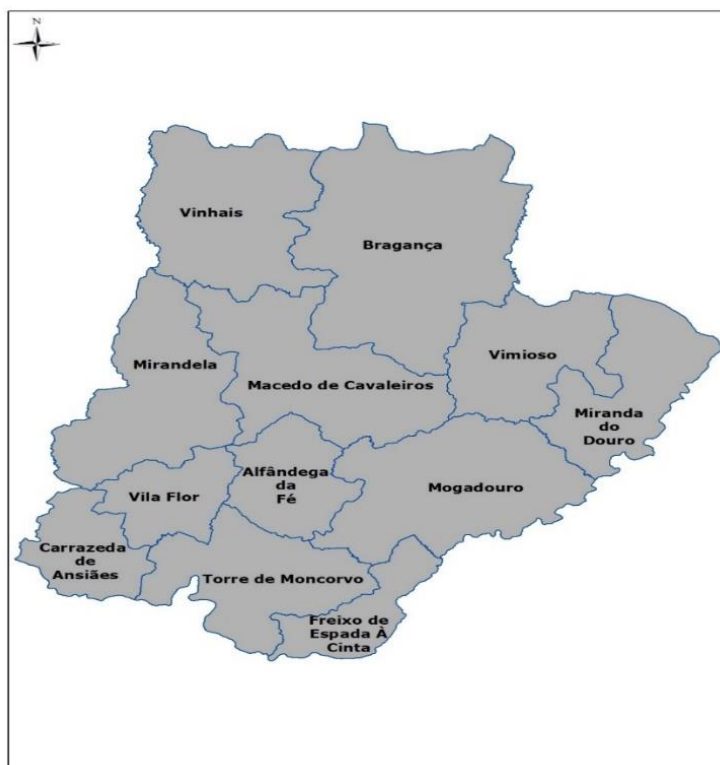
de saúde e a escassez de recursos humanos médicos em algumas áreas é um desafio constante da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

As características sociodemográficas da área de abrangência da ULSNE, nomeadamente, elevado envelhecimento, rendimentos abaixo da média e baixa densidade populacional dispersa por cerca de 6.600 Km², associadas numa lógica de prestação de cuidados de saúde de proximidade, constituem outro grande desafio.

As principais características sociodemográficas da área de influência da ULS do Nordeste são, resumidamente, a forte dispersão geográfica, o acentuado decréscimo da população nos últimos 10 anos, o elevado peso da população idosa, o forte índice de envelhecimento, o rendimento per capita inferior à média nacional e as grandes distâncias e rede de transportes muito exígua.

A área de abrangência da ULSNE é o distrito de Bragança, constituído pelos seus 12 concelhos, conforme apresentado na figura 9: Alfândega da Fé, Bragança, Carrazeda de Ansiães, Freixo-de-Espada-à-Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais, com 131 753 utentes inscritos nos centros de saúde.

Figura 9 - Área de Abrangência da ULS do Nordeste



Fonte: www.ulsnordeste.min-saude.pt

De acordo com a estrutura aprovada, a área dos Cuidados Primários, é um departamento da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, (ULSNE) que integra todas as unidades funcionais, distribuídas pelos respetivos Centros de Saúde. O Departamento dos Cuidados de Saúde Primários é composto por 14 Centros de Saúde, 2 centros de saúde em Bragança e Mirandela e 1 por cada um dos restantes concelhos do distrito de Bragança, assim indicados:

- Centro de Saúde de Alfândega da Fé
- Centro de Saúde de Bragança 1- Sé
- Centro de Saúde de Bragança II — Santa Maria
- Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães
- Centro de Saúde de Freixo de Espada à Cinta
- Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros
- Centro de Saúde de Miranda do Douro
- Centro de Saúde de Mirandela
- Centro de Saúde de Mirandela II
- Centro de Saúde de Mogadouro
- Centro de Saúde de Torre de Moncorvo
- Centro de Saúde de Vila Flor
- Centro de Saúde de Vimioso
- Centro de Saúde de Vinhais

Os centros de saúde integram unidades funcionais, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas (UCSP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Estas unidades funcionais, para além de uma carteira básica de cuidados de saúde a prestar à população, desenvolvem ainda outras atividades de acordo com as necessidades da comunidade.

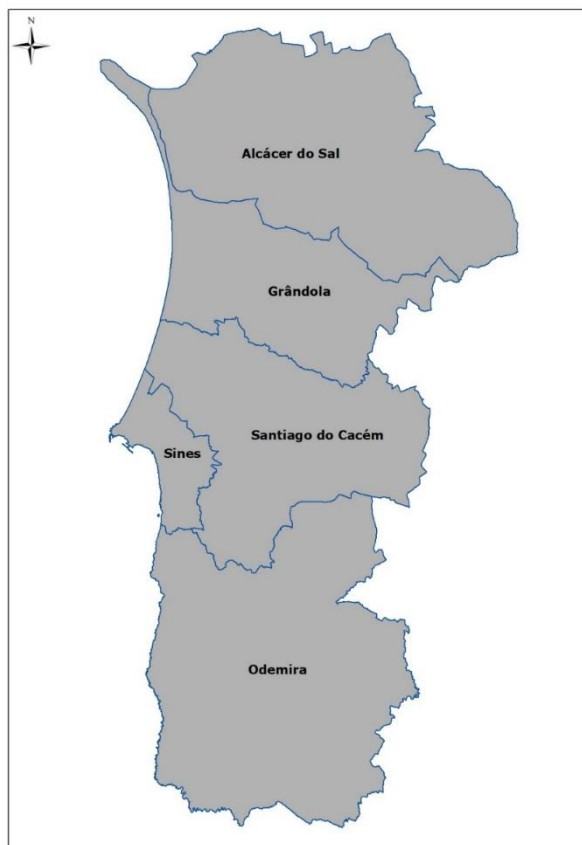
Não menos importantes são as outras valências que apoiam estas unidades e os respetivos profissionais no diagnóstico e tratamento, tais como: a Radiologia, a Psicologia, a Medicina Dentária, a Podologia, a Nutrição, o Serviço Social, a Cardiopneumologia e a Fisioterapia.

3.1.8 - Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano

A Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano, E.P.E., foi criada pelo Decreto-Lei n.º 238 de 31 de outubro de 2012, com a integração do Hospital do Litoral Alentejano e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral. Faz a gestão integrada dos cuidados primários,

hospitalares e parte dos cuidados continuados da região do Alentejo Litoral, integrando a oferta dos prestadores de cuidados do SNS dos concelhos de Alcácer do Sal, Sines, Odemira, Grândola e Santiago do Cacém, de acordo com a figura abaixo identificada.

Figura 10 - Área de abrangência do Litoral Alentejano



Fonte: www.ulslitoralalentejano.min-saude.pt

A ULSLA EPE é uma Entidade Pública Empresarial regulada pelo regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde e é ainda considerada como Entidade Pública Reclassificada (EPR) por ter sido integrada no perímetro das administrações públicas, sendo-lhe aplicável a Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA), aprovada pela Lei nº 8/2012 de 21 de fevereiro, e regulamentada pelo Decreto-Lei nº 172/2012 de 21 de junho.

A ULSLA, compreende um território de 5.310 Km² que vai de Troia a S. Teotónio, Saboia (linha do Algarve), e de Sines ao Torrão, em 5 municípios: Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira.

É constituído por 30 instalações diferentes, sendo 1 hospital, 5 centros de saúde e 30 polos de saúde (uma das quais maior que o centro de saúde sede – Polo de Saúde de Vila Nova de Santo André).

Tem 96.664 utentes inscritos (ligeiramente menos que o Censos 2011 que refere 97.895), com algumas especificidades que complicam a região em relação ao standard da população portuguesa em matéria de saúde, das quais se destacam: a dispersão geográfica (montes isolados e de difícil acesso), população maioritariamente idosa, geralmente com múltiplas patologias, utentes a viverem muitas vezes sozinhos com dificuldade em matéria de comunicações e transportes.

As características demográficas do Alentejo Litoral apresentam algumas especificidades dignas de realce, como sejam a distribuição não uniforme pelos vários concelhos (os concelhos de Odemira e Santiago do Cacém concentram mais de 57% da população total) e uma evolução demográfica heterogénea (decréscimo muito acentuado em Alcácer do Sal e Santiago do Cacém, decréscimo muito ligeiro em Odemira e Grândola e crescimento significativo em Sines).

Além da população inscrita, a região é agravada em termos de saúde com outras situações relevantes, nomeadamente duas instituições prisionais (Pinheiro da Cruz e Odemira com cerca de 750 e 50 reclusos respetivamente, sendo que este último, responde às necessidades de alojamento da população reclusa do sexo feminino) e a sazonalidade do verão, em que duplica a população. Por exemplo, Melides tem cerca de 750 residentes, e durante os 4 meses de verão tem 10.750 e os sempre esgotados parques de campismo da Galé e de Melides com 6.000 e 4.000 pessoas respetivamente, para além de outros alojamentos utilizados na freguesia, e dos transeuntes de passagem.

Para além do exposto tem ainda uma população eventual, que por rotina, se fixa 4 meses por ano, num total de cerca de 5000 trabalhadores, para a manutenção das refinarias, central termoelétrica e instalações portuárias. No entanto, a situação mais complexa e grave do ponto de vista de saúde e também social, reporta-se aos trabalhadores rurais migrantes, muitos dos quais ilegais, oriundos de países orientais, sobretudo Nepal, Paquistão, Índia e Bangladesh.

No Município de Odemira estima-se uma permanência entre 7.000 a 12.000, contudo este fenómeno está a expandir-se para outros municípios, designadamente Alcácer do Sal, Grândola e Santiago do Cacém. A difícil inserção social e comunitária, as condições de vida e alojamento, a heterogeneidade de culturas e credos e a grande rotatividade destes trabalhadores (sem avaliação sanitária), colocam graves questões de saúde pública e um peculiar problema com desafios ainda verdadeiramente desconhecidos para a gestão da saúde

nesta região.

Espera-se um crescimento de população ativa dentro de pouco tempo, atendendo ao conjunto de investimentos privados já conhecidos, nomeadamente nos projetos turísticos de toda a costa, em particular na faixa de Troia a Melides, ou do investimento público ou privado, como é o caso das obras de ampliação do Porto de Sines ou da ferrovia de mercadorias, e ainda o esperado incremento da atividade agrícola, que trará previsivelmente um grande aumento de migrantes. É por isso, importante reforçar que os dados dos censos 2011 estão enviesados pois, como se pode constatar através da análise (desses dados) da pirâmide etária representada em baixo, a população do litoral alentejano é uma população envelhecida e esse envelhecimento, de acordo com as projeções do INE, está previsto continuar a progredir ao mesmo tempo que existirá uma diminuição da população residente no Litoral Alentejano.

Prevê-se um aumento da população para a faixa etária de 65 e mais anos e uma forte diminuição da faixa etária entre os 15 e 24 anos. O concelho de Sines é o que tem a população mais jovem, apresentando as menores taxas e índices de envelhecimento enquanto Odemira e Grândola apresentam os índices mais elevados.

Aliás, segundo os censos de 2011, os concelhos de Grândola e de Sines, têm no Alentejo, um saldo populacional positivo.

Este comportamento demográfico parece resultar de dois aspetos fundamentais: o facto de a taxa de mortalidade geral evidenciar valores superiores à da taxa de natalidade geral (resultando numa taxa de crescimento natural de cerca de -0,5% ao ano) e a existência de um fluxo migratório negativo da população residente.

Por outro lado, verifica-se que a estrutura etária da população residente no Alentejo Litoral se encontra particularmente envelhecida, mesmo quando comparada com a média nacional. No período em referência, 24,1 % da população do Alentejo Litoral tem mais de 65 anos, chegando aos 26,4% no concelho de Odemira. Por oposição, o concelho de Sines parece ser o único a desafiar esta tendência, apresentando 17,7% de população idosa.

A população em idade ativa (18-64 anos) residente no Alentejo Litoral atinge os 63,2% da população total (a média nacional ascende a 66,7%), destacando-se mais uma vez o concelho de Sines com 67,7% da população em idade ativa e, no extremo oposto, os concelhos de Odemira, Alcácer do Sal e Grândola, com 61,5%, 61,8% e 61,9%, respetivamente.

Este panorama demográfico, associado com a enorme dispersão territorial e uma ruralidade marcada no interior do território, constituem aspetos determinantes da saúde, o que demonstra o quão dependente da população em idade ativa está a população com mais de 65

anos. Este facto evidencia, por outro lado, a necessidade de respostas específicas por parte da prestação de cuidados de saúde a estas populações envelhecidas, dependentes e muito isoladas.

O Alentejo Litoral apresenta nos indicadores genéricos de saúde, valores superiores aos evidenciados para o continente. Em comparação com a Região Alentejo, apenas nos indicadores de mortalidade por doença do aparelho circulatório e tumores malignos, o Alentejo Litoral tem registos inferiores.

Os cuidados de saúde ao nível das dimensões de proximidade de cuidados, atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação, têm vindo a ser disponibilizados às populações.

Este movimento, estrategicamente, deve ser aprofundado mais do que nunca tendo em conta o contexto de modelo organizativo que norteia uma Unidade Local de Saúde.

A atividade assistencial ao nível das consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF), distribui-se em torno de 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) com os seus 30 polos e 5 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) são eles:

- Alcácer do Sal
- Grândola
- Santiago do Cacém
- Sines
- Odemira

Em termos de consultas nas UCSP disponibilizam as seguintes consultas:

- Planeamento Familiar
- Saúde Adultos
- Saúde Materna
- Saúde Infantil
- Cessação Tabágica
- Consulta Diagnóstico pneumológico/tuberculose

Na ULSLA E.P.E., ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, destacam-se ainda as consultas de hipo coagulação, as UCSP prestam ainda apoios domiciliários aos utentes e programas como vacinação, Psicologia, Fisioterapia, CPCJ, Intervenção Precoce, Terapia Compressiva, consultas específicas de Hipertensão, Diabetes, CDP, Rastreios do Cancro da Mama, Cancro

do Colo do Útero, Rastreo Colon- retal, entre outros.

Por outro lado, estão ainda disponíveis consultas de especialidades hospitalares, como sejam: consulta de Cirurgia Geral, Pequena Cirurgia e Psiquiatria (consultas descentralizadas).

As UCC prestam cuidados de proximidade com os utentes e famílias, grupos mais vulneráveis, doentes em situação de maior dependência física e funcional, realizando cursos de preparação para a parentalidade, cursos de educação para a saúde e utilização de unidades móveis de intervenção junto da comunidade.

Como equipa multidisciplinar existem 3 Equipas de Coordenação Local (ECL) Alcácer do Sal/Grândola, Santiago Cacém/Sines e Odemira, que têm um papel fundamental na avaliação de doentes para a RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), equipa esta constituída por médico, enfermeiro e assistente social da Segurança Social.

Na sua organização dispõe ainda de uma Unidade de Saúde Pública, USP, com 5 Pólos, um por Concelho, que tem como missão desempenhar um papel importante e fundamental na administração da saúde das populações da sua área geográfica e assim construir o Perfil de Saúde, da população da ULSLA, contribuindo para uma melhoria do estado de saúde dessas populações visando a obtenção de ganhos de saúde. Promover a investigação e proceder à vigilância epidemiológica, assim como o exercício de Autoridade de Saúde.

Os Cuidados de Saúde Hospitalares apresentam uma carteira de serviços ajustada, mas não suficiente para atender as 85% das necessidades em termos de saúde da população que serve. Nesse sentido para dar cumprimento a esse desígnio, é necessário preencher lacunas em termos de especialidades onde a procura é elevada e a resposta não está disponível na região.

Em termos de atividade de internamento, o hospital dispõe de uma lotação de 131 camas repartidas por 7 serviços físicos, a saber:

Medicina Interna - 47 camas; Ortopedia – 26 camas; Cirurgia Geral - 26 camas; Cuidados Paliativos - 8 camas; Cuidados Intensivos – 7 camas; Cuidados Intermédios - 6 camas; SO -11 camas.

A complexidade de uma organização como uma Unidade Local de Saúde justifica a descrição, em alguns casos bastante exaustiva, que fizemos de cada unidade que nos propusemos estudar.

Cada ULS concretiza a integração de cuidados de natureza vertical. Reúne numa única entidade e sob a alçada de uma mesma gestão, diferentes níveis de cuidados. De acordo com a ERS (2011), esta entidade única é responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, tem como objetivo criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços e níveis de cuidados, uma via para melhorar a interligação dos cuidados de saúde

primários com os cuidados hospitalares e, eventualmente, com outros cuidados, designadamente cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados.

A evolução constante da literacia em saúde e da inovação tecnológica desafiam o quotidiano dos profissionais, em prol da melhoria de procedimentos e cuidados. O desafio das administrações é, sem dúvida, responder a estas necessidades, dos utentes e dos profissionais e encontrar o ponto de equilíbrio para alcançar a eficiência que se procura, num quadro de recursos escassos e um Serviço Nacional de Saúde sustentável.

3.2 - Os Gabinetes de Comunicação das ULS

A estrutura organizacional das Unidades Locais de Saúde enquadra-se no princípio funcional ou princípio da especialização das funções que separa, distingue e especializa. Um modelo que decorre da necessidade de decompor as funções para torná-las mais fáceis (Prates, 2017).

Nesta estrutura funcional, cada subordinado reporta a diversos superiores simultaneamente, porém, cada superior responde apenas pelas suas especialidades, não interferindo nas especialidades dos demais. Não é a hierarquia, mas a especialidade que promove as decisões.

Sendo o organograma um gráfico que representa a estrutura organizacional de uma empresa, esses modelos irão representar as relações hierárquicas ou divisão de setores e cargos que existem nessa organização (Chiavenato, 2001).

O papel mais importante do organograma é deixar claro para funcionários e *stakeholders* exatamente onde eles estão na estrutura da empresa e com que áreas ou pessoas eles se relacionam diretamente (Mintzberg, 1995).

De acordo com Chiavenato (2006), uma organização é um conjunto de cargos funcionais e hierárquicos a cujas prescrições e normas de comportamento todos os seus membros se devem sujeitar. O mesmo autor complementa que a característica mais importante da organização formal é a racionalidade.

A organização formal é, muitas vezes, retratada pelo organograma convencional. Naturalmente tal representação será sempre incompleta, já que nem todas as relações existentes podem ser demonstradas por meio de traços indicando autoridade, responsabilidade e deveres (Gonçalves, 2001).

Já Chiavenato (2006) defende que a teoria neoclássica da administração assume que a organização formal consiste em camadas hierárquicas ou níveis funcionais estabelecidos pelo organograma e com ênfase nas funções e nas tarefas.

Prates (2014) evidencia que neste tipo de organograma sobressai a autoridade funcional ou dividida. Existem linhas diretas de comunicação, há descentralização das decisões e é dada ênfase à especialização.

Num organograma, cada serviço, gabinete, unidade, cargo ou área está representado por pequenas caixas de texto que se interligam através de linhas de comunicação. Essas linhas indicam que existe uma hierarquia direta entre os diferentes departamentos, cargos ou áreas. De uma maneira geral, a linha de hierarquia funciona de cima para baixo, da esquerda para a direita ou de dentro para fora. A inserção dos cargos ou áreas em uma mesma linha indica que têm nível hierárquico similar.

De acordo com Porter (1986), os organogramas foram criados para dar representação gráfica às relações entre cargos na organização. Atualmente, o conceito de organograma evoluiu de maneira a incluir não somente a estrutura orgânica presente, mas também a estrutura futura, conforme foi planeada pela empresa. Existem vários modelos de organogramas: vertical, clássico ou funcional. O organograma clássico também é chamado de vertical ou funcional. É o tipo mais comum de organograma, elaborado com retângulos que representam os órgãos e linhas que fazem a ligação hierárquica e de comunicação entre eles.

Os organogramas das Unidades Locais de Saúde são todos similares, trata-se de Organogramas Verticais onde a figura do Conselho de Administração surge no topo da estrutura. Representam a hierarquia da empresa em sentido descendente.

Uma breve visualização dos oito organogramas das ULS em Portugal permite facilmente perceber que os Gabinetes de Comunicação, independentemente da designação que assumam, são estruturas muito próximas dos órgãos de gestão. Situam-se na esfera mais restrita de aconselhamento dos respetivos Conselhos de Administração, como se pode observar na tabela 3.

Tabela 3 - Posicionamento dos Gabinetes de Comunicação nas instituições

UNIDADES LOCAL DE SAÚDE	DESIGNAÇÃO DO GABINETE	POSICIONAMENTO NO ORGANOGRAMA
Matosinhos	Gabinete de Comunicação e Relações-Públicas	Gestão e Logística
Guarda	Gabinete de Comunicação e Imagem	Órgão de Suporte ao Conselho de Administração
Castelo Branco	Gabinete de Comunicação e Imagem	Órgão de Suporte ao Conselho de Administração
Norte alentejano	Gabinete de Comunicação e Imagem	Apoio à Gestão e Logística
Alto Minho	Gabinete de Comunicação	Apoio à Gestão e Logística
Baixo Alentejo	Gabinete de Comunicação e Imagem	Apoio à Gestão e Logística
Nordeste	Gabinete de Comunicação e Imagem	Apoio à Gestão e Logística
Litoral alentejano	Gabinete de Comunicação e Marketing	Área de Administração e Apoio à Gestão

Fonte: Elaboração própria

Nas ULS da Guarda e Castelo Branco, os Gabinetes de Comunicação e Imagem são considerados órgãos de Suporte ao Conselho de Administração, como nos é dado a observar no Anexo VIII.

Nas restantes Unidades Locais de Saúde, os Gabinetes de Comunicação e Imagem ou Gabinetes de Comunicação e Relações-Públicas enquadram-se nos Serviços de Apoio à Gestão, mantendo sempre uma grande proximidade com os órgãos de gestão, como é possível observar também no Anexo VIII (Fonte: páginas das respetivas ULS²).

3.2.1 - Importância do Gabinete de Comunicação nas Instituições de Saúde

Nos últimos anos tem sido dada uma maior importância pelas instituições em geral aos gabinetes de comunicação. Estes gabinetes são assumidos como essenciais na comunidade científica, pois impulsionam e facilitam o diálogo com a comunidade, “apesar das evidentes fragilidades que ainda exibem do ponto de vista dos recursos humanos, do seu financiamento

² www.ulsguarda.min-saude.pt; www.ulsm.min-saude.pt; www.uls cb.min-saude.pt; www.ulsna.min-saude.pt, www.ulsam.min-saude.pt; www.ulsba.min-saude.pt; www.ulsne.min-saude.pt; www.uls la.min-saude.pt

e da sua definição estratégica” (Granado & Malheiros, 2015, p. 31). O trabalho dos Gabinetes de Comunicação e a avaliação do seu impacto junto da sociedade pode ser, por vezes, complexo, na medida em que a produção e os efeitos raramente são mensuráveis (Burns et al., 2003). É por isso compreensível que existam instituições que não veem na comunicação uma atividade na qual se deva investir, pois dela não advém nenhuma retribuição visível. Nestes casos é preciso apresentar o tema em perspetiva e olhar mais que uma vez para os benefícios a longo prazo da comunicação e educação científica (Illingworth, 2017).

3.2.2 - Os Gabinetes de Comunicação em tempo de Covid-19

A pandemia do coronavírus, declarada pela Organização Mundial de Saúde a 13 de março de 2020, redefiniu toda a comunicação interna e externa nas Unidades de Saúde. Desde dezembro de 2019, em Portugal, a Direção-Geral de Saúde (DGS) e o Ministério de Saúde (MS) começaram a remeter para os Gabinetes de Comunicação das Unidades Locais de Saúde normas, orientações e despachos com indicações explícitas sobre as medidas a tomar pelas diferentes instituições públicas e privadas. As mesmas entidades solicitaram às Unidades de Saúde a elaboração de Planos de Contingência para aquela que se adivinhava uma das maiores pandemias de que há história.

Esta pandemia provocada pela Covid 19, de acordo com Rodrigues (2021), espalhou o medo pelo mundo inteiro. A autora acrescenta que o cenário foi semelhante ao que já aconteceu em outros momentos da história da humanidade, em que se disseminaram doenças pelo mundo e causaram grandes estragos.

De acordo com Garcia e Gomes (2021), a Covid 19 introduziu numerosos desafios globais de comunicação para a saúde. A necessidade de mudança de comportamentos, como a utilização de máscara, a higienização das mãos ou o distanciamento social, tornaram-se um imperativo por forma a evitar a propagação desta doença.

Contudo, Rodrigues (2021) enfatiza que, para trás, ficaram outras pandemias que deixaram marcas na história da Saúde Pública: a peste bubónica, a varíola, a cólera, a gripe suína e a gripe espanhola são algumas das que mais atormentaram a humanidade.

A autora supramencionada refere que a peste bubónica é considerada, historicamente, a causadora da Peste Negra, que assolou a Europa no século XIV, matando entre 75 milhões e 200 milhões de pessoas na antiga Eurásia. Recorda também a varíola como a doença que atormentou a humanidade por mais de 3 mil anos e em 1817, foi diagnosticada a primeira epidemia global de cólera, que vitimou centenas de milhares de pessoas.

Para Rodrigues (2021), a gripe espanhola terá sido a pandemia que mais vítimas causou até hoje. Acredita-se que entre 40 e 50 milhões de pessoas tenham morrido na pandemia de gripe espanhola de 1918, causada por um subtipo de vírus influenza. O vírus surgiu na Europa e depressa se expandiu pelo mundo inteiro. Os sintomas da doença eram muito semelhantes com os do atual Covid 19, e não existia cura.

O vírus H1N1, causador da chamada gripe suína, foi o primeiro a gerar uma pandemia no século XXI. O vírus surgiu inicialmente no México, em 2009, e espalhou-se rapidamente pelo mundo. Vitimou mais de 16 mil pessoas

Com a pandemia por Covid 19 declarada em março de 2020, a Direção-Geral de Saúde, a nível nacional, e a Organização Mundial de Saúde, a nível internacional, passaram a assumir um papel preponderante na sociedade. O Ministério da Saúde começou a pedir apoio aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e estes, por sua vez, aos Gabinetes de Comunicação das diferentes Unidades de Saúde, para que comesçassem a intensificar as Medidas Preventivas da Higiene das Mãos e de Espaços Públicos.

À medida que a epidemia avançava a nível nacional, multiplicavam-se as solicitações de partilha de informação aos profissionais de saúde e, posteriormente, a toda a comunidade.

Aos Gabinetes de Comunicação foi-lhes solicitado pela DGS e pelo MS, por via eletrónica, a uniformização da informação, a partilha dos cartazes com o mesmo *design* e a aplicação de sinalética similar em todos os espaços que tivessem de ficar disponibilizados para suspeitos da Covid 19.

Em comunicado, tornado público a 14 de janeiro de 2020, a DGS dava conta de que entre 31 de dezembro de 2019 e 11 de janeiro de 2020 tinham sido reportados 59 casos de pneumonia associados à frequência de um mercado em Whuan, na China. Adiantava o mesmo comunicado que “foi identificado um novo coronavírus como agente etiológico da doença, tendo sido obtidos resultados positivos em 41 daqueles casos, incluindo um óbito” (DGS, 2019, p. 3).

A partir de 14 de janeiro de 2020, quando foi confirmado o surto da doença respiratória na cidade de Whuan, local assumido como o foco de origem da doença, começaram a ser remetidos diariamente comunicados e orientações pela Organização Mundial de Saúde com dados e recomendações internacionais e pela Direção Geral da Saúde a nível nacional, o que tornou a gestão da informação mais difícil para todos os Gabinetes de Comunicação.

Lopes *et al.* (2021), citando McGuire (2020), salienta que a pandemia por Covid 19, veio testar de forma muito séria a liderança e as competências de comunicação dos líderes políticos em todo o mundo.

Nutbeam (2020, p.2), citado pelos mesmos autores, acrescenta que quando a clareza e a consistência da mensagem faltaram, as pessoas direcionaram-se para fontes de informação alternativas nos media tradicionais e digitais.

Nas estruturas de saúde toda a comunicação interna também teve de ser ajustada. Foi necessário criar mecanismos de interação com públicos pouco habituados ao teletrabalho e foi necessário fazer a triagem ao volume crescente de informação *online*, dos órgãos de comunicação social e das redes sociais.

3.2.3 Importância dos Websites Institucionais e Redes Sociais para os Gabinetes de Comunicação das ULS

Carvalho, Simões e Silva (s/d) consideram os média digitais como uma ferramenta de excelência na área da comunicação, contudo é necessário conhecê-los e saber utilizá-los. Os modos de comunicar seguiram novos rumos e a web deixou de servir apenas para aceder a conteúdos e passou a ser um meio que produz e partilha informação.

Um *site* (em português “sítio”) é definido por um conjunto estruturado de páginas web e representa uma entidade (organização, empresa, grupo) ou uma pessoa, de acordo com Carvalho, Simões e Silva (s/d). Os mesmos autores advogam que utilizadores com diferentes perfis evidenciam diferentes exigências perante um *site*.

De acordo com os autores mencionados, a página inicial de um site deve conter informações e hiperligações pertinentes, permitindo ao utilizador aceder a outras informações do *site*.

A velocidade a que surge a informação parece ser, de acordo com Nielsen (2000), um fator fundamental na permanência e no regresso do utilizador a um *site*. O mesmo autor também refere que é importante que a interface seja simples, intuitiva e consistente, facilitando ao utilizador a navegação e exploração.

Pela primeira vez, em 1999 torna-se obrigatória, para as direções gerais e institutos públicos, nas suas diversas modalidades, a disponibilização ao público em formato digital na internet de toda a informação que produzam e que seja objeto de publicação (Resolução de Conselho de Ministros n.º 95/99). De acordo com esta Resolução, “a digitalização é suscetível de introduzir um claro valor acrescentado, não só na forma, significativamente facilitada, de lhe aceder, mas também nas possibilidades de exploração e cruzamento de informação proveniente de diversas origens” (p.5763).

Toda a informação disponibilizada na Internet pelas entidades já referidas “deverá ser apresentada de forma clara e de molde a ser facilmente acedida e consultada devendo,

nomeadamente, ser implementados mecanismos de pesquisa de fácil utilização” (Resolução de Conselho de Ministros n.º 95/99, p.5763).

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 110/2000, de 22 de agosto, vem motivar, ao abrigo do desenvolvimento da Sociedade de Informação a construção e a utilização de sítios da Administração Pública, não só em termos da disponibilização de informação relevante, mas também da prestação de serviços públicos on-line ao cidadão.

Para Cardoso (2010), a qualidade da informação que um sistema de informação oferece deve ser fidedigna. Para Espanha (2010),

Os sistemas de informação em saúde são, cada vez mais, um instrumento de importância crítica, para o desenvolvimento de estratégias informacionais, na área da saúde (...). Através da crescente utilização das TIC, verifica-se uma maior autonomização do utente/paciente, relativamente à informação médica e de saúde (p.1).

Já Espanha e Fonseca (2010, p. 22) evidenciam que ter e manter um *site per se* não chega, é preciso ter a certeza que o utente consegue aproveitá-lo, considerá-lo útil e perceber o seu modo de funcionamento. Só através de um diálogo constante entre o utilizador e os responsáveis pelos *sites* poderemos passar de *sites* meramente informativos a uma interação efetiva, enquanto se vai incentivando o utilizador a fazer uso destas possibilidades, incrementando cada vez mais o papel da Internet no seio do sector da saúde.

Almeida (2018), citando Smith e Chaffey (2005), identifica os quatro fatores essenciais que devem estar presentes num website:

- Conteúdo: sempre que o consumidor precisa, a informação certa deve estar no sítio certo, no momento certo;
- Facilidade de utilização: a forma e estrutura do *site* devem ser simples e agradáveis para o utilizador;
- Rapidez no download: os utilizadores não têm tempo para aguardar que um site carregue toda a informação;
- Atualização frequente: a informação disponível deve ser atual, útil, relevante e estar presente no momento em que o público necessita da informação.

Almeida (2018) defende que, com o advento da internet, se previa o desaparecimento da rádio e da televisão, contudo a manutenção destas é uma realidade e acabam por ser meios complementares à internet. O mesmo autor defende que essa complementaridade é justificável devido à discrepância de idades dos diversos membros da sociedade. A verdade é que as novas gerações conseguem estar no smartphone, nas redes sociais, enquanto estão a ver televisão.

Os média digitais e as páginas web, segundo Almeida (2018), são instrumentos poderosos na apresentação de qualquer empresa ou instituição. Torna-se, por isso, essencial reconhecer aquilo que desperta interesse ao consumidor e quais as formas de demonstrar o que é a empresa ou a instituição, perante a concorrência.

Os *websites* são fundamentalmente conteúdo e *design*, mas a conjugação das partes deve assegurar um fácil acesso e fidelizar clientes.

Quando se equaciona a construção de uma página web tem de estar perfeitamente definido a quem se destina e qual o objetivo. Logo que definido o público-alvo, será simples fazê-la chegar a um grande número de pessoas.

Os *websites* das ULS são uma espécie de montra dos serviços prestados por cada uma das Unidades.

A par dos *websites*, na realidade contemporânea são incontornáveis as redes sociais, que constituem formas atuais de interação, socialização, aprendizagem e novos conhecimentos. Mais do que um meio de entretenimento, as redes sociais vieram criar uma série de oportunidades, facilitando a partilha de experiências, sentimentos e emoções, a promoção de diferentes causas e o desenvolvimento de novos grupos.

Segundo Faoro, Abreu e Demarchi (2017), as redes sociais são ferramentas *online* de comunicação que estimulam a partilha de opiniões e a troca de informações, e que permitem a produção e a circulação de conteúdo gerado pelo utilizador.

Através das redes sociais online, as organizações podem estabelecer com o seu público uma comunicação interativa e receber um *feedback* instantâneo, permitindo, assim, que se mantenham informadas sobre o que está a ser dito relativamente à organização, monitorizar o impacto das ações da mesma e corrigir possíveis falhas (Montardo, 2010).

As redes sociais online são ferramentas vantajosas e eficazes, por serem usualmente gratuitas, simples e diretas, atingindo um grande público, uma vez que são utilizadas por pessoas de diversas faixas etárias e classes sociais, permitindo que os conteúdos publicados atinjam um grande número de pessoas.

A utilização das redes sociais desenvolveu-se e tornou-se uma das ferramentas mais comuns de comunicação na sociedade atual. Este aspeto não só teve impacto na comunicação quotidiana, mas também se tornou generalizado nas organizações (Leonardi, Huysman, & Steinfield, 2013).

As redes sociais online têm desempenhado um papel importante na comunicação organizacional, obtendo maior rapidez na transmissão de informações, e permitindo uma

aproximação maior com o público (Almérí, Mendes, Martins & Luglio, 2013). Como essas redes permitem chegar a uma grande quantidade de utilizadores, num curto espaço de tempo, deste modo, a presença das organizações nas redes sociais é essencial, para divulgar a sua marca e principalmente estabelecer interações com os seus clientes. São meios económicos para chegar de uma forma célere e prática a um vasto público.

Estes autores permitem-nos compreender a crucial importância que a comunicação em saúde tem assumido ao longo dos tempos. Os avanços dos meios tecnológicos têm ajudado a uma melhoria contínua do acesso à informação em saúde e conseqüente crescimento do interesse por esta temática que aqui exploramos.

Uma boa comunicação é sempre crucial em qualquer organização. Numa instituição de saúde torna-se ainda mais importante. É essencial que o utente compreenda o que os serviços de saúde lhe pretendem transmitir. Só assim haverá entendimento entre utentes, instituição de saúde e profissionais.

Nesta primeira parte do estudo caracterizámos cada uma das instituições de saúde que nos propusemos estudar. Caracterizámos as oito ULS e o papel dos Gabinetes de Comunicação em cada uma delas. Analisámos a forma como cada um destes Gabinetes comunica internamente e com a comunidade que serve.

De realçar que as ULS são organizações complexas e que carecem de uma comunicação eficaz, capaz de chegar a diferentes públicos. Neste contexto, compreendemos as ULS como serviço público, uma forma de manter a transparência, responsabilidade e notoriedade.

A literatura forneceu-nos as ferramentas necessárias para dar continuidade a esta investigação. Conceituados autores serviram-nos de referência para definirmos conceitos que nos servem de base à elaboração de questionários, inquéritos e até mesmo na observação dos websites e redes sociais da internet. A própria literatura sugeriu-nos a Metodologia e Design da Investigação a aplicar neste estudo. O desenho do estudo, a questão da pesquisa e os objetivos da investigação foram definidos após a elaboração da primeira parte da investigação.

Folha em branco

Capítulo 4 - Metodologia e Desenho da Investigação

O termo metodologia surge para designar os vários meios que orientam os investigadores no processo de pesquisa, procurando desenvolver de forma sistematizada e detalhada, um conjunto de métodos e técnicas, garantindo resultados válidos e confiáveis e que respondam aos objetivos da investigação.

Os métodos de investigação são um caminho para chegar ao conhecimento, valorizando mais o processo do que propriamente os resultados (Bisquerra, 1989; Coutinho, 2014).

A escolha dos métodos e técnicas constitui, segundo Álvares (2021), uma etapa relevante do processo de investigação, aquela em que operacionalizamos, em que concretizamos, uma estratégia para responder à questão que desejamos esclarecer.

Ainda segundo Álvares (2021), a organização de uma investigação a partir de métodos quantitativos recorre a bases de dados já existentes ou à recolha e tratamento de dados primários, exigindo um trabalho sólido de conceção e planeamento estratégico.

Mussi *et al.* (2019), ao citarem Minayo e Sanches (1993), referem que

A pesquisa quantitativa pretende e permite a determinação de indicadores e tendências presentes na realidade, ou seja, dados representativos e objetivos (...). A abordagem quantitativa aceita que a melhor possibilidade explicativa científica é aquela que não se interessa pelo singular, o individual, o diferenciado, ou seja, o pessoal. (...) O interesse é no coletivo, naquilo que pode ser predominante como característica do grupo. Essa dinâmica promove no seu interior o fortalecimento da estatística, diante da sua potencialidade na análise de dados e possibilidade de inferência. A capacidade de generalização é a sua principal característica. (pp. 418-419)

Os mesmos autores (p. 425), ao referirem Pires (2008), evocam que “a pesquisa qualitativa se caracteriza pela flexibilidade de adaptação durante o seu desenvolvimento, por se ocupar de objetos complexos, por englobar dados heterogêneos, pela capacidade de descrever profundamente vários aspetos da vida social e pela sua abertura ao mundo empírico”. Sintetizam a diferença entre pesquisa quantitativa e qualitativa afirmando que

A pesquisa quantitativa supõe um universo de objetos de investigação que são comparáveis entre si, ao mesmo tempo que utiliza de indicadores numéricos sobre determinado fenómeno investigável. Enquanto a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de sentidos, significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um fazer científico focado nas relações, nos processos e nos fenómenos que não devem ser tratados pela racionalização de variáveis. (p. 427)

Os investigadores adeptos de ambos os paradigmas usam técnicas analíticas para extrair significado (conhecimento). Entre alguns objetivos comuns aos investigadores de ambos os paradigmas, existe um que consiste na redução da dimensão dos dados disponíveis, ainda que através de metodologias diferentes. Assim, utilizadores da metodologia quantitativa usam

métodos estatísticos multivariados de redução de dados, sem perder informação relevante neles contida, como a análise fatorial e análise de agrupamento (*cluster analysis*), enquanto os defensores da metodologia qualitativa optam por análises temáticas.

A investigação desempenha um papel importante para o desenvolvimento do conhecimento de uma disciplina e, concomitantemente, para a melhoria da prática profissional. Este aspeto é considerado relevante, pois uma das finalidades de qualquer profissão é garantir a melhoria contínua das suas práticas e oferecer serviços com mais qualidade à sociedade. Neste sentido, a investigação qualitativa é uma ferramenta basilar para o desenvolvimento científico (Fortin, 2009), consistindo numa atividade de natureza cognitiva, que se processa de forma sistemática e que contribui para descrever e compreender os fenómenos sociais (Coutinho, 2014).

A relevância do tema deste estudo decorre da importância da comunicação em saúde, enquanto estratégia chave para informação da sociedade em matéria de saúde, incentivando à adoção de comportamentos de proteção individual e coletiva.

De acordo com o *site* da Administração Central de Sistemas de Saúde (www.acss.min-saude.pt, consultado a 10 abril 2022), a prestação de cuidados de saúde tem sido analisada através da classificação em três subsistemas ou sectores de prestação: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Secundários e Cuidados de Saúde Terciários.

Os cuidados de saúde supramencionados podem ser considerados como subsistemas de todo o Serviço Nacional de Saúde. Os limites destes três subsistemas podem, no entanto, ser muitas vezes indistintos.

Os três setores sobrepõem-se, esperando-se que o utente siga um percurso linear através deles. Em diferentes situações, os três cuidados de saúde não interagem nem comunicam entre si, podendo os cuidados ser prestados em simultâneo aos diferentes setores.

No sistema de saúde, geralmente há uma elevada diferenciação e um baixo nível de prestação de cuidados de saúde. Compreenda-se como diferenciação a capacidade para fornecer o número apropriado de serviços e programas através de um prolongamento de cuidados e a capacidade para agregar as peças do puzzle, de modo a rentabilizar o valor dos serviços facultados.

Tendo em conta que a diferenciação é a base e a fonte de toda a força do sistema, deve ser fortalecido o grau de integração.

Este modelo de governação integrada define-se pelos sistemas, processos e comportamentos através dos quais as instituições controlam as suas funções, de modo a alcançar os seus objetivos organizacionais, a segurança e qualidade da sua prestação e em que se relacionam

doentes e prestadores, a comunidade e os parceiros. Foi neste sentido, e com o intuito de aumentar a coordenação da prestação entre níveis de cuidados que, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, foram criadas as Unidades Locais de Saúde (ULS) de Matosinhos (1999), Norte Alentejano (2007), Guarda (2008), Baixo Alentejo (2008), Alto Minho (2008), Castelo Branco (2010), Nordeste (2011) e Litoral Alentejano (2012). Atualmente, as Unidades Locais de Saúde prestam cuidados a uma população superior a um milhão de habitantes. De acordo com documentos da Administração Central do Sistema de Saúde, é comumente aceite que o elevado nível de desempenho assistencial deste tipo de organizações é atingido através do fortalecimento do papel dos cuidados de saúde primários como gestores do doente, da aplicação de orientações terapêuticas de modelos de gestão da doença, do desenvolvimento de sistemas de informação clínica integrados, e dos instrumentos de contratação de serviços.

As ULS são estruturas que integram cuidados de saúde. Em 1999 foram instituídos os sistemas locais de saúde que são, pelo disposto no n.º 1 do Artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio, “constituídos pelos centros de saúde, hospitais, outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.” Consoante o n.º 2 do Artigo 2.º do mesmo Decreto-Lei, “aos SLS cabe assegurar, no âmbito da respetiva área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização da utilização dos recursos.”

Segundo o estudo sobre a organização e desempenho das ULS – Relatório Preliminar I da Entidade Reguladora de Saúde (2011), a ULS deve ser entendida como

(...) aquela entidade (única) que se apresenta como responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, visando garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (designadamente, cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados) e da coordenação em rede de todos os elementos que fazem parte integrante do mesmo. (p. 27)

Reforçando a ideia, mencionada anteriormente, as ULS foram criadas não só com o intuito de gerar uma maior e melhor articulação entre os centros de saúde, hospitais e provavelmente outras unidades de cuidados de saúde responsáveis pelo bem-estar da população, através de um processo de integração vertical dos diferentes níveis dos cuidados de saúde, como também para combater as pressões a que os sistemas de saúde estão sujeitos, como o envelhecimento da população, as restrições orçamentais, as mudanças epidemiológicas das populações e a inovação na saúde (tecnologias de informação e de saúde) (Costa & Santana, 2008).

Em 1999 foi criada a primeira ULS, em Matosinhos, definida como “estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, patrimonial e natureza empresarial”, segundo o Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho, por forma a melhorar

a articulação entre os diferentes níveis de cuidados (maioritariamente cuidados primários, secundários e continuados) e conseqüentemente, a integração dos mesmos. Assim, pode constatar-se que as ULS surgiram com o objetivo de responder de uma forma mais eficiente às necessidades da população (melhoria da orientação dos utentes dos centros de saúde para os hospitais e vice-versa, e melhoria de resposta dos diferentes níveis de cuidados individualmente) de uma determinada região, através de uma gestão integrada de cuidados.

Com a criação destas Unidades foram criados serviços de apoio à gestão. Os Gabinetes de Comunicação surgiram com o propósito de facilitar a comunicação interna e externa e promover a literacia em saúde nas áreas de abrangências nas quais se encontram implantadas as oito Unidades Locais de Saúde que existem em Portugal.

Para além da sua relevância teórica, a importância deste estudo pretende oferecer contributos para a melhoria contínua das organizações de saúde, em particular das ULS envolvidas. Passa ainda pela possibilidade de elencar um conjunto de sugestões que possam vir a fomentar níveis de comunicação eficazes, bem como o desenvolvimento de estratégias que permitam relações positivas das organizações com os seus colaboradores e com o seu público, e que respondam aos padrões de exigência social.

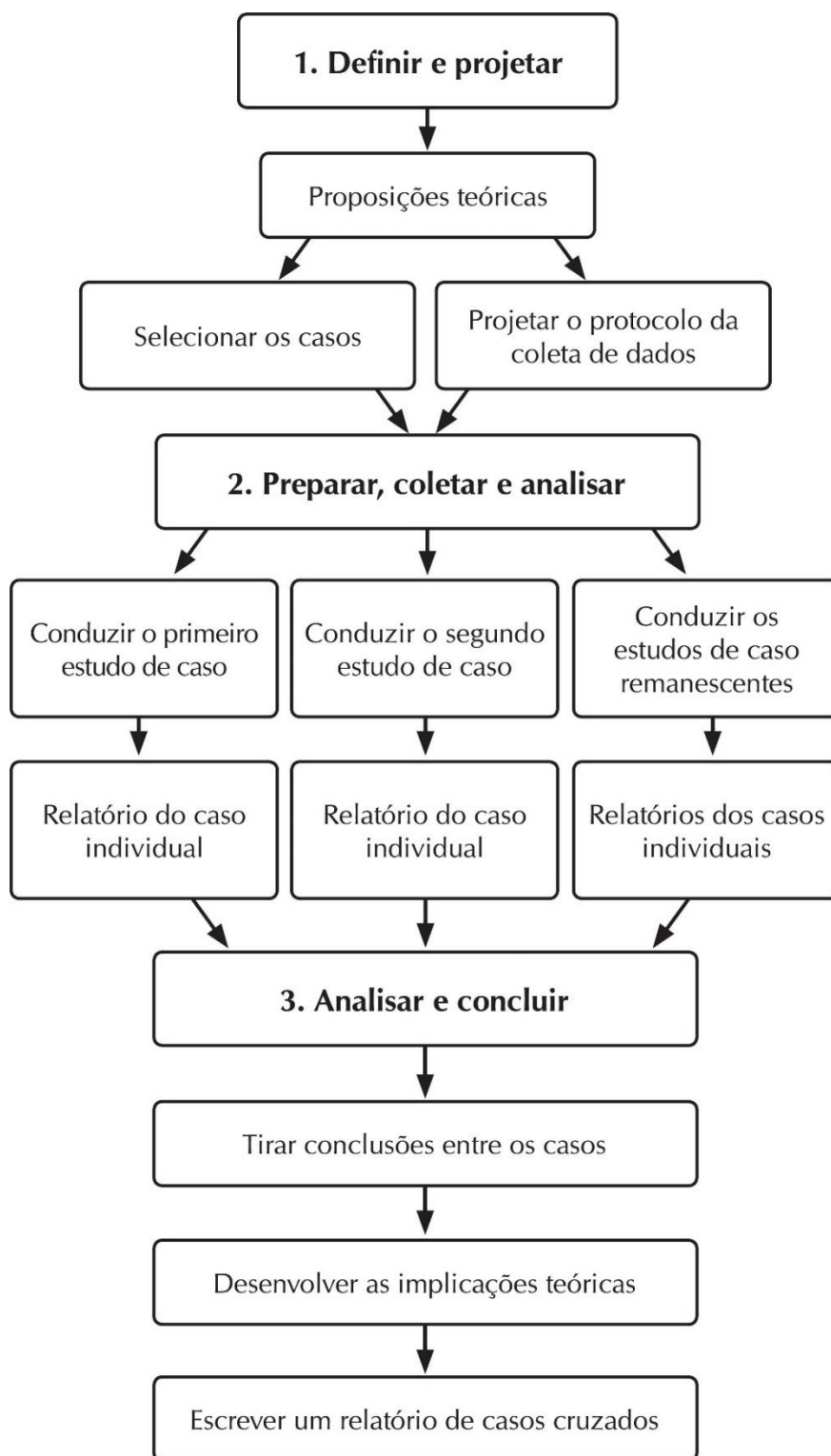
4.1 - Desenho do Estudo, Questão de Pesquisa e Objetivos

Atendendo à natureza do fenómeno a estudar, a presente investigação apresenta um desenho de características não-experimentais e organiza-se como um estudo de casos múltiplos, com um design do Tipo IV, cuja caracterização apresentaremos a seguir. Ragin (1992) considera o estudo de casos múltiplos como um método comparativo, dado que a estratégia utilizada permite observar padrões similares e diferenciadores, e criar linhas de convergência e divergência entre um número moderado de casos. Já Yin (1994) caracteriza os estudos de casos múltiplos de acordo com o número de casos estudados e o número de unidades de análise adotadas, referindo que um design do Tipo IV envolve mais do que um estudo e adota mais do que uma unidade de análise.

Foi utilizada a metodologia de *cross case*, que, de acordo com Khan e VanWynsberghe (2008), corresponde a um método de pesquisa aplicado sempre que os casos possam ser comparáveis em relação aos padrões de semelhanças e diferenças, permitindo analogias, bem como fazer inferências e generalizações, ainda que condicionais.

Na Figura 11 está representado o protocolo de pesquisa relativo aos casos utilizados neste estudo:

Figura 11 - Representação Gráfica do Protocolo de Pesquisa (Estudo de Casos Múltiplos)



Fonte: Yin (2015)

A escolha do domínio de investigação encontrou na revisão da literatura, mas também na nossa experiência profissional, as principais fontes de interrogação. Definimos como questão norteadora deste estudo a seguinte:

Qual o papel e contributo dos Gabinetes de Comunicação das Unidades Locais de Saúde nas estruturas em que se inserem? A resposta a esta questão foi iniciada em pleno ano de pandemia pela Covid 19.

No sentido de responder à questão de investigação, definiram-se os seguintes objetivos:

1. Identificar a perceção que os Conselhos de Administração das diferentes ULS têm dos Gabinetes de Comunicação, enquanto promotores da literacia em saúde;
2. Analisar as estratégias de comunicação desenhadas pelo Conselho de Administração e pelos Gabinetes de Comunicação e perceber se as mesmas respondem aos objetivos da organização;
3. Perceber qual a autonomia editorial dos coordenadores/ responsáveis pelos Gabinetes de Comunicação das ULS;
4. Verificar que conhecimento tem o Órgão de Tutela do trabalho dos Gabinetes de Comunicação nas Unidades Locais de Saúde;
5. Avaliar o desempenho dos Gabinetes de Comunicação durante a pandemia da Covid 19.

4.2 - Participantes, Procedimentos e Técnicas de Recolha de Dados

Num estudo qualitativo são designados por participantes os indivíduos que fornecem a informação através dos seus relatos pessoais, dada a sua relevância para a compreensão do fenómeno, o que lhes permite que sejam parte ativa em todo o processo.

No contexto deste estudo de casos múltiplos, foi utilizado um critério único de inclusão envolvendo todas as Unidades Locais de Saúde de Portugal continental. Os participantes são os Gabinetes de Comunicação das Unidades Locais de Saúde, representados pelos seus responsáveis.

A recolha de dados teve início com o envio de uma carta de apresentação (Anexo III) e um pedido formal de autorização para a realização do estudo, dirigido aos Presidentes das Unidades Locais de Saúde e responsáveis/coordenadores dos gabinetes de comunicação e no qual foi explicado o propósito e objetivos da investigação, assim como uma Declaração de Consentimento Informado (Anexo IV).

No sentido de adequar a construção de um instrumento de colheita de dados a partir dos objetivos elencados neste estudo, e para dar suporte a uma discussão de resultados mais ampla, foram utilizadas diferentes formas de recolha de dados.

Em primeira instância foi construído um roteiro de entrevista semiestruturada, porém, depois de um primeiro contacto telefónico para marcação presencial, foi acordado o envio de um questionário para o correio eletrónico institucional, devido à distância geográfica das instituições e aos constrangimentos nas deslocações terrestres impostos pela pandemia.

O questionário, de acordo com Ghiglione e Matalon (2001), consiste num instrumento rigorosamente estandardizado tanto no texto das questões, como na sua ordem, de modo a garantir a comparabilidade entre as respostas.

Morais (2013) define três critérios que um inquérito por questionário deve possuir: a pertinência, que se relaciona com os objetivos traçados; a validade, que tem a ver com adequação entre o que se pretende fazer (avaliar ou recolher informação) e o que se faz realmente; a fiabilidade, uma qualidade que consiste em encontrar resultados coerentes, e que deve ser conseguida através da triangulação dos dados e dos procedimentos de recolha de informação.

Dado tratar-se de uma pesquisa de cariz qualitativo, efetuada a partir de casos múltiplos, e com o propósito de consolidar a informação necessária à análise do tema em estudo, recorreremos à técnica de triangulação metodológica, que consiste num procedimento que combina diferentes métodos de recolha de dados (Flick, 2009). O mesmo autor, referido por Zappellini e Feuerschutte (2015, p. 253), afirma que a triangulação

(...) supera as limitações do uso de um só método de produção de conhecimento ao combinar diferentes métodos com o mesmo grau de relevância; é uma alternativa para a validação do conhecimento que aumenta muito a confiança das escolhas metodológicas e, portanto, deve ser considerada como um mecanismo que auxilia, sobretudo, na construção do conhecimento.

De acordo com Santos *et al.* (2020, p.656)

(...) a triangulação é uma estratégia de aprimoramento dos estudos qualitativos envolvendo diferentes perspetivas, utilizada não só para aumentar a sua credibilidade, ao implicar a utilização de dois ou mais métodos, teorias, fontes de dados e pesquisadores, mas também possibilitar a apreensão do fenómeno sob diferentes níveis, considerando, desta forma, a complexidade dos objetos de estudo (problemas complexos e condições de vida complexas)

Flick (2009) refere, ainda, que os dados visuais são frequentemente utilizados com outros instrumentos de recolha por fortalecerem a expressividade dos dados reunidos.

Em ciências sociais, a utilização de uma única perspetiva metodológica “não seria suficiente para tornar empiricamente compreensível um evento complexo” (Flick, 2011, citado por Santos *et al.*, 2020, p.657).

Em pesquisas na área da saúde, Nierotka *et al.* (2019) defendem que o uso de estratégia de triangulação permite ampliar e aprofundar, com rigor e ética, a compreensão de fenómenos complexos, e Denzin e Lincoln (2006) advogam que a triangulação metodológica pode ser utilizada com recurso à utilização de várias fontes de dados, que podem ser gerados com pessoas diferentes e em momentos e lugares distintos.

Na opinião de Yin (1994), os estudos de casos, entre várias características, também contemplam a conjugação de informações numerosas, com algum detalhe, que permitam abarcar a totalidade da situação, o que justifica a utilização de várias formas de recolha de dados, pelo que optámos também por recolher e analisar dados a partir da observação dos websites e das redes sociais de cada ULS.

Apoiámos esta decisão na opinião de Cardoso, Jólluskin e Silva (2021), que referem que as redes sociais são, no contexto da saúde, “um meio privilegiado pela facilidade de acesso e utilização e por fazerem parte do quotidiano dos indivíduos.” (p.2).

Adotámos ainda a opinião de Venegas-Vera, Colbert e Lerma (2020), ao referirem que durante a pandemia, através das redes sociais a partilha rápida de dados chave em todo o mundo e o impacto nas atitudes públicas, aumentaram o conhecimento das pessoas.

4.2.1 - Questionário aos Presidentes dos Conselhos de Administração das ULS

Foi desenvolvido um questionário, de construção própria, constituído por 16 perguntas abertas, agrupadas em 2 blocos temáticos: “Importância dos gabinetes de comunicação” (8 questões), e “Adaptação do gabinete de comunicação em tempo de Covid 19” (8 questões) (ver Anexo I). Efetuou-se um procedimento piloto através da solicitação de preenchimento de um questionário. Intencionalmente, considerado como um pré-teste, o questionário foi aplicado na ULS da Guarda, ao Presidente do Conselho de Administração, em maio de 2020, na presença da investigadora, que se disponibilizou a prestar todos os esclarecimentos face a eventuais dúvidas. Mediante as respostas obtidas, o mesmo tornou-se efetivo.

Ao nível interpretativo não se evidenciaram dificuldades. Ainda assim, foi melhorada a semântica e a construção frásica de algumas questões. Foi estimado o tempo de resposta de 30 minutos. O resultado do teste piloto revelou-se satisfatório, pelo que, foram aceites as respostas obtidas tornando-se definitivas, não havendo necessidade desta ULS repetir o preenchimento.

O primeiro envio dos questionários para os Conselhos de Administração das Unidades Locais de Saúde ocorreu em maio de 2020 via CTT, e repetiu-se em setembro de 2020, com uma expectativa de tempo de resposta de cerca de duas semanas, o que não veio a verificar-se. Após

contacto telefónico prévio, procedeu-se a novo envio por via eletrónica. Dos oito questionários enviados, apenas dois foram devolvidos. No sentido de aumentar a taxa de resposta, foram efetuados vários contactos que se revelaram infrutíferos. Estabelecemos como tempo limite de receção 15 dias.

4.2.2 - Questionário para os Gabinetes das ULS

Em simultâneo procedeu-se ao envio dos questionários para os Gabinetes de Comunicação de cada ULS endereçados aos respetivos responsáveis. Este questionário contempla 32 perguntas abertas agrupadas em 4 blocos temáticos: “Importância dos gabinetes de comunicação” (10 questões); “Website da ULS” (4 questões); “Presença da ULS nas redes sociais” (10 questões); “Adaptação do gabinete de comunicação em tempo de Covid” (8 questões). Apesar da sua semelhança com o questionário enviado aos Presidentes dos Conselhos de Administração, algumas questões foram adaptadas tendo em conta os objetivos dos gabinetes e o seu perfil de funcionamento (ver anexo II).

O questionário de elaboração própria dirigido aos responsáveis dos Gabinetes de Comunicação das ULS foi construído com o propósito de conhecer o papel dos Gabinetes na instituição a que pertencem, a forma de comunicação com a população, o relacionamento com a comunicação social e a perceção que têm do trabalho desenvolvido. Com estes questionários pretendeu-se também evidenciar a presença de cada ULS nas redes sociais, organização dos websites e diferenças nos conteúdos publicados.

O procedimento piloto foi efetuado mediante o envio de um questionário ao Gabinete da ULS da Guarda.

Após receção do questionário já preenchido, considerámos o resultado do teste piloto satisfatório, não se procedendo a qualquer alteração na sua estrutura, pelo que foram aceites as respostas obtidas tornando-se definitivas, não havendo necessidade desta ULS repetir o preenchimento.

Em maio de 2020 foram enviados sete questionários para os restantes Gabinetes, tendo sido rececionados cinco questionários preenchidos. A última resposta foi rececionada em setembro de 2021.

4.2.3 - Grelha de Análise dos *Websites* Institucionais

Para análise dos *websites*, que se apresentam no Anexo VIII, foram utilizados dois instrumentos, adaptados a partir da grelha de critérios para avaliação de websites - pontos a

considerar quando se executa uma crítica a *websites* -, desenvolvida pelo Instituto Politécnico de Bragança (sd) e da grelha de avaliação de análise de um sítio *web*, desenvolvida pela Universidade do Porto (2011/12), ambas amplamente divulgadas na internet, através do site <http://www.unic.pcm.gov.pt>.

A grelha de critérios para avaliação de websites é constituída por cinco blocos temáticos: tempo de carregamento (3 pontos de observação), aparência (10 pontos de observação), estrutura e navegação (12 pontos de observação), conteúdo (8 pontos de observação) e objetivos gerais do site (5 pontos de observação) (ver anexo V).

Para avaliação do tempo de carregamento dos sites, recorremos à peritagem de um profissional de informática credenciado, que através da utilização do programa Google Analytics - Site Speed verificou a velocidade de carregamento dos sites, estimando como tempo ideal 5 segundos, bem como a classificação dos sites em “Flash” ou “HTLM”.

Todos os outros pontos foram verificados e registados para cada site pela própria investigadora através de observação direta, procurando a imparcialidade nessa observação.

4.2.4 - Análise das Redes Sociais online

A análise das redes sociais (ver anexo IX) teve início numa pesquisa livre na internet no sentido de compreender se as ULS estavam presentes nas redes sociais. Partindo da premissa de que a comunicação em saúde é o “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (Teixeira, 2004, p. 615), incluímos na pesquisa dados observados a partir das redes sociais das ULS.

Para análise das redes sociais, e tendo por base as propostas de Cardoso (2021) e Coutinho (2018), foram estabelecidos critérios para seleção das plataformas a utilizar, a saber: abrangência da rede, ênfase na fotografia e imagem, e componente institucional. De acordo com estes critérios foram selecionadas, respetivamente, *Facebook*, *Instagram* e *Linkedin*.

Foi construída pela investigadora uma grelha de observação para avaliação de redes sociais (Anexo VII), na qual foram incluídos três blocos temáticos: Tipologia de conteúdo (conteúdos informativos, conteúdos de sensibilização, conteúdos preventivos relacionados com Covid 19, divulgação de eventos); Estrutura das mensagens (mensagens curtas/longas, linguagem simples adaptada ao destinatário/linguagem técnica, existência de FAQ´s); Interação e movimento (uso de *hashtags*, *emojis* e *links* para o *website*).

4.2.5 – Questionários aos utentes das ULS

No sentido de complementar os dados produzidos pelos instrumentos anteriormente descritos, entendeu-se ser útil conhecer a opinião dos utentes sobre o papel e contributo dos Gabinetes de Comunicação das ULS envolvidas neste estudo, na informação por si transmitida ao público-alvo.

Foi utilizado um questionário, de construção própria, utilizando o modelo Google Forms (Anexo VI), constituído por 11 perguntas de resposta fechada: as primeiras quatro para recolha de informação sociodemográfica, as sete seguintes, com escalas tipo Likert³ de três e cinco pontos, destinadas à recolha de opinião sobre a forma como a informação é veiculada pelos websites e redes sociais das instituições através dos seus Gabinetes de Comunicação. O questionário encerra com uma pergunta aberta, solicitando sugestões para melhoria de desempenho dos Gabinetes.

Numa primeira fase foi solicitada colaboração aos responsáveis dos Gabinetes de Comunicação de todas as ULS para a divulgação do instrumento junto dos respetivos utentes. O questionário (Anexo VI) foi disponibilizado nas redes sociais Facebook e LinkedIn, assim como através da aplicação Whatsapp. O último questionário foi recebido em maio de 2021.

Não foi definido o tamanho da amostra nem nenhum critério de seleção, dado que o objetivo passava por ter a perceção da ligação dos utentes às instituições de saúde. Apostou-se, nesta investigação, numa amostra probabilística fortuita, que de acordo com Santos (2018) é aquela em que a seleção é feita conforme os elementos amostrais vão surgindo.

Segundo este autor, o termo amostragem refere-se ao processo pelo qual se obtém uma amostra que deve ser realizada com técnicas adequadas para garantir a representatividade da população/universo sob investigação. Neste caso concreto, o objeto a estudar ou analisar é a população inteira, tornando a amostragem desnecessária. Isso pode acontecer quando os recursos, tempo e esforço necessários para coletar uma amostra são viáveis para estudar o conjunto completo de elementos. Ora, neste estudo, toda a população é potencial cliente das unidades de saúde. Pelo que, responderam aleatoriamente 255 utentes no horizonte temporal definido.

O horizonte temporal para aplicação de um questionário é definido com base nos objetivos da pesquisa e no período de tempo relevante para as informações que se deseja recolher.

³ Dalmoro & Vieira (2013), enunciando Likert (1932), referem que a escala que desenvolveu “(...) centrava-se na utilização de cinco pontos (...). Embora o uso de escalas com outro número de itens, diferente de cinco, represente uma escala de classificação, quando esta não contiver cinco opções de resposta, não se configura uma escala Likert, mas sim do “tipo Likert”.” (pp. 163).

O questionário em causa foi aplicado entre 10 e 30 de março, tendo sido o *timing* que aparentou ser suficiente para recolher um número de respostas com alguma expressividade na realização do estudo, com menor custo, resultados em menor tempo, objetivos mais amplos e dados fidedignos.

Santos (2018) acrescenta que compete ao pesquisador fixar amostragem de acordo com objeto de estudo. Quanto aos dados, foi realizada uma análise exploratória descritiva, com determinação de frequências percentuais.

4.3. Considerações Éticas

No presente estudo foram tidos em conta os princípios de conduta ética subjacentes à investigação científica, garantindo e respeitando a prioridade de interesse público das instituições participantes. A investigadora assumiu em todo o processo uma postura de responsabilidade, neutralidade e imparcialidade, boa-fé, honestidade pessoal e integridade de caráter.

Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, características e condições de realização da investigação, tendo sido solicitado o seu Consentimento Informado (Anexo IV). Foi assegurada a destruição dos instrumentos de colheita de dados e a não utilização dos dados para outros fins.

Em todas as fases desta investigação foram observadas as regras de obtenção e seleção de dados, tendo sido solicitadas as autorizações necessárias aos Presidentes dos Conselhos de Administração e responsáveis de Gabinetes de Comunicação das instituições participantes (Anexos III e IV).

Capítulo 5 - Análise e Discussão de Resultados

5.1 - A Comunicação das ULS na Internet

Relativamente à comunicação das ULS na internet, apresentamos algumas tabelas e dados comparativos da sua presença nas redes sociais com maior expressividade entre os usuários portugueses. Observamos e comparamos páginas do Facebook, Instagram e LinkedIn.

Todas as tabelas apresentadas foram elaboradas pela investigadora.

5.1.1 - A presença nas Redes Sociais online

Entre março e maio de 2020, procedemos à análise da presença das ULS nas redes sociais. Apenas duas das oito ULS não tinham conta no Facebook, Instagram e LinkedIn. Tratava-se das ULS do Baixo Alentejo e Norte Alentejano. Esta ausência foi justificada, pelos responsáveis dos Gabinetes de Comunicação das respetivas unidades, com a falta de recursos humanos para proceder à manutenção das mesmas.

A comunicação das diferentes ULS desde março de 2020 a setembro de 2021 era similar, tendo em conta que quase todas publicitavam as comunicações da DGS, SPMS ou MS sobre a Covid 19. Todas as unidades utilizavam conteúdos informativos simples, de fácil compreensão, numa missão de sensibilização à população.

Todas as ULS utilizavam uma linguagem adaptada ao público a quem se dirigiam, muito simples, direta e em alguns casos técnica. A tabela que se segue elucida a presença das ULS nas redes sociais mais utilizadas no nosso país.

Tabela 4 - Avaliação das redes sociais da ULSG

		ULSM	ULSNA	ULSAM	ULSBA	ULSG	ULSCB	ULSN	ULSLA	
FACEBOOK	Tipologia do conteúdo	Conteúdos informativos	S	--	S	--	S	S	S	S
		Conteúdos de sensibilização	S	--	S	--	S	S	S	S
		Conteúdos preventivos relativos a Covid 19	S	--	S	--	S	S	S	S
	Estrutura da mensagem	Curtas e apelativas	S	--	S	--	S	S	S	S
		Linguagem simples adaptada ao destinatário	S	--	S	--	S	S	S	S
		Linguagem técnica	N	--	N	--	S	S	S	S

	Interação movimento	Existência de Listagem de Respostas Rápidas	S	--	S	--	S	S	S	S	
		Uso de hashtags	S	--	N	--	N	N	N	N	S
		Emojis	N	--	N	--	N	N	N	N	N
		Link para web sites	N	--	N	--	N	N	N	N	N
INSTAGRAM	Tipologia do conteúdo	Conteúdos informativos	S	--	--	--	N	S	--	--	
		Conteúdos de sensibilização	S	--	--	--	S	S	--	--	
		Conteúdos preventivos relativos a Covid 19	S	--	--	--	S	S	--	--	
	Estrutura da mensagem	Curtas e apelativas	S	--	--	--	S	S	--	--	
		Linguagem simples adaptada ao destinatário	S	--	--	--	S	S	--	--	
		Linguagem técnica	N	--	--	--	S	S	--	--	
	Interação movimento	Existência de Listagem de Respostas Rápidas	S	--	--	--	S	N	--	--	
		Uso de hashtags	S	--	--	--	N	N	--	--	
		Emojis	N	--	--	--	N	N	--	--	
	LINKEDIN	Tipologia do conteúdo	Link para web sites	S	--	--	--	N	N	--	--
			Conteúdos informativos	S	--	--	--	S	--	--	S
			Conteúdos de sensibilização	S	--	--	--	S	--	--	S
Estrutura da mensagem		Conteúdos preventivos relativos a Covid 19	S	--	--	--	S	--	--	S	
		Curtas e apelativas	S	--	--	--	S	--	--	S	
		Linguagem simples adaptada ao destinatário	S	--	--	--	N	--	--	S	
		Linguagem técnica	N	--	--	--	N	--	--	S	
Interação movimento		Existência de Listagem de Respostas Rápidas	S	--	--	--	N	--	--	S	
		Uso de hashtags	S	--	--	--	N	--	--	S	
		Emojis	N	--	--	--	N	--	--	N	
		Interação movimento	Link para web sites	N	--	--	--	N	--	--	N
			Emojis	N	--	--	--	N	--	--	N
	Link para web sites		N	--	--	--	N	--	--	N	

Legenda: S- Sim, N – não

Fonte: Elaboração Própria

De acordo os dados observados podemos concluir que apenas as ULS da Guarda e de Matosinhos estavam presentes nas três redes sociais supramencionadas, partilhando basicamente a mesma informação, o que pressupõe que haja intencionalidade na divulgação por diferentes públicos.

A ULS de Matosinhos era a que contava com maior número de seguidores, rondando em setembro de 2022 cerca de 28 mil seguidores no Facebook, 1550 seguidores no Instagram e 10600 seguidores no LinkedIn. Os números apresentados podem resultar do facto de que esta ULS está implementada numa zona litoral do país, com maior número de habitantes e servindo uma população mais jovem e, porventura, mais ágil com as novas tecnologias.

A ULS do Alto Minho surgia apenas no Facebook, contando com 10 mil seguidores. Trata-se também de uma ULS que serve uma zona urbana com população mais jovem.

A ULS da Guarda apostava nas três redes sociais analisadas, contando com 19 mil seguidores no Facebook, 1599 no Instagram e 719 seguidores no LinkedIn. Apesar de a ULS da Guarda estar inserida numa zona do interior do país despovoada e envelhecida, a população parece ter-se adaptado às novas tecnologias e vai acompanhando o que se vai fazendo por toda a instituição. Convém referir que a ULS da Guarda faz a cobertura de praticamente todo o distrito da Guarda, faltando apenas o concelho de Aguiar da Beira. Quer isto dizer que abrange uma extensa área geográfica.

A ULS de Castelo Branco estava presente no Facebook e no Instagram, com 6 mil seguidores e 719 respetivamente. A mensagem passada era basicamente a mesma nas duas redes, depreendendo-se assim que a unidade pretenda chegar através de diferentes canais a diferentes públicos.

A ULS do Nordeste marcava presença apenas no Facebook, tendo cerca de 8 mil seguidores. Neste espaço a Unidade partilhava as atividades que ia realizando e informava a população tendo como suporte a DGS, MS e SPMS. Um procedimento que se repetia em todas as Unidades analisadas.

5.2 - Avaliação dos Websites Institucionais

Para a avaliação de websites é sempre necessário considerar critérios de avaliação específicos, relativos ao objetivo do site e aos requisitos do público-alvo.

A realização da avaliação dos sites em estudo, que correspondem às oito unidades locais de saúde, foi efetuada através da criação de uma grelha própria, que teve como base uma grelha

desenvolvida pelo Instituto Politécnico de Castelo Branco, e que pode ser consultada no Anexo V.

Às oito Unidades Locais de Saúde foi aplicada a mesma grelha, que se dividiu em cinco blocos distintos, preenchidos através da observação e o apoio de especialistas na área da informática.

No primeiro quadro avaliámos o tempo de carregamento do site. Apenas duas das unidades, o Litoral Alentejano e o Alto Minho, apresentavam o tempo razoável de carregamento, cerca de 3 segundos (tabela 5). Tudo o que passar desse tempo torna-se pouco atrativo para o utilizador. Em relação à segunda pergunta, se a entrada no site é efetuada através de animação em flash, é-nos dado a observar que não existia uma opção “*Skip Intro*”, ou seja, o recurso de saltar as opções de navegação que permite ir direto ao conteúdo.

Por último, neste grupo de perguntas em que é observado tratar-se de sites flash ou HTML, conclui-se que 7 unidades dispunham de flash e uma de HTML.

Tabela 5 - Tempo de Carregamento do Site

TEMPO DE CARREGAMENTO		
Tempo de carregamento do site	Até 5 segundos	Mais de 5 segundos
		2
Tipo de entrada no site	Flash	skip intro
	8	0
Tipo de site	Flash	HTML
	7	1

Fonte: Elaboração Própria

Como se verifica na tabela 6, os websites das ULS tinham uma aparência semelhante, variando as cores que estavam alinhadas com as cores dos logotipos institucionais que possuem.

Havia uma consistência do traçado das páginas e um design apropriado em todas as páginas observadas. Seis das páginas apresentavam um número moderado da combinação das cores e em nenhuma delas se verificava confusão com o fundo de página. Seis das ULS tinham animações apropriadas e relevantes para o conteúdo do site. Todos os sites eram intuitivos, apresentavam textos legíveis e os objetivos da página eram suficientemente explícitos.

Tabela 6 - Aparência do website e funcionalidade

APARÊNCIA	SIM	NÃO
Consistência do “traçado” (esboço ou aparência) das páginas, uso de cores, tipos de letra, ícones e imagens ao longo do site	8	0
Número moderado de cores usadas e sua combinação	6	2

Design apropriado para os objetivos do site e para o público-alvo?	8	0
Cores das imagens suaves e não se confundem com o fundo da página	8	0
Animações - Apropriadas e relevantes para o conteúdo do site	6	2
Os olhos são imediatamente direcionados para o conteúdo de elementos importantes da página	8	0
Texto é legível	8	0
Autor e respetivos contactos são facilmente localizáveis	2	6
O objetivo do site (e de cada página em particular) é suficientemente explícito?	8	0

Fonte: Elaboração Própria

Na tabela 7 evidencia-se a estrutura e navegação dos sites. Tendo em conta que o layout dos sites se repetia, alternando somente as cores que mais se identificam com o logotipo de cada instituição, observa-se que todos os sites se encontravam logicamente organizados.

Havia ícones para navegação, cujos significados eram claros, e estavam também disponíveis ligações de texto.

A observação efetuada permitiu-nos também concluir que existia informação diretamente ligada à estrutura de navegação que permitia aceder a níveis superiores do site facilmente. Toda a informação estava disponível com um número mínimo de cliques e a navegação entre diferentes páginas e secções do site era óbvia.

Tabela 7 - Estrutura e navegação

ESTRUTURA E NAVEGAÇÃO	SIM	NÃO
O conteúdo do site encontra-se “logicamente” organizado	7	1
A estrutura de navegação encontra-se localizada no mesmo sítio em todas as páginas do site	8	0
A estrutura de navegação é de fácil reconhecimento, isto é, é perceptível que é uma estrutura de navegação	0	8
Todas as ligações estão claramente identificadas e o seu destino óbvio	8	0
O uso do botão “Retroceder” do browser é desnecessário (não há “becos – páginas - sem saída”)	8	0
A estrutura de navegação é fácil de perceber e usar	1	7
O significado dos ícones para navegação é claro (se existirem)	8	0
Quando usados ícones para navegação, estão também disponíveis ligações de texto	8	0
Existência de alguma informação ligada diretamente à estrutura de navegação (uma página com os contactos, p. e.)	8	0
A informação está disponível com um número mínimo de clicks (uma boa regra é não mais de 3 clicks)?	< 3 cliks 8	> 3 cliks 0
A navegação entre diferentes páginas e secções do site é óbvia	8	0

Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao conteúdo avaliámos 8 itens, como nos é dado a conhecer através da tabela 8. Na análise do conteúdo evidencia-se o objetivo do site, o público-alvo, terminando no grau de dificuldade de encontrar um conteúdo específico.

É notório que o objetivo, o público-alvo e a satisfação da necessidade do utilizador do site estavam perfeitamente definidos nos sites das oito unidades analisadas.

Duas das instituições apresentavam nos seus sites erros gramaticais e ortográficos nos conteúdos publicados. Regra geral, as linhas de texto não eram muito grandes e a sua leitura não se tornava fastidiosa. Três das ULS apresentavam alguns artigos desatualizados e ou incorretos. Nos oito sites era fácil encontrar um conteúdo específico.

Tabela 8 – Conteúdo

CONTEÚDO	SIM	NÃO
O conteúdo reflete o objetivo do site?	8	0
O conteúdo é apropriado para o público-alvo?	8	0
O conteúdo é suficiente para satisfazer as necessidades e expectativas do utilizador?	8	0
O texto está livre de erros gramaticais e ortográficos?	6	2
Existem frases, parágrafos e cabeçalhos curtos, e listas numeradas para que o conteúdo seja de pesquisa fácil?	6	2
As linhas de texto são muito grandes sendo a sua leitura seja muito fastidiosa?	2	6
A informação é correta e atualizada?	6	2
É fácil encontrar um conteúdo específico?	8	0

Fonte: Elaboração Própria

No final da análise aos websites foi feita uma avaliação global em que é evidenciado que os sites analisados eram simples, claros, consistentes (exceto num caso), apropriados e apelativos. São esses os aspetos evidenciados da Tabela 9.

Tabela 9 - Objetivos globais dos websites

OBJETIVOS GLOBAIS DO SITE	SIM	NÃO
Simple	8	0
Claro	8	0
Consistente	7	1
Apropriado	8	0
Apelativo	8	0

Fonte: Elaboração Própria

5.3- Questionário aos Responsáveis das ULS

Na fase da análise dos dados, foi realizada uma análise do conteúdo das entrevistas feitas aos responsáveis das ULS e, posteriormente, comparados os dados com a revisão da literatura realizada previamente e com os resultados alcançados por outros autores. Pretendia-se, ainda,

compreender a perceção da tutela relativamente ao papel de desempenho dos Gabinetes de Comunicação das Unidades Locais de Saúde.

Inicialmente pretendia-se efetuar entrevistas semiestruturadas, em que os Presidentes dos Conselhos de Administração e os responsáveis pelos Gabinetes de Comunicação responderiam livremente às perguntas que lhe eram colocadas. A informação seria, depois, categorizada para detetar características chave para o estudo, já que o tratamento dos dados tem por base a categorização da informação obtida e a extração de indicadores que, após análise, produzirão o resultado.

Face aos constrangimentos impostos pela Pandemia da Covid 19, as pretendidas entrevistas foram substituídas por dois questionários, um dirigido aos Conselhos de Administração, outro direcionado para os responsáveis/coordenadores dos Gabinetes de Comunicação de cada uma das oito Unidades Locais de Saúde.

Toda a recolha de dados foi feita em 2020 e 2021, confrontados por uma pandemia que não nos deu tréguas e não permitiu abrandar o trabalho nas Unidades de Saúde, pelo que a alternativa às entrevistas pessoais que tanto desejávamos fazer, acabou por se restringir a contactos telefónicos e troca de emails com o envio de perguntas semiestruturadas. Perguntas que foram respondidas debaixo da grande pressão que o trabalho impunha nas unidades de saúde.

Os questionários foram remetidos por email no dia 28 de maio de 2020, acompanhados por uma carta de apresentação e um pedido de autorização para que as respostas pudessem ser utilizadas na presente investigação e publicadas.

Como se pode verificar no Anexo II, o questionário dirigido aos responsáveis pelos Gabinetes de Comunicação é composto por quatro grupos de perguntas.

No primeiro grupo pretende-se perceber como cada Gabinete comunica com a população.

O segundo grupo foi orientado para se compreender como é feita a gestão dos websites das ULS e o terceiro grupo dedicado à presença das instituições nas redes sociais. Com estes dois grupos tentamos perceber que tipo de informação é disponibilizada e a quem se destina.

O quarto e último grupo deste questionário pretende saber como comunicou cada Gabinete de Comunicação com a população em plena pandemia pela Covid 19.

Responderam aos questionários seis das oito Unidades Locais de Saúde. Apesar das inúmeras tentativas, do envio por email, reenvio, envio pelo correio com aviso de receção e das múltiplas chamadas telefónicas, não obtivemos resposta por parte da ULS do Nordeste nem da ULS do Minho.

Obtivemos resposta a todas as perguntas efetuadas da ULS da Guarda, ULS de Castelo Branco, ULS Baixo Alentejo, ULS Norte Alentejano, ULS Litoral Alentejano e ULS de Matosinhos.

As habilitações literárias dos coordenadores/responsáveis dos Gabinetes de Comunicação variam muito, mas na maioria há profissionais da área da comunicação a coordenarem os Gabinetes. Há profissionais com mestrado na área do marketing, licenciados em comunicação social, pós-graduados em assessoria de imprensa, comunicação e marketing político. Há ainda um licenciado em engenharia biotecnológica e um assistente técnico com o 12.º ano, como nos é dado a observar na tabela seguinte.

Tabela 10 - Habilitações Académicas dos responsáveis dos Gabinetes de Comunicação

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	NÚMERO DE PROFISSIONAIS	FUNÇÃO	HABILITAÇÕES
Castelo Branco	1	Coordenador	Eng. Biotécnica
Guarda	2	Coordenador	Lic. Comunicação/ Mestre Marketing
		Assistente Técnico	12.º Ano
Matosinhos	2	Coordenador	Licenciatura Comunicação
		Assistente Técnico	Bacharelato Comunicação
Baixo Alentejo	1	Coordenador	Lic. Comunicação
Litoral Alentejano	1	Coordenador	12.o ano
Norte Alentejano	1	Coordenador	Lic. Assessoria de Imprensa/Marketing
Nordeste	(não respondeu)	(não respondeu)	(não respondeu)
Alto Minho	(não respondeu)	(não respondeu)	(não respondeu)

Fonte: Elaboração própria

Quando questionados sobre o que pensam os responsáveis dos Gabinetes acerca da importância da comunicação nas ULS, a resposta é unânime: todos sem exceção consideram que comunicar “*é vital*”, quer para a instituição, quer para os utentes que dependem dela.

A ULS da Guarda realça o papel do Gabinete na organização de eventos, na comunicação interna e externa, na comunicação com a imprensa e na assessoria prestada ao Conselho de Administração.

A ULS de Castelo Branco destaca o papel do Gabinete na promoção e valorização da identidade e da imagem institucional. Enfatiza também o papel da comunicação interna e externa “*que se deseja forte e eficaz*”.

Para a ULS do Norte Alentejano o Gabinete de Comunicação é “*o pulmão da ULSNA*”.

Na ULS de Matosinhos o trabalho de assessoria de comunicação desenvolvido pelo Gabinete “*visa projetar e divulgar o trabalho realizado pela instituição na prestação de cuidados de saúde aos seus utentes*”.

Os meios utilizados pelas instituições para comunicarem com as populações a quem prestam cuidados de saúde é o objeto da segunda pergunta deste questionário.

A ULS de Matosinhos comunica através da imprensa nacional e regional. Tem vindo também a apostar nos últimos anos na comunicação digital, “*tendo em conta a necessidade de acompanhar esta evolução e tendência das instituições de saúde*”.

Nesta instituição “*a produção de conteúdos tem como objetivo a informação em saúde*” visando sempre “*esclarecer e informar*” os seus utentes, através das redes sociais. Atualiza diariamente o Website, Facebook e LinkedIn e informa os utentes através dos “*ecrãs informativos*” da instituição. Quando se justifica, a ULS de Matosinhos desenvolve campanhas de informação através da distribuição de folhetos informativos (suporte papel). Algumas destas campanhas são de âmbito comunitário e envolvem a autarquia de Matosinhos, que disponibiliza também os seus suportes, desde os *muppies* a outros espaços físicos.

Na ULS Baixo Alentejo os cartazes, *flyers*, folhetos, programas e anúncios na imprensa são os principais meios para chegar a uma população “*maioritariamente idosa*”. A instituição considera que os materiais, meios e suportes “*têm de ser ajustados ao nível etário e de literacia existentes*” na região.

Na ULS Norte Alentejano o website, campanhas específicas e órgãos de comunicação social são os principais meios para chegar à população.

Na ULS Litoral Alentejano a comunicação interna é feita via email e intranet, uma vez que é nessa plataforma que reúnem documentos oficiais internos, notícias de agenda e artigos de colaboradores.

A ULS de Castelo Branco utiliza os meios digitais, rádios, jornais e televisões. A comunicação interna é feita essencialmente através da intranet.

A ULS da Guarda, que presta cuidados de saúde a uma população muito envelhecida, efetua sessões de esclarecimento e rastreios sempre que necessário, promove campanhas de prevenção nas épocas sazonais e de vacinação. Esta instituição opta também por afixar cartazes, e fazer spots e programas de rádio. O Website, Youtube, Facebook e Instagram são outros meios usados pela ULSG para fazer chegar a sua comunicação à população. Quando a informação é emergente, a ULSG pede apoio na partilha de informação à diocese, municípios, juntas de freguesia e autoridades.

Relativamente ao relacionamento dos Gabinetes de Comunicação com a Imprensa, a opinião é unânime. Os seis gabinetes dizem ter uma ótima relação com os órgãos de Comunicação Social.

A quantidade de comunicados à imprensa, também é questionada neste primeiro grupo de perguntas aos responsáveis dos Gabinetes de Comunicação.

A ULS de Matosinhos diz que a quantidade de comunicados à imprensa depende da estratégia de comunicação definida com o Conselho de Administração e, acrescenta, “*os comunicados de imprensa são apenas uma das formas de comunicar com os jornalistas*”.

Por iniciativa do responsável do Gabinete, são organizados outros tipos de ações, tais como reportagens e entrevistas. A responsável do Gabinete adianta que, no total, faz em média 50 ações de comunicação por ano, das quais entre 20 e 30 são comunicados de imprensa. Os temas prendem-se com as novas respostas assistenciais, a aquisição de novos equipamentos, a divulgação de projetos, novas instalações, melhorias dos serviços, investigação e ensaios clínicos, e atividades de promoção e educação para a saúde dirigidas a utentes. Resumindo, “*tudo o que tem interesse mediático*” e cumprindo os objetivos da divulgação institucional.

Na ULS da Guarda, são elaborados por ano cerca de 120 comunicados à imprensa, onde se realçam conselhos à população, alterações de serviços ou novas valências da instituição. A ULS da Guarda aposta, também, em fazer passar a mensagem de segurança e credibilidade da instituição para a opinião pública.

A ULS de Castelo Branco não contabiliza os comunicados remetidos à Comunicação Social, elabora-os e difunde-os “*sempre que necessário*”. As notícias remetidas aos média dão conta de eventos realizados, e novas técnicas ou novos equipamentos adquiridos pela instituição.

Na ULS Norte Alentejo são produzidos em média 24 comunicados por ano, ou seja, dois por mês. Um dos temas a que instituição dá maior ênfase é à questão da acessibilidade dos doentes.

A ULS do Baixo Alentejo emite em média 30 comunicados por ano, focados nos recursos existentes na instituição, educando para a saúde e produzindo conteúdos práticos de informação generalista.

Todas as ULS preferem responder por escrito aos órgãos de comunicação social, mas também o fazem pessoalmente ou via telefone.

Com o segundo grupo de perguntas pretende-se compreender quem gere e faz a manutenção do website institucional.

Na ULS Norte Alentejano a manutenção do website é efetuada pela assistência técnica, que faz a atualização uma vez por semana.

No Baixo Alentejo a manutenção do site está a cargo do Gabinete de Comunicação e Imagem, com o apoio do Serviço de Informática e dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

Na ULS de Matosinhos a gestão do site é também feita por um dos elementos do Gabinete de Comunicação, e o mesmo é atualizado sempre que necessário.

Na ULS de Castelo Branco, a gestão do website é feita pelo Gabinete de Comunicação e a informação é atualizada sempre que se justifica.

Na ULS da Guarda a gestão do website é da responsabilidade do Gabinete de Comunicação e Imagem com o apoio do Serviço de Informática, a atualização não tem uma cadênciã própria, depende sempre das circunstâncias. A informação é atualizada sempre que se justifique com temas que vão de encontro às reais necessidades dos utentes. É, naturalmente, também um espaço de publicidade para a instituição e para os seus colaboradores.

Também na ULS Litoral Alentejano a responsabilidade da manutenção do Website é do Gabinete de Comunicação e Imagem, que coloca novos conteúdos em funções das atividades e solicitações.

O responsável do Gabinete acredita que se o Website fosse mais intuitivo talvez conseguissem chegar a um maior número de utentes.

O terceiro grupo de perguntas pretende perceber a presença das diferentes ULS nas redes sociais, quais as escolhidas e o que se publica.

A ULS da Guarda está presente no Instagram e Facebook, uma escolha feita tendo em conta o público-alvo que se pretende alcançar. A informação partilhada é normalmente relacionada com Saúde Pública e Medicina Preventiva. Para a responsável da Comunicação da ULS da Guarda, as vantagens das redes sociais como meio de difundir informação são *“a rapidez, o número de pessoas que se consegue alcançar através de um meio de difusão bastante económico”*. As desvantagens têm a ver com os comentários muitas vezes desfavoráveis para a instituição, podendo pôr em causa o seu bom nome. Para a ULS da Guarda a presença no Facebook representa ter *“utentes mais informados e exigentes”*. As redes sociais na ULS da Guarda são geridas pelo Gabinete de Comunicação e Imagem com o apoio, sempre que necessário, do Serviço de Informática. O Gabinete conta um profissional da área da comunicação e marketing e um assistente técnico.

No caso da ULS de Matosinhos, esta encontra-se presente no Facebook, LinkedIn e Instagram. A informação partilhada nestas redes é muito diversificada, desde informação genérica sobre o funcionamento dos serviços, orientações no acesso à instituição, mudanças de instalações,

iniciativas institucionais e alguns *faits divers*. O público-alvo são os utentes, os profissionais e a comunidade. A presença nas redes sociais, para a ULS de Matosinhos, tem vantagens e desvantagens. Como pontos positivos destacam-se a rapidez e eficácia da comunicação com os utentes. *“É uma ferramenta de comunicação que não podemos, nem devemos ignorar, mas que é preciso gerir”*.

Este Gabinete tem nos últimos anos dedicado uma maior atenção à comunicação digital, *“tendo em conta a necessidade de acompanhar esta evolução e tendência das instituições de saúde”*. Nesse sentido, tem havido um forte investimento em manter a presença digital atualizada e disponível tendo como objetivo, aproximar e conquistar novos utentes para a instituição.

A ULS Litoral Alentejano não estava, à data do questionário, presente em qualquer rede social. A justificação para esta ausência nas redes sociais prende-se com a filosofia do próprio gabinete, que considera que *“as redes sociais quando mal implementadas podem tornar-se difíceis de gerir pelo tempo e atenção que necessariamente exigem”*.

Esta é uma realidade incontornável para qualquer Gabinete de Comunicação, com poucos recursos humanos e múltiplas atividades a que tem de dar resposta constantemente.

O responsável do GCI da ULS do Litoral Alentejano considera que a rede social Facebook *“terá muitas vantagens quando bem implementado e gerido, mas muitas desvantagens pela atenção a dar aos utilizadores que esperam respostas a problemas concretos, bem como partilhas e sobretudo comentários que podem desfavorecer a instituição”*. Adianta ainda este responsável que *“O facebook é um terreno fértil para a propagação de notícias e comentários muitas vezes distorcidos, que não raras vezes prejudicam a imagem pública da Saúde”*.

Relativamente aos desafios do Gabinete, prendem-se com o *“fazer chegar a informação a cerca de 100 mil utentes dos 5 concelhos da região, sendo que em área territorial, temos os 2 maiores do país: Odemira e Alcácer do Sal.”*

A ULS de Castelo Branco está presente apenas no Facebook, publicando todo o tipo de informação que considera importante divulgar junto da comunidade.

Apresenta sempre uma comunicação simples e apelativa, de forma a chegar a um maior número de utentes.

A ULS do Baixo Alentejo também não estava, à data do questionário, presente nas redes sociais. O facto é justificado pelo responsável do Gabinete pela dificuldade na *“gestão de páginas e conteúdos”*.

A ULS do Norte Alentejano também não utilizava, à data da aplicação do questionário, redes sociais. A justificação prende-se com a *“falta de recursos humanos para efeito”*.

O quarto e último grupo de perguntas do questionário destinado aos responsáveis dos Gabinetes de Comunicação centra-se na Adaptação dos Gabinetes de Comunicação em Tempo de Covid 19.

A responsável do GCI da ULS da Guarda diz que as primeiras funções em tempo de Covid 19 estiveram relacionadas com a alteração da sinalética devido a mudanças de serviços. Posteriormente foi dado conhecimento dessas mesmas alterações aos profissionais, bombeiros, autarquias, lares e comunidade em geral.

Face às solicitações foi necessário o reforço de recursos humanos no Gabinete, com mais um elemento. Durante os dois anos de pandemia, não houve alterações na política de comunicação do Gabinete, que começou a trabalhar neste processo no início de 2020. Ao longo de todo o período foi mantido um bom relacionamento com a tutela.

Na primeira fase da pandemia, o GCI da ULS da Guarda recebeu orientações por parte da tutela. Foi determinado que não seriam emitidos dados locais, toda a informação relativa aos números de infetados com Covid 19 seriam emitidos pela Direção Geral de Saúde ou pelo próprio Ministério da Saúde.

O GCI da ULS da Guarda teve, nesta altura, de se reinventar. Apostou numa comunicação intensiva sobre o ponto de situação da Covid 19 no país e no mundo, apostou numa comunicação interna e externa positiva: agradecimentos aos profissionais e à população. Foram feitas pequenas reportagens fotográficas dos serviços mais emblemáticos e foi dada visibilidade às melhores imagens da pandemia registadas na instituição por todos os profissionais.

A responsável do GCI da ULS da Guarda acredita que o desempenho do Gabinete foi devidamente reconhecido pelos órgãos de gestão.

No Litoral Alentejano, as principais funções do GCI em tempo de Covid 19 estiveram relacionadas com a comunicação diária interna e externamente necessária aos profissionais e à população. O relacionamento com a comunicação social correu com a *“normalidade que deve existir entre instituições.”* O trabalho foi relativamente simplificado, visto que *“a maioria da informação era centralizada e fornecida pelo SNS”*.

O GCI do ULS do Litoral Alentejano não teve de fazer grandes alterações nos procedimentos habituais do Gabinete, *“apenas dirigir a informação para aquilo que era neste caso mais importante até porque a maioria das preocupações estavam diretamente ligadas à Covid 19.”*

Questionado sobre a importância que os órgãos de gestão passaram a atribuir ao Gabinetes de Comunicação após a Pandemia, o responsável do GCI do Litoral Alentejano considera que *“é*

algo que pode divergir muito de instituição para instituição, dependendo em grande parte da vontade política e comunicacional da tutela, bem como dos meios disponíveis”.

Em Castelo Branco, as prioridades do GCI em tempo de Covid 19 foram *“responder sempre que solicitado à comunicação social, atualizar o site e o Facebook”*. Não foi necessário reforço de recursos humanos, mas houve alteração de instalações que conduziram a uma melhor gestão de todas as tarefas desempenhadas.

A responsável do GCI da ULSCB acredita que o papel do gabinete foi reconhecido pelos órgãos de gestão, até porque *“tudo foi realizado com fluidez”*, mantendo-se sempre um bom relacionamento com a comunicação social.

No Gabinete de Comunicação e Imagem de Matosinhos a principal função durante a pandemia foi *“responder às necessidades de informação por parte dos jornalistas, gerir a informação com os utentes, com a tutela, com a Autarquia e trabalhar toda a sinalética da instituição necessária à alteração de circuitos.”*

Quando questionámos se, durante a pandemia, houve necessidade de reforço de recursos humanos, a responsável do GCI diz que essa situação nem sequer foi equacionada, *“no entanto a equipa do Gabinete, e ainda mais a assessoria de imprensa, esteve a trabalhar completamente sem horário, sem fins de semana e tal como já acontecia, não houve lugar a qualquer compensação, a pagamento de horas extras.”*

A responsável do GCI da ULS de Matosinhos acrescenta que não houve alterações na política de comunicação, mas admite que o relacionamento com a comunicação social foi *“muito exigente, mas muito próximo e disponível, o que é expectável numa situação de crise, mas sem dúvida com resultados muito positivos para a instituição”*.

Relativamente às orientações recebidas parte da tutela, durante a pandemia, para que houvesse uma comunicação consertada em todo o país, o GCI de Matosinhos diz que recebeu *“orientações por parte da assessoria do Ministério da Saúde em articulação com ARS do Norte”*. De seguida, a intenção foi de articular, partilhar pedidos, responder às solicitações dos jornalistas, que iam chegando aos vários Gabinetes de Comunicação. A responsável diz que *“continuei a trabalhar como habitualmente, apenas dando conhecimento de pedidos que não dependiam exclusivamente da ULSM e que considerava útil partilhar com as assessorias do MS e ARSN”*.

Questionada sobre a forma como se reinventou o trabalho do Gabinete, a responsável do GCI de Matosinhos revela as dificuldades sentidas: *“Na sequência de uma reunião de crise, a equipa do GCI teve de ficar de quarentena, e sim reinventar-se! Eu, por exemplo, tive de ficar*

isolada no meu quarto, apenas com o telemóvel (pessoal, o de serviço é muito básico) e um tablet (os portáteis existentes em casa já estavam a ser necessários para a família), sem VPN instalada e outras situações que dificultaram ainda mais do que habitualmente o trabalho. E completamente sem horário.”

A responsável do Gabinete da ULS de Matosinhos não tem dúvidas de que os órgãos de gestão reconhecem o papel do Gabinete, mas, ainda assim, lamenta que *“a situação laboral não tenha sido alterada. Continua a não existir pagamento de isenção de horário ou horas extraordinárias, como tantas vezes foi reconhecido que era devido. Ou seja, apesar do esforço e dos bons resultados do gabinete na resposta a esta crise, continuamos a ser apenas uma equipa de duas pessoas e sem qualquer valorização salarial ou outra.”*

No Gabinete de Comunicação da ULS do Baixo Alentejo, a pandemia provocou muitas adaptações e acrescentou trabalho de terreno importante, por exemplo *“na ajuda na definição de novos circuitos e sinalética. Na receção de donativos de circuitos de trabalho e formas de comunicar à distância”*. Neste Gabinete, foram igualmente rececionadas as devidas orientações da tutela, *“necessárias e úteis”*.

O responsável do GCI da ULS do Baixo Alentejo considera que o *“grau de importância do GCI foi sempre sentido. O GCI tem uma postura de permanente disponibilidade, por isso, com certeza que a valorização existe agora, tal como se sentiu no passado e será uma constante no futuro”*.

No Norte Alentejano, o Gabinete de Comunicação teve também de se adaptar à nova realidade que surgia no início de 2020. Neste caso concreto, o Gabinete teve como principal prioridade a *“instalação de toda a sinalética exterior e interior dos circuitos Covid, acompanhamento dos órgãos de Comunicação Social para informação de acordo com os dados fornecidos pela Saúde Pública e Pela DGS”*.

O responsável do GCI diz que não houve alterações da política de comunicação da Unidade, apenas ajustamentos, de acordo com as orientações da tutela. Acredita que o esforço do Gabinete é reconhecido pelos órgãos de gestão.

Em suma, o papel dos diversos Gabinetes de Comunicação das Unidades Locais de Saúde, durante a pandemia, foi idêntico: fizeram a ponte constante com a comunicação social, com as assessorias do Ministério da Saúde e das Administrações Regionais de Saúde. Foram esclarecendo os profissionais, utentes, autarquias e outras instituições parceiras.

Os Gabinetes reforçaram as suas competências e tiveram um importante papel no apoio da definição de circuitos e implementação de sinalética interna e externa. Viram o esforço

reconhecido e atribuída a verdadeira importância destes pequenos serviços em estruturas gigantescas.

Conclui-se também, da análise feita, que os Gabinetes carecem de mais recursos humanos especializados para poderem apostar mais nas novas tecnologias e comunicação digital.

Todos reconhecem a importância das redes sociais e da atualização constante dos sites e redes internas das instituições, mas também reconhecem que são comunicações que requerem trabalho redobrado, que nem sempre é possível efetuar.

Como já referimos, além dos questionários aos responsáveis dos Gabinetes de Comunicação e Imagem, quisemos aplicar também um questionário em parte idêntico aos órgãos de gestão, para melhor compreendermos que importância atribuem os gestores aos Gabinetes de Comunicação.

Como também já referimos, dos oito Conselhos de Administração contactados, a quem remetemos questionário, apenas dois nos deram resposta. De referir que os questionários foram remetidos várias vezes, em ocasiões diferentes. Inicialmente via email, posteriormente via ctt, repetiu-se o envio por email e tentaram-se entrevistas com os responsáveis das instituições.

Obtivemos apenas as respostas da Presidente da Unidade Local de Saúde da Guarda e da Diretora Clínica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. As duas gestoras são licenciadas em Medicina.

Quando questionadas sobre a importância da Comunicação numa ULS, ambas partilham da mesma ideia, de que *“a Comunicação é importantíssima”* em qualquer organização. Para a Presidente da ULS da Guarda, inquirida em 2020, *“A comunicação é essencial em qualquer organização. Mais se justifica numa instituição com uma estrutura organizacional complexa, como é a ULSG, que gere dois hospitais, 13 UCSP e 2 USF, para além da sua abrangência territorial.”*

Já a gestora da ULS de Castelo Branco realça que *“a comunicação é importantíssima pois é através dela que podemos difundir o que de melhor se faz na instituição”*.

A ULS de Castelo Branco tem apenas uma funcionária a desempenhar funções no Gabinete de Comunicação, a ULS da Guarda tinha duas, mas apenas uma especialista na área de comunicação.

Para as duas gestoras, o papel dos Gabinetes nas estruturas em que se inserem está devidamente definido. A ULS da Guarda destaca *“o papel na prevenção da doença, na promoção da saúde, na divulgação de boas práticas e na Literacia é fundamental.”*

A ULS de Castelo Branco realça que a instituição utiliza diversas ferramentas para “*divulgação e transmissão de várias matérias*”, tais como a intranet, o site institucional, o Facebook, cartazes, folhetos informativos, vídeos, *rol-ups*, eventos entre outros. As mesmas ferramentas são utilizadas pela ULS da Guarda, que acrescenta “*o e-mail e a comunicação pessoal. Privilegiamos sempre a comunicação personalizada.*”

A Presidente da ULS da Guarda lembra que, externamente, são remetidos comunicados de Imprensa, sempre que se justifique. São também efetuados comunicados para as autarquias e demais forças vivas da região e outras instituições, nomeadamente as tão importantes Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI). A instituição elabora também pequenas notícias que publica no site, intranet e redes sociais (Facebook, Youtube e Instagram).

É também convicção da gestora que a Comunicação na ULS da Guarda “*venha a ter um papel cada vez mais importante, crítico mesmo e basta assistir ao que o GCI foi solicitado durante a pandemia.*” A presidente da ULS da Guarda destaca “*desde os importantes avisos à população em geral sobre a situação, até à divulgação interna e externa de planos de contingência que levaram a mudanças radicais na nossa organização, tudo um pouco foi solicitado ao GCI, até ao limite de ser um elo de reforço psicológico em momentos de maior stress.*”

Na ULS de Castelo Branco, segundo a Diretora Clínica, “*a comunicação vai ter um papel importantíssimo quer como transmissão de conhecimentos quer como divulgação intra e interinstitucional*”, e continuará a “*divulgar interna e externamente a boa imagem da instituição.*”

Ao Gabinete de Comunicação e Imagem da ULS da Guarda, de acordo com a gestão de topo, compete “*Organizar eventos, Comunicação Externa institucional e outra, comunicação interna, sinalética, elaboração de cartazes, flyers, comunicação com os órgãos de comunicação social e assessoria ao Conselho de Administração no que à Comunicação respeita.*” Também a atualização de plataformas e a organização de eventos estão sob a responsabilidade do GCI.

Na ULS de Castelo Branco, compete ao GCI a organização de eventos em parceria com o Serviço de Investigação, Formação e Ensino, bem como a atualização de plataformas de informação.

Quando questionadas sobre a importância que os colaboradores da instituição dão às ferramentas da comunicação, as respostas das gestoras são distintas. A presidente da ULS da Guarda considera que “*há profissionais que estão atentos a tudo o que acontece e que atribuem grande importância à comunicação que é feita, outros nem tanto.*” Acrescenta a gestora que “*de uma maneira geral a ULS conta com profissionais muito empenhados,*

sempre preocupados em se valorizarem profissionalmente e que gostam de estar sempre atualizados. Quanto ao Conselho de Administração atribui toda a importância a este Gabinete e à sua responsável. Não comunicar em saúde é de uma irresponsabilidade que pode causar muitos danos.”

A Diretora Clínica da ULS de Castelo Branco admite que *“mesmo os colaboradores”* não dão a devida importância às ferramentas da comunicação utilizadas na instituição. Acrescenta mesmo que *“estamos ainda muito virados para nós próprios e não para o utente, doente, familiares... O altruísmo e dedicação como SNS veio permitir o reconhecimento desta área. Vamos caminhando. Durante a pandemia deu-se maior importância.”*

Na última parte do questionário, apenas respondido por duas ULS, questionámos os gestores de topo sobre adaptação dos Gabinetes de Comunicação em tempo de Covid 19.

A ULS da Guarda considera que, neste período de pandemia, houve alterações em todos os serviços da instituição: *“todos tiveram de se adaptar a uma situação nova para todos e com a qual vamos ter de aprender a conviver. O Gabinete de Comunicação não foi exceção. Numa primeira fase houve necessidade de informar profissionais, instituições, autarcas...”*. Adianta a gestora que *“foram dadas as informações necessárias à Comunicação Social sobre as adaptações que a instituição teve necessidade de fazer para dar resposta às solicitações neste combate à Covid 19.”*

De acordo com a Presidente do Conselho de Administração da ULS da Guarda, o Gabinete sempre fez a ponte entre a Comissão Covid 19 e a Comunicação Social, tentando transmitir uma imagem real e positiva do trabalho feito. Ao Gabinete de Comunicação competiu também divulgar Planos de Contingência, a elaboração e colocação de sinalética, o apoio na elaboração e partilha de fluxogramas e procedimentos. Igualmente o apoio a profissionais e, nomeadamente, ao Conselho de Administração.

No início da fase pandémica houve necessidade de reforço dos recursos humanos e a instituição recorreu à bolsa de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), havendo também uma adaptação à política de comunicação, seguindo as orientações da tutela.

Em contexto de Covid 19, o Gabinete de Comunicação *“seguiu as orientações do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), elaboraram e afixaram cartazes e sinalética”* em toda a instituição.

O relacionamento com a comunicação social foi, no entender da gestora, *“muito bom. Foram feitas nesta fase múltiplas reportagens em que foi evidenciado o papel preponderante da ULS da Guarda no combate à Covid 19.”*

Durante o período Covid 19 tudo mudou: *“O relacionamento entre as pessoas fundamentalmente. A obrigatoriedade de distância física, a alteração de comportamentos. A constante higienização de espaços físicos e das mãos.”*

A perceção do Conselho de Administração em relação ao Gabinete de Comunicação não foi alterada devido à pandemia, *“já que a perceção era a de um Gabinete fundamental na nossa organização”*.

Na ULS de Castelo Branco, a responsável do Gabinete de Comunicação é também a Responsável da Qualidade, pelo que durante a pandemia *“sempre teve concomitantemente as funções de Gestora da Qualidade na normalização e publicação de procedimentos/normas efetuados, atividade mais intensa durante a pandemia”*.

Durante este período não houve reforço de efetivos no Gabinete de Comunicação da ULS de Castelo Branco, mas a responsável do Gabinete contou sempre com o apoio da Direção Clínica.

O Gabinete manteve sempre um *“bom e constante”* relacionamento com a comunicação social. O modo de transmissão de notícias *“foi feito preferencialmente pelo telefone”*.

Relativamente à perceção que os órgãos de gestão têm do trabalho do Gabinete, a gestora da ULS de Castelo Branco diz que *“o Gabinete adaptou-se e trabalhou com dedicação e esforço enorme.”*

5.4 - Questionário aos Utentes

Como complemento aos questionários aplicados aos Responsáveis dos Gabinetes de Comunicação e aos Gestores das Unidades Locais de Saúde, aplicámos também um questionário online aos utentes, que disponibilizámos ao público nos últimos 15 dias do mês de março de 2022. Tendo em conta a forma como foi obtida a amostra, o questionário não é representativo; no entanto, tendo em conta a natureza complementar e exploratória que lhe atribuímos, ele pode ser considerado como significativo.

O questionário, que remetemos por email e WhatsApp, foi também partilhado no Facebook e LinkedIn. Foi remetido para a rede de contactos do investigador, que solicitou também a partilha do mesmo pelos contactos de cada recetor, numa lógica de *“bola de neve”*, de forma a chegar ao maior número possível de utentes das oito ULS em estudo. Obtivemos 255 respostas.

O questionário⁴, que consta no Anexo VI, era composto por 9 perguntas e contemplava, logo no início, uma breve caracterização socioeconómica. Quisemos, com esta breve caracterização, compreender se a idade, sexo, profissão ou habilitações literárias podem, de alguma forma, influenciar os resultados. Em particular, quisemos perceber se os indivíduos com mais escolaridade estão mais informados e se conhecem realmente o trabalho produzido pelos Gabinetes de Comunicação das Unidades Locais de Saúde a que pertencem.

Dos 255 questionários que validámos, revelaram a idade 245 indivíduos. Os inquiridos variam entre os 18 e os 75 anos de idade. A média de idades situa-se nos 46 anos.

Tabela 11 - Tabela faixas etárias dos inquiridos

Intervalo de idades	Número de inquiridos	%
0-9	0	0
10-19	3	1,2
20-29	13	5,1
30-39	39	15,3
40-49	105	41,2
50-59	58	22,7
60+	27	10,6
NR	10	3,9
Total	255	100,0

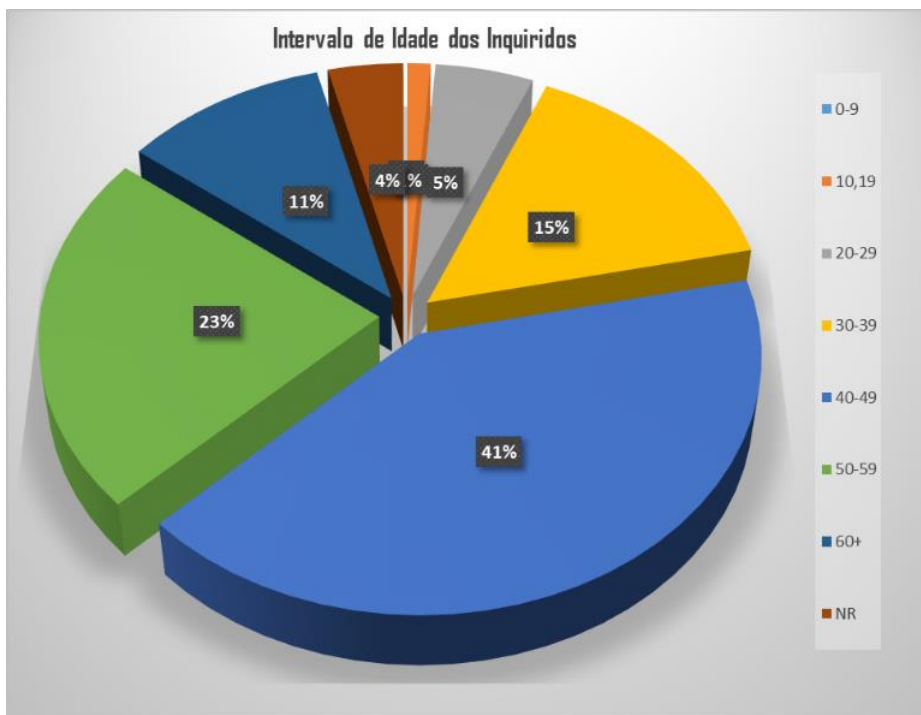
Fonte: Elaboração Própria

Numa breve análise à Tabela 11, podemos observar que a maioria dos inquiridos se enquadra numa faixa etária entre os 40 e os 49 anos. Segue-se a faixa etária do 50-59 anos, em que tivemos 58 indivíduos. Trinta e nove indivíduos enquadram-se na faixa entre os 30 e os 39 anos. Em suma, podemos concluir que os inquiridos se enquadram em idades em que as

⁴ Apesar da eventual redundância, considerámos que seria importante incluir, para além das tabelas, uma apresentação visual dos dados, através de gráficos.

peças se encontram no ativo e mais despertadas para as questões com as quais foram confrontadas, como podemos observar no gráfico que se apresenta.

Gráfico 1 - Distribuição dos inquiridos por idades



Fonte: Elaboração Própria

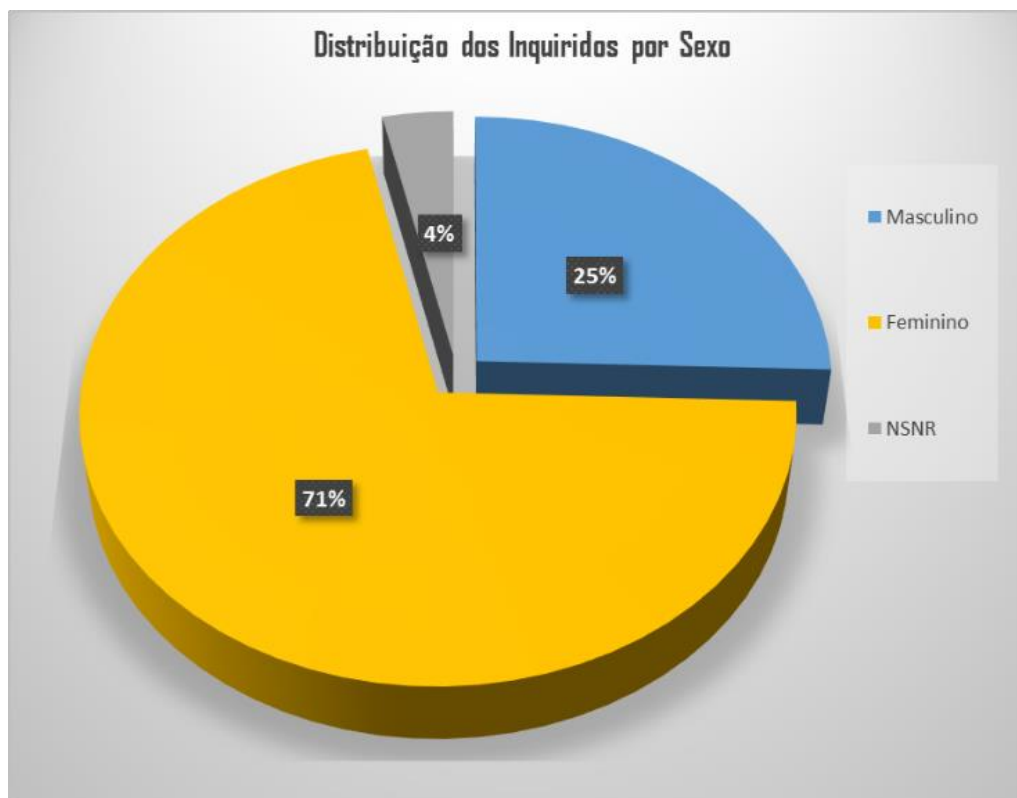
Tabela 12 - Sexo dos inquiridos

Sexo	Número de inquiridos	%
masculino	65	25,5
feminino	181	71
NR	9	3,5
Total	255	100,0

Fonte: Elaboração Própria

Responderam ao questionário aplicado aos utentes das ULS maioritariamente indivíduos do sexo feminino, 181 mulheres e 73 homens. Apenas três e meio por cento dos inquiridos preferiu não revelar o género, como é possível verificar na Tabela 12 e no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição dos inquiridos por sexo



Fonte: Elaboração Própria

Quanto a atividade profissional, é representativa a percentagem de profissionais que desempenham funções no setor terciário. De acordo com o *site* do Dicionário Financeiro, o setor terciário é um setor económico, “representa segmento da prestação de serviços e comércio de bens aos consumidores”. É também conhecido como o setor de serviços da economia, incluindo uma ampla gama de negócios, como os serviços financeiros, hotéis, restaurantes, escolas e hospitais, por exemplo. É aqui que se enquadra uma enorme percentagem dos inquiridos que acederam ao questionário.

Tabela 13 - Atividade profissional dos inquiridos

ATIVIDADE PROFISSIONAL		NÚMERO DE INQUIRIDOS	%
Saúde e Serviços Sociais	Enfermeiro	47	18,4
	Médico	7	2,7
	Psicólogo	2	0,8
	Farmacêutico	7	2,7
	Auxiliar de cuidados de saúde	1	0,4
	Fisioterapeuta	3	1,3
	Radiologista	1	0,4
	Técnico de serviço social	1	0,4
	Empreendedor social	1	0,4
	Sociólogo	2	0,8
	Educador social	1	0,4
	Assistente social	3	1,2
	Ortoptista	1	0,4
	Cardiopneumologista	1	0,4
Educação	Docente	7	2,7
	Professor	18	7,1
	Investigador	1	0,4
	Educador de infância	3	1,2
	Formador	2	0,8
	Biólogo	1	0,4
	Auxiliar de educação	1	0,4
	TORVC	1	0,4
Administração pública e defesa	Administrativo	2	0,8
	Funcionário publico	7	2,7
	Técnico superior	12	4,7
	Oficial de justiça	1	0,4
	Assistente técnico	13	5,1
	Oficial de registo	1	0,4
	Polícia	1	0,4
	Relações publicas	3	1,2
	Geografo	1	0,4
	Arqueólogo	1	0,4
	Auditor	1	0,4
	Assistente operacional	7	2,7
Turismo	Cozinheiro	1	0,4
	Técnico de turismo	2	0,8
	Empregado de mesa	1	0,4
	Jurista	3	1,2
	Lojista	1	0,4

Serviços prestados	Economista	2	0,8
	Empregado de escritório	1	0,4
	Assistente pessoal	1	0,4
	Gestor	4	1,6
	Comercial	2	0,8
	Rececionista	1	0,4
	Contabilista	1	0,4
	Assistente de marketing	1	0,4
	Gerente comercial	2	0,8
	Diretor de Marketing	1	0,4
	Bancário	3	1,2
	Gestor de projetos	3	1,2
	Gestor de qualidade	2	0,8
	Comerciante	1	0,4
	Agente de seguros	1	0,4
	Gerente	1	0,4
	Assessor comercial	1	0,4
	Empresário	4	1,6
Correios e Telecomunicações	Técnico Informático	3	1,2
	Técnico de comunicação	2	0,8
	Carteiro	1	0,4
	Consultador de comunicação	1	0,4
	Jornalista	5	2
	Produtor	1	0,4
Sector secundário	Engenheiro civil	3	1,2
	Engenheiro mecânico	1	0,4
	Engenheiro	2	0,8
Estudantes		6	2,4
Aposentados		9	3,5
Desempregados		7	2,7
NRNS		12	4,7
Total		255	100

Fonte: Elaboração Própria

Responderam ao questionário essencialmente quadros médios no ativo. Desses, há uma enorme percentagem de indivíduos que trabalham no meio hospitalar, como nos é dado a observar na Tabela 13 e no Gráfico 3 de distribuição de inquiridos pela Atividade Profissional.

Gráfico 3 - Distribuição de Inquiridos por Atividade Profissional



Fonte: Elaboração Própria

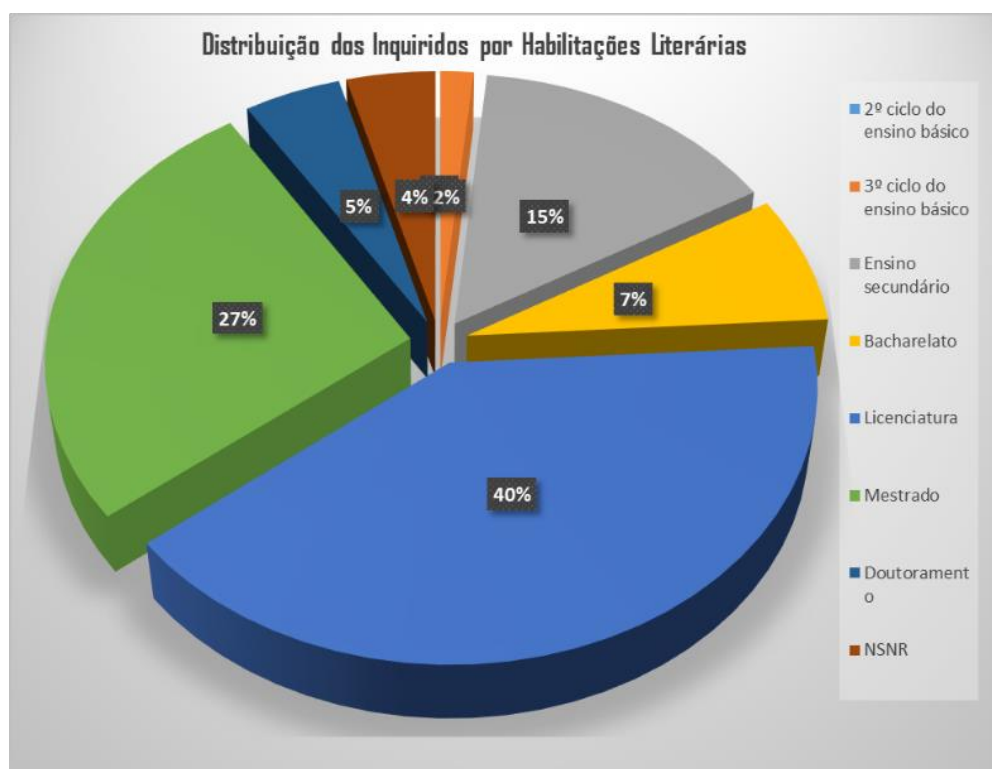
Tabela 14 - Habilitações literárias dos inquiridos

Habilitações literárias	Número de inquiridos	%
2º ciclo do ensino básico	0	0
3º ciclo do ensino básico	4	1,6
Ensino secundário	38	14,9
Bacharelato	19	7,5
Licenciatura	103	40,4
Mestrado	68	26,7
Doutoramento	12	4,7
NR	11	4,3
Total	255	100

Fonte: Elaboração Própria

As habilitações literárias dos inquiridos variam entre o terceiro ciclo do Ensino Básico e o Doutoramento. Dos 244 indivíduos que revelaram as habilitações literárias, 102 possuem a licenciatura, 68 possuem o mestrado, 38 têm o ensino secundário concluído, 12 possuem doutoramento, como nos é dado a observar na Tabela 14 que se segue. Esta tabela mostra-nos que são os detentores de cursos médios ou superiores quem mais responde aos questionários aplicados.

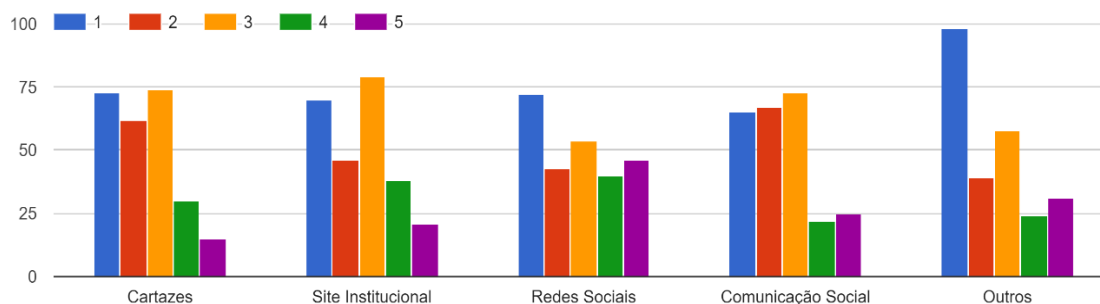
Gráfico 4 - Distribuição dos Inquiridos por Habilitações Literárias



Fonte: Elaboração Própria

Através do Gráfico 4 podemos ter outra visualização dos dados da tabela anterior, que nos permite verificar que são os licenciados e os mestres quem mais acedeu e respondeu ao questionário. O meio pelo qual o inquirido se mantém informado é extremamente diversificado. Há, contudo, uma elevada percentagem que se mantém atualizado por outros meios que não os cartazes, site institucional, redes sociais ou comunicação social. Há muita informação que é transmitida pessoalmente, através de colegas, conversas informais. É isto que nos é dado a observar no Gráfico 5. De salientar que foi utilizada uma escala de 1 a 5 em que o 1 corresponde a extrema importância, 2 – Muita Importância, 3 – Importante, 4 – Pouca Importância e 5 – Sem Importância.

Gráfico 5 - Conhecimento das atividades hospitalares



Fonte: Elaboração Própria

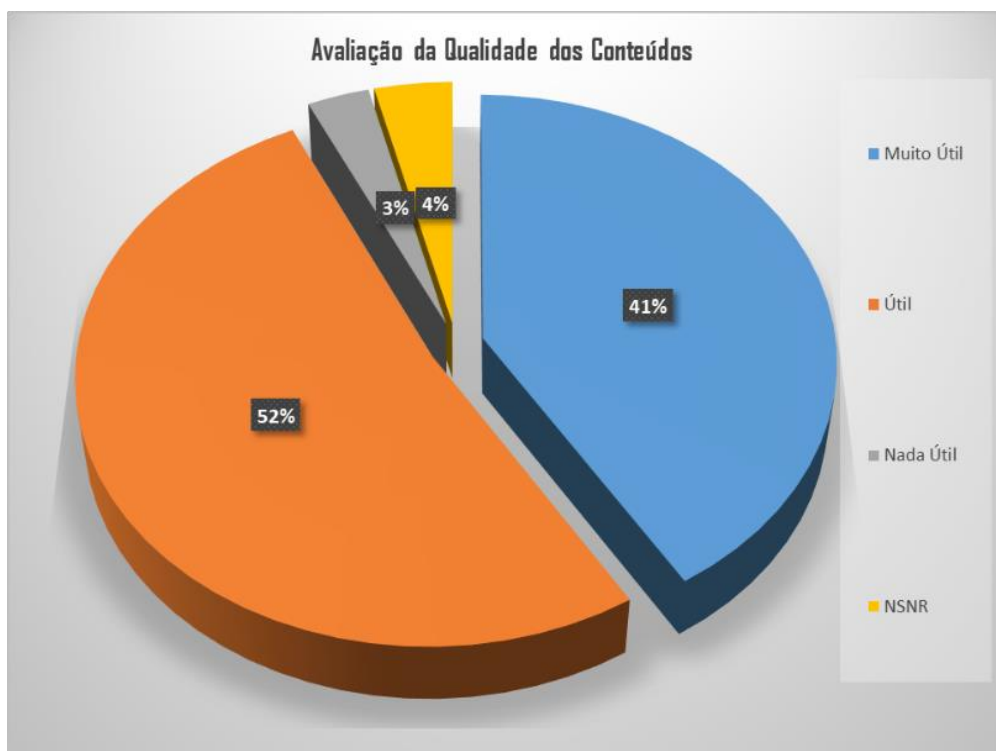
Classificados os meios pelos quais os utentes recebem as informações das ULS da sua área de residência, tentámos saber como classificam o tipo de informação que lhes chega. Quando questionados sobre a utilidade dos conteúdos que se lhe apresentam, mais de cinquenta por cento – 51,8 por cento – consideram a informação útil e 41,2 por cento consideram que a informação que lhes chega é muito útil. Apenas uma pequena franja, de 3,1 por cento não vê utilidade na informação rececionada. Havendo ainda 3,9 por cento que Não Sabe ou Não responde à pergunta que lhe é colocada. Dados expressos na Tabela 15 e Gráfico 6, dedicados à avaliação da qualidade dos conteúdos da comunicação da ULS.

Tabela 15 - Avaliação dos conteúdos pelos inquiridos

AValiação da Qualidade dos Conteúdos	Número de Inquiridos	%
Muito útil	105	41,2
Útil	132	51,8
Nada útil	8	3,1
NSNR	10	3,9
Total	255	100

Fonte: Elaboração Própria

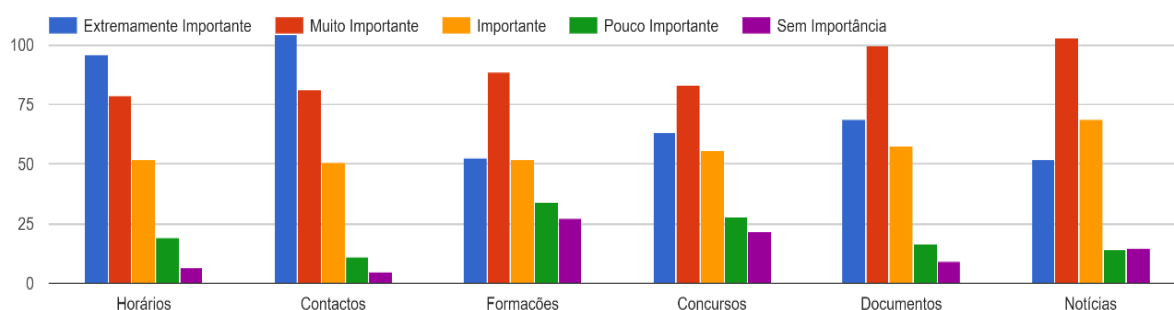
Gráfico 6 - Avaliação da Qualidade dos Conteúdos



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao tipo de informação que é procurada no site institucional, os contactos, os horários e os documentos são aqueles a que os inquiridos atribuem maior importância, como podemos observar no Gráfico 7.

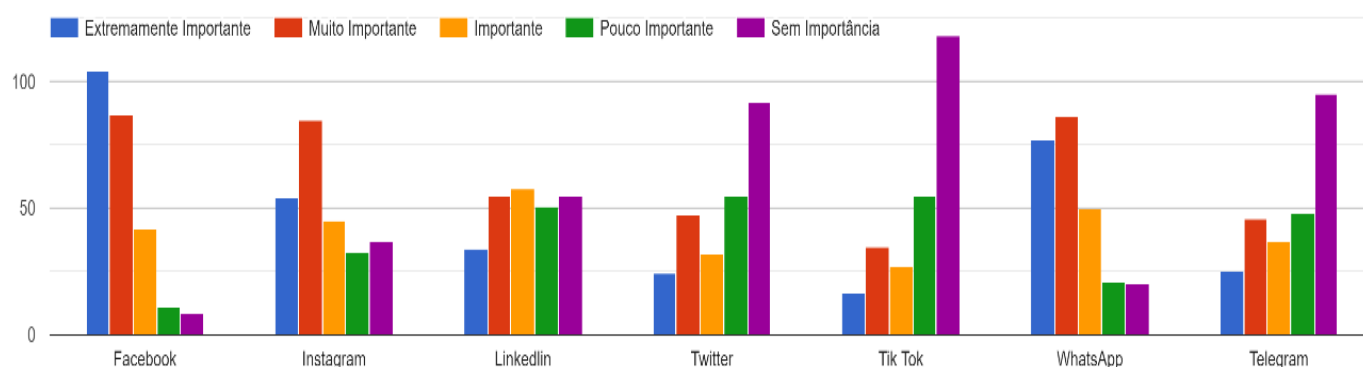
Gráfico 7 - Informação mais pesquisada no site



Fonte: Elaboração Própria

Quando questionados sobre as redes sociais mais utilizadas e a ordem de importância que lhe atribuem, Facebook, Instagram e WhatsApp parecem ser os mais utilizados, a avaliar pelo Gráfico 8, aqui plasmado.

Gráfico 8 - Redes Sociais online mais utilizadas



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente à avaliação do desempenho do Gabinete de Comunicação, mais de 80 por cento dos inquiridos consideram-no Bom ou Muito Bom. Há a salientar, ainda, que 8,6 por cento admitem desconhecer o trabalho do Gabinete e os restantes, quase 10,7 por cento, consideram o trabalho do Gabinete Mau ou Muito Mau. São estes os dados que se destacam na Tabela 16 e Gráfico 9, aqui apresentados.

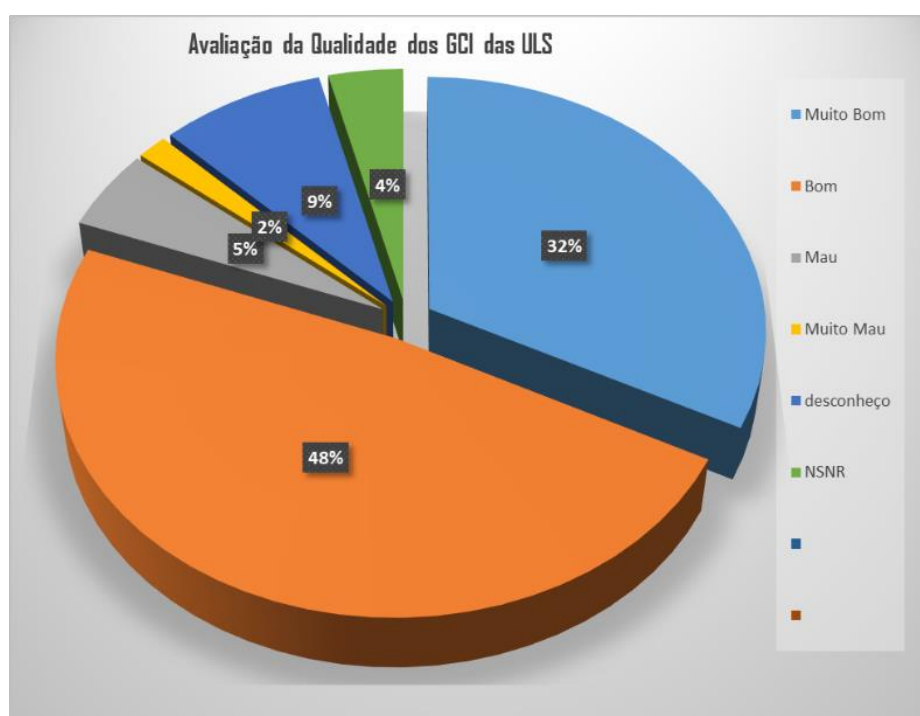
Tabela 16 - Avaliação da qualidade dos Gabinetes de Comunicação das ULS

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO GCI DAS ULS	NÚMERO DE INQUIRIDOS	%
Muito bom	83	32,5
Bom	123	48,2
Mau	13	5,1
Muito mau	4	1,6

Desconheço	22	8,6
NR	10	3,9
Total		

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 9 - Avaliação do trabalho do Gabinete de Comunicação e Imagem



Fonte: Elaboração Própria

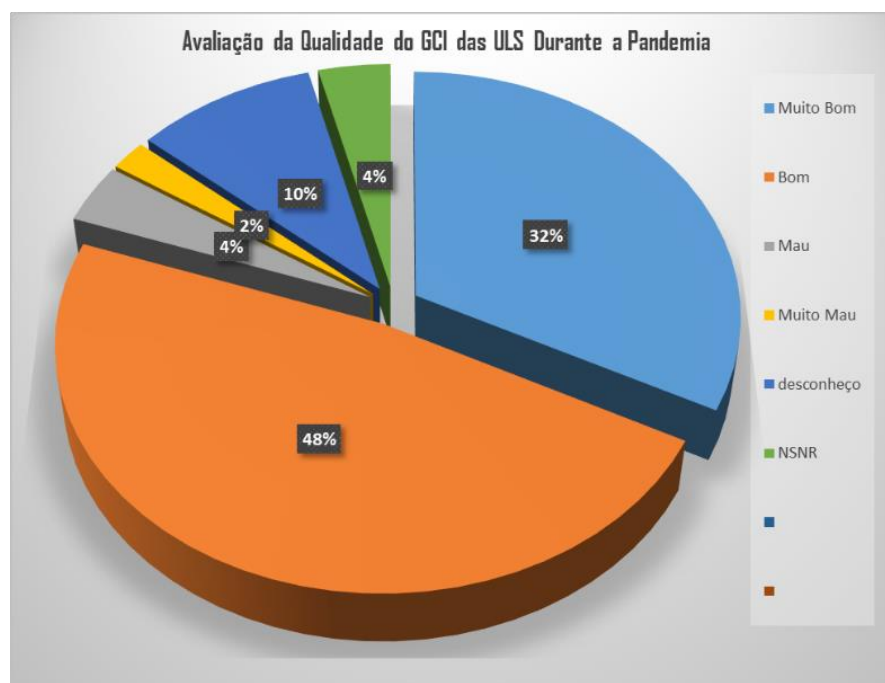
A avaliação do desempenho do Gabinete de Comunicação durante a pandemia apresenta valores semelhantes aos da tabela e gráficos anteriores. Mais de 80 por cento dos inquiridos considera-o Bom ou Muito Bom. Quase 10 por cento admitem desconhecer o trabalho do Gabinete, e os restantes consideram o trabalho do Gabinete Mau ou Muito Mau, de acordo com os dados da Tabela 17 e do Gráfico 10, apresentados a seguir.

Tabela 17 - Avaliação da qualidade do GCI das ULS durante a pandemia

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO GCI DAS ULS DURANTE A PANDEMIA	NÚMERO DE INQUIRIDOS	%
Muito bom	83	32,5
Bom	122	47,8
Mau	10	3,9
Muito mau	5	2
Desconheço	25	9,8
NSNR	10	3,9
Total	255	100

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 10 - Avaliação do trabalho do Gabinete de Comunicação e Imagem durante a pandemia



Fonte – Elaboração Própria

Por último, quisemos saber como classificam os utentes a comunicação institucional de uma forma global. Mais de 74 por cento consideram-na organizada ou muito organizada, 9 por cento classificam-na como desorganizada e os restantes desconhecem, não sabem ou não respondem, e há ainda uma pequena fatia que avalia a comunicação como muito desorganizada, como está espelhado na tabela e gráfico a seguir apresentados.

Tabela 18 - Avaliação da comunicação nas ULS

AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NAS ULS	NÚMERO DE INQUIRIDOS	%
Muito organizada	56	22
Organizada	133	52,2
Desorganizada	23	9
Muito desorganizada	6	2,4
Desconheço/NS/NR	37	14,5
Total	255	100

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 11 - Avaliação do trabalho da Comunicação na instituição



Fonte: Elaboração Própria

A última pergunta incluída no questionário é uma pergunta aberta, que permitiu que cada inquirido desse a sua opinião. Um grande número de utentes considera que o trabalho do Gabinete deve continuar a ser feito como até aqui, havendo muitos outros que deixam imensas sugestões que poderão ser aproveitadas e até dar origem a uma nova investigação.

Para facilitar a análise dos comentários efetuados ao contributo do Gabinete de Comunicação na organização em que se insere, agrupámos as respostas comuns. Assim, ficam evidenciadas 20 sugestões e/ou comentários que consideramos mais pertinentes e que podem e devem ser analisados e colocados em prática pelos respetivos Gabinetes de Comunicação das organizações avaliadas. Concretamente, os inquiridos:

- Dizem que o desempenho do Gabinete corresponde às necessidades;
- Sugerem que todos os serviços da instituição deveriam ter um interlocutor com o Gabinete de Comunicação;
- Solicitam uma maior partilha de informação por parte do GIC com as Instituições locais;
- Evidenciam a melhoria na acessibilidade ao site;
- Sugerem também um aumento da divulgação de acontecimentos e atividades nos meios utilizados pelo GCI;
- Propõem a atualização permanente do site institucional;
- Sugerem o reforço de meios e maior dotação orçamental para dinamizar os GCI;
- Relativamente à Comunicação Interna, sugerem um filtro mais focado nos destinatários das informações que são remetidas;
- Alguns sugerem maior autonomia para os Gabinetes de Comunicação;
- Alguns desejam ver o trabalho institucional mais divulgado;
- Sugerem ainda uma Comunicação Estratégia de acordo com a gestão de topo;
- É também sugerido que se tornem públicos, através das redes sociais, os concursos públicos da instituição;
- É sugerido que seja dado maior realce às profissões com menos visibilidade na instituição;
- Propõem a aplicação de questionários periódicos para avaliação dos serviços e pedidos de novas sugestões;

- Sugerem a colocação de notícias diárias;
- Sugerem um maior número de ações de comunicação e educação para a saúde;
- Sugerem aumentar o número de cartazes nas Salas de Espera das Consultas Externas;
- Desejariam maior rigor e empenho nos eventos;
- Desejariam a organização de mais exposições temáticas do interesse dos utentes e profissionais de saúde.

Capítulo 6 - Conclusão

O objetivo desta investigação foi identificar o papel e a importância dos Gabinetes de Comunicação no interior das Unidades Locais de Saúde (ULS). Visando a consecução desse objetivo:

1. Analisámos as redes sociais online e o tipo de comunicação produzida pelos Gabinetes de Comunicação das 8 Unidades Locais de Saúde existentes em Portugal à data do início da investigação, no final do ano de 2019. Analisámos, também, os respetivos websites institucionais ao nível do conteúdo de informação produzida, da velocidade de abertura das páginas e da forma como se apresentam. Concluímos que todos os websites possuem uma estrutura e conteúdos similares. Todas as ULS disponibilizam informações fidedignas e técnicas aos seus utentes, tentando sempre adequar a linguagem ao tipo de público. A pandemia por Covid 19 surpreendeu a comunidade científica e toda a população. Foi um enorme impulso para que todas as unidades de saúde passassem a comunicar mais e de uma forma mais assertiva com os seus utentes. A utilização das plataformas institucionais e das redes sociais da internet foram cruciais num tempo em que era desejável evitar a presença física, mas manter a população informada. Os gabinetes de comunicação das ULS com poucos recursos humanos tiveram de se reinventar e criar mecanismos de comunicação, de forma rápida e eficaz. A comunicação assertiva foi vista, assim, pela comunidade dedicada à saúde, como a forma de conseguir fazer passar a mensagem e controlar a proliferação da pandemia.

2. Administrámos questionários aos responsáveis pelos Gabinetes de Comunicação, para compreendermos a sua autonomia, formação e preferência de mensagem que partilham, quer com funcionários quer com a população em geral. Ainda que cada unidade local de saúde tenha uma população distinta, há um denominador comum: são unidades que servem uma população heterogénea e que têm, assim, de utilizar diferentes meios para comunicar com toda a comunidade que servem. Utilizam, por isso, meios tradicionais como cartazes e e-mails, mas também redes sociais diversificadas, tentando assim chegar à população mais envelhecida, mas também aos jovens. Nas populações menos letradas e mais envelhecidas há, por vezes, necessidade de recorrer a intermediários para fazer passar a informação, nomeadamente as juntas de freguesia, associações locais e até as dioceses. Os gabinetes de comunicação têm um papel fundamental ao nível da comunicação interna, mas também na comunicação externa. Com a investigação efetuada foi-nos dado perceber, também, que os Gabinetes de Comunicação são estruturas muito próximas dos Conselhos de Administração das instituições e que seguem sempre a linha política, visão e estratégias que aqueles pretendem implementar.

3. Questionámos os Conselhos de Administração para compreender a importância que estes atribuem aos gabinetes e a autonomia que lhes conferem, tendo concluído que, nas 8 Unidades Locais de Saúde os Gabinetes são bastante valorizados, encontrando-se mesmo esta estrutura numa área de suporte direto aos Conselhos de Administração nos organogramas institucionais.

4. Aplicámos, posteriormente, um questionário a todos os cidadãos, disponibilizado via redes sociais, através de e-mail e aplicações da internet. Uma grande parte dos resultados obtidos são provenientes da região de origem da investigadora e reportam o relacionamento da população com a Unidade de Saúde que os serve. De uma forma geral, os cidadãos mostram-se agradados com a comunicação produzida e admitem que se mantêm informados cada vez mais através das redes sociais, por exemplo Facebook, Instagram e LinkedIn. A população admite também que passou a atribuir maior importância à comunicação após a pandemia pela Covid 19, assumindo que começou a consultar mais as redes sociais e sites das instituições de saúde para se manterem informados. Deste modo, a pandemia terá sido a pedra de toque para um maior desenvolvimento da comunicação em todas as Unidades de Saúde, fazendo também com que o trabalho produzido pela comunicação passasse a ter maior notoriedade e reconhecimento junto da população.

Como já referimos noutra parte desta tese, no decorrer desta investigação, de forma totalmente imprevisível, surgiu a pandemia pela Covid 19, que acabou por determinar a reorientação do nosso percurso de investigação, introduzindo constrangimentos e limitações desconhecidos até então – ainda que tenha tido o aspeto positivo de evidenciar o quanto a comunicação é essencial para os utentes.

De facto, a pandemia pela Covid 19 veio reforçar a ideia de que qualquer organização necessita de um bom plano de comunicação e de uma equipa especializada nesta área. O gabinete de comunicação de uma unidade de saúde não serve apenas para mostrar à sociedade aquilo que esta é ou faz, apresentando-se também como um elo de ligação e elemento unificador de todos os envolvidos na mensagem - promovendo, assim, a literacia em saúde. A literacia em saúde é fundamental. Uteses bem informados são utentes mais prevenidos e que podem exigir mais das Unidades de Saúde. Por outro lado, estas Unidades têm também de estar mais atentas e atualizadas para dar uma resposta eficiente aos utentes.

Nesta investigação, a comunicação nas Unidades Locais de Saúde é vista como serviço público, uma forma de mostrar transparência, responsabilidade e notoriedade. É através dos gabinetes de comunicação que estas instituições se aproximam não só dos utentes, fornecedores, comunicação social, futuros profissionais de saúde ou investigadores, mas também do público interno, como funcionários da unidade, médicos, enfermeiros, técnicos, estagiários e

investigadores. É, por isso, essencial que o público esteja familiarizado ou preparado para receber a informação que é comunicada por instituições de saúde.

É, de igual forma, importante que os atores envolvidos na elaboração e produção desta informação a saibam comunicar eficazmente.

Apesar de os gabinetes de comunicação serem cada vez mais reconhecidos pelo serviço que prestam dentro da instituição, ainda são grandes as dificuldades relacionadas com materiais e recursos humanos com que se deparam. Por se tratar, em muitos casos, de “serviços” secundários, veem o financiamento para estratégias e ações cortado, bem como a redução ou a não contratação de profissionais para as mesmas. Através das informações fornecidas por seis Unidades Locais de Saúde, é possível sustentar a ideia de que a falta de recursos humanos é uma realidade.

Assim, este estudo torna-se importante tendo em conta a atualidade do mesmo e a necessidade da avaliação do papel dos Gabinetes de Comunicação, não somente nos resultados das ULS, mas em todas as entidades da saúde, podendo inclusive proporcionar questões para estudos posteriores. Uma dessas questões poderá ser a de saber em que medida a comunicação em saúde tem impacto na prevenção da doença e no controlo da propagação de pandemias, já que a do Covid 19 não será, certamente, a última.

Tendo em conta a literatura mobilizada na parte teórica, o estudo empírico realizado e com os conhecimentos derivados da própria experiência profissional, espera-se que este estudo constitua um contributo relevante para perceber o papel que os Gabinetes de Comunicação têm nas Unidades Locais de Saúde e, de modo mais geral, na comunicação em saúde e na literacia em saúde em Portugal.

6.1 Limitações do Estudo

A principal limitação encontrada na realização deste trabalho foi, desde logo, a dificuldade na recolha de documentação sobre o objeto de estudo, uma vez que não existe nenhum levantamento sobre os Gabinetes de Comunicação de Unidades Locais de Saúde.

O tempo que cada coordenador dos Gabinetes de Comunicação levou a responder e a enviar o questionário foi outra das limitações, tendo sido necessário proceder ao envio de diversos *e-mails* solicitando a respetiva resposta. Sabemos que existiram muitas solicitações para resposta a questionários, o que fez com que os inquiridos não dispusessem de recetividade para tal.

A ideia seria termos obtido respostas das oito Unidades Locais de Saúde, mas apenas

obtivemos de seis.

A pandemia, que foi transversal a toda a investigação foi, em si, muito limitativa. O estudo recaiu nos Gabinetes de Comunicação das ULS, que durante a pandemia estiveram sobrecarregados de trabalho. Aliás, a comunicação nas Unidades de Saúde teve uma expressão como nunca. Assistimos durante vários períodos à divulgação de dados repetidos, dado que a comunicação era veiculada da mesma forma em todas as unidades.

Assim, o foco de atenção centrou-se na prevenção e tratamento de doentes com Covid 19, pelo que a produção de dados novos nem sempre acompanhou o ritmo da sua divulgação.

6.2 Contributos para a Prática

O Planeamento Estratégico ao nível Comunicacional é essencial para a sobrevivência de qualquer instituição de saúde, assegurando uma visão estratégica e global. A partir dos resultados deste projeto, e diagnosticada a ausência de uma comunicação consertada nas diferentes Unidades Locais de Saúde, seria desejável que fosse elaborado um Manual de Boas Práticas de Comunicação para os Gabinetes de Comunicação das ULS.

Após apreciação e discussão do respetivo Manual de Boas Práticas, em conjunto com todos os responsáveis/coordenadores nos respetivos gabinetes, poder-se-ia elaborar Planos Estratégicos de Comunicação Específicos para cada Unidade de Saúde, de forma a ir de encontro e ter em conta todas as especificidades que cada Unidade de Saúde possui. A localização geográfica de cada instituição poderá ser um fator importante a ter em conta aquando da sua diferenciação.

As Unidades Locais de Saúde têm um papel fundamental nas regiões em que estão inseridas. São normalmente grandes empregadores, tendo grande peso na economia da região em que se situam. São essenciais para a fixação de famílias jovens, já que a existência de bons cuidados de saúde pode ser determinante para atrair população para uma determinada região.

Este estudo revelou algumas fragilidades, mas também a força e o poder da comunicação nas instituições de saúde.

A investigação efetuada deixa alguns caminhos que poderiam ser os alicerces para novos estudos. Uma das investigações que fariam algum sentido seria de a de conseguir perceber até que ponto a comunicação divulgada pelos Gabinetes de Comunicação surtiu efeito junto do público-alvo, durante a pandemia.

Seria igualmente interessante saber se a pandemia ajudou a que a comunicação produzida nessa altura surtiu efeitos ao nível do controlo da doença.

Será importante compreender, também, se os meios de divulgação que eram utilizados até aqui, continuam a fazer sentido ou, pelo contrário, estão completamente caducos e ultrapassados. Referimo-nos aqui, por exemplo a cartazes impressos, *flyers* e outros suportes. Essa será uma temática que poderá ser explorada num novo estudo académico a levar a efeito.

Folha em branco

Bibliografia

Almeida, L. (2010). Os Serviços de Saúde Pública e os Sistemas de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 79-92.

Almeida, M. I., Torres, G. M. C., Figueiredo, I. D. T., Cândido, J. A. B., Pinto, A. G. A., Morais, A. P. P., & Araújo, M. F. M. (2018). Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertensão na estratégia saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(04).

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0066>

Alméri, T.M., Mendes, A.C., Martins, L.F., & Luglio, R. G. (2013). A influência das redes sociais nas organizações. *Revista de Administração da Fatea*, 7 (7), 132-146.

https://web.archive.org/web/20180410034448id_/http://publicacoes.fatea.br/index.php/raf/article/viewFile/1044/814

Alpuim, N. S. F. (2015). O papel da comunicação estratégica nas Instituições de Saúde: O caso do Hospital de Braga. [Master's thesis, Universidade do Minho]. Repositório Institucional da Universidade do Minho.

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/41057>

Álvares, M. (2021). *Introdução à investigação quantitativa e análise SPSS*. Universidade Aberta.

André, S., & Ribeiro, P. (2020). E-health: as TIC como mecanismo de evolução em saúde. *Gestão e Desenvolvimento*, (28), 95-116.

<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9467>

Arruda, L.S. (2016). Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil

Armenteros, A.L.I., & Esperón, J. M. T. (2018). Un acercamiento al clima organizacional. *Revista cubana de enfermagem*, 34(1): e1257.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1099024>

Baker, S. (2006). *Sustainable Development* (2.^a ed.). Routledge, Taylor and Francis Group.

<https://www.routledge.com/Sustainable-Development/Baker/p/book/9780415522922> .

Beltran, L. R. (2014). *Comunicologia de la liberacion, desarrollismo y políticas públicas*. Kadmos.

<https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-16429/BARRANQUERO-Introduccion-BELTRAN-Comunicologia-Liberaci%C3%B3n.pdf>

Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa: Guia práctica*. Ediciones CEAC.

- Bizzo (2002). Difusão científica, comunicação e saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 18(1):307-314.
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v18n1/8167.pdf
- Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico - paciente. *Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa* [en línea], 1(1).
<http://revista.iered.org>
- Bonilla, F. B. M. (2007). La comunicación organizacional como gestora del conocimiento y la responsabilidad social. *Revista Razón y Palabra*, 58
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520717007>
- Boone, L. E., & Kutz, D. L. (2009). *Marketing contemporâneo* (12ª ed). Cengage Learning.
- Brandolini, A., González-Frígoli, M., & Hopkins, N. (2009). *Comunicación interna: Claves para una gestión exitosa*. Portal de Libros UNLP.
<https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/978>
- Burns, T. W., O'Connor, D. J. & Stockmayer, S. M. (2003). Science communication: A contemporary definition. *Public Understanding of Science*, 12(2): 183.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/09636625030122004>
- Capriotti, P. (2009). *Branding Corporativo, Fundamentos para la gestión estratégica de la Identidad Corporativa*. Colección de Libros de la Empresa.
<https://docplayer.es/54412-Branding-corporativo-fundamentos-para-la-gestion-estrategica-de-la-identidad-corporativa.html>
- Cardoso, M. (2010). *Auditoria a um sistema de informação hospitalar*. SAM Braga.
https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3988/1/Cardoso_Margarida.pdf
- Cardoso, P., Jóluskin, G., & Silva, I (2021). A promoção da saúde através das redes sociais: Uma análise de boas práticas. *Comunicação Pública*, 16 (30).
<https://journals.ipl.pt/cpublica/article/view/25/14>
- Carta de Ottawa para a promoção da saúde, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf.aspx>
- Carvalho, A., Simões, A., & Silva, J. P. (s. d). *Indicadores de qualidade e de confiança de um site*. Universidade do Minho.
<https://core.ac.uk/download/pdf/55608646.pdf>

Carvalho A., & Carvalho G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lusociência.

Carvalho, R. M., Lopes, P. F., Alexandre, I., & Alturas, B. (2016). Qualidade dos sítios Web da Administração Pública Portuguesa. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 20 (20), 78-98.

<https://ciencia.iscte-iul.pt/publications/qualidade-dos-sitios-web-da-administracao-publica-portuguesa/30920>

Castells, M. (2001). *Internet y la sociedad red*. [Conferencia de Presentación del Programa de Doctorado sobre la Sociedad de la Información y el Conocimiento]. Universitat Oberta de Catalunya.

https://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/Castells_internet.pdf

Castro B. (2007), *El auge de la comunicación corporativa*. Creative comments

Charaudeau, P., & Maingueneau D. (2005). A argumentação em uma problemática da influência. *ReVEL*, edição especial vol. 14, n. 12.

<https://www.patrick-charaudeau.com/IMG/pdf/-2.pdf>

Cheney, G. (2007). Organizational Communication Comes Out. *Management Communication Quarterly*, 21(1), 80-91.

<https://researchcommons.waikato.ac.nz/handle/10289/1942>

Chiavenato, I. (2001). *Teoria Geral da Administração*. Campus.

Chiavenato, I. (2004). *Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações*. Thomson.

Chiavenato, I. (2006). *Princípios de Administração*. Elsevier.

Cléries, X. (2006), *La Comunicación: Una competência essencial para los profesionales de la salud* (1.ºEd.), Elsevier.

Collins, J. & J. I. Porras (2007). *Feitas para durar: práticas bem-sucedidas de empresas visionárias*. Rocco.

Costa, C., & Santana, R. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspetos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático 7 (a02), 29-56.

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Almedina.

Coutinho, V. (2018). *Redes sociais para o seu negócio*. In Paula A.N. (Org.), *Marketing Digital para empresas* (pp. 199-262). Perfil Criativo.

Cruz, A. C. S., Aguiar, & J. B. S. (2020). A comunicação interna na perspetiva dos servidores públicos: um estudo de caso de uma universidade. *Comunicação & Informação*, v. 23.

<https://brapci.inf.br/index.php/res/v/137944>

Cunha, M., Rego, A., Cunha, R. & Cabral-Cardoso C. (2007). Manual de Comportamento Organizacional e Gestão. (6.º Ed.) p.354). RH Editora.

Dalmero, M., & Vieira, K. M. (2013). Dilemas na construção de escalas tipo Likert: O número de itens e a disposição influenciam nos resultados? Revista Gestão Organizacional (6), Edição Especial, 161-174.

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2148822/mod_resource/content/1/Dalmero_Vieira_2013_Dilemas-na-construcao-de-escal_31731.pdf

Decreto-lei n.º 156/99 do Ministério da Saúde (1999). Diário da República: I série, N.º 108.

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1675&tabela=leis&so_miolo=

Denzin, N.& Lincoln, Y. S. (2016). O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. ArtMed.

Devesa, L. (2017). A importância da comunicação no contexto organizacional: a comunicação organizacional como ferramenta de desenvolvimento e eficácia de uma organização. [Dissertação de mestrado na Escola Superior de Ciências Empresariais]. Instituto Politécnico de Setúbal.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17915/1/Laura%20Devesa_140327005%20Ci%c3%aancias%20Empresariais.pdf

Dias, H., Amendoeira, J., Spínola, A., Madeira, F., Ferreira, M., Quaresma J., Godinho, C., Ferreira, M., Simões, T., Duarte, J., Pintor, M., & Ferreira, M. (2018, outubro). Your PEL: Portal Web para potenciar a literacia em saúde na população jovem. [Apresentação de poster]. Conferência Associação Portuguesa de Sistemas de Informação, Santarém.

<https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/2480>.

Direção Geral da Saúde (2018). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021. DGS.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 DGS.

<https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>

Direção Geral da Saúde (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. DGS.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>.

Entidade Reguladora da Saúde (2011). Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde: relatório preliminar I. [Study on the organization and performance of local health units: preliminary report I]. ERS.

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf

Entidade Reguladora da Saúde (2011). Relatório sobre a rede hospitalar com financiamento público – Relatório Preliminar [Report on the hospital network with public financing – Preliminary Report]. ERS.

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/34/Relatorio_Preliminar_Nete_Hospitalar.pdf

Espanha, R. (2009). Sociedade e Comunicação numa sociedade em Rede – o caso português. Monitor.

Espanha, R. (2010). Adenda à análise especializada: Tecnologias de Informação e comunicação. Direção Geral da Saúde.

<http://pns.dgs.pt/files/2010/07/TIC-A31.pdf>

Espanha, R. & Fonseca, R. B. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - “Tecnologias de Informação e Comunicação”. Direção Geral da Saúde.

<http://pns.dgs.pt/files/2010/07/TIC1.pdf>

Fantasia, C. (2015). Boas práticas no sector público: o caso das autarquias. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório da Universidade da Beira Interior.

https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5829/1/4150_7987.pdf

Faoro, R. R., Abreu, M. F., & Demarchi, M. (2017). Redes Sociais como Ferramentas de Comunicação: uma síntese teórica. *Ciência da Informação em Revista*, 4(3), 25–39.

<https://brapci.inf.br/index.php/res/v/35308>

Ferreira, M. A., & Broca, K. (2015). Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Revista de Enfermagem*, 19 (3). Escola Anna Nery.

<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>

Flick, U. (2009). Introdução à pesquisa qualitativa. (3^a ed.). Artmed.

Flórez, I. M. (2006). Rastreamento de problemas de linguagem oral em crianças encaminhadas para um serviço de saúde auditiva: estudo exploratório. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUCSP.

<https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/25886>

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidata.

Frisch, A., Camerini, L., Diviani, N., & Schulz, P. (2011). Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? [Health Promotion International, 27(1), 117–126.].

<https://doi.org/10.1093/heapro/dar043>

Gaitán, R. (2018). Plan de Comunicación Institucional del Servicio de Reahabilitación del hospital José Néstor Lencinas. [Mestrian en Administración de Servicios de Salud].

https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/11804/gaitanrusso-plancomunicacionalhosplencinas.pdf

Garcia, A., & Eiró-Gomes, M. (2021). Comunicação para a saúde em tempos de pandemia: a perspetiva dos utentes do serviço nacional de saúde. DOI: 10.17231/comsoc.40(2021).3250

Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). O inquérito: Teoria e prática. Celta.

Gonçalves, T. (2001). A adoção de práticas de E-health ao nível dos profissionais de saúde dos serviços de ambulatório. [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.

Granado, A., & Malheiros, J. V. (2015). Cultura científica em Portugal: Ferramentas para perceber o mundo e aprender a mudá-lo. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

<http://www.aemealhada.pt/biblioteca/view/1042/Cultura%20cientifica%20em%20Portugal%20-%20Antonio%20Granado.pdf>

Guffey, M., & Loewy, D. (2021). Business Communication: Process and Product. (10^a ed.). Cengage.

<https://www.cengage.uk/c/business-communication-process-product-10e-guffey-loewy/9780357129234/>

Gutierrez, S. M., Zanato, L. E., Pelegrini, P., & Cordeiro, R. C. (2009). Queixas fonoaudiológicas de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 21(1), 21-30.

<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/6938/5030>

Gumucio-Dagrón, A. (2010). Cuando el doctor no sabe. Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas Época II*. vol. XVI. (31), 67-93.

Hallahan, K., Holtzhausen, D., van Ruler, B., Verčič, D., & Sriramesh, K. (2007). Defining Strategic Communication. *International Journal of Strategic Communication*, 1(1), 3-35.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15531180701285244>

Haswani, M. (2009, abril, 28). Comunicação nas relações internas das instituições estatais. [Comunicação oral]. III Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e Relações Públicas, São Paulo.

https://www.abrapcorp2.org.br/anais2009/pdf/GT6_Mariangela_Haswani.pdf

Honoré, B. (2002). A Saúde em Projeto. Lusociência.

Horsle, P. B. (2005). Strategical communication as a method. *Comunicação e Sociedade*, (8), 19-37.

[https://doi.org/10.17231/comsoc.8\(2005\).1179](https://doi.org/10.17231/comsoc.8(2005).1179)

Huamani, T. P. L. (2003). El trabajador es el recurso más valioso de que disponen las empresas. *Gestão no Terceiro Milenio*, 6 (12), 29-33. <https://doi.org/10.15381/gtm.v6i12.9841>

Illingworth, S. (2017, abril, 12). Delivering effective science communication: advice from a professional science communicator. [Seminars in Cell & Developmental Biology]. Edinburgh Napier University.

https://www.researchgate.net/publication/316077969_Delivering_Effective_Science_Communication_Advice_from_a_Professional_Science_Communicator

Instituto Politécnico de Bragança (sd). Critérios para avaliação de websites. Pontos a considerar quando se executa uma crítica a websites.

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14364/5/2017%20EJI%20Livro%20de%20Resumos.pdf>

Johann, S. L. (2004) Gestão da cultura corporativa: como as organizações de alto desempenho gerenciam sua cultura organizacional. Saraiva.

Kickbusch, I. (2008). Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. Health Education. 108(2), 101-104.

Khan, S. & Vaynberg, R. (2008). Cultivating the Under-Mined: Cross-Case Analysis as Knowledge Mobilization. (9), n.º 1, Art. 34.

<https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/334/729>

Kunsch, M. (2006). Planejamento e gestão estratégica de relações públicas nas organizações contemporâneas. UNIrevista. 1, (3), 1-13.

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5113309/mod_resource/content/2/Aula%203b.PDF

Lemos, A. (2016). A comunicação interna e a saúde laboral: estratégias e práticas das organizações. [Tese de doutoramento, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho.

Leonardi, P., Huysman, M., & Steinfield, C. (2013) Enterprise Social Media: Definition, History, and Prospects for the Study of Social Technologies in Organizations. Journal of Computer-Mediated Communication. (1), 1-19. <https://doi.org/10.1111/jcc4.12029>

Lima, L. (2011, outubro, 19-21). Cultura Organizacional. [VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia]. Resende, Rio de Janeiro.

<https://scholar.google.pt/scholar?q=Leonor+torres+2011+Cultura+Organizacional.+%5BVIII+Simp%C3%B3sio+de+Excel%C3%Aancia+em+Gest%C3%A3o+e+Tecnologia%5D>.

Lopes, F., Ruão, T., Marinho, S., Coelho, Z. P., Fernandes, L., Araújo, R., & Gomes, S. (2013). A saúde em notícia: repensando práticas de comunicação. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. <https://www.cecs.uminho.pt/publicacao/a-saude-em-noticia-repensando-praticas-de-comunicacao/>

Lopes, F., Araújo, R., & Magalhães, O. (2021). Covid-19: Uma Pandemia Gerida Pelas Fontes Oficiais Através de uma Comunicação Política. In: Lopes, F., Araújo, R., Schutz, P. (ed). Comunicação e Sociedade, vol. 40, 2021, 17-32.

[https://doi.org/10.17231/comsoc.40\(2021\).3520](https://doi.org/10.17231/comsoc.40(2021).3520)

López, A., Gonzalez, B., & Garcia, R. (2008). Supreme Audit Institutions and their communication strategies. *International Review of Administrative Sciences*, 74 (3),347-349.
<https://journals.sagepub.com/toc/rasb/74/3>

Luz, R. (2003). Gestão do Clima Organizacional. Qualitymark,

Madureira, E. (2019, novembro, 28). Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde. [Conferência]. I Jornadas da Qualidade em Guimarães.

<http://www.ulsne.min-saude.pt/noticias/projeto-de-literacia-em-saude-da-uls-do-nordeste-em-destaque-nas-i-jornadas-da-qualidade-em-guimaraes/>

Massoni, N., Alves-Brito, A. & Guimarães, R. R. (2015). Subjetividades da comunicação científica: a educação e a divulgação científicas no Brasil têm sido estremecidas em tempos de pós-verdade?. *Caderno Brasileiro de Ensino de Física*. 37(3), 1598-1627.

<http://dx.doi.org/10.5007/2175-7941.2020v37n3p1598>

Marques, A. (2018) Estratégias e desafios de um Gabinete de Comunicação numa Escola Médica. [Relatório de Estágio de Mestrado em Comunicação de Ciência, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova.

Marques, C., Marques, C. A., Gomes, J., Cabral-Cardoso, C., Rego, A., & Cunha, R. C. (2015). Manual de gestão de pessoas e do capital humano (3ª ed.). Edições Sílabo.

Matković, T., & Kogan, I. (2014). Relative worth of a bachelor degree: Patterns of labour market integration among drop-outs and graduates in sequential and integrated tertiary education systems. *Acta Sociológica*, 57(2), 101–118. <https://doi.org/10.1177/0001699313481813>

Medeiros, J. (2017). Abordagem bourdieusiana para uma análise de campo: um enfoque para a comunicação científica e o acesso aberto. *Comunicação e informação*, 23(2) 98-119.

<http://dx.doi.org/10.19132/1808-5245232.98-119>

Medina, P. (2011). Organización de la comunicación interna en hospitales. (1ª ed.) Fragua.

Mendes, A., Martins, L., & Luglio, R. G. (2013). A Influência das Redes Sociais nas Organizações. *Revista de Administração da Fatea*, 7(7), 132-146.

Minayo, M., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 239-262.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?format=pdf&lang=pt>

Mira, Q., Barreto, R., & Vasconcelos, M. (2017). Impacto do pet-saúde na formação profissional: uma revisão integrativa. *Revista baiana saúde pública*. 40(2) 514-531.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859792>

- Mintzberg, H. (1995) Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. Atlas.
- Montardo, S. & Passerino, L. (2010). Implicações de redes temáticas em blogs na Análise de Redes Sociais (ARS): estudo de caso de blogs sobre autismo e síndrome de Asperger. Interface (Botucatu), 14 (35). 921-931. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000017>
- Montoro, T. (2008). Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. Interface (Botucatu) 12 (25). 445-448. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200020>
- Morais, L. (2013). Comunicação em saúde e processo de mudança. Escolar Editora
- Morgan, G. (2009). Imagens da organização: edição executiva. Atlas.
- Mosquera-Vázquez, M. (2003). Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. Comminit, La iniciativa de la comunicación.
- <https://www.comminit.com/la/content/comunicaci%C3%B3n-en-salud-conceptos-teor%C3%ADas-y-experiencias>
- Mussi, R., Mussi, L., Assunção, E., & Nunes, C. (2019). Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. SUSTINERE, 7(2), 414-430. <http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2019.41193>
- Nassar, P. (2005). Comunicação estratégica, um conceito em evolução. In: Nassar, P. (2005), (org.) Comunicação interna: a força das empresas, ABERJE, v.2.
- <https://www.aberje.com.br/editora/livro/comunicacao-interna-a-forca-das-empresas-v2/>
- Newstrom, J. W. (2008). Comportamento Organizacional: o comportamento humano no trabalho. McGraw-Hill.
- Nielsen, J. (2000). Designing web usability New Riders Publishing.
- [https://scholar.google.pt/scholar?q=Nielsen,+Jakob+\(2000\).+Designing+web+usability.+Indianopolis:+New+Riders+Publishing.&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.pt/scholar?q=Nielsen,+Jakob+(2000).+Designing+web+usability.+Indianopolis:+New+Riders+Publishing.&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)
- Nierotka, R.P., Monteiro, A.M., & Silva, M.E.K. (2019, maio, 14-17) Triangulação na pesquisa em saúde: princípios, possibilidades e desafios. [Paper presentation]. 6º Congresso Internacional em Saúde, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.
- <https://www.unijui.edu.br/eventos/6-congresso-internacional-em-sade-578>
- Nogueira, C. (2001). Feminismo e Discurso do Género na psicologia Social. Artigo em Revista Científica Internacional. Repositório Aberto da universidade do Porto.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Nunes, L, Farinelli, M., Julião, C., Ribeiro, P., Martins, R. & Martins, R. (2017). A educação permanente e a literacia para a saúde: A educação permanente e a literacia para a saúde: contribuições para a formação Profissional. [Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. (2).

<https://www.redalyc.org/journal/4979/497955351005/497955351005.pdf>

Oliver, S. (2008). Public relations strategy. Kogan Page.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde (sd). Orientações para profissionais de saúde.

<https://www.paho.org/pt/brasil>

Parrott, R. (2004). Emphasizing “Communication” in Health Communication,. Journal of Communication, 54(4), 751-787. ,<https://www.researchgate.net/publication/274444460>

Peres, F., Rodrigues, K. M., & Lacerda, T. (2021). Literacia em Saúde. Editora Fiocruz.

Pereira, M. (2014). A gestão da Comunicação nas Organizações e Liderança Pessoal. [Tese de Doutorado]. Universidade de Santiago de Compostela

Pestana, S. (2010). Saúde Web 2.0 – O Papel das Comunidades Virtuais de doentes na área da Saúde; um estudo de caso para Portugal. [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova.

<https://run.unl.pt/handle/10362/5369>

Pinto, R. (2009, setembro, 4-7). Comunicação Estratégica nas Organizações: Atuação Profissional e Formação Académica, [XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação]. Curitiba, Brasil.

<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2009/resumos/R4-2476-1.pdf>

Porter, M. (1986). How information gives you competitive advantage. Harvard Business Review, 63(4), 149-160.

<http://www.zipsaude.com.br/>

Potter, P., & Perry, A. (2018). Fundamentos de Enfermagem. (9ª ed.). Elsevier.

Prates, J. (2014). A conceção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. Saúde em Debate, (38) 318-327.<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h6bfz4KSBSg4dFTHK7dKVjc/?format=html&lang=pt>

Prates, W. (2017). Principais tipos de Estruturas Organizacionais.

<https://www.wrprates.com/estruturas-organizacionais/>

Queiroz (2018). Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano.

Ragin, C. (1992). Introduction: Case of "What is a case?". In C. Ragin, & H. Becker, What is a Case? Exploring the Foundations of Social Inquiry, pp. 1-17. Cambridge University Press.

https://www.miguelangelmartinez.net/IMG/pdf/1992_Ragin_What_is_a_case_chapter.pdf

Ratzan, S. (2001) - Health literacy: communication for the public good. Health Promotion International. Vol. 16, nº 2, 207-214.

Resolução do Conselho de Ministros nº 95/99 da Presidência do Conselho de Ministros (1999). Disponibilização na Internet de informação detida pela Administração Pública. Diário da República nº 198, Série I-B, 5763-5764.

<https://files.dre.pt/1s/1999/08/198b00/57635764.pdf>

Resolução do Conselho de Ministros nº 30/2020 da Presidência do Conselho de Ministros. (Iniciativa Internet e respetivo plano de ação). Diário da República nº 193, Série I-B, 4219-4222.

<https://files.dre.pt/1s/2020/04/07800/0000600032.pdf>

Riel, B. M., & Fombrun, C. (2007). Essentials of Corporate Communication Implementing Practices for Effective Reputation Management.

<https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203390931/essentials-corporate-communication-cees-van-riel-charles-fombrun>

Ritter, F. (2008). Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. [Cadernos de Saúde Pública, 29(12) 2523-2534.]. <https://www.scielo.br/j/csp/a/cstNNctjFmgycpLMrxCH3NM/>

Robbins, S. (2005). Comportamento organizacional. Pearson Prentice Hall.

Rodrigues, L. (2021). Conheça as 5 maiores pandemias da história.

<https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2020/03/conheca-5-maiores-pandemias-da-historia.html>

Ruão, T., Freias, R., Ribeiro, P. & Salgado, P. (eds.) (2014). Comunicação Organizacional e Relações-Públicas: horizontes e perspectivas. [Relatório de um debate. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, 100-115.]. Universidade do Minho

Ruão, T. (2016). A Organização Comunicativa - teoria e prática em Comunicação Organizacional. CECS. ISBN:978-989-8600-56-1

Santos, C.S. (2012). Gabinetes de comunicação online como o novo caminho da comunicação externa das empresas. [Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa.

<https://run.unl.pt/handle/10362/7398>

Santos, K.S., Ribeiroiro, M.C., Queiroga, D., Silva, I., & Ferreira, S. (2020). O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. [Ciência & Saúde Coletiva, 25(2), pp.655-664.]

<https://www.scielo.br/j/csc/a/kvr3D7Q3vsYjrFGLNprpttS/>

Santos, L. (2018, junho, 14). Pesquisa científica: universo/população. Amostra e critério amostral. PHP. www.lcsantos.pto.br/blog.php

Serra, J. P. (2007) Manual da Teoria da Comunicação. Livros Labcom,

Smith, P.R., & Chaffey, D. (2005). E-Marketing Excellence: At the Heart of E-Business. Butterworth Heinemann.

[https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1943552](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1943552)

Sørensen, E.; & Torfing, J. (2012). Introduction: Collaborative Innovation in the Public [Sector; The Innovation Journal, 17, pp. 1-14].

<https://innovation.cc/document/2012-17-1-1-introduction-collaborative-innovation-in-the-public-sector/>

Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde-Utentes. [Análise Psicológica, 22, 615-620.].

Tones, K. (2002). Health literacy: new wine in old bottles? [Health Education Research, 17 (3), 287–290.].

<https://doi.org/10.1093/her/17.3.287>

Torres A. (2018). Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. [Revista Gaúcha de Enfermagem, 38(4)].

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0066>

Unidade Local de Saúde da Guarda & Gabinete de Comunicação e Imagem (2019). Relatório de Atividades do Gabinete de Comunicação e Imagem [Activity Report of the Communication and Image Office]. ULSG.

<https://www.ulsguarda.min-saude.pt/>

Unidade Local de Saúde da Guarda (2015). Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde da Guarda.

<http://www.ulsguarda.min-saude.pt>

Universidade do Porto (2012). Análise de um sítio web/grelha de avaliação.

<https://web.fe.up.pt/~ssn/2011/cdi/analise-website.grelha.pdf>

Vasilopoulos, A., Nikoleta A., Tzoura, A., Papadopoulou, D., Stilliani, K., Paralikas, T., Kortianou, E., & Mastrogiannis, D. (2022). Fatores subjacentes à negação e descrença em relação à Covid-19. J Bras Pneumol, 48(5), pp. 2022-2028.

<https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20220228>

Venegas-Vera, AV., Colbert, GB., Lerma, EV. (2020). Positive and negative impact of social media in the Covid-19 era. Rev Cardiovasc, 21(4), pp.561-564.

<https://www.imrpress.com/journal/RCM/21/4/10.31083/j.rcm.2020.04.195/htm>

Ventura M. (2012). Estratégias de Comunicação Interna. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto.

<https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/3099>

World Health Organization [WHO]. (1998). Health promotion glossary. Geneva: Author.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2016). Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511780>

World Health Organization. (2017a). WHO Strategic Communications Framework for Effective Communication, World Health Organization.

<https://www.who.int/docs/default-source/documents/communicating-for-health/communication-framework.pdf>

World Health Organization. (2017b). Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice, World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259807>

Winnicott (2006). A Teoria da Comunicação no pensamento clínico de Donald W. Winnicott.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952017000100004

Yin, R. (1994). Pesquisa de Estudo de Caso - Desenho e Métodos. (2 ed.). Bookman.

Yin, R. (2015). Estudo de Caso. Planeamento e Métodos. (5.º Ed.). Bookman.

Zappellini, M. & Feuerschutte, S. (2015). O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em Administração. RAEP, 16(2), pp. 241-273.

<https://www.acm.gov.pt/ru/-/covid-19-medidas-orientacoes-e-recomendacoes>

Folha em branco

Anexos

Folha em branco

Anexo I

Doutoranda: Carla Susana da Silva Pinheiro Fantasia | D2742

Estudo de Doutorado: O papel e o contributo dos Gabinetes de Comunicação nas Unidades Locais de Saúde para a Literacia em Saúde em Portugal

QUESTIONÁRIO

Nome da instituição a que pertence:

Cargo que desempenha:

Habilitações Literárias (concluídas):

P1: O que pensa acerca da importância da comunicação numa ULS?

P2: Esta instituição possui um Gabinete de Comunicação? Tem pessoas especializadas na área a trabalhar nesse departamento? Quantas pessoas?

P3: Na sua opinião, qual é o papel da comunicação nesta instituição? Que ferramentas é que utilizam para comunicar?

P4: No futuro, acha que a comunicação nesta instituição vai assumir, cada vez mais, um papel preponderante? Ou pensa que a importância dada à comunicação atingiu um nível de estabilidade?

P5: Qual o papel do Gabinete de Comunicação na sua instituição?

P6: Quem organiza os eventos na ULS? Quem estabelece a Comunicação Interna e Externa da instituição?

P7: Quem atualiza site e plataformas de informação na sua ULS?

P8: Sente que nesta instituição é dada a devida importância às ferramentas de comunicação ou existem alguns entraves que impedem que lhe seja dada a devida atenção? Se sim, quais?

ADAPTAÇÃO DO GABINETE DE COMUNICAÇÃO EM TEMPO DE COVID

P1: Em tempo de Covid houve alterações nas funções desempenhadas pelo Gabinete de Comunicação?

P2: Houve necessidade de reforço de recursos humanos no Gabinete de Comunicação?

P3: Foi alterada a Política de Comunicação da sua instituição?

P4: Em contexto de Covid houve trabalho prévio por parte do GC?

P5: Como foi o relacionamento com a comunicação social?

P6: Receberam orientações por parte da tutela para comunicarem, nesta fase?

P7: O que é que teve de mudar em contexto Covid?

P8: A sua perceção em relação ao Gabinete de Comunicação é diferente após a pandemia?

Muito obrigada pelo seu contributo!

Anexo II

Doutoranda: Carla Susana da Silva Pinheiro Fantasia | D2742

Estudo de Doutoramento: O papel e o contributo dos Gabinetes de Comunicação nas Unidades Locais de Saúde para a Literacia em Saúde em Portugal

QUESTIONÁRIO

Nome da instituição a que pertence:

Cargo que desempenha:

Habilitações Literárias:

QUESTIONÁRIO AO RESPONSÁVEL DE GABINETE DE COMUNICAÇÃO

P1: Qual considera ser o papel do Gabinete de Comunicação na sua instituição?

P2: Como é que o Gabinete de Comunicação da ULS comunica com a população?

P3: Que suportes e meios de comunicação são desenvolvidos pela ULS?

P4: Que fatores foram tido em conta na escolha desses suportes?

P5: Como caracteriza o relacionamento do Gabinete de Comunicação com a comunicação social?

P6: Em média quantos comunicados à comunicação social emite por ano a sua instituição?

P7: Que temas comunica o Gabinete de Comunicação para os jornalistas com maior frequência?

P8: A quem compete a responsabilidade de elaboração de conteúdos para os jornalistas?

P9: Como responde o Gabinete de Comunicação às solicitações dos jornalistas?

P10: Na sua opinião qual tem sido o papel dos órgãos de comunicação social na divulgação de informação veiculada pela sua ULS?

WEBSITE da ULS

P1: Quem é responsável pela gestão do Website?

P2: Com que regularidade atualiza a informação contemplada no site?

P3: Considera útil para os utentes a informação contida nos sites?

P4: Se não, porquê?

PRESENÇA DA ULS NAS REDES SOCIAIS

P1: A sua ULS está presente nas redes sociais? Quais?

P2: Se sim, em que redes? Que fatores foram tidos em conta na escolha dos canais?

P3: Que tipo de informação é partilhada nas redes sociais? A que público se dirige?

P4: Se não, porquê? Quais considera serem os principais entraves na utilização e integração das redes sociais na sua ULS?

P5: O que pensa sobre o Facebook enquanto canal de comunicação para a promoção da saúde e prevenção da doença? Quais as suas vantagens e desvantagens?

P6: Considera que a presença da sua ULS no Facebook contribui para a promoção da saúde e prevenção da doença? Porquê?

P7: Quais são os principais desafios, em termos de comunicação dirigida à população, com que se depara a sua instituição?

P8: A ULS tem um profissional de comunicação no Gabinete de Comunicação?

P9: Se sim, quais são as suas habilitações académicas?

P10: Se não, na sua opinião seria uma mais valia ter um profissional de comunicação na ULS?

ADAPTAÇÃO DO GABINETE DE COMUNICAÇÃO EM TEMPO DE COVID

P1: Em tempo de Covid quais foram as principais funções do GC?

P2: Houve necessidade de reforço de recursos humanos no GC?

P3: Foi alterada a Política de Comunicação da sua instituição?

P4: Quando começou o trabalho do Gabinete?

P5: Como foi o relacionamento com a comunicação social?

P6: Receberam orientações por parte da tutela para comunicarem, nesta fase?

P7: O Gabinete de Comunicação teve de se reinventar? De que forma?

P8: Acha que os órgãos de gestão atribuíram maior importância ao papel dos GC, depois da pandemia?

Muito obrigada pelo seu contributo!

Anexo III

Exmo. (a) Senhor (a) Presidente do Conselho de Administração (a) da ULS,

Carla Susana da Silva Pinheiro Fantasia, investigadora no Programa Doutoral em Ciências da Comunicação, da Faculdade de Artes e Letras da Universidade da Beira Interior, sou a solicitar a sua participação no projeto de investigação com o título: “O papel e o contributo dos Gabinetes de Comunicação nas Unidades Locais de Saúde para a Literacia em Saúde em Portugal” sob orientação do Professor Doutor Paulo Serra.

Este projeto tem como objetivo compreender a relevância dos Gabinetes de Comunicação nas Unidades Locais de Saúde, e identificar o contributo destes serviços junto da população que cada unidade serve bem como o seu papel para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Os dados recolhidos a partir das suas respostas apenas serão utilizados no âmbito do referido trabalho de investigação, como fontes de informação para responder aos objetivos que orientam o mesmo, sendo garantidos todos os princípios éticos subjacentes ao desenvolvimento da investigação científica, nomeadamente o anonimato e livre participação dos respondentes e a confidencialidade dos dados.

Prevê-se que o questionário em formato word, enviado em anexo, tenha um tempo estimado de resposta de cerca de quinze minutos. Solicito a devolução do documento preenchido para o mail cjcfantasia@gmail.com

Agradeço, desde já, a sua participação que em muito contribuirá para acrescentar conhecimento sobre o tema em estudo.

Ficarei ao dispor para qualquer esclarecimento. (Tlm 96 5052586)

Com os melhores cumprimentos,

Carla Susana da Silva Pinheiro Fantasia

Anexo IV

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ aceito de minha livre vontade, participar no estudo “O papel e o contributo dos Gabinetes de Comunicação nas Unidades Locais de Saúde para a Literacia em Saúde em Portugal”, da autoria de Carla Susana da Silva Pinheiro Fantasia, investigadora no Programa Doutoral em Ciências da Comunicação, da Faculdade de Artes e Letras da Universidade da Beira Interior, sob orientação do Professor Doutor Paulo Serra. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que entender necessárias. Consinto a participação no estudo, respondendo a todas as questões propostas e permito que estas informações sejam apenas utilizadas neste estudo, podendo desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte qualquer prejuízo. Toda a informação obtida nesta investigação será estritamente confidencial e a identidade do participante não será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada com esta investigação sem autorização prévia por escrito.

Data:

Assinaturas,

Participante:

Investigador:

Anexo V

AVALIAÇÃO DE WEB SITES

Unidade Local de Saúde de _____

TEMPO DE CARREGAMENTO		
Tempo de carregamento do site	Até 5 segundos	> 5 seg
Tipo de entrada no site	Flash	skip intro
Tipo de site	Flash	HTML

APARÊNCIA	SIM	NÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Consistência do “traçado” (esboço ou aparência) das páginas, uso de cores, tipos de letra, ícones e imagens ao longo do site 		
<ul style="list-style-type: none"> • Número moderado de cores usadas e sua combinação 		
<ul style="list-style-type: none"> • Design apropriado para os objetivos do site e para o público-alvo? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Cores das imagens suaves e não se confundem com o fundo da página 		
<ul style="list-style-type: none"> • Animações - Apropriadas e relevantes para o conteúdo do site 		
<ul style="list-style-type: none"> • Os olhos são imediatamente direcionados para o conteúdo de elementos importantes da página 		
<ul style="list-style-type: none"> • Texto é legível 		
<ul style="list-style-type: none"> • Autor e respetivos contactos são facilmente localizáveis 		

<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo do site (e de cada página em particular) é suficientemente explícito? 		
--	--	--

ESTRUTURA E NAVEGAÇÃO	SIM	NÃO
<ul style="list-style-type: none"> • O conteúdo do site encontra-se “logicamente” organizado 		
<ul style="list-style-type: none"> • A estrutura de navegação encontra-se localizada no mesmo sítio em todas as páginas do site 		
<ul style="list-style-type: none"> • A estrutura de navegação é de fácil reconhecimento, isto é, é perceptível que é uma estrutura de navegação 		
<ul style="list-style-type: none"> • Todas as ligações estão claramente identificadas e o seu destino óbvio 		
<ul style="list-style-type: none"> • O uso do botão “Retroceder” do browser é desnecessário (não há “becos – páginas - sem saída”) 		
<ul style="list-style-type: none"> • A estrutura de navegação é fácil de perceber e usar 		
<ul style="list-style-type: none"> • O significado dos ícones para navegação é claro (se existirem) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Quando usados ícones para navegação, estão também disponíveis ligações de texto 		
<ul style="list-style-type: none"> • Existência de alguma informação ligada diretamente à estrutura de navegação (uma página com os contactos, por exemplo) 		
<ul style="list-style-type: none"> • A estrutura de navegação permite ao utilizador retroceder e aceder a níveis superiores do <i>site</i> facilmente 		
<ul style="list-style-type: none"> • A informação está disponível com um número mínimo de <i>clicks</i> (uma boa regra é não mais de 3 <i>clicks</i>)? 	< 3 click s	> 3 clicks
	SIM	NÃO

<ul style="list-style-type: none"> • A navegação entre diferentes páginas e secções do site é óbvia 		
--	--	--

CONTEÚDO	SIM	NÃO
<ul style="list-style-type: none"> • O conteúdo reflete o objetivo do site? 		
<ul style="list-style-type: none"> • O conteúdo é apropriado para o público-alvo? 		
<ul style="list-style-type: none"> • O conteúdo é suficiente para satisfazer as necessidades e expectativas do utilizador? 		
<ul style="list-style-type: none"> • O texto está livre de erros gramaticais e ortográficos? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Existem frases, parágrafos e cabeçalhos curtos, e listas numeradas para que o conteúdo seja de pesquisa fácil? 		
<ul style="list-style-type: none"> • As linhas de texto são muito grandes sendo a sua leitura seja muito fastidiosa? 		
<ul style="list-style-type: none"> • A informação é correta e atualizada? 		
<ul style="list-style-type: none"> • É fácil encontrar um conteúdo específico? 		

OBJETIVOS GLOBAIS DO SITE	SIM	NÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Simples 		
<ul style="list-style-type: none"> • Claro 		
<ul style="list-style-type: none"> • Consistente 		
<ul style="list-style-type: none"> • Apropriado 		
<ul style="list-style-type: none"> • Apelativo 		

Fonte: Grelha adaptada de projeto de IPCB para Avaliação de Sites (consultado a 02/05/2020)

Anexo VI

10/09/22, 16:28

A Comunicação nas Unidades Locais de Saúde

A Comunicação nas Unidades Locais de Saúde

Carla Susana da Silva Pinheiro Fantasia, investigadora no âmbito do Programa Doutoral em Ciências da Comunicação da Faculdade de Artes e Letras da Universidade da Beira Interior, vem solicitar a sua participação no projeto de investigação com o título "O Papel e o Contributo dos Gabinetes de Comunicação das ULS para a Literacia em saúde em Portugal: tipologias, formas de gestão e avaliação comparativa de ações desenvolvidas", sob orientação do Prof. Doutor Paulo Serra.

Os dados recolhidos a partir das suas respostas apenas serão utilizados no âmbito do referido trabalho de investigação. Muito obrigada pela sua colaboração.

***Obrigatório**

1. Idade

2. Sexo

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

3. Profissão

4. Habilitações Literárias

Marcar apenas uma oval.

- 2.º Ciclo do Ensino Básico
- 3.º Ciclo do Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. 1 - Normalmente, como tem conhecimento das atividades da sua Unidade Local *
de Saúde? (Coloque por ordem de importância)

Marcar tudo o que for aplicável.

	1	2	3	4	5
Cartazes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Site Institucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redes Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicação Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 3 - Que tipo de informação procura no site? (Coloque por ordem de importância) *

Marcar tudo o que for aplicável.

	Extremamente Importante	Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Sem Importância
Horários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contactos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notícias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 4 - Considera útil para os utentes a informação contida no site da instituição? *

Marcar apenas uma oval.

- Nada útil
- Útil
- Muito Útil

8. 5 - Que Redes Sociais usa habitualmente? (Coloque por ordem de importância) *

Marcar tudo o que for aplicável.

	Extremamente Importante	Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Sem Importância
Facebook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instagram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linkedin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Twitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tik Tok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WhatsApp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telegram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. 6 - Como avalia o trabalho do Gabinete de Comunicação e Imagem da sua instituição? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito Bom
 Bom
 Mau
 Muito Mau
 Desconheço

10. 7 - Como avalia o trabalho do Gabinete de Comunicação da sua ULS durante a pandemia? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito Bom
- Bom
- Mau
- Muito Mau
- Desconheço

11. 8 - Como classifica a Comunicação na sua ULS? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito Organizada
- Organizada
- Desorganizada
- Muito Desorganizada
- Desconheço

12. 9 - Deixe a Sua sugestão para melhorar o desempenho do Gabinete de Comunicação da sua ULS e identifique a Unidade Local de Saúde a que se refere. *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Anexo VII

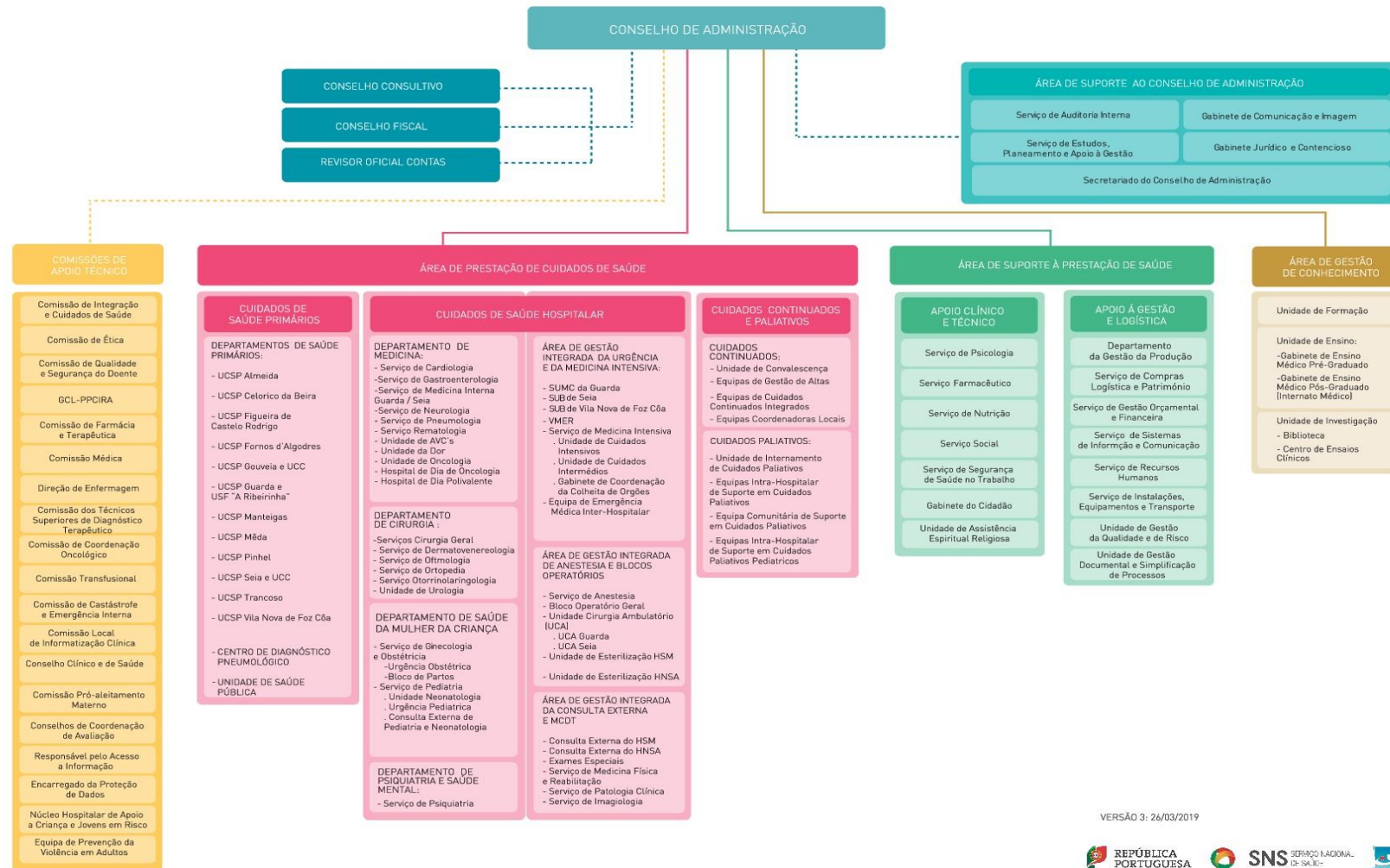
GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS REDES SOCIAIS

		ULSM	ULSNA	ULSAM	ULSBA	ULSG	ULSCB	ULSN	ULSLA
FACEBOOK	Tipologia do conteúdo	Conteúdos informativos							
		Conteúdos de sensibilização							
		Conteúdos preventivos relativos com Covid 19							
	Estrutura da mensagem	Curtas e apelativas							
		Linguagem simples adaptada ao destinatário							
		Linguagem técnica							
		Existência de FAQ's							
	Interação movimento	Uso de hashtags							
		Emojis							
		Link para web sites							
INSTAGRAM	Tipologia do conteúdo	Conteúdos informativos							
		Conteúdos de sensibilização							
		Conteúdos preventivos relativos com Covid 19							
	Estrutura da mensagem	Curtas e apelativas							
		Linguagem simples adaptada ao destinatário							
		Linguagem técnica							

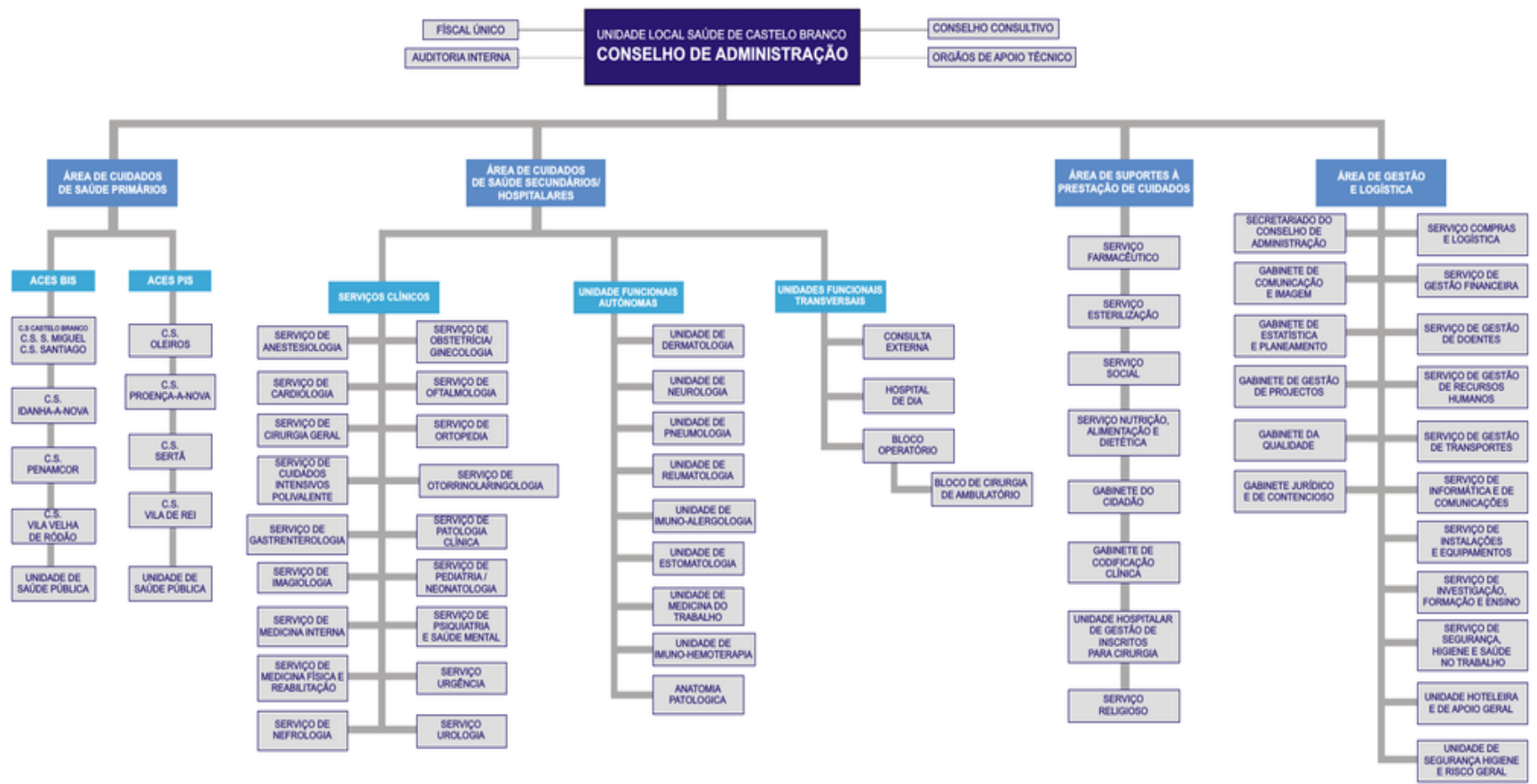
LINKEDIN	Interação movimento	Existência de FAQ's										
		Uso de hashtags										
		Emojis										
		Link para web sites										
	Tipologia do conteúdo	Conteúdos informativos										
		Conteúdos de sensibilização										
		Conteúdos preventivos relativos com Covid 19										
	Estrutura da mensagem	Curtas e apelativas										
		Linguagem simples adaptada ao destinatário										
		Linguagem técnica										
		Existência de FAQ's										
	Interação movimento	Uso de hashtags										
		Emojis										
Link para web sites												

Anexo VIII

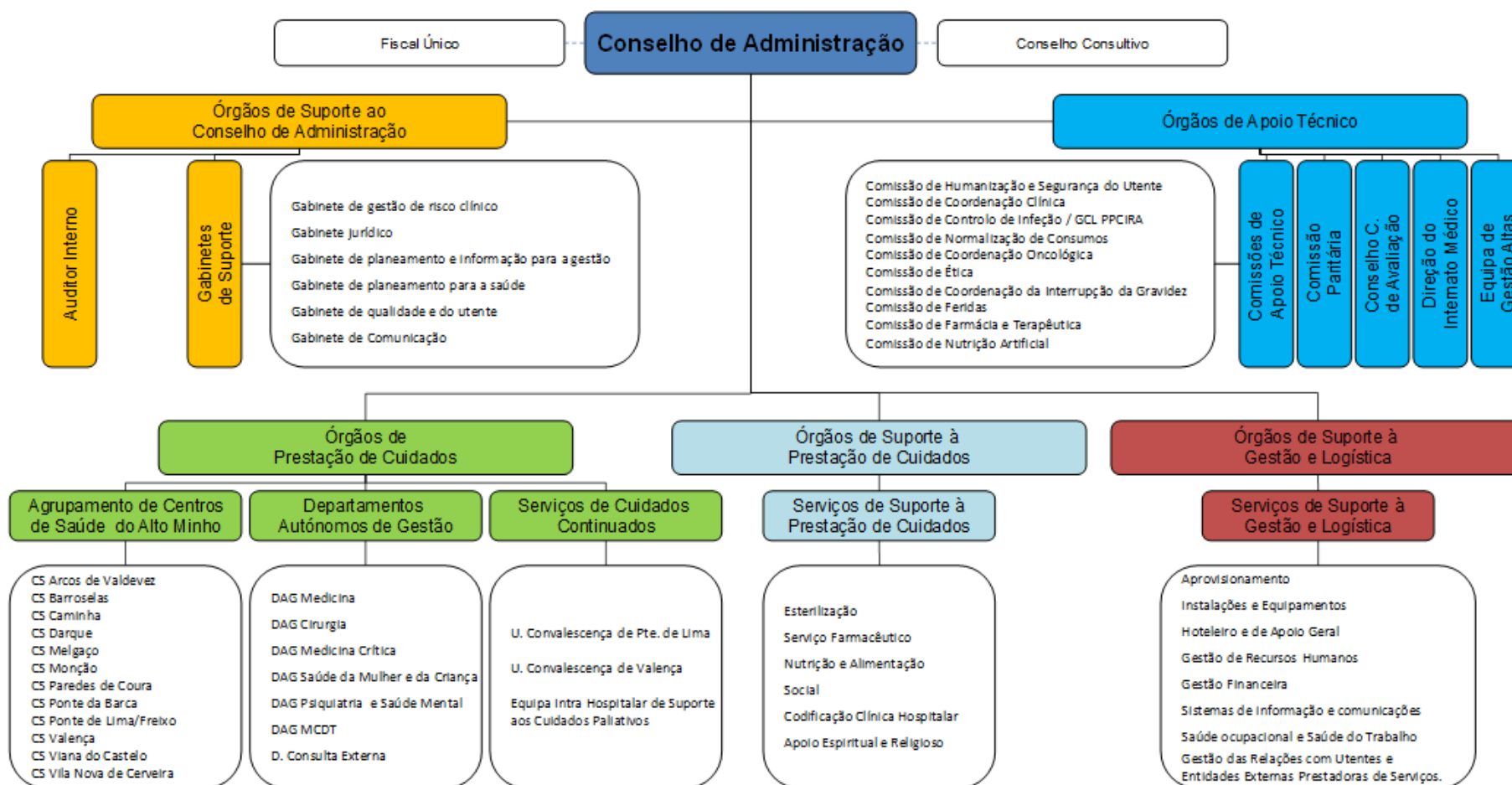
Organograma ULS da Guarda



Organograma da ULS de Castelo Branco

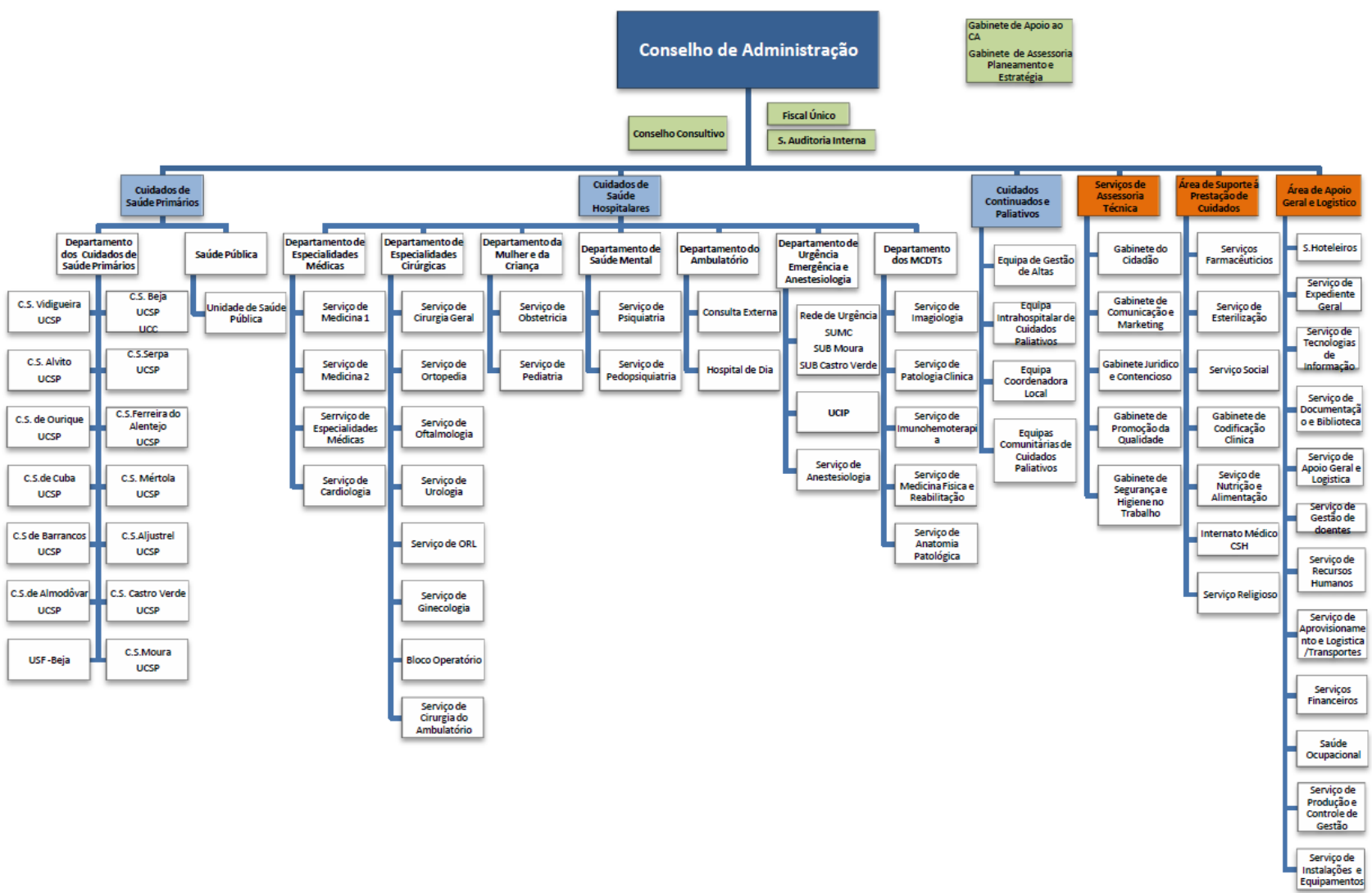


Organograma ULS Alto Minho



Organograma ULS Baixo Alentejo

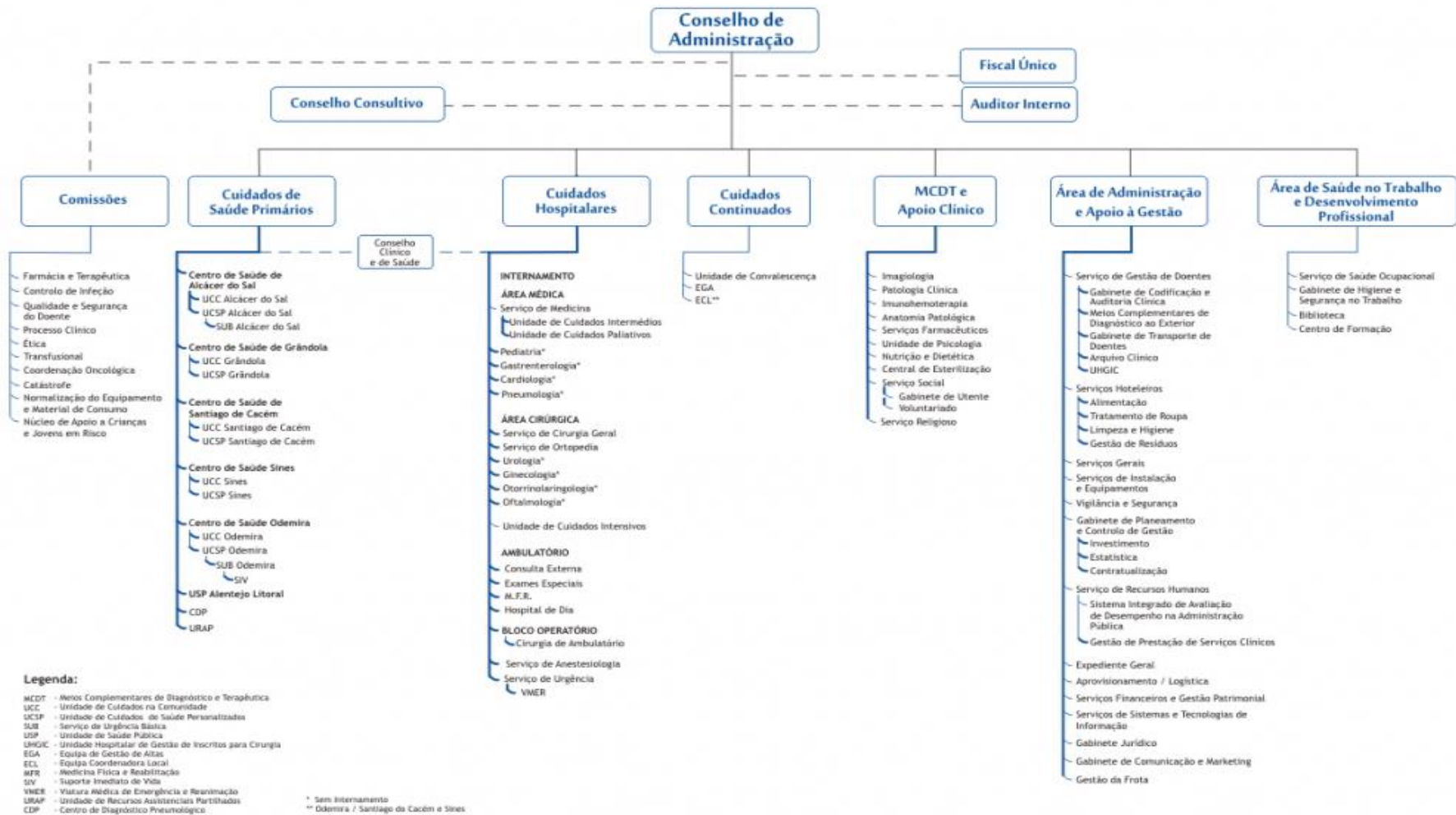
- Comissões Técnicas**
- C. de Farmácia e Terapêutica
 - C. de Integração de Cuidados
 - C. da Qualidade
 - C. de Ética
 - PPCIRA
 - C. Coordenadora Oncológica
 - C. Técnica de I. V. Gravidez
 - C. de Transfusão e Hemoderivados
 - C. de Gestão Integrada da Doença
 - C. do Processo Clínico
 - C. de Saúde e Segurança no Trabalho
 - C. de Apoio à Criança e à Família
 - C. de Normalização do Equipamento e Material de Consumo Clínico



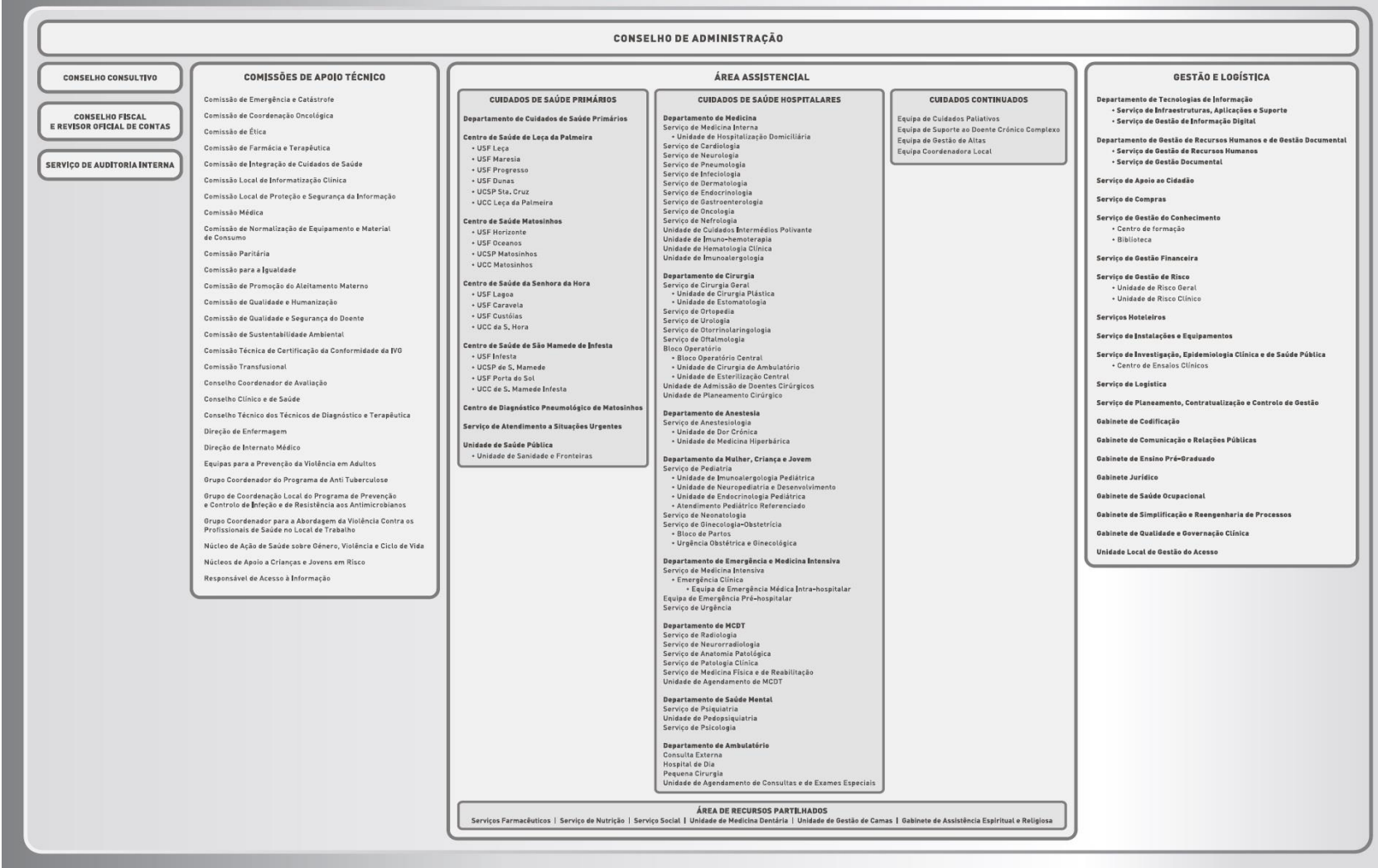
Organograma da ULS Litoral Alentejano



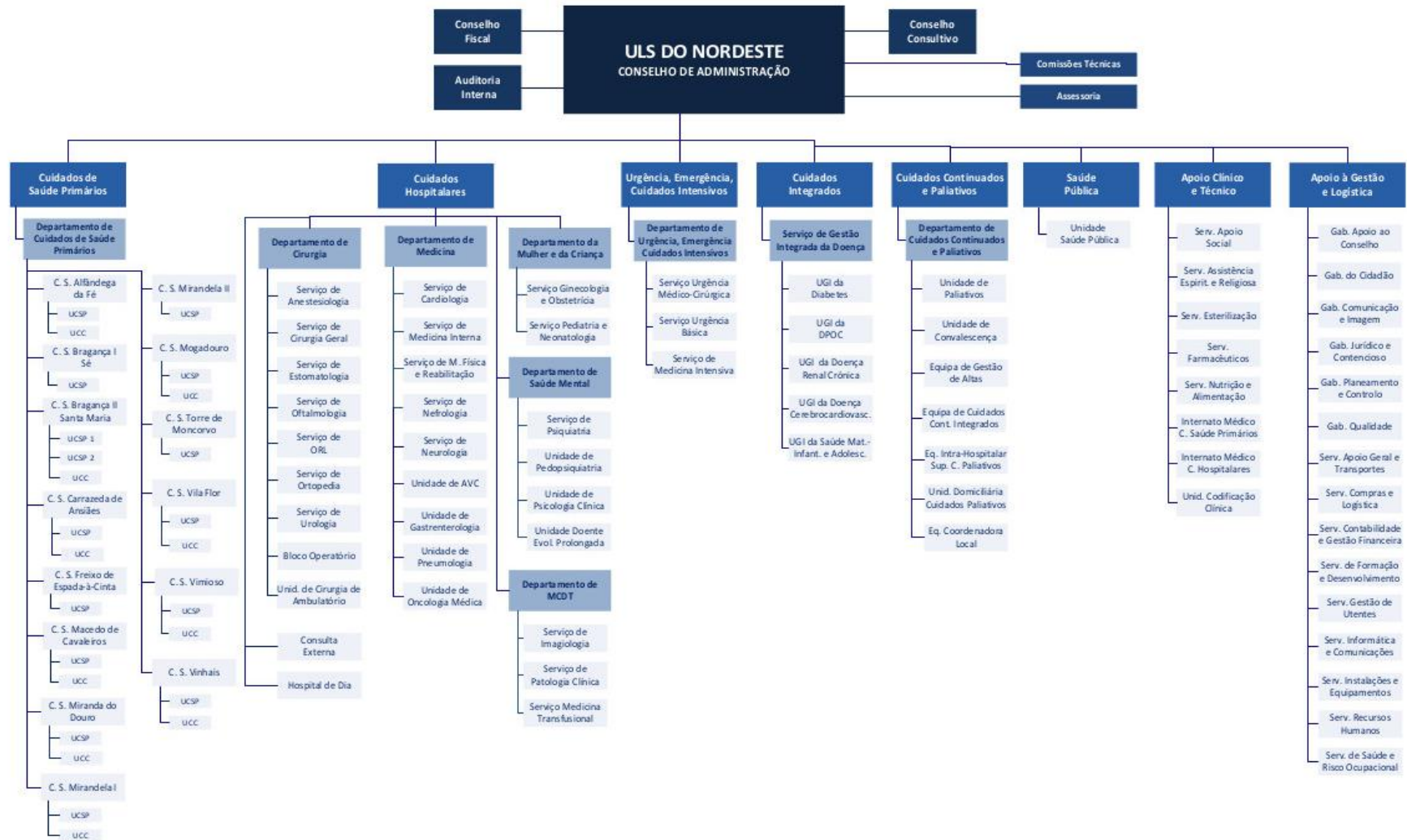
Organograma da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE



Organograma da ULS de Matosinhos



Organograma ULS do Nordeste

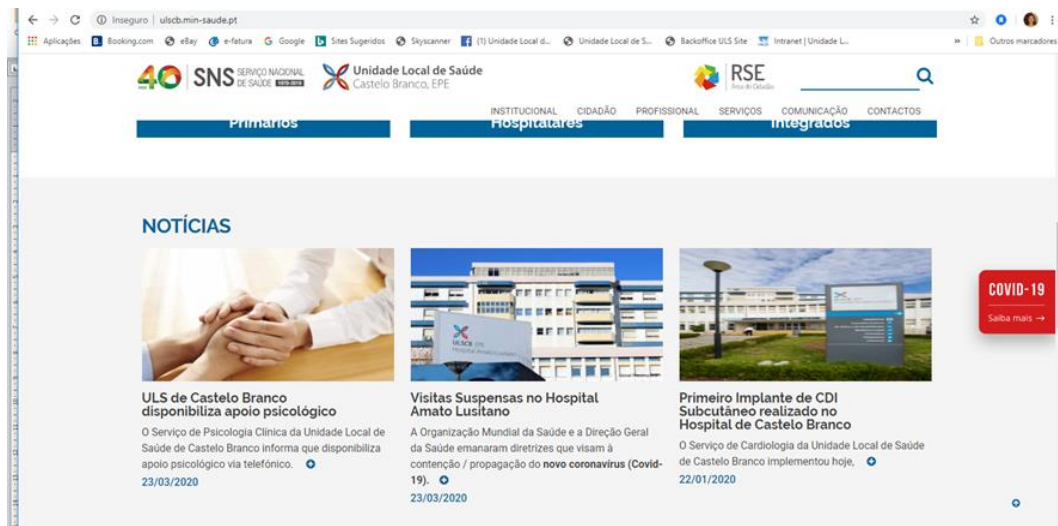
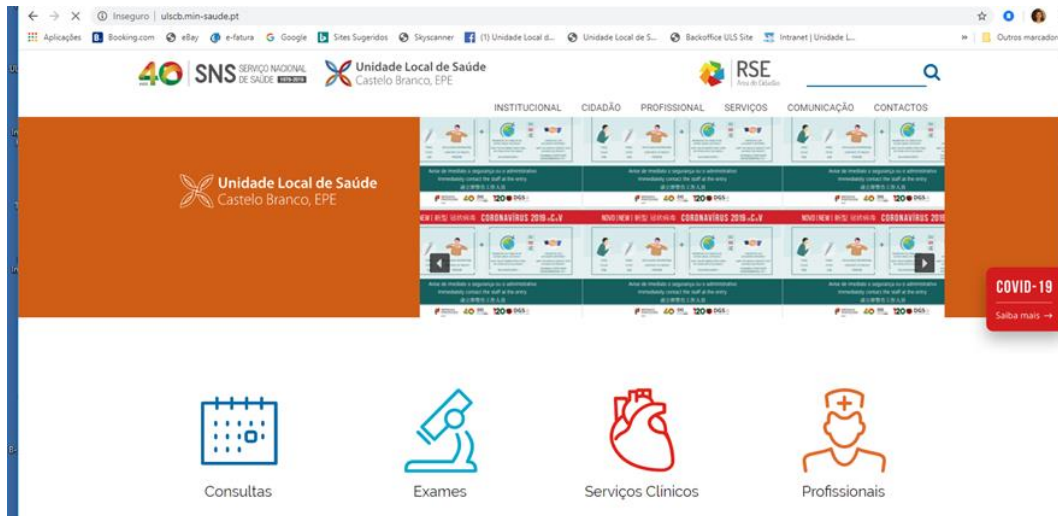


Anexo IX

• ULS Guarda



- **ULS Castelo Branco**



- **ULS Alto Minho**



- ## ULS Baixo Alentejo



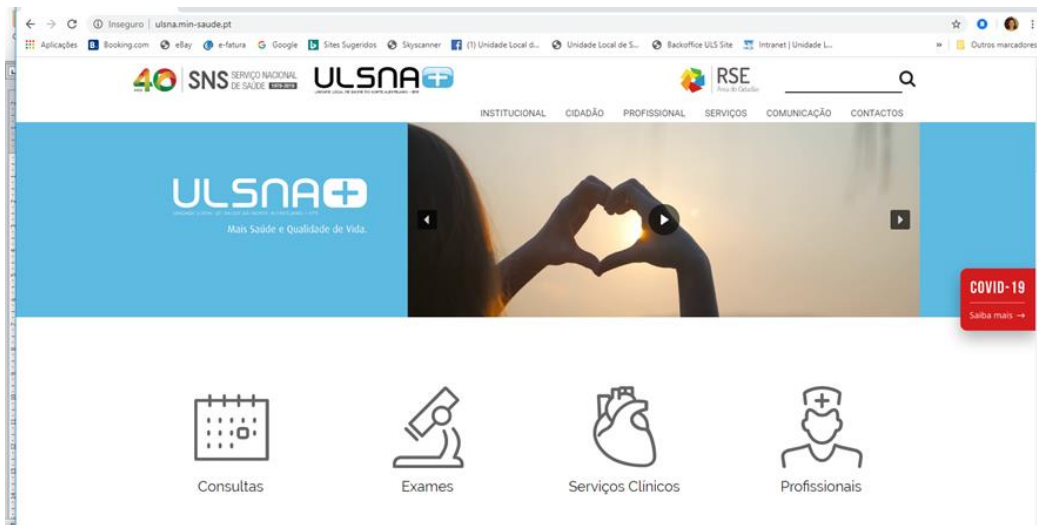
- **ULS Litoral Alentejano**



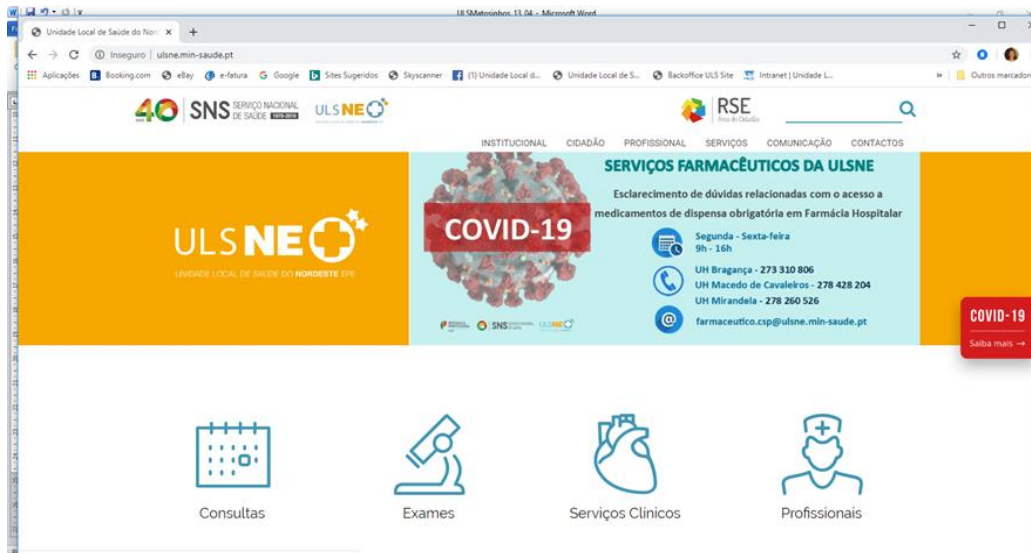
- **ULS Matosinhos**



• ULS Norte Alentejano



- **ULS Nordeste**



Unidade Local de Saúde da Guarda

Carla Página inicial Criar

Página Caixa de Entrada 23 Eventos Notificações 99+ Estatísticas Ferras... Mais Editar ... 2 Definições 2 Ajuda

Unidade Local de Saúde da Guarda
@UnidadeLocalSaudeGuarda

Página inicial

- Sobre
- Fotos
- Críticas
- Vídeos
- Eventos
- Publicações
- Angariações de fundos
- Serviços
- Loja

Gostei A seguir Partilhar

Enviar mensagem

Criar Direto Evento Oferta Emprego

Publicação

Escreve uma publicação...

Foto/vídeo Receber men... Identificar pr...

Grupos Sugeridos

- Guarda dos 5 Fs (Quantos...
4,1 mil membros • 20 publicações po...
Aderir
- Operação STOP - Guarda
20 mil membros • 7 publicações por dia
Aderir
- Plataforma de cidadãos da...
3,6 mil membros • 10 publicações po...
Aderir

Unidade Local de Saúde Castelo Branco

Carla Página inicial Criar

Página Caixa de Entrada 23 Eventos Notificações 99+ Estatísticas Ferras... Mais Editar ... 2 Definições 2 Ajuda

Unidade Local de Saúde Castelo Branco
@unidade localsaudecastelobranco

Página inicial

- Críticas
- Fotos
- Vídeos
- Publicações
- Sobre
- Comunidade

Criar uma Página

Gostei A seguir Partilhar

Enviar mensagem

Recomendações e críticas

Uls Castelo Branco local onde os utentes são tratados com dedicação pr ofissionalismo e carinho. A to... Ver mais
17 de abril

Recomendas Unidade Local de Saúde Castelo Branco?

Sim Não

Ver tudo

Hospital em Castelo Branco
Sempre aberto

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde diferenciados / especializa...
Ver mais

Comunidade Ver tudo

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Carla Página inicial Criar



Unidade Local de Saúde de Matosinhos
@unidadelocaldesaude de matosinhos

Página inicial

Publicações

Vídeos

Fotos

Sobre

Comunidade

Eventos

[Criar uma Página](#)

COVID-19

JUNTOS VAMOS TRAVAR O CORONAVÍRUS!

#TRAVARACURVA



Gosto Seguir Partilhar ...

[Enviar mensagem](#)

Comunidade Ver tudo

Convida os teus amigos para gostarem desta Página

14 907 pessoas gostam disto

15 911 pessoas seguem isto

Andreia Minhos e 14 outros amigos gostam disto ou visitaram

2 visitas

Sobre Ver Tudo

22 939 1000

Publicações

Unidade Local de Saúde de Matosinhos
31 de março às 17:50 ·

COVID-19 | INFORMAÇÃO ATUALIZADA
#SNS #ULSM #DGS #COVID



Unidade Local de Saúde do Nordeste

Carla Página inicial Criar



Unidade Local de Saúde do Nordeste

Página inicial

Críticas

Fotos

Vídeos

Publicações

Eventos

Sobre

Comunidade

[Criar uma Página](#)

COVID-19

ULS DO NORDESTE PRÓXIMA DE SI

Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda
contacte-nos das 8h às 20h

273 310 800



Gosto Seguir Partilhar ...

[Enviar mensagem](#)

Comunidade Ver tudo

Convida os teus amigos para gostarem desta Página

5987 pessoas gostam disto

6107 pessoas seguem isto

Liliana Silva e 4 outros amigos gostam disto ou visitaram

121 visitas

Recomendações e críticas

Gostava que me explicassem, como se coloca, na urgência do hospital de Mirandela, uma pulseira amare... Ver mais
3 de abril de 2017

Desculpem o desabafo mas pela segunda vez que tive o infortúnio de ter de acompanhar um doente ... Ver mais
16 de fevereiro de 2018

A TODOS OS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL QUE ME AJUDARAM A MINHA VIDA COM A FE E A FORÇA QUE DEUS NOS ... Ver mais
30 de dezembro de 2016

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Carla Página inicial Criar

Gosto Seguir Partilhar ...

Enviar mensagem

Publicação

Escreve uma publicação...

Foto/vídeo Identificar a... Receber men... ...

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

@unidade.local.desaude.dolitoralalentejano

Página inicial

Críticas

Fotos

Sobre

Comunidade

Criar uma Página

Ainda sem classificações

Comunidade Ver tudo

Convida os teus amigos para gostarem desta Página

28 pessoas gostam disto

31 pessoas seguem isto

Sobre Ver Tudo

Enviar mensagem

www.hlalentejano.min-saude.pt

Empresa médica

Sugerir edições

Transparência da Página Ver mais

O Facebook está a mostrar informações para te ajudar a compreender melhor o propósito de uma Página. Vê as ações das pessoas que gerem e publicam conteúdos.

Página criada - 15 de setembro de 2015

Páginas relacionadas

I Love Tupperware

Profissionais para e

Gosto

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho EPE

Carla Página inicial Criar

Gosto Seguir Partilhar ...

Enviar mensagem

Publicação

Escreve uma publicação...

Foto/vídeo Identificar a... Jogar com A... ...

ULSAM

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho EPE

Página inicial

Críticas

Fotos

Vídeos

Publicações

Sobre

Comunidade

Criar uma Página

3,8 3,8 de 5 - Com base na opinião de 8 pessoas

Comunidade Ver tudo

Convida os teus amigos para gostarem desta Página

2749 pessoas gostam disto

2815 pessoas seguem isto

414 visitas

Sobre Ver Tudo

Recomendações e críticas

A amabilidade é a eficiência de todos no serviço de Ginecologia. Inexcedíveis na atenção ao paciente... Ver mais

8 de fevereiro

Unidade Local de Saúde Castelo Branco

Unidade Local de Saúde Castelo Branco
@unidadeolocalsaudecastelobranco

Página inicial

Críticas
Fotos
Vídeos
Publicações
Sobre
Comunidade

[Criar uma Página](#)

Gostei A seguir Partilhar

Enviar mensagem

Recomendações e críticas

Uls Castelo Branco local onde os utentes são tratados com dedicação profissionalismo e carinho. A to... Ver mais
17 de abril

Recomendas Unidade Local de Saúde Castelo Branco?

Ver tudo

Hospital em Castelo Branco
Sempre aberto

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde diferenciados / especializa...
Ver mais

Comunidade Ver tudo

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Unidade Local de Saúde de Matosinhos
@unidadelocaldesaude de matosinhos

Página inicial

Publicações
Vídeos
Fotos
Sobre
Comunidade
Eventos

[Criar uma Página](#)

Gosto Seguir Partilhar

Enviar mensagem

COVID-19

JUNTOS VAMOS TRAVAR O CORONAVÍRUS!
#TRAVARACURVA

Publicações

Unidade Local de Saúde de Matosinhos
31 de março às 17:50

COVID-19 | INFORMAÇÃO ATUALIZADA
#SNS #ULSM #DGS #COVID

Comunidade Ver tudo

Convida os teus amigos para gostarem desta Página

14 907 pessoas gostam disto

15 911 pessoas seguem isto

Andreia Minhos e 14 outros amigos gostam disto ou visitaram

2 visitas

Sobre Ver Tudo

22 939 1000

uls MATOSINHOS

REPÚBLICA PORTUGUESA SAUDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Unidade Local de Saúde do Nordeste

Carla Página inicial Criar



Unidade Local de Saúde do Nordeste

COVID-19

ULS DO NORDESTE PRÓXIMA DE SI

Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda
contacte-nos das 8h às 20h

273 310 800

Gosto Seguir Partilhar ...

Enviar mensagem

Recomendações e críticas

Gostava que me explicassem, como se coloca, na urgência do hospital de Mirandela, uma pulseira amarela... Ver mais
3 de abril de 2017

Desculpem o desabafo mas pela segunda vez que tive o infortúnio de ter de acompanhar um doente ... Ver mais
16 de fevereiro de 2018

A TODOS OS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL QUE ME AJUDARAM A MINHA VIDA COM A FE E A FORÇA QUE DEUS NOS ... Ver mais
30 de dezembro de 2016

3,9 de 5 - Com base na opinião de 31 pessoas

Comunidade Ver tudo

Convida os teus amigos para gostarem desta Página

5987 pessoas gostam disto


6107 pessoas seguem isto

Liliana Silva e 4 outros amigos gostam disto ou visitaram

121 visitas

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Carla Página inicial Criar



Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
@unidadelocaldesaudeolitoralalentejano

Gosto Seguir Partilhar ...

Enviar mensagem

Publicação

Escreve uma publicação...

Foto/vídeo Identificar a... Receber men... ...

Ainda sem classificações

Comunidade Ver tudo

Convida os teus amigos para gostarem desta Página

28 pessoas gostam disto

31 pessoas seguem isto

Sobre Ver Tudo

Enviar mensagem

www.hlalentejano.min-saude.pt

Empresa médica

Sugerir edições

Transparência da Página Ver mais


O Facebook está a mostrar informações para te ajudar a compreender melhor o propósito de uma Página. Vê as ações das pessoas que gerem e publicam conteúdos.

Página criada - 15 de setembro de 2015

Páginas relacionadas

I Love Tupperware
Prinfistic nara e

Facebook navigation bar: ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho EPE, Carla, Página inicial, Criar, and notification icons.




ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho EPE

Página inicial

- Críticas
- Fotos
- Vídeos
- Publicações
- Sobre
- Comunidade

[Criar uma Página](#)



Gosto Seguir Partilhar ...

Publicação

Escreve uma publicação...

Foto/vídeo Identificar a... Jogar com A... ...

Recomendações e críticas

A amabilidade é a eficiência de todos no serviço de Ginecologia. Inexce-
díveis na atenção ao paciente... [Ver mais](#)
8 de fevereiro

3.8 3,8 de 5 - Com base na opinião de 8 pessoas

Comunidade [Ver tudo](#)

- Convida os teus amigos para gostarem desta Página
- 2749 pessoas gostam disto
- 2815 pessoas seguem isto
- 414 visitas

Sobre [Ver Tudo](#)