Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.31894

JORNADA DO PACIENTE COMO PROCESSO ORGANIZACIONAL: BARREIRAS AO LETRAMENTO EM SAÚDE AMBULATORIAL

THE PATIENT JOURNEY AS AN ORGANIZATIONAL PROCESS: BARRIERS TO HEALTH LITERACY IN OUTPATIENT CARE

Tatielle Ribas Zimmermann[1]
Ana Rachel Salgado[2]
Cláudia de Souza Libânio[3]

RESUMO: Introdução: O letramento em saúde é influenciado pelas capacidades individuais e pela forma como as organizações estruturam os processos assistenciais e respondem às necessidades dos usuários. Objetivo: desenvolver diretrizes estratégicas para fortalecer o letramento em saúde e qualificar os processos assistenciais, integrando barreiras, facilitadores e oportunidades de melhoria identificados na jornada ambulatorial de usuários com diabetes mellitus tipo 2. Método: estudo de caso único, de abordagem mista e caráter exploratório-descritivo, com desenho multifásico e integração sequencial dos dados. Foram utilizadas duas escalas do tipo Likert, entrevistas em profundidade e observação não participante da jornada. Na segunda fase, realizou-se um workshop com médicos para discutir os achados e oportunidades de melhoria. Resultados: predominaram o nível moderado de letramento em saúde (58,3%) e a percepção alta das práticas relacionadas à Diversidade, Equidade, Inclusão e Acessibilidade (DEIA) (83,3%). A integração das evidências subsidiou quatro diretrizes estratégicas: previsibilidade e transparência da jornada; responsividade às diferentes necessidades; institucionalização da comunicação clara; e fortalecimento do suporte e da continuidade. Conclusão: as organizações de saúde não apenas respondem aos diferentes níveis de letramento dos usuários, mas também podem aumentar ou reduzir as demandas de compreensão, navegação e decisão produzidas ao longo da jornada por meio do desenho de seus processos.

Palavras-chave: Letramento em saúde. Jornada do paciente. Diabetes mellitus tipo 2. Diversidade. Equidade. Inclusão e Acessibilidade. Processos assistenciais.

[1]Aluna de mestrado do PPG de Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde (UFCSPA). Enfermeira.
[2]Coorientadora. Doutora. Professora Adjunta de Língua Espanhola na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Doutora. https://orcid.org/0000-0001-5612-8191. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA).
[3]Orientadora. Professora adjunta no Mestrado em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde (UFCSPA), Pós-Doutorado. https://orcid.org/0000-0002-4591-117X. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA).

ABSTRACT: Introduction: Health literacy is influenced by individual capabilities and by how organizations structure care processes and respond to users' needs. Objective: To develop strategic guidelines to strengthen health literacy and improve care processes by integrating barriers, facilitators, and opportunities for improvement identified during the outpatient journey of users with type 2 diabetes mellitus. Method: A single-case study with a mixed-methods approach and an exploratory-descriptive design, using a multiphase structure and sequential data integration. Data were collected through two Likert-type scales, in-depth interviews, and non-participant observation of the patient journey. In the second phase, a workshop with physicians was held to discuss findings and improvement opportunities. Results: A moderate level of health literacy (58.3%) and a high perception of practices related to Diversity, Equity, Inclusion, and Accessibility (DEIA) (83.3%) predominated. The integrated evidence supported four strategic guidelines: journey predictability and transparency; responsiveness to diverse needs; institutionalization of clear communication; and strengthening of support and continuity. Conclusion: Healthcare organizations not only respond to users' varying levels of health literacy but can also increase or reduce the demands for comprehension, navigation, and decision-making through the design of their processes.

Keywords: Health literacy. Patient journey. Type 2 diabetes mellitus. Diversity, equity, inclusion, and accessibility. Care processes.

O aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) desafia os sistemas de saúde a garantir continuidade do cuidado, coordenação entre serviços e participação dos usuários nas decisões terapêuticas. O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) exige acompanhamento longitudinal e múltiplas interações entre usuários, profissionais e serviços. Esse percurso configura a jornada do paciente, entendida como processo organizacional no qual experiências, decisões e resultados são produzidos ao longo do cuidado (Maas et al., 2023).

A qualidade dessa jornada depende não apenas da competência técnica dos profissionais, mas também da estrutura, comunicação e coordenação dos processos assistenciais (Maas et al., 2023). A previsibilidade dos fluxos, a acessibilidade e a integração entre serviços influenciam a experiência e a participação dos usuários. Assim, a gestão dos processos é estratégica para qualificar a atenção às condições crônicas.

O letramento em saúde (LS), antes compreendido sobretudo como conjunto de habilidades individuais para acessar, compreender e utilizar informações, é hoje reconhecido como fenômeno relacional, construído na interação entre usuários e organizações (Nutbeam & Lloyd, 2021). Essa perspectiva também considera a capacidade dos serviços de oferecer informações compreensíveis, processos acessíveis e ambientes favoráveis à participação (World Health Organization, 2021).

Essa mudança conceitual aproxima o LS da gestão organizacional ao reconhecer que a compreensão das informações em saúde é uma responsabilidade compartilhada entre pacientes, profissionais e organizações. Serviços responsivos ao LS simplificam fluxos, utilizam comunicação clara e facilitam a navegação e a tomada de decisão compartilhada (Nutbeam & Lloyd, 2021; World Health Organization, 2021).

Essa discussão relaciona-se aos princípios da Diversidade, Equidade, Inclusão e Acessibilidade (DEIA). Organizações comprometidas com esses princípios podem fortalecer a confiança e reduzir barreiras de acesso (Kelly et al., 2022). A equidade, porém, exige mais do que ambientes acolhedores: requer processos capazes de reconhecer necessidades sociais, culturais e funcionais distintas e adaptar a comunicação e a organização do cuidado (Davuluri, 2022).

Apesar dos avanços na incorporação da DEIA, persistem desafios de comunicação, acessibilidade e navegação. Linguagem técnica e dificuldades para percorrer os serviços podem comprometer a compreensão e a participação, mesmo em organizações percebidas como acolhedoras (Lazaro et al., 2024; Seaton et al., 2022). Barreiras estruturais também afetam pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida (Evans et al., 2023). Familiares e cuidadores, por sua vez, podem apoiar a interpretação de informações, o tratamento e a comunicação com os profissionais, embora a efetividade desse apoio dependa de informações claras e estratégias educativas adequadas (Fields et al., 2020; Wood et al., 2023).

Em conjunto, essas evidências indicam que o LS é produzido na interação entre indivíduos e serviços. Fluxos acessíveis, comunicação clara, ambientes inclusivos e práticas orientadas pela DEIA podem favorecer a compreensão, a autonomia e a participação dos usuários (Nutbeam & Lloyd, 2021; World Health Organization, 2021).

Ainda são escassos estudos empíricos que integrem jornada do paciente, processos organizacionais, DEIA, LS, experiência dos usuários e perspectiva dos profissionais, especialmente em ambulatórios do Sistema Único de Saúde (SUS). Predominam investigações centradas nas competências individuais, com menor atenção à influência da organização dos serviços sobre o LS e a experiência do usuário.

Diante dessa lacuna, este estudo buscou responder: como a organização da jornada ambulatorial favorece ou dificulta o LS e a experiência de usuários com DM2, e quais diretrizes estratégicas podem qualificar os processos assistenciais?

O objetivo geral foi desenvolver diretrizes estratégicas para fortalecer o LS e qualificar os processos assistenciais, com base nas barreiras, nos facilitadores e nas oportunidades de melhoria identificados na jornada ambulatorial de usuários com DM2. Especificamente, buscou-se:

- descrever a jornada ambulatorial dos usuários com DM2 e os processos assistenciais que a constituem;
- avaliar o nível de LS e a percepção dos usuários sobre práticas relacionadas à DEIA;
- identificar barreiras e facilitadores relacionados ao fluxo assistencial, à comunicação e à acessibilidade durante a jornada ambulatorial;
- analisar as barreiras identificadas pelos usuários à luz da observação da jornada e da perspectiva dos profissionais, por meio da triangulação dos dados;
- desenvolver diretrizes estratégicas para fortalecer o LS e qualificar os processos assistenciais a partir da integração das evidências empíricas.

O estudo propõe compreender o LS em nível organizacional, articulando jornada do paciente, processos assistenciais, experiência do usuário e DEIA. Os resultados podem subsidiar a reorganização dos serviços e o desenvolvimento de estratégias mais acessíveis, equitativas e centradas nas necessidades dos usuários.

Fundamentação teórica

Jornada do paciente e processos organizacionais no cuidado às condições crônicas

A jornada do paciente ultrapassa a sucessão de atendimentos clínicos e compreende as interações entre o usuário e o sistema de saúde, desde o primeiro contato até o acompanhamento longitudinal (Maas et al., 2023). Cada ponto de contato influencia a experiência e a capacidade de acessar, compreender e utilizar informações necessárias ao cuidado. Sua qualidade depende, portanto, tanto da atuação profissional quanto do planejamento, da comunicação e da execução dos processos assistenciais.

No DM2, a organização da jornada é especialmente relevante devido à necessidade de acompanhamento contínuo, monitoramento, tratamento medicamentoso, mudanças no estilo de vida e participação no autocuidado. Percursos fragmentados, dificuldades de agendamento, espera prolongada e falta de coordenação podem comprometer a continuidade e a efetividade do cuidado.

Além da dimensão operacional, a jornada produz experiências. A interação entre fatores clínicos, organizacionais e relacionais influencia o percurso assistencial (Maas et al., 2023).

Previsibilidade, facilidade de acesso, clareza das orientações e acolhimento são componentes do cuidado centrado no paciente.

Essa perspectiva aproxima a gestão em saúde da análise dos processos que sustentam o cuidado. O desempenho dos serviços deve considerar não apenas desfechos clínicos, mas também a capacidade institucional de oferecer jornadas acessíveis, coordenadas, eficientes e compreensíveis.

Essa compreensão aproxima-se da perspectiva contemporânea da gestão em saúde, que desloca o foco exclusivamente assistencial para a análise dos processos organizacionais que sustentam o cuidado. Nessa abordagem, o desempenho dos serviços passa a ser avaliado não apenas pelos desfechos clínicos, mas também pela capacidade institucional de oferecer jornadas acessíveis, coordenadas, eficientes e compreensíveis para diferentes perfis de usuários.

Letramento em saúde como capacidade organizacional

O LS é frequentemente descrito como um conjunto de habilidades individuais relacionadas à leitura, compreensão e utilização de informações em saúde. Abordagens recentes, contudo, reconhecem a influência do contexto assistencial e da capacidade dos serviços de responder às necessidades informacionais da população. As dificuldades dos usuários não decorrem apenas de limitações individuais, mas também de barreiras produzidas pelos sistemas de saúde (Nutbeam & Lloyd, 2021).

A Organização Mundial da Saúde recomenda o desenvolvimento de organizações responsivas ao LS, capazes de estruturar processos, ambientes e estratégias de comunicação que facilitem a navegação, reduzam a complexidade das informações e promovam a participação dos pacientes. Assim, o LS constitui responsabilidade compartilhada entre indivíduos, profissionais e organizações. Fluxos previsíveis e linguagem acessível favorecem a compreensão e a autonomia (World Health Organization, 2021).

No cuidado às condições crônicas, o LS apoia a compreensão das orientações, a participação nas decisões e o desenvolvimento do autocuidado. Sua promoção depende também da qualidade da comunicação e da capacidade dos serviços de adaptar as informações às necessidades da população (Shao et al., 2023).

Informações contraditórias, linguagem pouco clara e dificuldades para interpretar orientações podem reduzir a confiança e comprometer o engajamento dos usuários no tratamento (Seaton et al., 2022).

O LS resulta, portanto, da interação entre competências individuais e capacidade organizacional. Processos claros, linguagem acessível e comunicação centrada no paciente favorecem autonomia e melhor experiência do usuário (Nutbeam & Lloyd, 2021; World Health Organization, 2021).

Equidade, inclusão e acessibilidade na gestão do cuidado

A incorporação dos princípios da DEIA reconhece que diferentes grupos apresentam necessidades distintas durante a jornada. Promover equidade exige adaptar processos às características sociais, culturais, econômicas e funcionais dos usuários. Isso ultrapassa iniciativas voltadas à diversidade da força de trabalho e requer mudanças na forma como os processos assistenciais são planejados e executados (Kelly et al., 2022).

A comunicação é um mecanismo central para operacionalizar a equidade. Linguagem técnica, ausência de verificação da compreensão e orientações pouco adaptadas podem restringir o acesso às informações, mesmo em ambientes acolhedores (Davuluri, 2022). A acessibilidade também envolve deslocamento, infraestrutura e acesso à informação; barreiras nesses aspectos limitam a participação de pessoas com deficiência ou limitações funcionais (Evans et al., 2023).

Familiares e cuidadores também podem apoiar a interpretação das informações clínicas, a organização do tratamento e a comunicação entre pacientes e profissionais. Esse apoio é particularmente relevante nas condições crônicas, nas quais o cuidado é contínuo e compartilhado (Fields et al., 2020).

MÉTODO

Trata-se de estudo de caso único, de abordagem mista e caráter exploratório-descritivo, realizado entre novembro de 2025 e junho de 2026. Adotou-se desenho multifásico, com integração sequencial e triangulação das fontes. Na primeira fase, foram aplicadas escalas do tipo Likert, realizadas entrevistas com usuários e apoiadores e observada, sem participação da pesquisadora, a jornada ambulatorial. Os dados foram analisados conforme a natureza de cada fonte e posteriormente integrados, identificando convergências, complementaridades e divergências. Na segunda fase, os resultados subsidiaram um workshop com profissionais para aprofundar a interpretação das barreiras e facilitadores e discutir oportunidades de melhoria. As contribuições dessa etapa foram incorporadas à síntese e às diretrizes estratégicas.

CENÁRIO

O estudo foi realizado nos ambulatórios de clínica médica do Hospital Santa Clara (HSC), pertencente à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. A unidade atende pacientes do SUS e do setor privado em diferentes especialidades e está localizada na região central de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (Santa Casa de Porto Alegre, 2025).

Participantes e critérios de elegibilidade

Participaram 12 pessoas: seis pacientes com diagnóstico de DM2, em acompanhamento ambulatorial pelo SUS, com retorno previsto em 2026 e idade entre 35 e 80 anos; e seis apoiadores de saúde, familiares ou não, incluindo cuidadores remunerados que prestavam apoio ao paciente pelo menos duas vezes ao mês e tinham mais de 18 anos. Para pacientes e apoiadores, foram considerados critérios adicionais o pertencimento à população LGBTQIAPN+, a autodeclaração como pessoa negra, parda ou indígena e/ou a presença de deficiência ou condição que pudesse gerar barreiras de acesso, incluindo déficit cognitivo, dificuldade de locomoção ou redução da acuidade auditiva ou visual.

As entrevistas foram presenciais, realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e gravadas em áudio, com duração máxima de 30 minutos. Posteriormente, foram transcritas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 89841225.5.0000.5335. As Tabelas 1 e 2 sintetizam as características dos participantes.

Tabela 1

Síntese dos participantes entrevistados (pacientes)

ENTREVISTADO	LGBTQIAPN+	PRETO/PARDO/INDÍGENA	DEFICIÊNCIA
P1	Não	Sim	Sim
P2	Não	Sim	Sim
P3	Não	Sim	Sim
P4	Sim	Sim	Não
P5	Não	Não	Sim
P6	Não	Sim	Sim

Tabela 2

Síntese dos participantes entrevistados (apoiadores de saúde)

ENTREVISTADO	LGBTQIAPN+	PRETO/PARDO/INDÍGENA	DEFICIÊNCIA
A1	Não	Sim	Não
A2	Não	Sim	Não
A3	Sim	Sim	Não
A4	Não	Sim	Não
A5	Não	Não	Sim
A6	Não	Sim	Não

Procedimentos e instrumentos de coleta

A observação não participante buscou registrar a jornada desde a chegada do usuário ao hospital até sua saída, incluindo acolhimento, interlocutores, formas de acesso e etapas percorridas. Foi realizada presencialmente em março de 2026, em dois dias distintos: duas horas no turno da tarde e duas horas no turno da manhã. A coleta ocorreu no local do serviço, mediante autorização prévia e sem interferência da pesquisadora (Collis & Hussey, 2005).

As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas em março de 2026 e incluíram duas escalas Likert: uma para avaliar o nível de LS e outra para registrar a percepção sobre práticas relacionadas à DEIA. Os escores foram classificados em três categorias analíticas (baixo, moderado e alto), definidas pela divisão da amplitude total da escala em intervalos iguais. Esse procedimento facilita a interpretação descritiva de escalas do tipo Likert sem pontos de corte previamente validados (Koo & Yang, 2025).

O roteiro também incluiu questões abertas para captar a perspectiva dos participantes (Roesch, 2006). A amostra foi intencional, considerando a natureza exploratória da investigação e a seleção de participantes capazes de fornecer informações relevantes ao objeto de estudo (Daniel, 2012). As entrevistas foram analisadas por meio da análise temática de Braun e Clarke (2006), com identificação, organização e interpretação de padrões de significado.

Workshop com profissionais

O workshop teve caráter reflexivo e participativo. Promoveu a discussão dos achados das entrevistas e a análise das barreiras sob a perspectiva de profissionais envolvidos na assistência.

O workshop utilizou dinâmica de grupo e atividades colaborativas para discutir as categorias identificadas nas entrevistas, explorar problemas e construir possibilidades de solução (Lima et al., 2016). A atividade buscou complementar as perspectivas dos usuários com a experiência dos profissionais e identificar estratégias para superar barreiras ao LS (Pagnan et al., 2019).

O encontro teve duração de uma hora e ocorreu durante o intervalo dos atendimentos ambulatoriais. Participaram quatro médicos do serviço, identificados como S1, S2, S3 e S4. Outros profissionais não puderam comparecer devido à alta demanda do ambulatório. A atividade foi desenvolvida em três etapas:

Primeiro, foram apresentados os resultados da análise das entrevistas e as categorias identificadas, para contextualizar os participantes.

Em seguida, cada categoria foi discutida pela equipe, e foram registradas sugestões para superar as barreiras apontadas pelos usuários.

Por fim, foram cocriadas soluções a partir das sugestões dos usuários e dos profissionais.

O workshop foi gravado, e todos os participantes assinaram o TCLE. A análise temática foi fundamentada em Braun e Clarke (2006), e a sistematização do processo seguiu Naeem et al. (2023).

RESULTADOS

Os resultados integram dados quantitativos e qualitativos das escalas, entrevistas com usuários e apoiadores, observação não participante da jornada e workshop com profissionais. A análise buscou identificar convergências, complementaridades e divergências entre as fontes, bem como barreiras, facilitadores e oportunidades de melhoria.

As entrevistas foram analisadas tematicamente com base em Braun e Clarke (2006), e a observação foi interpretada conforme Collis e Hussey (2005). A triangulação relacionou os escores das escalas às narrativas, ao fluxo observado e às perspectivas dos profissionais, ampliando a compreensão do fenômeno organizacional (Carter et al., 2014; Schlunegger et al., 2024).

A triangulação revelou quatro dimensões organizacionais interdependentes: (1) imprevisibilidade e fragmentação da jornada; (2) acessibilidade e desigualdades na navegação do cuidado; (3) comunicação como infraestrutura organizacional do LS; e (4) suporte, continuidade e capacidade de resposta organizacional (Tabela 3). As barreiras não decorreram apenas das competências dos usuários, mas também das demandas de compreensão, navegação e decisão produzidas pela organização dos fluxos, das informações e dos mecanismos de suporte (Zhu et al., 2024).

Tabela 3

Triangulação dos Achados

Dimensão organizacional integrada	Escalas	Entrevistas	Observação não participante	Workshop	Síntese
Imprevisibilidade e fragmentação da jornada	Nível moderado de LS (58,3%)	Incerteza quanto à duração e às etapas do atendimento	O fluxo envolvia períodos prolongados e imprevisíveis de espera	Reconhecimento das limitações do modelo baseado em demanda e ordem de chegada	A existência de uma sequência assistencial definida não garantia uma jornada previsível. A incerteza sobre etapas, tempos e critérios de atendimento aumentava as demandas de compreensão
Acessibilidade e desigualdades na navegação do cuidado	Percepção alta de DEIA (83,3%)	Dificuldades com: distância, deslocamento, escadas, condições das rampas e limitações de mobilidade	Barreiras estruturais (escadas, rampas não acessíveis). Facilitadores: carrinho de golfe para facilitar deslocamento dos usuários	Identificação antecipada das necessidades de acessibilidade, mecanismos de priorização e sinalização prévia de condições específicas dos usuários	A alta percepção de DEIA coexistiu com barreiras físicas e territoriais. Percursos formalmente iguais produziam experiências desiguais

Comunicação como infraestrutura organizacional do letramento em saúde	LS moderado (58,3%)	Dificuldades de compreensão, ausência de explicações claras sobre diagnósticos e necessidade de ampliar a comunicação	Profissionais mostraram-se acolhedores e disponíveis para esclarecer dúvidas	Necessidade de linguagem mais clara, ampliação das estratégias educativas e verificação da compreensão das informações	A disponibilidade e o acolhimento profissional favoreceram a experiência, mas não garantiram compreensão
Suporte, continuidade e capacidade de resposta organizacional	Percepção alta de DEIA (83,3%)	Facilitadores: apoio familiar e acolhimento dos profissionais	Recursos institucionais, orientação profissional e disponibilidade para dúvidas, mas com dependência de suporte de apoiador de saúde	Sugestão: agendamento remoto, reorganização do fluxo, identificação antecipada de necessidades e fortalecimento da comunicação e dos mecanismos de apoio	O suporte formal e informal reduzia as demandas da jornada, mas sua disponibilidade desigual podia ampliar iniquidades

Caracterização dos participantes e resultados descritivos

Participaram do estudo 12 pessoas, entre pacientes e apoiadores, cujas características são apresentadas nas Tabelas 1 e 2. Os resultados das escalas (Tabelas 4 e 5) não explicam isoladamente a experiência na jornada. A percepção predominantemente positiva das práticas de DEIA coexistiu com barreiras de previsibilidade, deslocamento, acessibilidade física e comunicação. Da mesma forma, o predomínio de LS moderado relacionou-se a situações que exigiam interpretar informações, localizar-se no serviço e lidar com tempos incertos e etapas sucessivas.

O acolhimento e a percepção de inclusão facilitaram a experiência, mas não eliminaram as demandas produzidas por processos pouco previsíveis, trajetos complexos e comunicação insuficientemente estruturada.

Tabela 4

Classificação do Nível de Letramento em Saúde dos Participantes

Nível de letramento em saúde	n	%
Baixo	1	8,3
Moderado	7	58,3
Alto	4	33,3
Total	12	100,0

Tabela 5

Percepção dos participantes sobre práticas de DEIA no cuidado ambulatorial

Classificação da abordagem DEIA	N	%
Baixa	0	0,0
Moderada	2	16,7
Alta	10	83,3
Total	12	100

Imprevisibilidade e fragmentação da jornada

A primeira dimensão revelou uma tensão entre a existência de uma sequência assistencial definida e a baixa previsibilidade experimentada pelos usuários. A observação identificou etapas sucessivas: chegada, retirada de senha, cadastro e validação documental, espera, consulta em outro ambiente e retorno ao setor administrativo para agendamentos (Figura 1). Embora essa sequência organizasse o atendimento, o funcionamento por blocos e ordem de chegada, independentemente do horário agendado, ampliava a incerteza sobre o tempo de permanência.

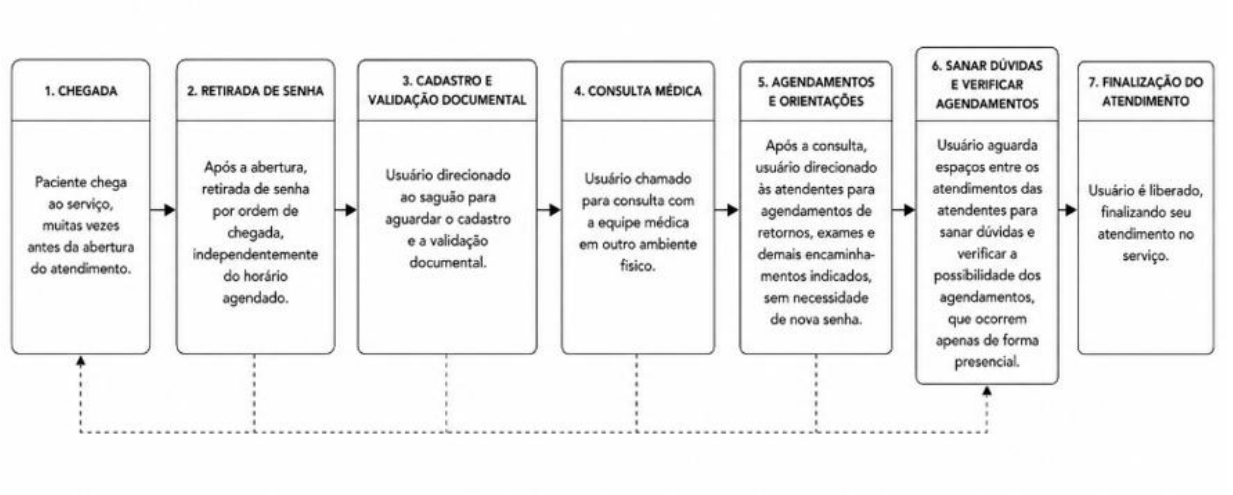
Os relatos confirmaram que a espera não era apenas uma questão temporal, mas expressão da baixa previsibilidade da jornada. A ausência de estimativas de duração e a necessidade de percorrer diferentes etapas aumentavam as demandas de organização e navegação. Uma participante sintetizou a incerteza: "Tem hora para chegar, mas não para sair" (P5). Outra relatou: "Fico esperando para ser atendida" (P3).

A sequência assistencial reconhecível, a orientação dos profissionais e a experiência de usuários frequentes atuaram como facilitadores. Contudo, sua efetividade dependia da familiaridade prévia com a lógica institucional.

No workshop, os profissionais reconheceram que o atendimento por demanda e ordem de chegada contribuía para a imprevisibilidade. A concentração de usuários nos primeiros horários e a duração variável das consultas foram sintetizadas na fala: "todos eles acabam chegando cedo [...] mas as consultas são longas" (S1). Também foram relatadas dificuldades para agendar: "eles não conseguem marcar. Tem que se deslocar até aqui para marcar" (S2). A equipe discutiu maior clareza sobre etapas e espera, revisão dos critérios de agenda e ampliação dos canais de agendamento.

A integração mostrou que o problema central não era apenas o tempo de espera, mas a incerteza organizacional. Quanto menos claras as etapas, os tempos e os critérios de atendimento, maior a demanda para que o usuário compreendesse e administrasse sua trajetória.

Figura 1



Fluxo da jornada do paciente no serviço ambulatorial. Fonte: elaborada pela pesquisadora (2026).

Acessibilidade e desigualdades na navegação do cuidado

A segunda dimensão mostrou que a acessibilidade resulta da interação entre condições individuais, deslocamento territorial e organização da jornada. Os usuários relataram dificuldades relacionadas à distância — "Fica longe para a gente vir" (P2) — e à circulação no serviço: "A escada é difícil, falta elevador" (P6).

A observação confirmou a circulação por diferentes ambientes. Os recursos institucionais de mobilidade e o apoio de profissionais e acompanhantes facilitaram o percurso, mas não eliminaram as barreiras enfrentadas por pessoas com limitações funcionais ou provenientes de outros municípios. A acessibilidade depende, portanto, da capacidade do serviço de reconhecer necessidades e adaptar trajetórias.

Os profissionais reconheceram essa heterogeneidade e discutiram a identificação prévia de necessidades, mecanismos de priorização e suporte diferenciado. Foram mencionadas dificuldades estruturais: "não são todos os locais que têm facilidade de acesso" (S4); "quem usa muleta, a escada é ruim e a rampa também" (S4); e "eu acho que a estrutura do centro é difícil" (S2). Também se discutiu identificar previamente necessidades como o uso de cadeira de rodas.

Os dados indicaram que trajetórias formalmente iguais podem produzir experiências desiguais. Ao exigir o mesmo percurso de pessoas com diferentes condições de mobilidade e necessidades de suporte, a organização transfere aos usuários a superação de barreiras que poderiam ser reduzidas pelo desenho do serviço. A identificação antecipada das necessidades e a oferta de apoio podem fortalecer a equidade na navegação.

Comunicação como infraestrutura organizacional do letramento em saúde

A terceira dimensão revelou uma diferença entre a disponibilidade relacional dos profissionais e a efetividade da comunicação. Embora a observação tenha identificado profissionais acolhedores e disponíveis para esclarecer dúvidas, os relatos apontaram situações de compreensão incompleta de diagnósticos e orientações: "[...] ele não explicou que eu estava com dengue" (P3). Um apoiador também relatou medo diante de uma situação clínica complexa: "Eu não sabia, né? [...] Tive medo quando ela baixou na UTI" (A5).

Em conjunto com o predomínio de LS moderado (58,3%), esses relatos indicam situações em que a compreensão dependia da iniciativa do usuário ou do apoiador para perguntar e solicitar esclarecimentos. A disponibilidade profissional era um facilitador, mas não substituía processos comunicacionais proativos, capazes de antecipar necessidades e verificar a compreensão.

No workshop, os profissionais reconheceram oportunidades para ampliar a comunicação, utilizar linguagem clara e verificar a compreensão. A ausência de explicações foi sintetizada na fala "Não falaram o porquê" (S2). A insegurança diante do desconhecido foi mencionada por outro participante: "Normalmente, a gente tem medo do que não conhece" (S1). Como estratégia, foi sugerido: "Agora a senhora me explica o que entendeu" (S3).

A comunicação emergiu como infraestrutura organizacional do LS. Acolhimento e disponibilidade são importantes, mas não garantem compreensão. Práticas estruturadas de linguagem clara e verificação da compreensão, como o teach-back, podem reduzir a variabilidade comunicacional e as demandas cognitivas impostas aos usuários.

Suporte, continuidade e capacidade de resposta organizacional

A quarta dimensão mostrou que apoio familiar, acolhimento da equipe, disponibilidade para esclarecer dúvidas e recursos institucionais de mobilidade reduziram as demandas da jornada. Os apoiadores contribuíram para interpretar informações, organizar o tratamento e

acompanhar etapas do cuidado. Uma participante relatou: “Ah, sim [...] tenho ajuda. Tenho meus filhos que me ajudam” (P5). Um apoiador destacou o transporte institucional: “Uma coisa tem boa. Tem carrinho de golfe para transporte” (A5).

Entretanto, a dependência de recursos informais revelou fragilidade organizacional. Quando a compreensão e a navegação dependiam de familiares, da experiência prévia ou da iniciativa individual de profissionais, o suporte tornava-se desigual.

No workshop, foram propostas ações como agendamento remoto, reorganização do fluxo, identificação antecipada de necessidades e fortalecimento da comunicação. Os profissionais também apontaram dificuldades para atender pessoas com deficiência auditiva: “Paciente surdo, eu acho que não tem nenhum preparativo” (S1). Embora existissem recursos institucionais, nem sempre os profissionais sabiam acessá-los: “Eu sei que tem tradutores aqui no serviço, só não sei como acessar” (S3).

A capacidade organizacional depende, portanto, não apenas da existência de recursos, mas de mecanismos para identificá-los, acessá-los e acioná-los oportunamente. A adaptação dos processos antes que diferenças individuais se convertam em desigualdades é componente central da responsividade institucional.

Da integração dos achados às diretrizes estratégicas

A integração das barreiras, dos facilitadores e das oportunidades de melhoria permitiu desenvolver quatro diretrizes estratégicas vinculadas às dimensões organizacionais da jornada. Elas representam capacidades organizacionais para reduzir as demandas de compreensão, navegação e decisão impostas aos usuários e articular o fortalecimento do LS à qualificação dos processos (Tabela 6).

Tabela 6

Diretrizes Estratégicas Para o Fortalecimento do Letramento em Saúde e a Qualificação dos Processos Assistenciais

Dimensão organizacional integrada	Barreiras e facilitadores identificados	Oportunidades de melhoria	Diretrizes estratégicas	Impacto organizacional esperado

Organização e previsibilidade do fluxo assistencial	Barreiras: espera prolongada e imprevisível; múltiplas etapas; atendimento por ordem de chegada; dificuldade de agendamento. Facilitadores: existência de uma sequência assistencial definida e orientação dos profissionais	Tornar etapas, tempos e critérios de atendimento mais transparentes; diversificar os canais de acesso; reduzir deslocamentos desnecessários	Reorganizar a jornada ambulatorial para ampliar sua previsibilidade e transparência, com informação sobre etapas e tempos estimados de espera, revisão dos fluxos e ampliação das modalidades de agendamento por telefone e meios digitais	Redução da incerteza organizacional e das demandas de navegação; maior compreensão da jornada; ampliação do acesso; melhoria da experiência e da continuidade do cuidado
Acessibilidade e equidade na navegação do cuidado	Barreiras: dificuldades de deslocamento, distância territorial, escadas, rampas inadequadas e necessidades distintas de mobilidade. Facilitadores: recursos institucionais de apoio, acompanhantes e disponibilidade profissional	Identificar antecipadamente necessidades específicas; fortalecer sinalização e orientação; adaptar trajetórias conforme condições de mobilidade e origem territorial	Estruturar trajetórias assistenciais responsivas às diferentes necessidades dos usuários, incorporando acessibilidade e princípios de DEIA ao planejamento dos fluxos, à sinalização, à priorização e à educação permanente das equipes	Redução das barreiras físicas, territoriais e organizacionais; maior equidade na experiência; prevenção de desigualdades produzidas por percursos padronizados
Comunicação como infraestrutura organizacional do letramento em saúde	Barreiras: explicações insuficientes, compreensão parcial e dependência da iniciativa do usuário para esclarecer dúvidas. Facilitadores: acolhimento e disponibilidade dos profissionais	Padronizar práticas de comunicação clara; verificar a compreensão; adaptar informações aos diferentes perfis; integrar educação em saúde aos pontos de contato da jornada	Institucionalizar a comunicação clara como processo organizacional, incorporando linguagem acessível, teach-back, materiais educativos adaptados e ações permanentes de educação em saúde ao longo da jornada assistencial	Fortalecimento do LS; redução das demandas cognitivas impostas aos usuários; maior autonomia, segurança, participação e capacidade de decisão compartilhada
Suporte, continuidade e capacidade de resposta organizacional	Barreiras: dependência de apoio informal, participação não sistemática dos apoiadores e ausência de mecanismos estruturados de navegação e acompanhamento. Facilitadores: apoio familiar, acolhimento e recursos institucionais já existentes	Reconhecer diferentes necessidades de suporte; integrar apoiadores quando desejado pelo usuário; criar mecanismos formais de acompanhamento e coordenação	Estruturar uma rede organizacional de suporte e continuidade, incorporando familiares e apoiadores às ações educativas e ao planejamento terapêutico e desenvolvendo estratégias de navegação e acompanhamento longitudinal para pessoas com condições crônicas	Maior coordenação e continuidade assistencial; fortalecimento do autocuidado e da adesão; menor dependência de recursos informais; maior capacidade organizacional de responder às diferentes necessidades

As quatro diretrizes indicam que qualificar a jornada depende de articular recursos existentes, antecipar necessidades e reduzir a complexidade transferida aos usuários.

Previsibilidade, acessibilidade, comunicação e suporte são dimensões interdependentes de uma organização responsiva ao LS.

DISCUSSÃO

A análise integrada evidenciou que a organização da jornada influencia o LS. Fluxos imprevisíveis, barreiras de acessibilidade, comunicação pouco estruturada e suporte insuficiente ampliaram as demandas de compreensão, navegação e decisão. Acolhimento, apoio familiar, disponibilidade profissional e recursos institucionais atuaram como facilitadores. Os resultados reforçam o caráter relacional e organizacional do LS (Nutbeam & Lloyd, 2021; World Health Organization, 2021; Zhu et al., 2024).

Um achado central foi a coexistência entre LS predominantemente moderado e elevada percepção das práticas de DEIA. Ambientes acolhedores não garantem, por si só, jornadas compreensíveis e acessíveis. As barreiras de fluxo, deslocamento e comunicação indicam que equidade e inclusão precisam ser incorporadas aos processos organizacionais, e não apenas às relações interpessoais (Lazaro et al., 2024; Kelly et al., 2022; Davuluri, 2022).

O achado evidencia que o acolhimento favorece a experiência, mas não substitui a responsividade organizacional. Uma organização pode ser percebida como inclusiva e, simultaneamente, transferir aos usuários a responsabilidade por compreender o serviço, administrar tempos incertos, superar barreiras físicas e reconstruir informações. A inclusão também se expressa na capacidade institucional de adaptar processos às diferentes necessidades.

A primeira dimensão mostrou que uma sequência de atendimento não garante previsibilidade. O modelo por blocos e ordem de chegada, a incerteza sobre o tempo de permanência e as dificuldades de agendamento exigiam que os usuários administrassem sua trajetória. A espera, portanto, expressava uma característica organizacional, em consonância com evidências sobre a relação entre tempo de espera e experiência ambulatorial (Zhang et al., 2023).

O impacto da imprevisibilidade vai além da satisfação: quanto menos transparentes as etapas, os tempos e os critérios, maior a necessidade de o usuário interpretar o funcionamento do serviço. Em condições crônicas, essa complexidade pode se acumular. Tornar a jornada previsível reduz demandas desnecessárias de navegação e fortalece a participação dos usuários (Nutbeam & Lloyd, 2021; World Health Organization, 2021).

A segunda dimensão evidenciou que percursos formalmente iguais podem produzir experiências distintas. Distância, deslocamento e barreiras físicas impuseram demandas adicionais, sobretudo a pessoas com limitações de mobilidade, provenientes de outros municípios ou dependentes de apoio. A acessibilidade deve considerar as condições concretas para chegar, circular e participar do cuidado.

Essa interpretação converge com evidências de que as desigualdades de acesso resultam da interação entre território, mobilidade e organização assistencial (Tomasiello et al., 2024). Padronizar trajetórias não significa necessariamente promover equidade: processos uniformes podem ampliar desigualdades quando ignoram necessidades específicas. Identificá-las antecipadamente e adaptar percursos são mecanismos de responsividade organizacional.

A terceira dimensão mostrou que acolhimento e disponibilidade profissional não garantem compreensão. Os participantes relataram explicações insuficientes, e a compreensão frequentemente dependia da iniciativa do usuário para solicitar esclarecimentos. Ressalta-se que as consultas não foram observadas diretamente, o que limita a análise das interações comunicacionais.

A comunicação não deve depender exclusivamente das competências individuais de profissionais ou usuários. Estratégias organizacionais podem apoiar práticas claras e adaptadas (Murugesu et al., 2022), enquanto a comunicação centrada no paciente depende também das condições institucionais (Kwame & Petrucka, 2021). Linguagem acessível, materiais adaptados e verificação da compreensão, como o teach-back, devem integrar os processos de cuidado.

A comunicação permeia toda a jornada e influencia a compreensão de diagnósticos, orientações, etapas do tratamento e decisões compartilhadas. Sem mecanismos sistemáticos, sua qualidade varia conforme o profissional, o contexto ou a iniciativa do usuário. Institucionalizar práticas de comunicação clara pode reduzir essa variabilidade e as demandas cognitivas.

A quarta dimensão evidenciou a contribuição do apoio familiar, da disponibilidade profissional e dos recursos institucionais para a compreensão e a navegação. Os apoiadores participaram da interpretação das orientações, da organização do tratamento e do acompanhamento do cuidado, em consonância com estudos sobre o papel de familiares e cuidadores (Fields et al., 2020; Wood et al., 2023).

A dependência desses recursos informais, contudo, revela fragilidade organizacional. Usuários sem acompanhantes ou com menor familiaridade com o serviço podem enfrentar

maiores obstáculos. O suporte deve constituir capacidade institucional, com navegação do paciente, acompanhamento longitudinal e inclusão de apoiadores quando desejada pelo usuário.

As quatro dimensões mostram que as demandas de LS resultam da interação entre processos organizacionais. Fluxos imprevisíveis, barreiras de acessibilidade, comunicação pouco estruturada e suporte frágil acumulam-se e ampliam as demandas de compreensão, navegação e decisão. As diretrizes propõem corresponsabilizar a organização pela construção de jornadas compreensíveis, acessíveis e responsivas.

Os resultados reforçam a jornada como processo organizacional: fluxo, acessibilidade, comunicação e suporte moldam as demandas de compreensão, navegação e decisão, e o LS resulta da interação entre capacidades individuais e características do serviço.

Sob a perspectiva gerencial, qualificar a jornada requer reorganizar processos para reduzir a complexidade transferida aos usuários. Isso inclui tornar o fluxo previsível, diversificar canais de agendamento, institucionalizar a comunicação clara, identificar necessidades de acessibilidade e estruturar mecanismos de suporte.

Esses achados também têm implicações para a qualidade e a segurança. Processos pouco previsíveis, barreiras de comunicação e dificuldades de compreensão podem comprometer a continuidade e limitar a participação nas decisões. Fortalecer o LS organizacional favorece jornadas mais compreensíveis, coordenadas e seguras.

Os resultados devem ser interpretados considerando as limitações do estudo: realização em um único serviço e número reduzido de participantes, o que restringe a transferência dos achados; observação em período delimitado e sem acompanhamento das consultas médicas; e workshop restrito a médicos, sem participação de outras categorias profissionais. Ainda assim, a integração das escalas, entrevistas, observação e workshop permitiu identificar convergências e complementaridades relevantes.

Pesquisas futuras poderão avaliar a implementação das diretrizes em diferentes contextos e seus efeitos sobre LS, experiência do usuário, acesso, continuidade, qualidade e segurança. Estudos multicêntricos e de implementação poderão aprofundar a influência das configurações organizacionais sobre a compreensão, a navegação e a tomada de decisão.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que o LS na jornada ambulatorial de usuários com DM2 é influenciado pela interação entre capacidades individuais e demandas produzidas pela

organização dos processos assistenciais. A compreensão, a navegação e a participação no cuidado dependem também da forma como o serviço estrutura fluxos, informações, acessibilidade e suporte, em consonância com a perspectiva organizacional do LS (Nutbeam & Lloyd, 2021).

A triangulação evidenciou quatro dimensões interdependentes: imprevisibilidade e fragmentação da jornada; acessibilidade e desigualdades na navegação; comunicação como infraestrutura organizacional do LS; e suporte, continuidade e capacidade de resposta. Fluxos pouco previsíveis, barreiras físicas e territoriais e comunicação não estruturada ampliaram as demandas dos usuários. Acolhimento, apoio familiar, disponibilidade profissional e recursos institucionais atuaram como facilitadores, embora de forma desigual. Os resultados reforçam a importância de organizações responsivas ao LS (World Health Organization, 2021).

Destacou-se a coexistência entre elevada percepção das práticas relacionadas à DEIA e persistência de barreiras organizacionais. Um ambiente acolhedor não garante, por si só, uma jornada compreensível, acessível e equitativa. A DEIA precisa integrar fluxos, comunicação e adaptação dos processos às necessidades dos usuários (Kelly et al., 2022; Davuluri, 2022).

A integração dos achados subsidiou quatro diretrizes estratégicas: ampliar a previsibilidade e a transparência do fluxo; estruturar trajetórias responsivas às diferentes necessidades; institucionalizar a comunicação clara; e fortalecer a rede de suporte e continuidade. Essas diretrizes articulam recursos existentes, antecipação de necessidades e redução da complexidade transferida aos usuários.

Como contribuição gerencial, o estudo evidencia que as organizações não apenas respondem aos níveis de LS dos usuários, mas também podem aumentar ou reduzir as demandas de compreensão, navegação e decisão por meio do desenho dos processos. A jornada do paciente, portanto, aproxima LS, DEIA, experiência do usuário e gestão assistencial.

Durante a preparação do manuscrito, os autores utilizaram o ChatGPT, desenvolvido pela OpenAI, como apoio à revisão linguística, à clareza textual e à reorganização de trechos. A ferramenta não foi utilizada para coleta, geração, codificação, análise ou interpretação dos dados. Todas as sugestões foram revisadas e verificadas pelos autores, que assumem integral responsabilidade pelo conteúdo científico, pelas informações, pelas referências e pela versão final.

REFERÊNCIAS

BRAUN, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

CARTER, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. Oncology Nursing Forum, 41(5), 545–547. https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547

COLLIS, J., & Hussey, R. (2005). Pesquisa em administração: Um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação (2ª ed.). Bookman.

DANIEL, J. (2012). Sampling essentials: Practical guidelines for making sampling choices. SAGE Publications. https://doi.org/10.4135/9781452272047

DAVULURI, K., March, J., Choi, D., Kim, S., Kim, Y., Liu, S., Hartman, N., & Walter, L. A. (2022). Patient perspectives of the climate of diversity, equity, and inclusion in the emergency department. Journal of the American College of Emergency Physicians Open, 3(5), e12821. https://doi.org/10.1002/emp2.12821

EVANS, W., Ritchie, A., Turley, S., Kissow, A.-M., Sproule, S., & O'Connell, M. E. (2023). Exploring the impact educational interventions have on the health and wellbeing of persons with a disability who have a chronic health condition: A systematic review. Disability and Rehabilitation, 45(20), 3299–3314. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2125087

FIELDS, B., Rodakowski, J., James, A. E., Beach, S., Schulz, R., & Rosland, A.-M. (2020). Relationship between adult and family supporter health literacy levels and supporter roles in diabetes management. Health Literacy Research and Practice, 4(4), e312–e321. https://doi.org/10.3928/24748307-20201105-01

KELLY, C., Dansereau, L., Sebring, J., Aasgaard, K., Humphreys, H., Gayowsky, T., Kroon, E., & Nixon, S. A. (2022). Intersectionality, health equity, and EDI: What's the difference for health researchers? International Journal for Equity in Health, 21(1), Article 182. https://doi.org/10.1186/s12939-022-01795-1

KOO, M., & Yang, S.-W. (2025). Likert-type scale. Encyclopedia, 5(1), Article 18. https://doi.org/10.3390/encyclopedia5010018

KWAME, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. BMC Nursing, 20(1), Article 158. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2

LAZARO, G., Dicent Taillepierre, J., & Richwine, C. (2024). Literacy and language barriers to overcome in laboratory medicine. Clinics in Laboratory Medicine, 44(4), 629–645. https://doi.org/10.1016/j.cll.2024.07.002

LIMA, B. L., Velho, A. G., Knebel, M., Alencastro, Y., & Van der Linden, J. C. de S. (2016). O workshop como ferramenta de pesquisa em design: Uma análise do periódico Design Studies entre os anos de 2006 e 2015. Revista de Design, Tecnologia e Sociedade, 3(2), 103–118.

MAAS, V. K., Dibbets, F. H., Peters, V. J. T., Meijboom, B. R., & van Bijnen, D. (2023). The never-ending patient journey of chronically ill patients: A qualitative case study on touchpoints in relation to patient-centered care. PLOS ONE, 18(5), e0285872. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285872.

MURUGESU, L., Heijmans, M., Ropers, D., Fransen, M., Ronda, G., van der Veen, Y., Boons, M., & van Dijk, L. (2022). Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. PLOS ONE, 17(5), e0267782. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267782.

NAEEM, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2023). A step-by-step process of thematic analysis to develop a conceptual model in qualitative research. International Journal of Qualitative Methods, 22, 1–18. https://doi.org/10.1177/16094069231205789.

NUTBEAM, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annual Review of Public Health, 42, 159–173. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

PAGNAN, A. S., Simplício, G. C., Santos, V. C., & Rezende, E. J. C. (2019). Design centrado no usuário e seus princípios éticos norteadores no ensino do design. Estudos em Design, 27(1), 131–146.

Roesch, S. M. A. (2006). Projetos de estágio e de pesquisa em administração: Guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso (3ª ed.). Atlas.

SANTA Casa de Porto Alegre. (2025). Hospital Santa Clara: Hospital para adultos e materno neonatal. https://www.santacasa.org.br/hospitais/hospital-santa-clara/

SEATON, C., Rondier, P., Rush, K., Li, E., Plamondon, K., Pesut, B., Oelke, N., Dow-Fleisner, S., Hasan, K., Currie, L., Kurtz, D., Jones, C., & Bottorff, J. (2022). Community stakeholder-driven technology solutions towards rural health equity: A concept mapping study in Western Canada. Health Expectations, 25(6), 3202–3214. https://doi.org/10.1111/hex.13625

SCHLUNEGGER, M. C., Zumstein-Shaha, M., & Palm, R. (2024). Methodologic and data-analysis triangulation in case studies: A scoping review. Western Journal of Nursing Research, 46(8), 611–622. https://doi.org/10.1177/01939459241263011

SHAO, Y., Liang, L., Shi, L., Wan, C., & Yu, S. (2023). Health literacy interventions among patients with chronic diseases: A meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Education and Counseling, 114, 107829. https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107829

TOMASIELLO, D. B., Vieira, J. P. B., Parga, J. P. F. A., Servo, L. M. S., & Pereira, R. H. M. (2024). Racial and income inequalities in access to healthcare in Brazilian cities. Journal of Transport & Health, 34, 101722. https://doi.org/10.1016/j.jth.2023.101722

WOOD, H., Benino, D., Brand, G., Clifford, R., Lee, K., & Seubert, L. (2023). 'You have to have a level of trust': Consumer-described health literacy barriers and enablers to engaging with health care professionals. Health Promotion Journal of Australia, 34(1), 173–184. https://doi.org/10.1002/hpja.659

WORLD Health Organization. (2021). Health promotion glossary of terms 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349

ZHANG, H., Ma, W., Zhou, S., Zhu, J., Wang, L., & Gong, K. (2023). Effect of waiting time on patient satisfaction in outpatient: An empirical investigation. Medicine, 102(40), e35184. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000035184

ZHU, J., Fu, H., Leung, A. Y. M., Zhang, Y., Lin, J., Li, Y., Kang, Y., Sun, R., Xu, X., Hou, P., Duan, P., Tu, J., Xue, J., Mao, X., Qin, J., & Liu, Y. (2024). Exploring the barriers to the development of organizational health literacy in health institutions to meet the needs of older patients from multiple perspectives: A mixed-methods study. BMC Geriatrics, 24, Article 920. https://doi.org/10.1186/s12877-024-05530-z