

## A teoria da resolução dos problemas aplicada a idosos na prevenção da diabetes mellitus tipo 2 para promover a literacia em saúde

### The problem-solving theory applied to the elderly in the prevention of type 2 diabetes mellitus to promote health literacy

**Ana VEIGA.** Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, Lisboa, Portugal. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. ([anaveiga74@gmail.com](mailto:anaveiga74@gmail.com))

**Cristina Vaz de ALMEIDA.** Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Lisboa, Portugal. ([cristina.vazalmeida@scml.pt](mailto:cristina.vazalmeida@scml.pt))

#### Resumo

**Introdução:** Nos últimos anos registou-se um aumento crescente da incidência e prevalência da diabetes mellitus tipo 2 que afeta já 415 milhões de pessoas no mundo, com previsão de subida para 642 milhões em 2040. Em Portugal mais de um milhão de pessoas sofre desta doença, com aumento da prevalência de 23% nas idades dos 65-74 anos. A literacia em saúde assume um papel determinante na gestão, controlo e prevenção da doença em geral.

**Objetivo:** Descrever o nível de literacia em saúde a um grupo de idosos de um centro de dia da área de Lisboa e a associação aos conhecimentos insuficientes no campo das doenças crónicas, estilos de vida e aspetos educacionais, fazendo a ponte com a teoria de resolução de problemas de Kim e Grunig. **Métodos:** Estudo descritivo com amostra por conveniência.

Recolheram-se os dados após consentimento informado dos idosos, através de um questionário, *European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT)*, traduzido e validado para Portugal.

**Conclusão:** A baixa literacia em saúde está diretamente relacionada com os conhecimentos insuficientes no campo das doenças crónicas. Sendo que os estilos de vida estabelecem uma relação direta de causa e consequência com o desenvolvimento de doenças crónicas, é fundamental assegurar intervenções ajustadas à promoção da literacia direcionada às carências da população idosa. Constatou-se que existem padrões alimentares que não seguem as orientações da DGS no que diz respeito ao PNSI. Uma intervenção na comunidade através de um programa estruturado de literacia em saúde que baixe os constrangimentos, aumente o conhecimento e a motivação para o aumento da atividade física e uma alimentação saudável tem efeitos significativos na saúde sobre os fatores de risco da diabetes.

#### Palavras-chave

Literacia em saúde; Diabetes mellitus tipo 2; Prevenção; Idosos

#### Abstract

**Introduction:** Diabetes mellitus already affects 415 million people worldwide, with an increase of 642 million in 2040. The prevalence in Portugal shows more than one million people suffer from this disease, with a prevalence of more than 23% of persons in the ages of 65-74 years. Health literacy is a constellation of skills that plays a decisive role in the management, control, and prevention of disease in general. **Objective:** Supported by the theory of resolution of

problems of Kim and Grunig, describe the level of health literacy in a group of elderly people in a non-governmental organization, in a Day Center in the Lisbon area and the association with insufficient knowledge in the field of chronic diseases, lifestyles and educational aspects.

Methods: Qualitative and descriptive study with convenience sample. Data were collected through *European Health Literacy Survey* (HLS-EU-PT), translated, and validated for Portugal.

**Conclusion:** Low health literacy points to insufficient knowledge in the field of chronic diseases. Lifestyles influence health and establish a direct cause and consequence relationship with the development of chronic diseases. To promote better lifestyles, its essential to ensure interventions adjusted to the promotion of health literacy directed to the needs of this old population. We Dietary patterns we analyse, do not follow the guidelines of the DGS regarding the PNSI (2004). Health literacy programs ensure the intervention in the community through a structured program that lowers constraints, increases knowledge and motivation to increase knowledge, physical activity and healthy eating, with significant health effects on diabetes risk factors.

### Keywords

Health literacy; Type 2 diabetes mellitus; Prevention; Seniors

### Introdução

Nos últimos anos registámos um aumento crescente da incidência e prevalência da diabetes mellitus tipo 2 que afeta já 415 milhões de pessoas no mundo, com previsão de subida para 642 milhões em 2040<sup>1</sup>. Em Portugal, mais de um milhão de pessoas sofre desta doença, com aumento da prevalência de 23%<sup>2</sup> nas idades dos 65-74 anos. A literacia em saúde assume um papel determinante na gestão, controlo e prevenção da doença em geral. Contudo, reveste-se de especial importância em algumas patologias, quer pelo nível de cronicidade quer pelas repercussões que tem na qualidade de vida das pessoas, como a diabetes mellitus<sup>10</sup>. Efetivamente os níveis de literacia em saúde influenciam diretamente a qualidade de vida em geral, sobretudo nas populações de idosos<sup>24</sup>.

Tendo em conta que cerca de 50% da população europeia tem baixos níveis de literacia em saúde<sup>27</sup> e, por isso, tem dificuldade em aceder, compreender e usar a informação em saúde e que 25% a 40% da população tem baixos níveis de ativação<sup>20</sup>, relacionado com as crenças, confiança na gestão de tarefas de saúde e conhecimento, pode fazer-se um paralelismo com os públicos ativos e inativos<sup>15</sup>.

Há uma relação bidirecional entre os níveis de literacia em saúde e a incapacidade cognitiva em pessoas idosas. As competências e as capacidades de literacia em saúde dos indivíduos são mediadas através da sua educação, cultura e linguagem. Igualmente importante é a comunicação e a competência de avaliação dos profissionais de saúde com quem os indivíduos interagem<sup>6</sup>, bem como a capacidade dos media, do mercado e do governo para fornecer informações sobre saúde de maneira adequada ao público-alvo.

Sob a teoria situacional dos públicos<sup>17</sup>, apesar de existirem constrangimentos dos pacientes – especialmente os que têm baixa literacia em saúde, o reconhecimento do problema permite perceber os obstáculos, isto é, situações que precisam de ser resolvidas.

O estudo de Grunig e Hunt<sup>15</sup> identificou três variáveis importantes na manifestação do comportamento de vários públicos e que se pode associar ao perfil da saúde, em particular aos comportamentos dos pacientes e dos profissionais de saúde: 1) o nível de envolvimento com a

ação da organização; 2) o reconhecimento do problema, que inclui a procura de informação e o seu processamento; e 3) o reconhecimento dos constrangimentos existentes.

Grunig<sup>17</sup> afirmava que as pessoas se tornam sistemáticas quando veem que a informação vai ao encontro dos seus problemas, investindo seletivamente os seus recursos cognitivos e comunicativos num problema, porque veem que o seu esforço é necessário e relevante<sup>5</sup>. Temos aqui dois elementos a considerar: o problema e a sua resolução<sup>5</sup>.

Neste sentido, a população idosa, que se enquadra num perfil de baixa literacia em saúde, com elevados constrangimentos (crenças, atitudes e comportamentos) ao serem estimulados/motivados com mais conhecimento e envolvimento<sup>5</sup>, permite que a mudança de comportamento seja mais eficaz<sup>4</sup>.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo descritivo com amostra por conveniência. Foi aplicado o questionário, *European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT)*, traduzido e validado para Portugal. Os dados foram recolhidos após consentimento informado dos idosos e autorização da organização onde se encontravam, para efeitos de estudo e de avaliação.

Utilizaram-se técnicas da estatística descritiva e inferencial, com recurso ao software IBM SPSS Statistics, v. 25.

### *Caracterização da amostra*

Este estudo contou com a participação de 22 idosos do Centro de Dia dos Anjos, maioritariamente do sexo feminino (52,2%). No que se refere às idades variam entre 52 e 99 anos, com uma média de 79,2 anos. Sobre o estado civil e atividade profissional predominam os viúvos (45,4%) e os reformados (95,4%). Em relação às habilitações literárias, 50% da amostra possui o 1º ciclo, como se pode observar na Tabela 1.

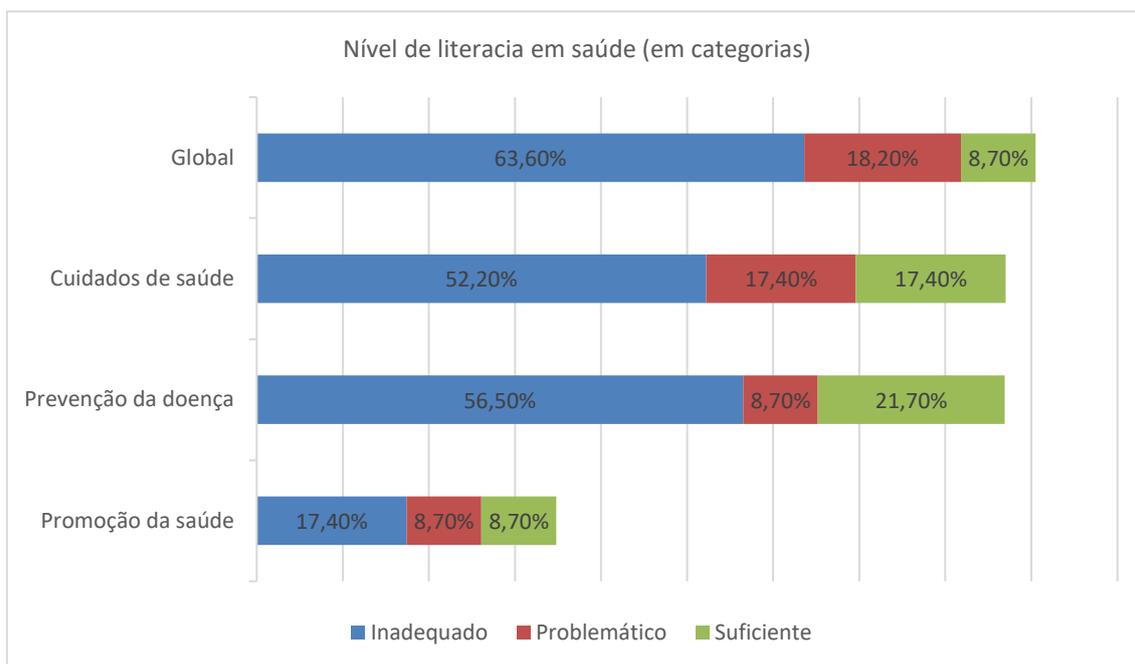
Em relação à amostra, para além da situação financeira, direccionámos a nossa atenção para o facto de que maioritariamente (86%) vivem sozinhos e 45% são viúvos e, relativamente ao tipo de habitação, uma percentagem muito significativa (77%) declarou morar num quarto, aspetos que concorrem para a alteração dos comportamentos alimentares.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos idosos do Centro de Dia dos Anjos da área de Lisboa

Variáveis	Nº de indivíduos	Porcentagem (%)	Média de idades	Desvio-padrão
<b>Sexo</b>				
Masculino	10	43,5%		
Feminino	12	52,2%		
<b>Idades</b>				
Adulto	2	9%	79,2%	11,9
Idoso (> 65anos)	20	90,9%		
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	9	39,1%		
Casado	1	4,3%		
Separado/divorciado	2	8,7%		
Viúvo	10	45,4%		
<b>Habilitações literárias</b>				
Sem escolaridade	11	50%		
Ensino básico	11	50%		
Ensino secundário				
Ensino superior				
<b>Atividade profissional</b>				
Empregado				
Desempregado	1	4,5%		
Reformado	21	95,4%		

#### *Níveis de literacia em saúde*

No que diz respeito à literacia em saúde no geral, 18,2% encontravam-se num nível problemático e 63,6% num nível inadequado. Em relação às diferentes dimensões da escala, particularmente quanto aos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, os participantes encontram-se na maioria no nível inadequado.



**Figura 1.** Nível de literacia em saúde nas diferentes dimensões da escala HLS-EU-PT, nos idosos de um Centro de Dia da área de Lisboa.

As dimensões, com exceção da dimensão de promoção da saúde, revelam existir uma ligação de interdependência entre os níveis de literacia em saúde no geral e as diferentes dimensões. Assim, sempre que se aumentar o nível geral de literacia em saúde de um indivíduo, o nível de uma dimensão aumenta e vice-versa.

#### *A idade, a educação e os estilos de vida afetam o conhecimento e a ação dos idosos na sua saúde*

Os resultados evidenciam uma amostra maioritariamente constituída por idosos do sexo feminino (55%), apresenta uma média de idades superior a 65 anos (91%) em consonância com a tendência de envelhecimento populacional, quer a nível nacional quer internacional. Esta condição é responsável pela predisposição para o aumento do risco de desenvolver DMT2<sup>1</sup>. Em relação às habilitações literárias, 50% da amostra possui o 1º ciclo, 5% apenas sabe ler e escrever e ainda 14% são analfabetos.

Relativamente à literacia em saúde, no geral 28,6% dos idosos encontram-se num nível de problemático, enquanto 61,9% apresentam um nível inadequado de literacia em saúde. Este estudo corrobora o perfil de resultados dos estudos nacionais sobre literacia em saúde<sup>14,25,27</sup>.

Constatamos neste estudo que existem padrões alimentares que não seguem as orientações da DGS no que diz respeito ao PNSI (2004). Na verdade, damos conta de vários fatores (constrangimento) que influenciam o comportamento alimentar: genéticos, psicológicos, socioculturais e ambientais.

Entre estes fatores de constrangimento à mudança de comportamento ou a manutenção de um comportamento saudável, os psicossociais ganham maior ênfase, como perda do cônjuge, isolamento social, pobreza e a integração social<sup>8</sup>. Com efeito, a presença de dificuldades

económicas traduz-se em menor poder de compra e, conseqüentemente, na diminuição da possibilidade de adquirir alimentos nutritivos, em quantidade e qualidade<sup>10</sup>.

Se não existir um mecanismo que estimule a motivação situacional para a resolução de um problema manter-se-á a atitude passiva do paciente na aquisição, seleção e transmissão de informação, consideradas como variáveis dependentes na teoria da resolução dos problemas<sup>5</sup>.

Pretende-se que o paciente «latente» no processo de saúde, que falha na deteção do problema, se transforme em ativo, reconheça o problema e se envolva<sup>5</sup>.

A comunicação entre profissional e paciente é um processo interpessoal, comunicacional, crítico, de prestação de cuidados<sup>28-29</sup>, que ocorre dentro de uma específica moldura cultural.

Na literatura encontramos modelos centrados nas competências de comunicação dos profissionais de saúde e abordagens que enfatizam a humanização da relação e a necessidade de contemplar fatores culturais e pressupostos psicossociais para que a comunicação, no contexto da saúde, seja mais efetiva.

Segundo Kim e Grunig<sup>5</sup>, os públicos pressupõem um reconhecimento e uma organização de pessoas face a um determinado problema e a existência de um caminho para a sua resolução. Assim, se a pessoa perceber que há um problema e fizer a conexão/relação com esse problema e se encontrar poucos obstáculos relativamente a essa questão, provavelmente conseguirá procurar e prestar informações sobre o problema<sup>5</sup>, havendo, por isso, condições para a resolução desse mesmo problema. Mas isso nem sempre acontece, atendendo ao perfil específico de cada público, em particular os que têm mais dificuldade em aceder, compreender e usar a informação em saúde<sup>27</sup>.

E também os pacientes com alguma frequência, mesmo que sejam ativados para tomarem decisões partilhadas, delegam voluntariamente nos profissionais as suas decisões em saúde, como o conhecimento sobre os assuntos<sup>30</sup>.

Grunig e Hunt<sup>15</sup> identificaram três variáveis importantes na manifestação do comportamento de vários públicos e que se pode associar ao perfil da saúde, em particular aos comportamentos dos pacientes e dos profissionais de saúde: 1) o nível de envolvimento com a ação da organização; 2) o reconhecimento do problema, que inclui a procura de informação e o seu processamento; e 3) o reconhecimento dos constrangimentos existentes. Estas três variáveis permitem segmentar os públicos em ativos e passivos. Os públicos ativos são os que participam e procuram informação, mostrando interesse pela organização e pela sua atividade que tentam influenciar e estão próximos do perfil de pacientes com adequada ou elevada literacia em saúde. Por isso, são ativos e participativos, sob a perspetiva de Hallahan<sup>19</sup>, que classifica estes públicos de acordo com o seu envolvimento e conhecimento.

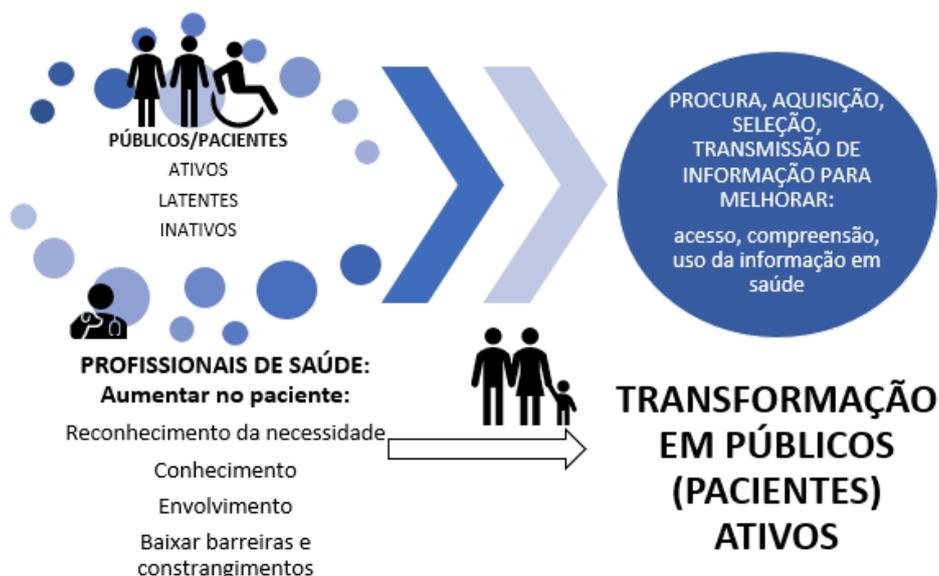
Grunig<sup>17</sup> afirmava que as pessoas se tornam sistemáticas, quando veem que a informação vai ao encontro dos seus problemas, investindo seletivamente os seus recursos cognitivos e comunicativos num problema, quando veem que o seu esforço é necessário e relevante<sup>5</sup>. Temos aqui dois elementos a considerar: o problema e a sua resolução<sup>5</sup>.

Num paralelismo com o perfil de públicos ativos, latentes e passivos, Hibbard e Gilbert<sup>20</sup> destacam quatro níveis em que os indivíduos podem autoavaliar-se e verificar o seu nível de ativação. Assim, os indivíduos no nível 1 tendem a ser passivos e a sentirem-se sobrecarregados na gestão da sua própria saúde (podem não entender seu papel no processo de cuidar) e, por isso, aqui enquadram-se os públicos passivos<sup>15</sup>. Estes públicos inativos (passivos) distinguem-se dos públicos ativos pelo seu baixo nível de conhecimento, baixo

envolvimento e constrangimentos nas suas ações, podendo-se associar a um perfil de paciente com baixa escolaridade, baixo estatuto socioeconómico, idoso ou migrante com dificuldade de entender o português<sup>14</sup>. Isto é, um indivíduo com baixa, inadequada ou problemática literacia em saúde<sup>27</sup>. Os públicos passivos são os que não mostram interesse nem pela organização nem pela atividade<sup>15</sup>. Assim, pode-se incluir nesta categoria aqueles públicos que, apesar de recorrerem várias vezes por ano aos serviços de saúde (baixa literacia em saúde), não obtêm resultados em saúde por falta de adesão e não tomarem boas decisões em saúde<sup>27</sup>.

No nível 2 os indivíduos podem não ter conhecimento e confiança para gerir a sua saúde<sup>20</sup>. Já os indivíduos no nível 3 parecem já agir, mas ainda podem não ter a confiança e a competência para apoiar os seus comportamentos. Grunig e Repper<sup>31</sup> identificaram os públicos latentes, que só se tornam ativos quando estimulados por algum fenómeno (e.g., os aspetos relacionais e comunicacionais do profissional de saúde) e, neste perfil, pode-se enquadrar os pacientes com baixa, inadequada ou problemática literacia em saúde<sup>27</sup> e estes indivíduos no nível 2 e 3 descritos pelo PAM<sup>20</sup>. Também aqui nestes dois níveis 2 e 3 do PAM podemos integrar os públicos intermédios de Hallahan<sup>19</sup>, que distingue os públicos conscientes, com elevado nível de conhecimento e baixo envolvimento nas suas ações, uma vez que não são diretamente afetados por estas, e os públicos estimulados, com elevado envolvimento, mas pouco conhecimento que, por associação, até podem ser pessoas com um grau elevado de literacia, pois conseguem ler, escrever e fazer associações e categorias<sup>12-13</sup>, mas que não dominam os termos médicos nem os conhecimentos sobre saúde/doença.

E, finalmente, os indivíduos de nível 4, em paralelo com os públicos ativos (adotaram muitos dos comportamentos necessários para apoiar sua saúde, mas podem não ser capazes de os manter diante do stress da vida)<sup>20</sup>.



Fonte: Baseado em Grunig & Hunt, 1984; Kim & Grunig, 2011; Hallahan, 2000.

**Figura 2.** Teoria situacional dos públicos, aplicada aos pacientes.

Os públicos (pacientes) investem na procura de informação e na ação comunicativa para resolver problemas (estado de saúde/doença) e, portanto, tendem a agir quando o esforço é percebido como necessário e relevante (necessidade biológica, psicológica ou social)<sup>5,17</sup>. O aumento da atividade comunicativa da pessoa que pretende resolver o problema só ocorrerá quando a informação for percebida como útil<sup>23</sup>. A ativação destes públicos inativos pressupõe que se combine mais conhecimento e envolvimento<sup>5</sup> e motivação<sup>27</sup>.

O reconhecimento dos constrangimentos (crenças, barreiras) desencoraja o indivíduo, que percebe a existência de obstáculos que limitam a sua capacidade de atuação sobre a situação<sup>17</sup> ou, na terminologia de Bandura<sup>4</sup>, a falta de autoeficácia (e.g., para se verificar a autoeficácia do paciente, este deve confiar na sua capacidade de exercer controlo sobre os níveis de funcionamento e eventos que afetam a sua vida<sup>4</sup>). Se não existir um mecanismo – que pode ser a atitude e o comportamento do profissional e saúde – que estimule a motivação situacional para a resolução do problema, manter-se-á a atitude passiva do indivíduo, que se pode manifestar na aquisição, seleção de informação (rejeição e aceitação), transmissão (reencaminhamento e partilha) de informação<sup>5</sup> relativa a um dado problema<sup>15</sup>.

## **Conclusão**

*Aumentar os conhecimentos, baixar constrangimentos e melhorar estilos de vida*

A baixa literacia em saúde está diretamente relacionada com os conhecimentos insuficientes no campo das doenças crónicas. Sendo que os estilos de vida estabelecem uma relação direta de causa e consequência com o desenvolvimento de doenças crónicas, torna-se fundamental assegurar intervenções ajustadas à promoção da literacia direcionada às carências da população idosa<sup>9</sup>. Efetivamente uma intervenção na comunidade através de um programa estruturado de literacia em saúde que incentive o aumento da atividade física e uma alimentação saudável tem efeitos significativos na saúde sobre os fatores de risco da diabetes<sup>22</sup>.

Os programas devem incluir estratégias para aumentar a consciência, melhorar o conhecimento e mudar a atitude para a atividade física e alimentação saudável através de: ações de formação, folhetos informativos, reuniões informais, meios de comunicação, entre outros.

## **Referências bibliográficas**

1. Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: factos e números 2015 (relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes). Lisboa: OND; 2015.
2. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para a diabetes 2017. Lisboa: DGS; 2017.
3. American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2019;42(Suppl 1).
4. Bandura A. Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press; 1999.
5. Kim JN, Grunig JE. Problem solving and communicative action: a situational theory of problem solving. J Commun. 2011;61:120-49.

6. Belim C, Vaz de Almeida C. Healthy thanks to communication: a model of communication competences to optimize health literacy: assertiveness, clear language, and positivity. In: Papalois VE, Theodospoulous M, editors. Optimizing health literacy for improved clinical practices. Hershey: IGI Global; 2017. p. 124-52.
7. Benavente A, Rosa A, Costa AF, Ávila P. A literacia em Portugal: resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1996.
8. Campos MT, Monteiro JB, Ornelas AP. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr.* 2000;13(3):157-65.
9. Davey J, Holden CA, Smith BJ. The correlates of chronic disease-related health literacy and its components among men: a systematic review. *BMC Public Health.* 2015;15:589.
10. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa: DGS; 2004.
11. Direção-Geral da Saúde. A saúde dos portugueses. Lisboa: DGS; 2016.
12. Doak CC, Doak LG, Friedell GH, Meade CD. Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: strategies for clinicians. *CA – A Cancer Journal for Clinicians.* 1998;48(3):151-62.
13. Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy. Philadelphia: J.B. Lippincott CO; 1996.
14. Espanha R, Ávila P. Health literacy survey Portugal: contributions for the knowledge and health and communications. *Proc Comp Sci.* 2016;100:1033-41.
15. Grunig JE, Hunt T. Managing public relations. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1984.
16. Grunig JE. Implications of public relations for other domains of communication. *J Commun.* 1993;43(3):164-73.
17. Grunig JE. A situational theory of publics: conceptual history, recent challenges and new research. In: Moss D, MacManus T, Vercic D, editors. *Public relations research: an international perspective.* London: International Thomson Business Press; 1997. p. 3-48.
18. Hallahan K. Inactive publics: the forgotten publics in public relations. *Public Relat Rev.* 2000;26(4):499-515.
19. Hallahan K. Inactive publics: the forgotten publics in public relations. *Public Relat Rev.* 2000;26(4):499-515.
20. Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health: an introduction to patient activation. King's Fund; 2014.
21. Huizinga MM, Carlisle AJ, Cavanaugh KL, Davis DL, Gregory RP, Schlundt DG, et al. Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *Am J Prev Med.* 2009;36(4):324-8.
22. Jenum AK, Anderssen SA, Birkeland KI, Holme I, Graff-Iversen S, Lorentzen C, et al. Promoting physical activity in a low-income multiethnic district: effects on a

- Community intervention study to reduce risk factors for type 2 diabetes: a community intervention reducing inactivity. *Diabetes Care*. 2006;29(7):1605-12.
23. Littlejohn SW. *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982.
  24. Panagioti M, Skevington SM, Hann M, Howells K, Blakemore A, Reeves D, et al. Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice. *Qual Life Res*. 2018;27(5):1257-68.
  25. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2016;34(3):259-75.
  26. Saboga-Nunes L. Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Rev Enferm Refer*. 2014;11(3):94-9.
  27. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1).
  28. Kreps GL, Thornton BC. *Health communication: theory and practice*. Prospect Heights: Waveland Press; 1992.
  29. Kreps GL. Relational communication in health care. *South Speech Commun J*. 1998;53:344-59.
  30. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making: a national study of public preferences. *J Gen Intern Med*. 2005;20:531-5.
  31. Grunig JE, Repper FC. Strategic management, publics and issues. In: Grunig JE, editor. *Excellence in public relations and communication management*. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1992. p. 117-57.

### Notas biográficas

**Ana VEIGA.** Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto. Professora Assistente Convidada, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

**Cristina Vaz de ALMEIDA.** Investigadora, docente, especialista em Literacia em Saúde. Doutorada em Ciências da Comunicação – Literacia em Saúde, pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Mestre em Novas Tecnologias Aplicadas à Educação, com especialização em comunicação em e-learning, pela Universidade Autónoma de Barcelona e Universidade Carlos III, em Madrid (2007). Pós-graduada em Marketing, pelo Instituto Superior de Gestão (1996). Pós-graduada em Psicologia Positiva, pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (2016). Pós-graduada em Direito do Ambiente, pela Universidade Católica Portuguesa (1991). Licenciada em Direito, pela Universidade Católica Portuguesa (1990). Docente e formadora de inúmeros cursos de Comunicação e Literacia em Saúde e Marketing em Saúde em instituições académicas e organizações de saúde (centros hospitalares, ARS, etc.). Formadora sénior do ISPA – Instituto Universitário e da ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Co-diretora da 1ª Pós-graduação de Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção, também no ISPA. Diretora do Serviço de Gestão de Produtos de Apoio, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2012-2019).