



# **Literacia em saúde e capacitação do idoso na prevenção da diabetes *mellitus* tipo2 em contexto comunitário**

---

**Ana Veiga**

Mestre Enfermagem, ESEL, Portugal

**Introdução:** Nos últimos anos, registou-se um aumento gradual 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 (OND, 2015). Em Portugal, mais de 1 milhão de pessoas sofrem desta doença, com aumento da prevalência de 23% (DGS, 2017) entre os 65 e os 74 anos de idade. 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 é caso da diabetes *mellitus* tipo 2.

**Objetivo:** Promover a literacia em saúde a um grupo de idosos de um Centro de Dia da área de Lisboa, intervindo nos fatores de risco para a prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2.

**Metodologia:** Numa abordagem quantitativa e qualitativa, foi desenvolvido um estudo descritivo transversal a um grupo de 22 idosos. Recolheram -se os dados através de um questionário, *European Health Literacy Survey* (HLS-EU-PT), traduzido e validado para Portugal. A estratégia de intervenção adotada, a Educação para a Saúde, foi sustentada por técnicas pedagógicas que estimulam a capacitação da pessoa idosa, promovendo o seu *empowerment*.

**Conclusão:** Este projeto de intervenção comunitária mostrou ganhos relativamente á aquisição e /ou consolidação de conhecimentos das sessões de Educação para a Saúde no âmbito da alimentação saudável e aos fatores de risco da diabetes *mellitus* tipo 2. 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 (Jenum *et al*,2006).

**Palavras-chave:** Literacia em saúde; diabetes *mellitus* tipo 2; prevenção; idoso

## Literacia em saúde e capacitação do idoso na prevenção da diabetes *mellitus* tipo2 em contexto comunitário

A Literacia em Saúde (LS) é um elemento essencial para a saúde e bem-estar dos indivíduos, assim como da comunidade em geral (Gazmararian *et al.*, 2005), é determinante nos resultados da saúde (Canadian Council on Learning, 2007), abrangendo todo o ciclo de vida do indivíduo. A literatura refere que indivíduos com baixa LS apresentam menor capacidade de compreender a informação fornecida pelos profissionais e de utilizar os serviços de saúde no cumprimento das indicações prescritas (Pedro *et al.*, 2016). Esta situação agrava-se nos grupos etários dos idosos e, face à mudança demográfica que atualmente ocorre a nível mundial - envelhecimento global - torna-se fundamental uma reformulação da informação e uma reorganização dos serviços de saúde, aspetos prioritários na obtenção de melhorias na saúde dos grupos referidos (CDC, 2011).

A literacia em saúde assume assim um papel determinante na gestão, controlo e prevenção da doença em geral. 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 (DGS,2016). Efetivamente os níveis de LS influenciam diretamente a qualidade de vida em geral,

sobretudo nas populações de idosos (Panagioti *et al.*, 2018).

A diabetes constitui-se como uma das principais doenças crónicas que afeta populações em todos os países, representando não só um problema individual ou familiar, mas um problema de saúde pública, com forte impacto na qualidade de vida das pessoas. Nos últimos, anos tem-se assistido a um aumento um aumento crescente da incidência e prevalência da diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) que afeta já 415 milhões de pessoas no mundo, com previsão de subida para 642 milhões em 2040 (OND, 2015). Em Portugal, mais de 1 milhão de pessoas sofrem desta doença, com aumento da prevalência de 23% (DGS, 2017) nas idades dos 65-74 anos. Apesar de ser designada como “epidemia” do século XXI, a diabetes foi formalmente reconhecida em 1989 na Declaração de *St. Vicent* como um grave problema de saúde que atinge todas as faixas etárias a nível mundial, tendo sido feito um apelo aos governos e departamentos de saúde para a reorganização dos cuidados de saúde, com especial investimento na prevenção (DGS, 2008).

A saúde e em particular o desenvolvimento de doenças estão intimamente ligados aos comportamentos adotados pelos indivíduos, sendo que alguns se encontram associados às principais causas de morte (Campos *et al.*, 2000). No entanto, esses mesmos comportamentos são passíveis de modificação, à semelhança da realidade dos fatores modificáveis na prevenção da DMT2

(OMS,1986). Sabe-se que existe um risco acrescido de desenvolver diabetes nos indivíduos que são portadores de um ou mais dos seguintes fatores de risco: excesso de peso (IMC $\geq$ 25), obesidade (IMC $\geq$ 30) obesidade central ou visceral (perímetro abdominal H $\geq$ 94cm e M $\geq$ 80cm), idade  $\geq$  45 anos, história familiar, diabetes gestacional, antecedentes de doença cardiovascular prévia /hipertensão arterial, dislipidemia, anomalia da glicemia em jejum e tolerância diminuída à glicose (DGS, 2008). Associado ao risco de desenvolver a diabetes, emerge um conjunto de fatores ligado aos estilos de vida (WHO, 2016), adotados pelo indivíduo e pela população em geral que normalmente são influenciados pelos determinantes sociais da saúde, económicos e culturais (OMS,1986). Assim sendo, os fatores de risco da diabetes podem ser fatores etiológicos não modificáveis, nomeadamente a genética e o envelhecimento populacional, e fatores etiológicos modificáveis, como os hábitos alimentares e de atividade física (WHO, 2016). Campos *et al.* (2005) referem ainda que os fatores ambientais e sociais também exercem a sua influência relativamente ao aumento do desenvolvimento de doenças crónicas. Vários estudos, tais como o Finnish Diabetes Prevention Study (Jaana *et al.*, 2001); Tuomilehto *et al* (2001) e Viveiros *et al.*, (2015), demonstram que o aparecimento da doença pode ser retardado ou até mesmo prevenido por meio da alteração dos hábitos alimentares e da prática de atividade física apesar da predisposição genética para a doença e da presença de fatores de risco para o seu desenvolvimento. Em 2010, Unwin, Whiting, e

Roglic, realizaram um estudo que veio demonstrar que a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física regular e consequentemente a perda de peso, podem levar a uma diminuição em 60% da incidência da DMT2. Sendo os estilos de vida um dos determinantes da saúde, torna-se necessário a implementação de ações efetivas com foco nas estratégias de promoção da saúde e de prevenção, particularmente para os grupos de maior risco de desenvolvimento desta doença (Cândido *et al.*, 2017).

## **Metodologia**

Numa abordagem quantitativa e qualitativa, foi desenvolvido um estudo descritivo transversal com um grupo de 22 idosos, que frequentam um Centro de Dia na área de geográfica de Lisboa. Recorremos à metodologia do Planeamento em Saúde, ao Modelo Conceptual Integrado de Literacia em Saúde e ao Modelo do *Empowerment*. Os dados foram recolhidos com recurso à aplicação do questionário, *European Health Literacy Survey* (HLS-EU-PT) traduzido e validado para a população portuguesa, bem como entrevistas semiestruturadas aos cuidadores envolvidos neste contexto. A amostra foi baseada numa seleção por conveniência definida em concreto pelos idosos inscritos no Centro de Dia, que estiveram presentes nos dias estipulados para a aplicação dos questionários.

Estabelecemos como critérios de inclusão a aceitação de participar no projeto e de exclusão tanto os idosos com diagnóstico de diabetes

mellitus tipo 2 como os com diagnóstico ou condição que pudesse vir a interferir com a colheita de dados e consequente intervenção. O cumprimento dos procedimentos éticos foi assegurado em todo o processo, e obtidas as autorizações necessárias: (i) a aplicação de questionário Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU-PT), (ii) Direção do Centro de Dia. Este questionário é constituído por quarenta e sete questões que visam avaliar o índice de literacia geral para a saúde. Nestas questões, utiliza uma escala de 4 pontos, em que o indivíduo se autoavalia relativamente à dificuldade sentida face à execução de tarefas na área da saúde. A escala de Likert usada consiste nas opções: 1-Muito fácil, 2- Fácil, 3- Difícil e 4- Muito difícil, existindo ainda uma quinta opção de resposta que corresponde ao “Não Sabe/ Não Responde”. Integra três domínios fundamentais na saúde: (i) cuidados de saúde, (ii) promoção de saúde, (iii) prevenção da doença, bem como quatro níveis de processamento da informação: (i) acesso, (ii) compressão, (iii) avaliação, (iv) utilização, essenciais na tomada de decisão. Seguem-se vinte e três questões relacionadas com a saúde e utilização dos serviços de saúde, hábitos de vida e literacia funcional. Por fim, surgem dezasseis questões para avaliação sociodemográfica dos participantes. O questionário HLS-EU-PT entende a LS como interligada com a literacia e envolve o conhecimento individual, a motivação e as competências no acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde. Efetivamente, permite o desenvolvimento da capacidade crítica e de tomada de decisão no

dia-a-dia e em assuntos inerentes aos cuidados de saúde, prevenção de doença e PS, e consequentemente a manutenção ou a melhoria da qualidade de vida (Sørensen *et al.*, 2012). Os autores definiram pontos de corte que limitam três níveis de literacia em saúde: inadequada (0-25); problemática (25-33); suficiente (33-42), sendo que esta conotação resulta do somatório de todos os itens dividido pelo número dos mesmos (Sørensen *et al.*, 2012).

O tratamento dos dados foi descritivo com análise uni e bivariada através do programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS®) versão 25 do *Windows* e ferramentas do *Microsoft® Office* 2013. Foram elaboradas tabelas descritivas da caracterização sociodemográfica da amostra em estudo. Posteriormente foram também elaboradas tabelas de relação entre os resultados obtidos das categorias de literacia em Saúde e dos dados sociodemográficos. No que se refere ao tratamento dos dados das entrevistas semiestruturadas, procedemos ao método de análise de conteúdo

## Caracterização da amostra

### Dados Sociodemográficos

A amostra constituída no Centro de Dia é de 22 idosos, maioritariamente do sexo feminino (54%). No que se refere à idade, 91% da amostra tem idade superior a 65 anos e uma média de idades de 79 anos. Relativamente ao estado civil, 45% são viúvos, 9% separados ou divorciados e 41% solteiros. No que se refere

ao agregado familiar, 96 % declaram morar sozinho. O nível de habilitações literárias é baixo, a maioria dos idosos (63%) referem ter o 1 ciclo (até ao 4º ano) e 36% não saber ler nem escrever. Todos os idosos são reformados e o rendimento líquido mensal dos agregados familiares é baixo, sendo que 77% apresentam um rendimento mensal inferior a 500€, como mostra a tabela 1.

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

Variável	Frequência	Percentagem (%)	Média de Idades	Desvio Padrão
<i>Sexo</i>				
Masculino	10	45,4%		
Feminino	12	54,2%		
<i>Idades</i>				
46-55 anos	1	4,5%		
56-56 anos	1	4,5%	79,2%	11,9
66-75 anos	7	31,8%		
Mais de 76 anos	13	59,1%		
<i>Estado Civil</i>				
Solteiro	9	40,9%		
Casado	1	4,5%		
Separado/divorciado	2	9,1%		
Viúvo	10	45,5%		
<i>Habilitações Literárias</i>				
Nível 0	8	36,4%		
Nível 1	14	63,6%		
<i>Rendimentos</i>				
Menos de 500	17	77,3%		
Entre 500-800	4	18,2%		
Entre 800-1350	1	4,5%		
<i>Agregado Familiar</i>				
Solteiro/Vive sozinho	21	95,5%		
Vive junto	1	4,5%		

Fonte: Elaboração própria

### **Dados clínicos**

Constatámos que a amostra apresenta 55% de indivíduos com excesso de peso ( $IMC \geq 25$  Kg/m<sup>2</sup>) e 9% com obesidade ( $IMC \geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>). Relativamente ao perímetro abdominal, 83 % das mulheres apresentam um P.Abd superior a 80 cm e 60% dos homens P.Abd superior a 94 cm. Segundo as normas de orientação da DGS (DGS, 2013), estes valores refletem risco de complicações metabólicas aumentado. No que diz respeito à avaliação da glicémia ocasional, 27% da amostra apresenta glicémia capilar superior a 140mg/dl e relativamente aos

antecedentes pessoais, a HTA está presente em 68% da amostra. Em relação ao regime terapêutico, verificámos que os idosos desta amostra são maioritariamente polimedicados, sendo que se destacam os seguintes resultados: (i) 14% referem ter prescrição de dois fármacos, (ii) 27% referem ter prescrição de 3 fármacos e ainda 5% referem ter prescrição de 6 fármacos. Salienta-se ainda o facto de 86% da amostra ser responsável pela própria gestão da sua medicação.

### **Anamnese alimentar**

Dos inquiridos da amostra, 91% relata que não apresenta alteração do apetite e que maioritariamente (64%) se encontra a fazer três refeições diárias. No que diz respeito aos alimentos consumidos habitualmente nestas refeições, apresentam-se como significativos os seguintes resultados: (i) 95% refere não fazer consumo de sal, (ii) 82% tem um consumo diário de açúcar, (iii) nos últimos 7 dias, 55% desses idosos refere que comem pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar. Também relativamente aos últimos 7 dias, 27% admite ter comido alimentos doces como bolos, compotas, gelados ou chocolates. A amostra demonstra que na globalidade (95%),

a ingestão de água é inferior a meio litro e o consumo de refrigerantes semanal de 59% .

### **Níveis de Literacia em saúde**

Verificou-se que 61,9% dos idosos têm uma literacia de saúde inadequada, 28,6% estão ao nível da literacia de saúde problemática e apenas 9,5% revelam um nível suficiente de literacia de saúde, como nos mostra a tabela 2. Efetivamente, os níveis de literacia de saúde na nossa amostra estão em linha com outros estudos realizados na população portuguesa em geral (Pedro *et al.*, 2016; Saboga-Nunes *et al.*, 2014). A influência de fatores biomédicos e estilos de vida no aparecimento destas doenças crónicas está bem definida, e só muito recentemente é que a literacia em saúde se tornou cada vez mais importante e considerada como determinante da saúde, devido à sua relação com as escolhas comportamentais feitas pelos indivíduos (Davey *et al.*, 2015; Panagioti *et al.*, 2018). Vários estudos corroboram esta ideia, demonstrando que a baixa literacia em saúde está relacionada com uma perceção de baixa autoeficácia na prevenção e gestão de doenças (Cavanaugh, 2012; White *et al.*, 2010; Santos, 2010). (Tabela 2)

Tabela 2– Nível de literacia para a Saúde em geral dos idosos do Centro de Dia dos Anjos da área de Lisboa

Literacia para a Saúde em geral		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Inadequada LS	13	59,1	61,9	61,9
	Problemática LS	6	27,3	28,6	90,5
	Suficiente LS	2	9,1	9,5	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Omitido	Sistema	1	4,5		
Total		22	100,0		

Fonte: Elaboração própria

### Níveis de literacia e dados sociodemográficos

Na comparação da variável do género com os níveis de literacia em saúde no geral, verificámos que as mulheres têm níveis de literacia em saúde mais baixos do que os homens. Ainda dentro desta variável, não são consensuais os resultados obtidos em diferentes estudos de investigação: uns revelam que os homens apresentam uma maior literacia (Toçi *et al.*,2013) ao passo que outros

revelam o contrário (Sudore *et al.*,2006).Pela confrontação entre a variável da idade e do nível de literacia em saúde, observámos que os valores das duas variáveis tendem a oscilar em sentido inverso, isto é, os níveis de literacia em saúde são tendencialmente mais baixos à medida que a idade avança (Serrão *et al.*,2015; Gazmararian *et al.*,2005). Também Kim (2009) chegou a resultados semelhantes a este, e à conclusão que indivíduos com mais de 65 anos que apresentam uma inadequada literacia em saúde revelam hipertensão e maior limitação nas atividades de vida diárias. (Tabela 3)

Tabela 3- Níveis de Literacia em Saúde e dados sociodemográficos

Variável		Inadequada LS	Problemática LS	Suficiente LS
Sexo				
Masculino		4	4	2
Freq.		30,8%	66,7%%	100%
	%			
Feminino		9	2	0
Freq		69,2%	33,3%	0%
	%			

<i>Idades</i>				
46-55 anos	Freq.	0	1	0
	%	0%	100%	0%
56-56 anos	Freq.	1	0	0
	%	100%	0%	0%
66-75 anos	Freq.	4	2	0
	%	66,7%	33,3%	0%
Mais 76 anos	Freq.	8	3	2
	%	61,5%	23,1%	15,4%
<i>Habilitações literárias</i>				
Nível 0	Freq.	4	2	2
	%	50,0%	25,0%	25,0%
Nível 1	Freq.	9	4	0
	%	69,2%	30,8%	0%

## Discussão

É sobejamente sabido, que as alterações demográficas acarretam um aumento significativo das doenças crónicas. Ao passo que a influência dos fatores biomédicos e dos estilos de vida no aparecimento destas doenças está bem definida, só muito recentemente a literacia em saúde tem vindo a assumir uma importância crescente e tem sido identificada como fator determinante da saúde, devido à sua ligação com as escolhas comportamentais (Davey *et al.*, 2015; Panagioti *et al.*, 2018). Vários estudos corroboram esta ideia, demonstrando que a baixa literacia em saúde se relaciona com a perceção de baixa autoeficácia na prevenção e gestão de doenças como por exemplo na diabetes *mellitus* tipo 2 (Cavanaugh, 2011; White *et al.*, 2010; Santos 2010). Os níveis de literacia em saúde da nossa amostra vão ao encontro de outros estudos

realizados na população portuguesa em geral. De igual modo, podemos verificar que a tendência da literacia em saúde nos três domínios (cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença) acompanha a literacia em saúde geral, ou seja, a prevalência de uma maior percentagem de indivíduos com literacia limitada. (Pedro *et al.*, 2016; Saboga-Nunes *et al.*, 2014; Bohanny *et al.*, 2013) Em consonância com a tendência de envelhecimento populacional, quer a nível nacional, quer internacional, a amostra, como já referido anteriormente, apresenta uma média de idades superior a 65 anos (91%) Esta condição é responsável pela predisposição para o aumento do risco de desenvolver DMT2 (OND, 2015; ADA 2019). A partir da caracterização da amostra, foi possível identificar que esta compreende um número significativo (59%) de indivíduos com excesso de peso, o que se apresenta como fator

determinante para o desenvolvimento da DMT2 (OND, 2015; ADA, 2019). Sendo a alimentação um dos pilares fundamentais para a prevenção da DMT2, reveste-se de relevância máxima a adoção de um regime alimentar adequado (DGS, 2008; ADA, 2019). O PNPAS (2017) faz referência à importância de o idoso adotar um regime alimentar que inclua os alimentos dos sete grupos da roda dos alimentos nas proporções preconizadas, não descurando o consumo de água pelo risco de desidratação a que estes podem estar sujeitos. Segundo os dados do IAN-AF-2015-2016 do mesmo programa, embora a água tenha sido referida como a bebida mais consumida pela população portuguesa, verificou-se um consumo inadequado de refrigerantes. O mesmo pudemos constatar relativamente à nossa amostra que apresentou um consumo de refrigerantes semanal de 59%. Quanto ao consumo de água, embora 95% dos inquiridos o mencionem, verificámos que o mesmo era inferior a 1,5l por dia, fator que contribui para o aumento do risco de desidratação para os idosos, sendo as necessidades mínimas (excepto situações particulares) de água de 1,5 l diário (DGS, 2004). Também o número de refeições diárias que fazem obedece a um padrão alimentar desadequado, devidamente identificado: a maioria faz três refeições diárias, com uma sobrecarga significativa de HC às refeições principais. O PNPAS (2017) recomenda que o consumo diário deve basear-se na roda dos alimentos, repartido por entre cinco a sete refeições diárias, sem intervalos superiores a três horas. Constatámos 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 que influenciam o comportamento alimentar: genéticos, psicológicos, socioculturais e ambientais (Pender, 2006). Entre estes fatores, os psicossociais ganham maior ênfase, tais como perda do cônjuge, isolamento social, pobreza e a integração social, (Campos *et al.*, 2000). Com efeito, a presença de dificuldades económicas traduz-se em menor poder de compra e consequentemente na diminuição da possibilidade de adquirir alimentos nutritivos, em quantidade e em qualidade (DGS, 2004). Em relação à amostra, para além da situação financeira, direccionámos a nossa atenção para o facto de que a maioria (96%) vive sozinha e 45% são viúvos. Para além disso, e relativamente ao tipo de habitação, uma percentagem muito significativa (77%) declarou morar num quarto. Este são inquestionavelmente aspetos que concorrem para a alteração dos comportamentos alimentares.

### **Intervenção comunitária: PROMLISA DIABETES**

Atendendo à finalidade desta intervenção escolhemos como estratégia de intervenção a Educação para a Saúde. Na verdade, a comunicação e a interação possibilitam a melhoria dos níveis de literacia em saúde (Almeida, Moraes & Brasil, 2020), ter mais autonomia e refletir criticamente sobre as suas escolhas. Efetivamente, esta autonomia - *empowerment* - implica o desenvolver o poder

de decisão dos indivíduos no processo de saúde-doença, dotando-os de meios que favoreça tomadas de decisão competentes e informadas (Melo, 2009).

Para que a informação seja adequada ao nível de literacia da população, particularmente idosa, deverá a mesma empregar uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva (Almeida, 2019). A educação para a saúde gera oportunidades de aprendizagem conscientes e estruturadas que envolvem uma comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde e beneficiam igualmente o conhecimento e o desenvolvimento de competências para a vida (Almeida, 2019), que são favoráveis ao indivíduo e à comunidade. Assim, realizamos sessões educativas no âmbito da diabetes mellitus tipo 2 e da alimentação saudável, que é responsável pelo aumento da qualidade de vida em geral, e para os idosos pela manutenção da sua independência e aumento da capacidade para as atividades do seu dia-a-dia. Os resultados foram favoráveis para a observação, mostrando acesso, participação e expressão de satisfação com as opções. Com efeito, estas sessões de educação para a saúde tinham como objetivo sensibilizar e proporcionar aos idosos do Centro de Dia conhecimentos e competências que contribuem para a adoção de comportamentos saudáveis promotores da saúde. Num quadro mais amplo e no alinhamento dos sistemas de saúde de acordo com as necessidades dos idosos, foram também realizadas sessões de educação na mesma área para os prestadores de cuidados deste grupo. Procedemos também ao

desenvolvimento de parcerias entre equipas multidisciplinares (enfermeiro instrutor de *biodanza*, nutricionista e enfermeiros da organização), comunitárias e interdisciplinares (USF), a fim de dar continuidade à intervenção por nós desenvolvida.

## Conclusão

A promoção da LS dos cidadãos tem sido identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e uma prioridade na definição de políticas de saúde. A literatura refere que os idosos, os doentes crónicos e grupos vulneráveis se apresentam como os mais atingidos pelos níveis inadequados de literacia e sobre os quais incidem, de forma mais significativa, os efeitos desse desajuste na literacia em saúde (Baker *et al.*, 2008). Efetivamente, sabe-se que hoje em dia um nível inadequado de literacia em saúde tem, entre outros, um impacto negativo nos custos para o sistema (Sørensen *et al.*, 2012). Neste cenário, a promoção da literacia em saúde implica intervenções que visam a autogestão da doença e a prevenção das doenças crónicas que representam um dos principais desafios do século XXI, quer pelo impacto que têm ao nível da qualidade de vida dos indivíduos, quer pelo impacto socioeconómico, e ainda porque constituem a primeira causa de morte (WHO, 2014). No campo das doenças crónicas, particularmente no que diz respeito à diabetes, a literacia em saúde apresenta-se como um fator relevante e influente na sua prevenção (Cavanaugh, 2012)

- Almeida, C.V., Moraes, L.K., & Brasil, V.V. (2020). 50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde. Alemanha: Novas Edições Académicas. Disponível em: <https://www.morebooks.de/store/es/book/50-t%C3%A9cnicas-literacia-em-sa%C3%BAde-na-pr%C3%A1tica/isbn/978-620-2-55882-2>
- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook] Disponível em: <http://loja.ispa.pt/produto/literacia-em-saude-na-pratica>
- American Diabetes Associations. (2019). *Standart of medical care in diabetes 2019*. *Diabetes care*,42(1). ISSN:0149-5992.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J. , & Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive ability and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723-726. **Doi:** 10.1007/s11606-008-0566-4.
- Bohanny, W., Wu, S., Liu, C., Yeh, S., Tsay, S., & Wang, T. (2013). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 00(2013), 1-8. **Doi:** 10.1111/1745-7599.1207.
- Campos, M., Monteiro, J., & Ornelas, A. (2000). Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista Nutrição*. 3(3). Acedido em: 07-08-2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141552732000000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732000000300002).
- Canadian Council on Learning (2007). *Health literacy in Canada: Initial results from the international adults literacy and skils survey*. Canada: Canadian Council on Learning Acedido em 05-03-2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/317434146\\_Health\\_Literacy\\_in\\_Canada\\_A\\_Healthy\\_Understanding](https://www.researchgate.net/publication/317434146_Health_Literacy_in_Canada_A_Healthy_Understanding).
- Cândido, J. A. B. *et al.* (2017). Findrisk: diabetes mellitus risk stratification in community health. *Revista Brasileira Promoção saúde*, 30(3), 1-8. Acedido em: 30-07-2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876328?lang=es>
- Cavanaugh, K. (2012). Health Literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *HHS Public Access*, 1(2), 191-199. **DOI:** 10.2217/dmt.11.5.
- Davey, J., Holden, C. A., & Smith, B. J. (2015). The correlates of chronic disease-related health literacy and its components among men: a systematic review. *BMC Public Health*, 15(589). **Doi:** 10.1186/s12889-015-1900-
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa nacional e controlo da diabetes*. Lisboa: Direção-geral da saúde.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Diabetes 2017*. Lisboa: Direção-geral da saúde.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. Lisboa: Direção-geral da saúde.
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Direção-geral da saúde.
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2016). *A saúde dos portugueses*. Lisboa: Direção-geral da saúde.
- Gazmararian, J.A., Wolf, M.S., & Baker, D. W. (2005). Health Literacy and functional health status among older adults. *Archives of internal medicine*,165 (17) 1946-1947. **Doi:** 10.1001/archinte.165.17.1946.
- Huizinga, M. M., Carlisle, A. J., Cavanaugh, K. L., Davis, D. L., Gregory, R. P., Schlundt, D. G., & Rothman, R. L. (2009). Literacy, numeracy, and portion- size estimation skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 324-328. **Doi:** 10.1016/j.amepre.2008.11.012.
- Jaana, L., *et al* (2001). The Finnish diabetes prevention study (DPS). *Diabetes Care*, 26(12), 3230-3236. **Doi:** 10.2337/diacare.26.12.3230.
- Jenum, A.K., *et al.* (2006). Promoting physical activity in allow-income multiethnic district: effects os a Community intervention Study to reduce risk factors for type 2 diabetes: a Community intervention reducing inactivity. *Diabetes Care*, 29(7), 1605-1612.**DOI:**10.2337/dc05-1587.
- Kim, S. (2009). Health literacy and functional health status in Korean old adults. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2337-2343. **Doi:**10.1111/j.1365-2702.2008.02739. x.

Almeida, C.V., Moraes, L.K., & Brasil, V.V. (2020). 50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde. Alemanha: Novas Edições Académicas. Disponível em: <https://www.morebooks.de/store/es/book/50-t%C3%A9cnicas-literacia-em-sa%C3%BAde-na-pr%C3%A1tica/isbn/978-620-2-55882-2>

Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C.

Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook] Disponível em: <http://loja.ispa.pt/produto/literacia-em-saude-na-pratica>  
American Diabetes Associations. (2019). *Standart of medical care in diabetes 2019. Diabetes care*,42(1). ISSN:0149-5992.

Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J. , & Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive ability and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723-726. **Doi:** 10.1007/s11606-008-0566-4.

Bohanny, W., Wu, S., Liu, C., Yeh, S., Tsay, S., & Wang, T. (2013). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 00(2013), 1-8. **Doi:** 10.1111/1745-7599.1207.

Campos, M., Monteiro, J., & Ornelas, A. (2000). Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista Nutrição*. 3(3). Acedido em: 07-08-2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141552732000000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732000000300002).

Canadian Council on Learning (2007). *Health literacy in Canada: Initial results from the international adults literacy and skils survey*. Canada: Canadian Council on Learning Acedido em 05-03-2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/317434146\\_Health\\_Literacy\\_in\\_Canada\\_A\\_Healthy\\_Understanding](https://www.researchgate.net/publication/317434146_Health_Literacy_in_Canada_A_Healthy_Understanding).

Cândido, J. A. B. *et al.* (2017). Findrisk: diabetes mellitus risk stratification in community health. *Revista Brasileira Promoção saúde*, 30(3), 1-8. Acedido em: 30-07-2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876328?lang=es>

Cavanaugh, K. (2012). Health Literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *HHS Public Access*, 1(2), 191-199. **DOI:** 10.2217/dmt. 11.5.

Davey, J., Holden, C. A., & Smith, B. J. (2015). The correlates of chronic disease-related health literacy and its components among men: a systematic review. *BMC Public Health*, 15(589). **Doi:** 10.1186/s12889-015-1900-

DGS - Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa nacional e controlo da diabetes*. Lisboa: Direção-geral da saúde.

DGS - Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Diabetes 2017*. Lisboa: Direção-geral da saúde.

DGS - Direção-Geral da Saúde (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. Lisboa: Direção-geral da saúde.

DGS - Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Direção-geral da saúde.

DGS - Direção-Geral da Saúde. (2016). *A saúde dos portugueses*. Lisboa: Direção-geral da saúde.

Gazmararian, J.A., Wolf, M.S., & Baker, D. W. (2005). Health Literacy and functional health status among older adults. *Archives of internal medicine*,165 (17) 1946-1947. **Doi:** 10.1001/archinte.165.17.1946.

Huizinga, M. M., Carlisle, A. J., Cavanaugh, K. L., Davis, D. L., Gregory, R. P., Schlundt, D. G., & Rothman, R. L. (2009). Literacy, numeracy, and portion- size estimation skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 324-328. **Doi:** 10.1016/j.amepre.2008.11.012.

Jaana, L., *et al* (2001). The Finnish diabetes prevention study (DPS). *Diabetes Care*, 26(12), 3230-3236. **Doi:** 10.2337/diacare.26.12.3230.

Jenum, A.K., *et al.* (2006). Promoting physical activity in allow-income multiethnic district: effects os a Community intervention Study to reduce risk factors for type 2 diabetes: a Community intervention reducing inactivity. *Diabetes Care*, 29(7), 1605-1612.**DOI:**10.2337/dc05-1587.

Kim, S. (2009). Health literacy and functional health status in Korean old adults. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2337-2343. **Doi:**10.1111/j.1365-2702.2008.02739. x.