



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**JAMILLE PINHEIRO CUNHA**

**ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM  
ALZHEIMER**

**FORTALEZA**

**2017**

JAMILLE PINHEIRO CUNHA

ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM  
ALZHEIMER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Neiva Francenely Cunha Vieira.

FORTALEZA

2017

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C978a Cunha, Jamille Pinheiro.  
Alfabetização em saúde de cuidadores informais de idosos com Alzheimer / Jamille Pinheiro Cunha. – 2017.  
95 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.  
Orientação: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.

1. Alfabetização em Saúde. 2. Cuidadores. 3. Idoso. 4. Doença de Alzheimer. 5. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

JAMILLE PINHEIRO CUNHA

ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM  
ALZHEIMER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Larissa Gomes Machado  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciane Alves de Oliveira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Francisca Tereza de Galiza (Suplente)  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

## **AGRADECIMENTOS**

Esse momento de conclusão do Curso de Mestrado é para mim uma conquista indescritível, repleta de sentimentos bons, principalmente, gratidão.

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter permitido que eu não só alcançasse essa vitória, mas também pelo caminho trilhado até agora. Obrigada Senhor porque em meio a dolorosos acontecimentos durante o Curso, me deste a força e perseverança para não desistir.

Aos meus pais que me educaram e me ensinaram a lutar por meus objetivos. Agradeço especialmente à minha mãe, Luiza Pinheiro, por estar ao meu lado nos dias de maior dificuldade. Ela que em todos os momentos me deu força e estímulo para perseverar até o fim, através de suas palavras de carinho, do seu cuidado e de seu amor incondicional.

Ao meu esposo Henrique Queiroz, por ser paciente, compreensivo e companheiro durante essa jornada. Ele que muitas vezes me ajudou nas tarefas cotidianas para que eu tivesse tempo para terminar a dissertação, abdicou de diversos passeios por mim, disse palavras de incentivo e mesmo muitas vezes em silêncio me deu força para continuar.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Neiva Francenely Cunha Vieira, minha querida orientadora, pelo grandioso ensinamento que me deste. Obrigada pela compreensão e flexibilidade nos dias de orientação, me recebendo por vezes em sua casa e me acolhendo como uma mãe.

Aos integrantes da banca examinadora pelo aceite do convite e pelas considerações dadas ao meu estudo, podendo contribuir para o meu crescimento profissional.

Ao Dr. Aldivan Dias de Oliveira Júnior, meu coordenador, pela flexibilidade e compreensão nos dias em que precisei me ausentar no trabalho.

Aos meus amigos Kelvyn Prudêncio e Marissol Barbosa, pelo apoio, conversas e lutas partilhadas. Sou grata especialmente à minha grande amiga Vanelly Rocha que me auxiliou na coleta de dados dessa pesquisa e que esteve bem de perto nos últimos momentos da dissertação, compartilhando as dificuldades e também as alegrias de cada etapa conquistada.

Aos cuidadores participantes da pesquisa, por sua disponibilidade, compreensão, paciência e atenção ao participar da entrevista realizada e contribuir de forma essencial para este estudo.

À Universidade Federal do Ceará por disponibilizar o Curso de Mestrado e contribuir para meu crescimento profissional e à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pela bolsa de Mestrado a mim ofertada.

“A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa”.  
(Paulo Freire)

## RESUMO

O Alzheimer ocasiona perda de autonomia e independência no idoso, fazendo com que ele necessite de assistência direta de cuidadores. No contexto familiar, é preciso que o cuidador informal busque, compreenda e compartilhe as informações acerca do cuidado ao idoso. Acredita-se que quanto maior a Alfabetização em Saúde do cuidador informal do idoso com Alzheimer, melhor será a assistência prestada por ele. Objetivou-se avaliar a Alfabetização em Saúde de cuidadores informais de idosos com Alzheimer. Estudo instantâneo, de abordagem qualitativa, realizado com 42 cuidadores informais de idosos com Alzheimer do Ambulatório do Centro de Atenção ao Idoso em Fortaleza. Os cuidadores foram selecionados intencionalmente e por conveniência. Os critérios de inclusão foram: ser cuidador informal de idoso com Alzheimer cadastrado no ambulatório; ser o responsável principal pelo cuidado; estar acompanhando a pessoa idosa em algum atendimento. Para coleta de dados utilizou-se o questionário sociodemográfico do cuidador e do cuidado ao idoso e o instrumento *Health Literacy*. A análise dos dados quantitativos deu-se através do *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. Para o tratamento dos dados qualitativos utilizou-se o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* versão 0.6 e a análise qualitativa de conteúdo proposta por Mayring. Os níveis de Alfabetização em Saúde foram analisados tendo-se como referência a classificação da Organização Mundial de Saúde. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com parecer nº 1.457.063. Os cuidadores foram em sua maioria mulheres, com sobrecarga de trabalho, déficit de conhecimento e sem suporte social de apoio. Quanto à classificação da Alfabetização em Saúde houve prevalência dos níveis funcional e conceitual. Os cuidadores buscaram informações sobre os cuidados com os medicamentos do idoso nos serviços de saúde. No que concerne à compreensão das informações recebidas, apesar de relatarem compreenderem-nas, alguns cuidadores permaneceram com dúvidas. A família foi o principal meio de compartilhamento das informações recebidas pelos cuidadores. A participação em grupo de apoio foi um recurso favorável ao cuidador. Nessa perspectiva, faz-se necessário que o enfermeiro forneça suporte ao cuidador informal do idoso com Alzheimer, estimulando-o a participar do grupo de apoio, de reuniões educativas e cursos de capacitação ao cuidador ofertados pelo serviço.

**Palavras-chave:** Alfabetização em Saúde. Cuidadores. Idoso. Doença de Alzheimer. Enfermagem.

## ABSTRACT

Alzheimer's brings on loss of autonomy and independence in the elderly, causing it to need direct assistance from caregivers. In the family context, the informal caregiver needs to seek, understand and share information about elder care. It is believed that the higher Health Literacy of the caregiver on care for the elderly with Alzheimer's, the better the quality of life of this. The aim is to evaluate the Health Literacy of informal caregivers of elderly people with Alzheimer's disease. Instant study, qualitative approach, was carried out with 42 informal caregivers of elderly people with Alzheimer's in the Ambulatory of the Centre for Elderly Care in Fortaleza. Caregivers were selected intentionally and for convenience. Inclusion criteria were: being an informal caregiver of the elderly with Alzheimer's and enrolled in the outpatient clinic; be the primary responsible for the care; be accompanying the elderly person in some care. The sociodemographic questionnaire of the caregiver and elderly care and the Health Literacy instrument were used for data collection. The analysis was done through the Statistical Package for Social Sciences program version 20.0 of the software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* version 0.6 and the qualitative content analysis proposed by Mayring. The levels of Health Literacy were analysed taking as reference to the World Health Organization classification. The research was approved by the Research Ethics Committee from the Federal University of Ceará, under the number of opinion 1,457,063. The caregivers were mostly women with work overload, lack of knowledge and no support social support. Regarding the classification of Literacy in Health, there was a prevalence of functional and conceptual levels. Caregivers sought information about elderly care in the health services. Regarding the understanding of the information received, although they report understanding, some caregivers remained in doubt. The family was the main means of sharing the information received by caregivers. Participation in a support group was a resource that was favourable to the caregiver. From this perspective, it is necessary for the nurse to provide support to the informal caregiver of the elderly with Alzheimer's, encouraging them to participate in the support group, educational meetings and training courses for the caregiver offered by the service.

**Keywords:** Health literacy. Caregivers. Elderly. Alzheimer's disease. Nursing.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Categorias sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	37
Quadro 2 –	Níveis de Alfabetização em Saúde de cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	38
Quadro 3 –	Categorias sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	46
Quadro 4 –	Categorias das falas dos cuidadores sobre o cuidado ao idoso com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	49
Quadro 5 –	Categorias das falas dos cuidadores sobre o cuidado ao idoso com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	51
Quadro 6 –	Categorias sobre as dúvidas dos cuidadores acerca das atividades desempenhadas por eles. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	54
Quadro 7 –	Categorias da primeira busca por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	57
Quadro 8 –	Categorias das demais buscas por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	59
Quadro 9 –	Categorias acerca da confiança dos cuidadores de idosos com Alzheimer nas informações recebidas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016....	61
Quadro 10 –	Categorias sobre temas de conhecimento que consideram importantes para os cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	63
Quadro 11 –	Categorias acerca das repercussões das informações em saúde adquiridas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	66
Quadro 12 –	Categorias acerca das repercussões das informações em saúde adquiridas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	68
Quadro 13 –	Níveis de Alfabetização em Saúde de cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	69

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Análise de similitude sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	35
Figura 2 –	Nuvem de palavras sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	36
Figura 3 –	Análise de similitude sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	45
Figura 4 –	Nuvem de palavras sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	46
Figura 5 –	Análise de similitude sobre o pensamento dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do cuidado à saúde do idoso. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	48
Figura 6 –	Nuvem de palavras sobre o pensamento dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do cuidado à saúde do idoso. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	48
Figura 7 –	Análise de similitude sobre o significado do cuidado ao idoso com Alzheimer para os cuidadores. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	50
Figura 8 –	Nuvem de palavras sobre o significado do cuidado ao idoso com Alzheimer para os cuidadores. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	51
Figura 9 –	Análise de similitude sobre as dúvidas dos cuidadores acerca das atividades desempenhadas por eles. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	53
Figura 10 –	Nuvem de palavras sobre as dúvidas dos cuidadores acerca das atividades desempenhadas por eles. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	54
Figura 11 –	Análise de similitude sobre a primeira busca por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	56
Figura 12 –	Nuvem de palavras sobre a primeira busca por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016	56

Figura 13 –	Análise de similitude sobre outras buscas por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016	58
Figura 14 –	Nuvem de palavras sobre outras buscas por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016	59
Figura 15 –	Análise de similitude sobre a justificativa da escolha da fonte mais confiável para o cuidador do idoso com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	60
Figura 16 –	Nuvem de palavras sobre a justificativa da escolha da fonte mais confiável para o cuidador do idoso com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	61
Figura 17 –	Análise de similitude sobre temas de conhecimento que consideram importantes para os cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	62
Figura 18 –	Nuvem de palavras sobre temas de conhecimento que consideram importantes para os cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	63
Figura 19 –	Análise de similitude acerca das repercussões das informações em saúde adquiridas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	65
Figura 20 –	Nuvem de palavras acerca das repercussões das informações em saúde adquiridas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	65
Figura 21 –	Análise de similitude acerca das repercussões da participação em grupo de cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	67
Figura 22 –	Nuvem de palavras acerca das repercussões das informações em saúde adquiridas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização sociodemográfica de cuidadores de idosos com Alzheimer, n=42. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	40
Tabela 2 –	Caracterização do cuidado ao idoso com Alzheimer, n=42. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	42
Tabela 3 –	Associação entre o tempo de diagnóstico, atividades de cuidado e o tempo de cuidado. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	44
Tabela 4 –	Associação entre ter curso para cuidador e a quantidade de dias que cuida do idoso com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DA	Doença de Alzheimer
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LS	Letramento em Saúde
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SCiELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
Scopus	<i>SciVerse Scopus</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T.C.L.E.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Doença de Alzheimer e suas implicações no cuidado familiar ao idoso.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>Influência da Alfabetização em Saúde na qualidade do cuidado prestado pelos cuidadores de idosos com Alzheimer.....</b>	<b>24</b>
<b>3.3</b>	<b>Atuação do enfermeiro no apoio ao cuidador informal do idoso com Alzheimer.....</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo do Estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário do Estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>4.3</b>	<b>Sujeitos da Pesquisa.....</b>	<b>32</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados.....</b>	<b>33</b>
<b>4.5</b>	<b>Descrição e Análise dos dados.....</b>	<b>34</b>
<b>4.5.1</b>	<b><i>Dados quantitativos.....</i></b>	<b>34</b>
<b>4.5.2</b>	<b><i>Dados qualitativos.....</i></b>	<b>34</b>
<b>4.5.3</b>	<b><i>Análise da Alfabetização em Saúde.....</i></b>	<b>37</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos e Legais.....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>5.1</b>	<b>Dados sociodemográficos e relacionados ao cuidado do Idoso.....</b>	<b>40</b>
<b>5.2</b>	<b>Alfabetização em Saúde.....</b>	<b>45</b>
<b>5.2.1</b>	<b><i>Envelhecimento Saudável.....</i></b>	<b>45</b>
<b>5.2.2</b>	<b><i>Cuidado da Saúde do Idoso.....</i></b>	<b>47</b>
<b>5.2.3</b>	<b><i>Cuidar do idoso com Alzheimer.....</i></b>	<b>50</b>
<b>5.2.4</b>	<b><i>Dúvidas acerca das atividades desempenhadas.....</i></b>	<b>53</b>
<b>5.2.5</b>	<b><i>Primeira busca por Informações em Saúde.....</i></b>	<b>55</b>
<b>5.2.6</b>	<b><i>Demais buscas por Informações em Saúde.....</i></b>	<b>58</b>

5.2.7	<i>Confiança nas informações recebidas.....</i>	60
5.2.8	<i>Relevância de temas de conhecimento para cuidadores de idosos.....</i>	62
5.2.9	<i>Repercussões das Informações em Saúde.....</i>	64
5.2.10	<i>Repercussões da participação em Grupo de Cuidadores.....</i>	66
5.2.11	<i>Níveis de Alfabetização em Saúde.....</i>	68
6	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	74
7	<b>CONCLUSÕES.....</b>	78
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	80
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E RELACIONADOS AO CUIDADO DO IDOSO.....</b>	87
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.).....</b>	88
	<b>ANEXO A – HEALTH LITERACY TRADUZIDO E ADAPTADO PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL.....</b>	89
	<b>ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	92
	<b>ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO HEALTH LITERACY.....</b>	95

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema saúde do idoso iniciou-se a partir da inserção da pesquisadora durante a graduação, na organização e desenvolvimento de atividades educativas com cuidadores familiares de uma comunidade que eram responsáveis pelo cuidado prestado constantemente ao idoso. Nesta atividade acadêmica, ouviu-se relatos de familiares sobre dúvidas, desconhecimento e insegurança acerca do cuidado ao idoso no ambiente familiar.

Esse fato torna-se mais relevante considerando que o envelhecimento populacional vem ocorrendo mundialmente, pois uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais. Estima-se para 2050 o crescimento de um idoso para cada cinco pessoas. Dos 15 países com mais de dez milhões de idosos, sete estão em desenvolvimento, a longevidade está sendo alcançada mais rapidamente nesses países (BRASIL, 2012).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) faz uma estimativa de que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao número de idosos, apresentando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e, em 2055, a participação de idosos na população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos. Ressalta-se que, em países em desenvolvimento como o Brasil, considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Um país é classificado como em envelhecimento quando as pessoas idosas se tornam uma parcela proporcionalmente maior da população total (BRASIL, 2012). O advento da transição demográfica associado ao aumento da expectativa de vida e ao aumento do número de pessoas idosas modificam o perfil epidemiológico. Esse evento, que acontece também no Brasil, é consequência da redução de indicadores de natalidade e mortalidade infantil, da melhoria da qualidade de vida e dos avanços na nutrição, nas condições sanitárias e na saúde (MENDES, 2011).

Com o número e a proporção de idosos aumentando mais rapidamente que qualquer outra faixa etária, surgem preocupações sobre a capacidade da sociedade e das famílias em lidar com os desafios associados a essa evolução demográfica. Principalmente porque a dependência dessas pessoas para o desempenho de suas Atividades de Vida Diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os idosos com 90 anos ou mais (BRASIL, 2007). Além disso, os idosos têm como peculiaridade a manifestação das doenças crônico-degenerativas, o que pode levá-los à incapacidades e/ou dependência total, resultando em maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde (BRUM *et al.*, 2013; MENDES, 2011).



O processo de envelhecimento acarreta perdas funcionais à pessoa. A situação complica-se quando ocorre a perda da saúde e da independência, exigindo cuidados especiais e, conseqüentemente, conhecimento do cuidador acerca das especificidades da pessoa idosa. Assim, acredita-se que quanto maior a qualificação e entendimento do cuidador sobre as peculiaridades do idoso, melhor o cuidado desempenhado por ele (BLISS *et al.*, 2013).

A doença crônica é um dos principais problemas agravados na população idosa, causando limitações nas atividades de cuidados pessoais em 49% dos idosos e dependência em 27% deles. Dentre as síndromes crônicas que acometem os idosos, atualmente a demência é o maior problema de saúde pública. Fator justificado pela alta prevalência da doença e por ser a causa mais importante de incapacidade e mortalidade. Estima-se que ela está presente em 7% dos indivíduos acima de 65 anos e 30% acima de 80 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Dentre as demências que acometem os idosos, a Doença de Alzheimer (DA) é a mais prevalente delas. Hoje, 54% dos idosos com demências têm Alzheimer e os casos dessa doença aumentam gradativamente. Em 2010, um milhão de idosos no Brasil tinham Alzheimer. Estima-se que em 2020 serão 1,6 milhão. No Sistema Único de Saúde (SUS), somente o Alzheimer, gerou 38,13 milhões de atendimentos ambulatoriais no ano de 2015 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2016).

A DA é uma síndrome neurodegenerativa, que se caracteriza por prejuízo das funções neuropsiquiátricas e cognitivas com manifestações de alterações de comportamento e de personalidade, prejudicando a autonomia e independência da pessoa idosa (MATOS; DECESARO, 2012; SILVA *et al.*, 2013).

Tendo em vista o comprometimento da autonomia e independência causado pelo Alzheimer, e, conseqüentemente, o aparecimento de incapacidades, fragilidades e dependências, faz-se necessário um cuidado diferenciado, realizado por cuidadores de idosos que atendam às demandas relacionadas às dependências física, cognitiva, social, emocional e psicológica (BORGES *et al.*, 2015).

O cuidador de idosos pode ser classificado como informal ou formal. O primeiro é, geralmente, um familiar ou uma pessoa próxima, o segundo é um indivíduo preparado em instituição de ensino contratado pela família ou pelo próprio idoso. Ambos auxiliam na realização das atividades de vida diária do idoso (BRASIL, 2008).

Na maioria das vezes, o cuidado é assumido pela família, uma vez que o custo para manter um cuidador formal é muito alto, considerando que deve exercer trabalho remunerado (BORGES *et al.*, 2015). Assim, a família constitui-se na principal entidade

cuidadora de idosos dependentes, uma tarefa que exige preparo adequado para lidar com a pessoa. Entretanto, na maioria das vezes, são pessoas não qualificadas, que acabam por assumir o papel de prestador de cuidados pela disponibilidade, instinto ou vontade (MORAES, 2012). Ademais, podem apresentar dificuldades para compreender as mudanças e a progressão das demências. Essas dificuldades podem ser maiores à medida que a doença avança, visto que a situação se agrava e os cuidados tornam-se mais complexos (LENARDT *et al.*, 2010).

No Brasil, os cuidadores de idosos tem alto índice de analfabetismo (MORAES, 2012). E, no que concerne à Doença de Alzheimer, o conhecimento dos cuidadores é limitado, podendo dificultar o planejamento dos cuidados ao idoso. Na maioria das vezes, o cuidado desempenhado é advindo do senso comum (LENARDT *et al.*, 2010).

Nesse estudo, considera-se importante utilizar a Alfabetização em Saúde como referencial teórico para avaliar o grau educacional dos cuidadores, aptos para obter, compreender e partilhar informações em saúde, a fim de auxiliá-los na tomada de decisão sobre o cuidado ao idoso com Alzheimer, na prevenção de doenças, na promoção da saúde e na manutenção ou melhoria da qualidade de vida. Nesses termos, entende-se como Alfabetização em Saúde o conceito que descreve as habilidades de busca da informação, compreensão, avaliação, uso, compartilhamento e tomada de decisão do cuidador acerca dos processos e procedimentos de atenção à saúde do idoso (SORENSEN *et al.*, 2012).

Assim, as pessoas atuam como protagonista do processo de Alfabetização em Saúde e não como receptores passivos das informações (PASKULIN *et al.*, 2011).

Os estudos sobre Alfabetização em Saúde têm crescido a nível mundial, principalmente as pesquisas acerca da relação entre a Alfabetização em Saúde das pessoas e a capacidade para gerir adequadamente sua saúde, uma vez que uma inadequada Alfabetização em Saúde está associada a cuidados de saúde de baixa qualidade e custo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Entretanto, no Brasil, ainda são poucos os estudos que evidenciam o nível de Alfabetização em Saúde e como esse resultado está afetando os cuidados em saúde da população brasileira (PASSAMAI *et al.*, 2011).

Quanto maior a habilidade e conhecimento para cuidar do idoso com Alzheimer, maior a qualidade de vida do idoso. Entretanto, não é suficiente conhecer apenas se o indivíduo sabe ler ou escrever, mas também conhecer qual o seu nível de Alfabetização em Saúde. Principalmente, porque os idosos muitas vezes têm inadequada Alfabetização em Saúde, o que sugere a necessidade ainda maior de que seus cuidadores tenham esse nível de conhecimento (LINDQUIST *et al.*, 2010).

Estudos revelaram cuidadores com inadequada Alfabetização em Saúde acerca do controle glicêmico de idosos diabéticos e do cuidado ao idoso com insuficiência cardíaca, principalmente aqueles com maior idade e menos anos de estudo, ressaltando, ainda, a importância de avaliá-la (LEVIN *et al.*, 2014; SAMPAIO *et al.*, 2015). A inadequada Alfabetização em Saúde tem implicações importantes para os resultados de saúde, como o desempenho de cuidados menos qualificados (BLISS *et al.*, 2013) e, ainda, o aumento das internações e da mortalidade (DEWALT *et al.*, 2004; PETERSON *et al.*, 2011). Fator que fortalece a necessidade de avaliação da Alfabetização em Saúde de cuidadores informais no domicílio e, principalmente, de apontar as demandas que requeiram intervenções.

Pouco se sabe sobre a Alfabetização em Saúde do cuidador, a sua associação com a Alfabetização em Saúde do idoso, e seu efeito potencial sobre a habilidade em usar os serviços de saúde de forma eficaz para o cuidado da pessoa idosa (GARCIA *et al.*, 2013). Além disso, poucos estudos examinaram a Alfabetização em Saúde de cuidadores (BLISS *et al.*, 2013).

Em busca às bases de dados no período de 2005 a 2015, observaram-se reduzidas produções científicas acerca da Alfabetização em Saúde de cuidadores de idosos. A pesquisa se deu através do cruzamento dos seguintes descritores: Health literacy; Caregivers; Aged.

Após o cruzamento dos descritores nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Scientific Electronic Library Online* (SCiELO) não foram encontradas publicações. Na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) estiveram disponíveis 103 artigos científicos, destes, apenas oito abordavam a temática em estudo. Na base de dados *SciVerse Scopus* (Scopus) foram encontrados 124 artigos e selecionados cinco. Essas publicações foram selecionadas após leitura dos títulos e resumos e, após, exclusão dos artigos repetidos, restaram apenas oito estudos para análise.

Essas pesquisas abordaram a Alfabetização em Saúde do cuidador do idoso em diferentes temáticas: Manejo da insuficiência cardíaca (LEVIN *et al.*, 2014); Cuidados com câncer (BEVAN; PECCHIONI, 2008; SPARKS; NUSSBAUM, 2008); Conceito de Alfabetização em Saúde para cuidadores, idosos e profissionais da saúde (SALTER *et al.*, 2014); Leitura e numeramento acerca dos cuidados com a medicação dos idosos (ERICKSON; LEROY, 2015; GARCIA *et al.*, 2013; LINDQUIST *et al.*, 2010); Incontinência urinária e os cuidados com a pele (BLISS *et al.*, 2013).

Observa-se que apenas um artigo (BLISS *et al.*, 2013) abordou a Alfabetização em Saúde de cuidadores informais de idosos com Alzheimer, logo, trata-se de uma temática

de grande relevância. Dessa forma esse estudo faz a seguinte indagação: Como os cuidadores informais de idosos com DA buscam, compreendem e compartilham informações acerca dos cuidados com a saúde da pessoa idosa?

O número crescente de indivíduos com Alzheimer que necessitam de assistência para desempenhar as AVD (BLISS *et al.*, 2013) ilustra a necessidade de mais estudos sobre a Alfabetização em Saúde do cuidador informal do idoso com Alzheimer. Ressalta-se, ainda, o impacto direto na prática desses cuidadores, pois a avaliação da Alfabetização em Saúde permitirá ao enfermeiro conhecer os fatores que podem interferir na compreensão do processo terapêutico para, posteriormente, intervir de acordo com características próprias de cada um dos cuidadores.

O enfermeiro exerce papel fundamental na prestação de serviço e assistência ao idoso e seu cuidador, levando em conta a necessidade premente de oferecer suporte na tarefa de cuidar realizada no domicílio, visando à acessibilidade de conhecimentos dos cuidadores (BORGES *et al.*, 2015).

O crescente envelhecimento populacional ilustra a necessidade de se conhecer a evolução do processo saúde-doença do idoso e as circunstâncias nas quais os cuidados são dispensados. Entende-se que esse estudo é relevante para a prática do enfermeiro por possibilitar conhecer as necessidades dos cuidadores de idosos com Alzheimer e como esses cuidadores buscam, compreendem e compartilham as informações em saúde. A partir disso, o enfermeiro poderá adequar as condutas e adaptar as orientações de acordo com as especificidades de cada cuidador e idoso.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a Alfabetização em Saúde de cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer (DA).

### **2.2 Objetivos Específicos**

Conhecer o conteúdo e as fontes das informações em saúde obtidas pelos cuidadores informais sobre o cuidado ao idoso com DA.

Analisar a compreensão dos cuidadores informais acerca das informações em saúde para tomada de decisões sobre o cuidado do idoso com DA.

Verificar o compartilhamento e a repercussão das informações em saúde obtidas pelos cuidadores informais na atenção à saúde do idoso com DA.

Caracterizar o trabalho dos cuidadores de idosos em relação ao tempo de diagnóstico da DA e de cuidado ao idoso, às atividades que realiza e à formação para o cuidar.

Identificar o nível de Alfabetização em Saúde dos cuidadores de idosos com DA.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Nessa sessão do estudo buscou-se apresentar informações acerca da Doença de Alzheimer e suas implicações para o cuidado familiar ao idoso. Procurou-se demonstrar a relação entre conhecimento e habilidades necessárias do cuidador do idoso para assegurar uma atenção à saúde de melhor qualidade.

A Alfabetização em Saúde e suas implicações para a saúde apresenta estudos que demonstram a relação entre conhecimento e habilidade do cuidador e a qualidade do cuidado desempenhado.

#### **3.1 Doença de Alzheimer e suas implicações no cuidado familiar ao idoso**

Com o processo de envelhecimento populacional, o Brasil vem se organizando para responder às crescentes demandas de saúde das pessoas idosas. Para isso foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) que tem como objetivo assegurar os direitos sociais ao idoso, criando condições para recuperar, manter e promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando, assim, o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 2006).

Ademais, o Estatuto do Idoso assegura, em seu artigo 15, a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

No que concerne as alterações que ocorrem na população idosa, o principal problema evidenciado é a perda de sua capacidade funcional. Entende-se por capacidade funcional as habilidades físicas e mentais necessárias para realização de AVD e instrumentais da vida diária. Idosos que apresentam dificuldade para realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) – preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva – são considerados pessoas com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecem atenção específica dos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior frequência (BRASIL, 2006).

A perda da capacidade funcional é a principal consequência das demências. No mundo, um caso de demência é diagnosticado a cada três segundos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2016). As demências são classificadas como reversíveis e

irreversíveis e dentre as demências irreversíveis mais comuns, tem-se: Demência Vascular, Demências dos corpúsculos de Lewy, Doença de Pick e DA, sendo esta última a causa mais prevalente de demência (BRASIL, 2007).

Sabe-se que na DA ocorrem alterações cerebrais como a formação de placas neuríticas e novos neurofibrilares, caracterizados por alterações extracelulares com acumulação da proteína beta-amiloide e a redução do número de neurônios, causando diminuição das sinapses nervosas e redução progressiva do volume cerebral (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2016; FREITAS, 2015).

O Alzheimer caracteriza-se por seu início lento e por perdas graduais das funções cognitivas e alterações comportamentais. As manifestações iniciais incluem o comprometimento da memória, pensamento e raciocínio. Com a progressão da doença, o idoso apresenta perda das demais funções do corpo, tornando-se dependente de cuidados para realização de atividades cotidianas (MATOS; DECESARO, 2012).

O avanço do Alzheimer é medido em três fases, que por sua vez são determinadas pelo nível de perda funcional: leve, moderada e grave (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2016).

Na fase leve, podem ocorrer alterações como perda de memória a curto prazo, dificuldade para lembrar palavras, desorientação no tempo e no espaço, dificuldade para tomar decisões, perda de iniciativa e de motivação, sinais de depressão, agressividade, diminuição do interesse por atividades e lazer. Na fase moderada, acrescentam-se as dificuldades para realização das AVD e AIVD e o prejuízo da memória a longo prazo. Nessa fase, ainda, tem-se os sintomas que são conhecidos como os 3 “A” da doença: afasia (alteração ou perda da capacidade de falar ou de compreender a linguagem falada e/ou escrita), agnosia (dificuldade na nomeação de objetos e na forma de expressar ideias e palavras) e apraxia (incapacidade de executar movimentos voluntários coordenados). Na fase grave, tem-se o prejuízo gravíssimo da memória e a progressão do comprometimento das atividades básicas de vida diária (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2016; XIMENES, 2014).

Um estudo realizado com idosos e seus cuidadores afirmou que para os cuidadores os fatores mais afetados no idoso com demência eram: memória, humor, disposição, saúde física e capacidade para executar tarefas e atividades de lazer (BORGHI *et al.*, 2011).

Há uma forte correlação entre a fase demencial e a capacidade de executar as AVD, pois a capacidade funcional do idoso é afetada conforme a progressão da doença.

Entretanto, uma pesquisa desenvolvida com idosos evidenciou dependência em todos os estágios da doença (TALMELLI *et al.*, 2013). Logo, acredita-se que mesmo no grau mais leve da doença, o desempenho dessas atividades é comprometido (LIU *et al.*, 2007).

Vale ressaltar que idosos com Alzheimer apresentam, na maioria das vezes, grau de dependência II e III. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005, os graus de dependência do idoso são classificados em grau I, II e III que são, respectivamente: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

Devido ao rápido declínio funcional e, conseqüentemente, perda gradual da autonomia e da independência, as atividades diárias realizadas pelo idoso ficam comprometidas, e ele passa a necessitar, gradativamente, da ajuda de terceiros para executá-las, exigindo dessa pessoa uma assistência prestada com muito mais dedicação (ALMEIDA *et al.*, 2014; LINDOLPHO *et al.*, 2013).

A responsabilidade do cuidador do idoso aumenta concomitantemente à progressão da demência. No início, o cuidador se responsabiliza pelas AIVD do idoso. Entretanto, à medida que a doença progride, o cuidado passa a ser mais intenso, necessitando de auxílio constante em cuidados mais básicos e que se tornam cada vez mais complexos, como higiene pessoal, alimentação e medicação (ALMEIDA *et al.*, 2014; SANTOS; BORGES, 2015).

A maior carga de responsabilidade desse cuidado ao idoso com Alzheimer recai sobre os familiares, especialmente sobre a mulher (esposa, filha e nora), que sem preparo anterior, se vê transformada em cuidadora da pessoa idosa (LINDOLPHO *et al.*, 2013; OLIVEIRA; CALDANA, 2012). Na maioria dos casos, um único membro familiar assume quase todo o trabalho diário com o idoso, sendo chamado de cuidador principal. A escolha desse cuidador se dá por critérios como vontade própria de assumir a responsabilidade pelo cuidado diário, disponibilidade de horários, insistência de outros membros da família ou mesmo por falta de opção (BULLA *et al.*, 2009). Assim, o papel desse cuidador é suprir as necessidades desta pessoa durante o período de doença ou incapacidade, tendo como objetivo principal assegurar o conforto físico e segurança do doente (ILHA *et al.*, 2014).

Em geral, o cuidador familiar presta cuidados sem fins lucrativos à pessoa idosa dependente, isto é, com limitações físicas ou mentais. Sua função é acompanhar e auxiliar o



idoso a se cuidar, ajudando ou desempenhando por ele somente as atividades que ele não consegue realizar sozinho, dentre elas: atividades domésticas e de vida diária (cozinhar, lavar, limpar); locomoção dentro e fora de sua casa (acompanhar ao médico, ir à igreja, fazer um passeio); higiene e cuidados pessoais (pentear, tomar banho, etc.); estimular e ajudar na alimentação; realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto; administração do dinheiro e bens; administração de medicamentos; proporcionar conforto e tranquilizar a pessoa idosa em situações de crise; estimular atividades de lazer; comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada; e auxiliar na comunicação com os outros (BORN, 2008; BRASIL, 2008; BRASIL, 2007).

O cuidado consecutivo e rotineiro ao idoso com Alzheimer exige do cuidador familiar habilidade, dedicação, compreensão e, principalmente, o exercício da paciência (GARCES *et al.*, 2012; SALES *et al.*, 2011). Cuidado significa serviço, atenção, precaução, dedicação, carinho e responsabilidade. Cuidar é perceber a pessoa cuidada como ela é, especialmente, sua limitação (BRASIL, 2008).

Destarte, a partir da literatura apresentada, observa-se que o papel do cuidador abrange uma perspectiva mais ampla do cuidado, pois ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias do idoso enfermo, acamado ou em situação de risco ou fragilidade. Percebendo isso, o cuidador tem maiores possibilidades de assistir de forma individualizada, levando em consideração as particularidades e necessidades do idoso.

### **3.2 Influência da Alfabetização em Saúde na qualidade do cuidado prestado pelos cuidadores de idosos com Alzheimer**

Idosos com Alzheimer necessitam de cuidados especializados, pois se trata de uma doença devastadora que impede uma vida autônoma e torna o idoso dependente das outras pessoas. Para realizar este cuidado, a pessoa deve ter suporte emocional e obter informações suficientes acerca da doença e tratamento, pois o Alzheimer é caracterizado por estágios que apresentam particularidades e necessitam de conhecimento e habilidades por parte do cuidador (BORN, 2008; BRUM *et al.*, 2013). Entretanto, este é geralmente uma pessoa leiga que assume funções para as quais, na maioria das vezes, não está preparado (BRASIL, 2008).

O ato de cuidar de uma pessoa idosa não significa que o cuidador possui conhecimentos básicos e indispensáveis de como realizar essa tarefa. Muitos familiares têm conhecimento limitado acerca do Alzheimer e das técnicas básicas de cuidado, o que acaba

dificultando o desempenho do cuidado ao idoso. Assim, a assistência prestada passa a ser baseada num conjunto de opiniões, impostas muitas vezes pela intuição, advindas do senso comum e em grande parte adquiridas também por meio da mídia (ALMEIDA *et al.*, 2014).

Em estudo acerca da autopercepção do cuidador sobre o conhecimento da demência do idoso, 8,9% dos cuidadores disseram ter pouco e insuficiente conhecimento para cuidar. Ademais, apenas 19,1% deles participaram de um curso formal em relação às instruções de cuidado à pessoa idosa (GRATAO *et al.*, 2010). Esses estudos demonstram a necessidade de que o cuidador seja capacitado para desempenhar tal papel. A formação do cuidador promoverá condições de exercer o cuidado com maior segurança, favorecendo, assim, a melhoria da qualidade de vida do idoso.

A Alfabetização em Saúde surgiu na literatura pela primeira vez em 1974, sendo relacionada à educação em saúde e à importância de desenvolver padrões mínimos para a Alfabetização em Saúde no ambiente escolar. No entanto, ela não foi totalmente aceita até aproximadamente duas décadas depois (BAKER *et al.*, 1997; KICKBUSCH, 1997), sendo, posteriormente, abordada no glossário de promoção da saúde como resultado da atividade de educação em saúde (NUTBEAM, 1998; NUTBEAM, 2000).

A partir de então essa temática começou a ser pesquisada e discutida por estudiosos que acreditavam que a Alfabetização em Saúde afetava diretamente a capacidade do indivíduo de agir a partir do conhecimento das informações de saúde, mobilização nos sistemas e serviços e exercer maior controle sobre sua saúde (KANJ; MITIC, 2009).

A OMS acredita que os cuidados de saúde de pior qualidade e custo estão associados a uma inadequada Alfabetização em Saúde, interferindo na adoção de comportamentos de saúde eficazes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Estima-se que, nos países desenvolvidos, 15 a 26% dos adultos tenham inadequada Alfabetização em Saúde. Um em cada cinco adultos no Reino Unido tiveram uma alfabetização menor do que a esperada para uma criança de 11 anos de idade. Nos Estados Unidos, mais de 40% dos adultos foram incapazes de ler textos complexos e apresentaram maior risco de consequências graves pela baixa alfabetização (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDIG, 2004). Destarte, economistas estimam que as consequências da inadequada Alfabetização em Saúde elevam os custos anuais dos Estados Unidos de 106.000.000.000 para 238.000.000.000 dólares (VERNON *et al.*, 2007). Portanto, desenvolver pesquisas acerca dessa temática tem sido uma preocupação mundial.

A inadequada Alfabetização em Saúde tem sido associada a múltiplos resultados negativos como: má utilização de cuidados preventivos, pior autogestão de doenças crônicas,

maior utilização dos serviços de saúde, incluindo cuidados de emergência, aumento de internações, diminuição da probabilidade de receber exames preventivos e vacinas, diminuição da capacidade de tomar medicamentos conforme a prescrição, maior dificuldade em interpretar informações de saúde e até mesmo o aumento da mortalidade (DEWALT *et al.*, 2004; BAKER *et al.*, 2007; PERSELL *et al.*, 2007; PETERSON *et al.*, 2011; BERKMAN *et al.*, 2011; WU *et al.*, 2013).

Uma pesquisa comparou a Alfabetização em Saúde do idoso e de seu cuidador e revelou que 31% dos cuidadores tiveram inadequada Alfabetização em Saúde, comprometendo a busca pelos serviços de apoio ao cuidado da pessoa idosa (GARCIA *et al.*, 2013). Outro estudo também obteve cuidadores de idosos com insuficiência cardíaca com leitura (compreensão e manipulação numérica) inadequada dos rótulos de alimentos (LEVIN *et al.*, 2014).

Outro pesquisador encontrou em seu estudo inadequada Alfabetização em Saúde em 35,7% de cuidadores formais, destes, 85,7% desempenhavam tarefas relacionadas ao cuidado com a saúde do idoso como acompanhá-lo ao serviço de saúde e administrar medicamentos. Grande parte deles não foi capaz de seguir as instruções fornecidas acerca do uso de alguns fármacos. E, ainda, tiveram mais erros do que os demais ao relatar a dosagem, a quantidade diária a ser ingerida e a compreensão de quando parar medicamentos de curto prazo (LINDQUIST *et al.*, 2010).

A Alfabetização em Saúde está diretamente relacionada à habilidade para desempenhar, corretamente, as tarefas relacionadas ao cuidado do outro. Especificamente na administração de medicamentos, uma revisão sistemática da literatura mostrou pesquisas que associam inadequada Alfabetização em Saúde à pouca habilidade para interpretar as instruções dos rótulos dos remédios e administrá-los (BERKMAN *et al.*, 2011; DAVIS *et al.*, 2006).

Como os cuidadores são os responsáveis por tomar as decisões acerca do cuidado à saúde da pessoa idosa e por executar tarefas que afetam diretamente o seu estado de saúde, a inadequada Alfabetização em Saúde desses cuidadores pode afetar negativamente os resultados esperados e prejudicar o idoso (GARCIA *et al.*, 2013; LINDQUIST *et al.*, 2010). Atenta-se, ainda, para a gama de atividades que esses familiares realizam na prestação do cuidado, principalmente no que diz respeito ao preparo e à administração de medicamentos e alimentos.

Um estudo realizado com cuidadores de pessoas com Alzheimer evidenciou que eles não tinham conhecimento sobre os problemas ou cuidados da pele relacionados com à

incontinência do idoso. Outro problema comum entre eles foi a incerteza de estarem fornecendo um cuidado adequado ao indivíduo com essa doença (BLISS *et al.*, 2013).

Nesse mesmo estudo, os cuidadores tiveram inúmeras necessidades nas áreas do conhecimento, das habilidades e das atitudes sobre incontinência e cuidados com a pele, além de demonstrarem interesse em aumentar seu conhecimento acerca desse tema. Ademais, mesmo quando os cuidadores tinham adequada Alfabetização em Saúde acerca do gerenciamento de incontinência e prevenção de danos na pele, eles não acreditavam nas suas capacidades (BLISS *et al.*, 2013).

Cuidadores familiares fornecem mais cuidados do dia-a-dia do que qualquer outro indivíduo e precisam não só de acesso à informação, mas também ter a capacidade de processar e agir de acordo com ela, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade. Contudo, os cuidadores familiares relatam insegurança e dificuldade para tomar decisões diante de alguns sintomas que o idoso apresenta (LEVIN *et al.*, 2014).

No estudo de Donelan *et al.* (2002) idosos e cuidadores relacionam sua inadequada Alfabetização em Saúde a um problema no sistema de saúde, como a ausência de informações ou auxílio dos profissionais no desenvolvimento de habilidades das pessoas idosas. Ademais, foi evidenciado que 18% dos cuidadores nunca receberam instruções relacionadas com medicação.

Em outro estudo, os cuidadores relataram que os profissionais de saúde não perguntavam diretamente a eles sobre sua compreensão e necessidade de informação, ao mesmo tempo que referiram medo em fazer perguntas a esses profissionais (SALTER *et al.*, 2014).

A falta de compreensão das instruções de saúde é um dos aspectos que afeta diretamente o cuidado desempenhado pelo familiar (SPARKS; NUSSBAUM, 2008). Mesmo tendo participado de atividades educativas sobre leitura de rótulos em um estudo, um número relativamente grande de cuidadores não foi capaz de realizar essa tarefa com sucesso (LEVIN *et al.*, 2014).

Acredita-se que a compreensão dos cuidadores depende da qualidade das informações fornecidas e da interação entre eles e os profissionais (SALTER *et al.*, 2014). Ao compreender as informações em saúde e possuir competências eficazes, uma pessoa é capaz de participar efetivamente na gestão do processo saúde-doença, adotar estratégias e tomar decisões que promovam e mantenham sua saúde (EVANGELISTA *et al.*, 2010). Assim, o ato de compreender as instruções de saúde e desempenhar corretamente os cuidados com a pessoa doente exige do cuidador adequada Alfabetização em Saúde (ERICKSON; LEROY, 2015).

Nesse contexto, é importante que os profissionais estejam atentos para as necessidades do idoso/cuidador e usem ferramentas que melhorem a comunicação e compreensão das informações fornecidas, bem como dos resultados dessa alfabetização (GARCIA *et al.*, 2013).

Acredita-se que a melhoria da Alfabetização em Saúde dos cuidadores pode melhorar a sua comunicação terapêutica com o profissional e aumentar a sua capacidade de cuidado ao idoso (BLISS *et al.*, 2013). Quanto melhor a Alfabetização em Saúde do cuidador maior será a sua capacidade de questionar e até discordar do cuidado prescrito, podendo melhor gerir o seu comportamento relacionado à saúde (SALTER *et al.*, 2014).

Portanto, faz-se necessário que os cuidadores tenham Alfabetização em Saúde adequada para executar as tarefas básicas de cuidado, uma vez que eles frequentemente auxiliam o idoso no seguimento das instruções de saúde e, especialmente, na tomada dos medicamentos (LINDQUIST *et al.*, 2010).

A adequada Alfabetização em Saúde de cuidadores é uma condição necessária para a gestão do cuidado ao idoso. Assim, sugere-se a identificação de cuidadores com inadequada Alfabetização em Saúde através da utilização de instrumentos pertinentes antes mesmo de começarem a prestar assistência. Recomenda-se, também, o desenvolvimento de intervenções educativas para ajudar pessoas com inadequada Alfabetização em Saúde, mas que desejam proporcionar um cuidado qualificado (LINDQUIST *et al.*, 2010).

Nesse contexto, a avaliação da Alfabetização em Saúde dos cuidadores informais por meio da aplicação de instrumentos é uma ferramenta que fornece informações relevantes acerca das suas habilidades para buscar, compreender e compartilhar as informações em saúde para o cuidado ao idoso com Alzheimer.

### **3.3 Atuação do enfermeiro no apoio ao cuidador informal do idoso com Alzheimer**

No que concerne ao apoio ao cuidador do idoso, a PNSI determina que os profissionais de saúde devem dar suporte no cuidado domiciliar, considerando a pessoa do ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentando uma rede de solidariedade para com o idoso e sua família. Esse suporte deverá possibilitar a sistematização das ações de cuidado domiciliar, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada e do seu cuidador, evitando-se, na medida do possível, a hospitalização (BRASIL, 2006).

Oferecer à pessoa idosa e aos seus familiares e cuidadores atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar é fundamental para promover uma assistência mais efetiva e dinâmica, capaz de melhorar a assistência ao idoso e diminuir os custos emocionais da família (BRASIL, 2007).

Nesse ínterim, os profissionais de saúde devem conhecer e compreender a realidade dos familiares de idosos com Alzheimer, para que possam orientar de maneira efetiva, no processo de (re)organização à efetivação do cuidado ao cuidador e ao idoso com a demência (ILHA *et al.*, 2014).

Ressalta-se o apoio do cuidador como uma ação de enfermagem. O enfermeiro é um elemento-chave para oferecer uma assistência integral ao cuidador de idoso com Alzheimer, pois ele é responsável pela sistematização do cuidado e, ainda, é aquele que permanece mais tempo junto ao idoso e seus familiares (ILHA *et al.*, 2014).

É preciso que o enfermeiro proporcione ao cuidador oportunidades de reflexão a partir da problematização de sua realidade, considerando o conhecimento que eles já possuem, oriundo de suas vivências e experiências. Assim, os cuidadores podem se perceber como indivíduos que têm papel relevante no cuidado ao idoso, especialmente na promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos (SANTIAGO; LUZ, 2012).

Estudos no campo da enfermagem sugerem a realização de intervenções e o fornecimento de novas informações de acordo com a necessidade deles, a fim de melhorar os resultados de saúde e a prestação de cuidados (BLISS *et al.*, 2013; MACHADO *et al.*, 2014). Há exemplo de implantação de programas para cuidadores como uma estratégia ampliada de cuidado para que a família seja capaz de enfrentar e conviver melhor com a DA. Outra estratégia citada como relevante é a criação de grupo para cuidadores, um espaço de troca de saberes, que fornece apoio, esclarece dúvidas e dá soluções práticas, além de aliviar a sobrecarga do cuidador, melhora a qualidade de vida deles e o cuidado prestado ao idoso (BRUM *et al.*, 2013; ILHA *et al.*, 2014; LINDOLPHO *et al.*, 2013).

A Educação em Saúde através de grupos de cuidadores permite a troca e a construção de um novo saber, o que favorece a autonomia do sujeito. Ressalta-se a importância do planejamento para que essa atividade educativa seja capaz de construir esse saber democraticamente (SANTIAGO; LUZ, 2012).

Um estudo realizado com cuidadores de idosos com demência apontou que o grupo de orientação a esses cuidadores permitiu a troca de saberes entre os integrantes e os profissionais, aliviando os problemas dos cuidadores e melhorando sua qualidade de vida e o cuidado prestado ao idoso (BRUM *et al.*, 2013).

Após receber orientações de cuidados ao idoso com demência, os cuidadores relataram diversos benefícios, tais como: maior segurança e iniciativa, entendimento e aceitação da situação do idoso e melhoria da forma agir com o indivíduo cuidado (LINDOLPHO *et al.*, 2013). Outra pesquisa mostrou que o grupo de apoio melhorou a dor física dos cuidadores, a vitalidade e a percepção geral deles acerca da saúde (KUO *et al.*, 2013).

Ademais, as atividades educativas de enfermagem ajudaram o cuidador a discutir seus sentimentos e permitiram que ele abandonasse angústias, amenizasse sentimentos negativos e adquirisse novas forças para o cuidado ao idoso com demência (LINDOLPHO *et al.*, 2013). O bem-estar psicológico dos cuidadores e os resultados sociais melhoraram após intervenções do grupo de apoio (BARTFAY; BARTFAY, 2011; KUO *et al.*, 2013).

Nesse contexto, a Alfabetização em Saúde constitui-se numa habilidade individual do cuidador que pode interferir no processo terapêutico (MACHADO *et al.*, 2014). Ao analisá-la em cuidadores de idosos com Alzheimer, o enfermeiro pode fazer inferências sobre a capacidade dos cuidadores para compreender e utilizar corretamente as informações em saúde recebidas e/ou compartilhadas, a fim de alcançar resultados terapêuticos desejados com a participação ativa na tomada de decisões.

Acredita-se que as atitudes do enfermeiro melhoram a Alfabetização em Saúde dos idosos e/ou cuidadores, sendo elas: reconhecer as complexidades do indivíduo e as possíveis barreiras de comunicação; explicar de forma competente o processo da doença e seu tratamento, bem como as implicações sociais; focar nas habilidades comunicativas; incluir o idoso e/ou cuidador em todas as decisões; e incentivar a criação de um ambiente de cuidados de saúde compartilhados (SPARKS; NUSSBAUM, 2008).

Diante disso, é importante que o enfermeiro identifique as dificuldades vivenciadas pelo cuidador, bem como suas necessidades e oriente-o acerca das alterações e progressão da demência, sendo responsável pela capacitação do familiar para o cuidado do idoso, ao mesmo tempo que lhe conceda suporte emocional.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo do Estudo**

Realizou-se um estudo descritivo, com abordagem quanti-qualitativa que se caracterizou pela coleta, descrição e análise de dados de natureza objetiva e subjetiva.

A combinação dos métodos quantitativos e qualitativos caracteriza a triangulação metodológica. Essa combinação dos dois métodos possibilita a compensação complementar das deficiências e dos pontos obscuros de cada método isolado (FLICK, 2009).

Na descrição quantitativa utilizou-se dados objetivos apresentados em frequências das variáveis e associações entre as mesmas e teste estatístico (Teste qui quadrado). A abordagem quantitativa analisa os aspectos estruturais da pesquisa (ALMEIDA FILHOROQUAYROL, 2009).

Na abordagem qualitativa utilizou-se dados das experiências, comportamentos, emoções e sentimentos vividos, e, ainda, as interações sociais dos cuidadores. Destarte, a abordagem qualitativa acredita que a comunicação do pesquisador em campo é parte explícita da produção de conhecimento e que tanto a subjetividade deste como do pesquisado torna-se parte do processo de pesquisa (DENZIN; LINCOLN, 2011).

### **4.2 Cenário do Estudo**

O local selecionado para realização do estudo foi o Ambulatório do Centro de Atenção ao Idoso pertencente ao Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC) no município de Fortaleza.

Nessa unidade de atendimento são oferecidos serviços nas áreas de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Serviço Social, Fonoaudiologia, entre outros.

Essa unidade atua em parceria com o Instituto de Geriatria e Gerontologia do Ceará visando o desenvolvimento de ações de cuidado integral à pessoa idosa e atende idosos encaminhados de diferentes serviços da rede de saúde municipal, realizando cerca de 1.300 consultas ambulatoriais por mês. É referência no atendimento à pessoa idosa, com DA e outros tipos de demência e, atualmente, estão cadastrados 1.738 idosos com diagnóstico de demência no serviço.



A escolha por esse ambulatório deve-se ao fato do serviço incluir na sua missão atividades de ensino, extensão e pesquisa, e apresentar elevado número de idosos com demência.

Na área do ensino, representa um campo de formação acadêmica para estudantes de graduação e pós-graduação em diversas áreas, como: medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia, entre outros.

No que concerne à extensão, projetos são desenvolvidos junto ao ambulatório, tais como: Projeto Bem-Viver, com ações educativas voltadas às pessoas idosas; Projeto de Apoio ao Familiar Cuidador de Pacientes com Demência; Estágio Multidisciplinar em Geriatria e Gerontologia; Programa de Rádio Novas Idades, focalizando aspectos de saúde e qualidade de vida com vistas à promoção da longevidade saudável; e o Projeto de Atenção à Saúde Bucal do Idoso.

Ademais, inúmeros projetos de pesquisa são conduzidos por estudantes de pós-graduação ou por bolsistas de iniciação científica.

#### **4.3 Sujeitos da Pesquisa**

O estudo foi realizado com os cuidadores informais de idosos com Alzheimer do Ambulatório do Centro de Atenção ao Idoso. Eles foram selecionados pela técnica de amostragem intencional e por conveniência, que se refere à seleção das pessoas mais acessíveis ao entrevistador (DENZIN; LINCOLN, 2011). Os cuidadores foram abordados enquanto aguardavam a consulta do idoso que estavam acompanhando.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: ser cuidador informal de idoso diagnosticado com Alzheimer e cadastrado no ambulatório; ser o responsável principal pelo cuidado ao idoso; e estar acompanhando a pessoa idosa em algum atendimento. Foi acatada e respeitada a exclusão de oito cuidadores pelos seguintes motivos: uma cuidadora não conseguiu finalizar a entrevista por intensa emoção; três foram chamados para a consulta do idoso no momento da entrevista e quando retornaram não deram continuidade à mesma devido ao horário agendado do transporte para retorno à residência; quatro cuidadores recusaram dar continuidade a entrevista por relatarem não ter dúvidas sobre o cuidado ao idoso.

A amostra final foi de 42 cuidadores selecionados a partir do acesso aos idosos cadastrados com o diagnóstico de Alzheimer.

A saída do campo de pesquisa também considerou o ponto de saturação da amostragem teórica do estudo. Isso significa que a coleta atingiu uma amostragem de materiais que atendiam aos objetivos do estudo e que nenhum outro dado novo ocorreu na sequência das entrevistas finais. Logo, quando não surgiu mais nada novo, a coleta de dados foi concluída (FLICK, 2009).

A escolha por essa população deveu-se ao fato de que os idosos com Alzheimer perdem sua autonomia e independência, necessitando, assim, de cuidados diretos de outro indivíduo, que, na maioria das vezes, é um cuidador informal.

#### **4.4 Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados**

Foram aplicados dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro foi um questionário construído pela pesquisadora contendo as características sociodemográficas do cuidador, como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça, número de filhos, profissão e ocupação atual, renda familiar e religião. E ainda, os aspectos relacionados ao cuidado do idoso: grau de parentesco, tempo de diagnóstico do idoso, tempo que cuida, horas dispensadas de cuidado, quantidade de dias que cuida, atividades que auxilia, compartilhamento do cuidado com outra pessoa, experiência anterior de cuidado ao idoso, participação em curso formal para cuidador e participação em programa de apoio e orientação ao cuidador (APÊNDICE A).

O outro instrumento utilizado foi o *Health Literacy* (ANEXO A), criado por pesquisadores canadenses (KWAN; FRANKISH; ROOTMA, 2006) e, posteriormente, traduzido e validado para uso no Brasil (PASKULIN *et al.*, 2011).

Na versão brasileira, o instrumento *Health Literacy* analisa a Alfabetização em Saúde de pessoas idosas, ou seja, como elas buscam, compreendem e partilham as informações em saúde. É composto por perguntas fechadas e abertas que partem de uma preocupação em saúde vivenciada pelo participante. As questões fechadas abordam a satisfação e o entendimento dos entrevistados acerca das informações, utilizando uma Escala tipo *Likert*. Enquanto isso, as questões abertas versam sobre o significado de envelhecimento saudável; as fontes de informação utilizadas relacionadas à saúde; a satisfação e confiança nessas informações; a utilidade, o entendimento e a coerência dessas informações; o aprendizado, o compartilhamento e o impacto das informações em saúde recebidas (PASKULIN *et al.*, 2012).

Inicialmente a pesquisadora inseriu-se no campo para conhecer a rotina e dinâmica do serviço. Participou, ainda, de alguns encontros do grupo de educação em saúde para cuidadores de idosos com Demência, a fim de conhecê-los e formar vínculo com eles.

Posteriormente, aos cuidadores que estavam acompanhando o idoso para o atendimento no ambulatório foram apresentados os objetivos do estudo e feito, individualmente, o convite para participar da pesquisa. Os participantes que aceitaram fazer parte do estudo e atenderam aos critérios de inclusão assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) (APÊNDICE B) e responderam às questões dos dois instrumentos de coleta de dados.

Os dados foram coletados entre maio e agosto de 2016, pela própria pesquisadora no local do estudo, num espaço mais afastado das demais pessoas, para facilitar a entrevista. As perguntas fechadas foram registradas na forma escrita, enquanto que para as abertas foi utilizado um gravador de voz portátil, mediante a anuência do cuidador. As anotações foram feitas no diário de campo durante e após a entrevista.

## **4.5 Descrição e Análise dos dados**

### **4.5.1 Dados quantitativos**

A descrição e análise dos dados obedeceram a seguinte ordem de execução:

Os dados quantitativos do questionário sociodemográfico/cuidado e o instrumento *Health Literacy* (perguntas fechadas) foram analisados pelo *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0, onde foi realizado o teste do qui quadrado para independência, considerando estatisticamente significativo os cruzamentos com valores de  $p \leq 0,05$ .

### **4.5.2 Dados qualitativos**

Os dados qualitativos sobre alfabetização em saúde (b1, b2 e b2a) foram analisados com o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) versão 0.6 e com análise qualitativa de conteúdo proposta por Mayring (2000). Os níveis de Alfabetização em Saúde foram analisados tendo-se como referência a classificação da OMS (KANJ; MITIC, 2009). Ressalta-

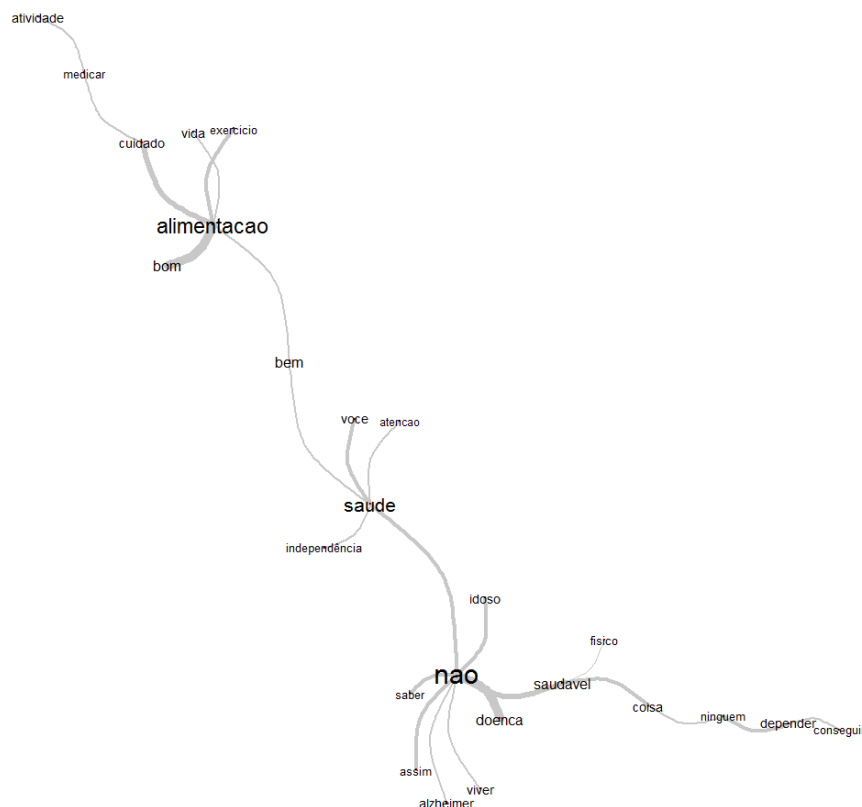
se que o processo de análise dos dados e elaboração das categorias foi realizado pela pesquisadora.

O IRAMUTEQ foi desenvolvido em língua francesa e começou a ser usado no Brasil em 2013. Disponibilização gratuita, ancora-se no *software* R e na linguagem *python*. Essa ferramenta informática viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, como: análises lexicais clássicas; análise de especificidades; Classificação Hierárquica Descendente (CHD); análise de similitude; e nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Esse software apresenta rigor estatístico e permite a integração de níveis quantitativos e qualitativos na análise, sem que se perca o contexto em que a palavra aparece, tornando a interpretação dos dados de texto mais objetiva (CAMARGO; JUSTO, 2013).

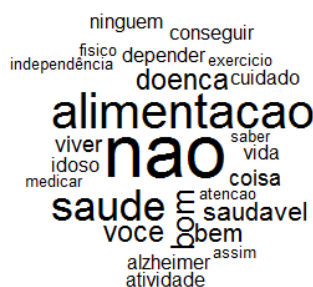
Para análise dos dados qualitativos, foram utilizadas a análise de similitude (Figura 1) que identifica a coexistência entre as palavras, objetivando a conexão entre as mesmas e a identificação da estrutura de um *corpus* textual (temática específica) e a nuvem de palavras (Figura 2) que as agrupa e as organiza em função da sua frequência, permitindo a rápida identificação das palavras-chave de um *corpus* (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Figura 1 - Análise de similitude sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Figura 2 - Nuvem de palavras sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

A análise qualitativa de conteúdo do material oriundo das entrevistas adotou o procedimento de Mayring (2000) que propõe as seguintes técnicas de análise: síntese da análise de conteúdo, análise explicativa de conteúdo e análise estruturadora de conteúdo. Para esse estudo foram utilizadas apenas as duas primeiras técnicas.

Na síntese de análise de conteúdo, o material é parafraseado, os trechos menos relevantes ou que possuam significados iguais são omitidos e as paráfrases similares são condensadas e reduzidas, dando origem às “unidades de codificação”. A análise explicativa do conteúdo esclarece trechos difusos, ambíguos ou contraditórios. Utilizam-se conceitos de dicionários ou definições baseadas na gramática (FLICK, 2009).

Esse processo de análise dos dados qualitativos foi dividido nas seguintes etapas:

1) Os depoimentos foram transcritos, na íntegra, sem preocupações gramaticais ou verbais, referentes à Norma Culta da Língua Portuguesa. Entretanto, para a análise do IRAMUTEQ e para a criação das categorias, algumas palavras de linguagem coloquial foram retiradas quando repetidas, por exemplo “né”, “entendeu”.

2) Inicialmente foram selecionadas partes das entrevistas consideradas relevantes na solução da questão da pesquisa.

3) Posteriormente, o material selecionado foi submetido ao *software* IRAMUTEQ para realização da análise de similitude e da nuvem de palavras.

4) A partir da análise de similitude e da nuvem de palavras, as unidades de codificação foram identificadas e, em seguida, foram criadas as categorias e exemplos dos depoimentos dos participantes.

5) Para cada cuidador adotou-se a letra E seguida de um número que representava a disposição dos cuidadores por ordem de entrevistado (exemplo: Entrevistado E1; Entrevistado E2). Essa identificação foi usada após o depoimento de cada participante, sinalizando a qual cuidador se refere a fala citada.

6) Na análise explicativa, acrescentou-se a definição da palavra-chave de cada categoria elaborada.

O Quadro 1 apresenta o exemplo do resultado da análise qualitativa de uma das categorias formadas. Destaca-se que a definição da palavra-chave a qual foi destacada em negrito, foi retirada do dicionário da língua portuguesa, exceto as definições de: Serviços de saúde e Qualidade de vida, nas quais utilizou-se de referências da área da saúde. As respostas semelhantes foram omitidas na exposição dos quadros, ficando apenas aquela mais completa, conforme mostra o exemplo abaixo:

Quadro 1 – Categorias sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DEPOIMENTOS
<b>C1: Hábitos de vida</b> – alimentação saudável e exercício físico	Ações que se repetem com frequência e regularidade.	“Ter vida regrada com exercício, boa alimentação e alimentação nos horários certos”. (E4)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Outras categorias foram construídas sem a utilização do *software* IRAMUTEQ, como as C4: Qualidade de vida, C8: Outras doenças e C31: Apoio psicológico. Elas foram elaboradas manualmente pela pesquisadora seguindo os mesmos procedimentos sugeridos por Mayring (2000).

#### 4.5.3 Análise da Alfabetização em Saúde

Para análise da Alfabetização em Saúde, esse estudo teve como referência a classificação de Alfabetização em Saúde proposta pela OMS em sua 7<sup>a</sup> Conferência Global sobre Promoção da Saúde em 2009. Nela, são elencados três níveis, a saber: funcional, conceitual e empoderamento (KANJ; MITIC, 2009). Cada nível representa a posição do indivíduo na busca, compreensão, avaliação, uso e compartilhamento de informações em saúde.

No primeiro nível, a pessoa possui habilidades para leitura de textos e compreensão das informações fornecidas por profissionais de saúde na forma oral e escrita. A compreensão dessas informações servirá para tomada de decisões do indivíduo, como o uso correto de medicamentos e o preparo adequado para um exame.

No nível conceitual, as pessoas desenvolvem habilidades e competências para buscar, compreender, avaliar e utilizar as informações em saúde, para, dessa forma, fazer escolhas que possam reduzir riscos à saúde e aumentar a qualidade de vida.

Já no nível de empoderamento, há um envolvimento dos indivíduos com o intuito de compreender seus direitos como usuários do serviço de saúde e interagir com outras pessoas da sua rede de apoio social, expressando, assim, o fortalecimento de sua cidadania ativa. Esses indivíduos conhecem os riscos dos produtos e serviços de saúde. Destarte, eles têm maior possibilidade de optar de forma consciente por prestadores de serviços de saúde (KANJ; MITIC, 2009).

Para descrição e análise dos níveis de Alfabetização em Saúde, foi criado um quadro com os respectivos níveis e suas definições. Nele buscou-se agrupar as maiores frequências das respostas das perguntas fechadas do instrumento *Health Literacy* e relacioná-las às categorias qualitativas, como exibido no exemplo a seguir:

Quadro 2 – Níveis de Alfabetização em Saúde de cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

NÍVEL CONCEITUAL			
Ter habilidades e competências para <b>buscar</b> , compreender, <b>avaliar e utilizar as informações em saúde</b> e fazer escolhas que possam reduzir riscos à saúde e aumentar a qualidade de vida.			
Questões	n (%)	Categorias	Depoimentos
Primeira fonte de informação (B4)			
Ambulatório	15 (35,7%)	C17: Difícil - falta de orientação e aceitação	“Foi bem difícil. Não tem remédio, não tem médico, não tem nada. Tudo é difícil e demorado”.
Outro local de saúde	14 (33,4%)		“Receber essa informação é algo doloroso, saber que não vai ter resultado, finaliza só com a morte”.

Fonte: Elaborado pelo autor.

#### 4.6 Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi iniciada após receber o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFC sob número de parecer 1.457.063 e CAAE 53981316.2.0000.5054

(ANEXO B). Os participantes foram resguardados, conforme previsto pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

A utilização do instrumento de análise da Alfabetização em Saúde (PASKULIN *et al.*, 2011) foi solicitada aos autores e obteve a autorização destes via e-mail (ANEXO C).

A partir do TCLE foi garantido o anonimato do cuidador e ele teve a liberdade de continuar ou não participando do estudo. As informações dos cuidadores foram utilizadas exclusivamente para os fins deste estudo, ou seja, apresentação na Dissertação de Mestrado, eventos científicos e elaboração de artigos para publicação.

Os riscos do presente estudo foram mínimos e estiveram relacionados ao desconforto psicológico durante a entrevista. Na ocorrência desses problemas a pesquisadora deixou o entrevistado livre para continuar ou cessar a entrevista.



## 5 RESULTADOS

### 5.1 Dados sociodemográficos e relacionados ao cuidado do Idoso

Os dados da tabela 1 apresentam que dos 42 entrevistados, 40 são do sexo feminino (95,2%). A faixa etária de maior prevalência entre homens e mulheres foi de 40 a 59 anos (62,0%) e a cor prevalente foi parda (83,3%). Quanto ao estado civil, 23 cuidadores eram casados/união estável (54,7%) e tinham de um a dois filhos (47,7%).

Quanto à escolaridade, 26 cuidadores tinham de oito a 12 anos de estudo (62,0%). Mais da metade dos cuidadores não tinha profissão regulamentada (52,4%) e 54,7% dos entrevistados informaram ter a ocupação atual de cuidador e doméstica como principal função, exceto dois cuidadores do sexo masculino. Dos que não tinham profissão regulamentada, em 68,2% dos casos, o trabalho de cuidador era sua ocupação atual ( $p=0,000$ ).

A renda média por mês da família esteve entre dois a três salários mínimos (54,7%) e a religião mais prevalente foi a católica (73,8%), como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de cuidadores de idosos com Alzheimer, n=42. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	40	95,2
Masculino	02	4,8
<b>Idade</b>		
30 – 39	12	28,5
40 – 49	13	31,0
50 – 59	13	31,0
> 60	04	9,5
<b>Raça (cor)</b>		
Branca	07	16,7
Parda	35	83,3
<b>Estado Civil</b>		
Casado/União Estável	23	54,7
Solteiro	13	31,0
Separado/Divorciado	05	11,9
Viúvo	01	2,4
<b>Filhos</b>		
Não tem	12	28,5
1 – 2	20	47,7
≥ 3	10	23,8
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
< 8	04	9,5

8 – 12	26	62,0
> 12	12	28,5
<b>Profissão</b>		
Não tem	22	52,4
Área da saúde	05	11,9
Outras (cabeleireira, autônoma, ciências contábeis, engenharia civil, jornalismo, letras e pedagogia)	15	35,7
<b>Ocupação atual</b>		
Doméstica e cuidadora de idoso	23	54,7
Autônoma	08	19,1
Área da saúde	03	7,1
Outras (aposentada, artesã, comerciante, funcionária pública e auxiliar de produção)	08	19,1
<b>Renda média familiar</b>		
< 1 salário	07	16,7
2 - 3 salários	23	54,7
> 3 salários	12	28,6
<b>Religião</b>		
Católica	31	73,8
Outras (evangélica e testemunha de jeová)	09	21,4
Não tem	02	4,8

Fonte: Elaborado pelo autor. / \*Idade (anos): média: 48; mínima: 30; máxima: 72.

Observa-se, a partir dos dados acima, que o perfil de cuidadores de idosos desse estudo foi de mulheres, casadas/união estável, com filhos, domésticas e com baixa renda familiar. A assistência ao idoso com Alzheimer ficou sob responsabilidade, principalmente, dos familiares sem profissão regulamentada, e em alguns casos houve abandono do emprego para dedicar-se a esse trabalho.

Observa-se na tabela 2 que 47,7% dos idosos estavam, no mínimo, com quatro anos de diagnóstico de DA. Todos os entrevistados eram familiares dos idosos, entretanto, o grau de parentesco que prevaleceu foi o de filho (a) (78,6%). O tempo de cuidado ao idoso foi acima de quatro anos (50,0%), concordando com o tempo do diagnóstico da doença. Esse cuidado ultrapassou oito horas por dia (88,1%), durante todos os dias da semana (71,5%).

A atividade que os cuidadores mais auxiliaram o idoso foi a administração de medicamentos (97,6%), seguida da locomoção fora de casa (88,1%).

O cuidado ao idoso foi compartilhado com apenas uma pessoa (40,5%), representado em 78,1% dos casos por familiares. Grande parte dos cuidadores (71,5%) nunca tinham cuidado de outro idoso antes, e daqueles que já tinham vivenciado essa experiência, 66,7% cuidaram de algum familiar.

A maioria dos entrevistados (95,2%) não tinham curso para cuidador de idosos e 90,5% não participaram de nenhum programa de apoio e orientação ao cuidador nos últimos 12 meses. Dos quatro cuidadores que participaram de grupo de apoio, apenas um foi no ambulatório de Geriatria e Gerontologia, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização do cuidado ao idoso com Alzheimer, n=42. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo do diagnóstico</b>		
≤ 1 ano	06	14,3
1 - 3 anos	16	38,0
> 4 anos	20	47,7
<b>Grau de parentesco com idoso</b>		
Filho (a)	33	78,6
Esposo (a)	03	7,1
Outros (nora/genro; neto (a); sobrinho (a))	06	14,3
<b>Tempo que cuida do idoso</b>		
≤ 1 ano	02	4,8
1 - 3 anos	19	45,2
> 4 anos	21	50,0
<b>Horas/dia de cuidado ao idoso</b>		
≤ 8 horas	05	11,9
> 8 horas	37	88,1
<b>Quantidade de dias de cuidado ao idoso</b>		
1 - 3 dias	03	7,1
4 – 6 dias	09	21,4
Todos os dias	30	71,5
<b>Atividades que auxilia o idoso</b>		
Higiene Pessoal	28	66,7
Escolher vestuário	26	62,0
Vestir	28	66,7
Alimentação	21	50,0
Locomoção dentro de casa	23	54,7

Locomoção fora de casa	37	88,1
Administração de medicamentos	41	97,6
<b>Compartilhamento do cuidado ao idoso</b>		
Não	10	23,8
1 pessoa	17	40,5
Acima de 2 pessoas	15	35,7
<b>Pessoas que compartilham o cuidado ao idoso</b>		
Familiares	25	78,1
Cuidador formal	03	9,4
Familiares e cuidador formal	04	12,5
<b>Experiência anterior com cuidado ao idoso</b>		
Não	30	71,5
Sim	12	28,5
<b>De quem cuidou anteriormente</b>		
Familiar	08	66,7
Idoso que contratou	04	33,3
<b>Curso formal para cuidador de idoso</b>		
Não	40	95,2
Sim	02	4,8
<b>Participação em programa de apoio ao cuidador</b>		
Não	38	90,5
Sim	04	9,5
<b>Local que participou do programa de apoio ao cuidador</b>		
Ambulatório de Geriatria e Gerontologia	01	25,0%
Outros locais	03	75,0%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notou-se na tabela 3 uma relação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre o tempo do diagnóstico do idoso e o tempo de exercício do cuidado nos intervalos de 1 a 3 anos e acima de 3 anos.

À medida que aumentava a demanda de cuidado do idoso, observou-se aumento do tempo exigido do cuidador ( $p = 0,026$ ), por exemplo, na dependência para todas as atividades, o tempo de cuidado aumenta de 26,3% para 66,7% entre os cuidadores que exerciam sua função entre 1 a 3 anos e há mais de 3 anos, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre o tempo de diagnóstico, atividades de cuidado e o tempo de cuidado. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Variáveis	Tempo de Cuidado			P-valor*
	≤1 ano	>1 ano e ≤3 anos	>3 anos	
<b>Tempo de Diagnóstico</b>				<b>0,000</b>
≤1 ano	33,3%	33,3%	33,3%	
>1 ano e ≤3 anos	-	87,5%	12,5%	
>3 anos	-	15,0%	85,0%	
<b>Atividades de cuidado</b>				<b>0,026</b>
Até 3 atividades	50%	31,6%	19,0%	
Acima de 4 atividades	-	31,6%	14,3%	
Todas as atividades	-	26,3%	66,7%	

Fonte: Elaborado pelo autor. \*Teste qui quadrado.

Destaca-se, na Tabela 4, que todos os cuidadores com maior frequência de dias de trabalho não possuíam curso orientado para a função de cuidador de idoso ( $p < 0,05$ ).

Tabela 4 – Associação entre ter curso para cuidador e a quantidade de dias que cuida do idoso com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Variáveis	Curso para Cuidador		P-valor*
	Sim	Não	
<b>Dias que cuida</b>			<b>0,021</b>
1 a 3 dias	33,3%	66,7%	
4 a 6 dias	11,1%	88,9%	
Todos os dias	-	100,0%	

Fonte: Elaborado pelo autor. \*Teste qui quadrado.

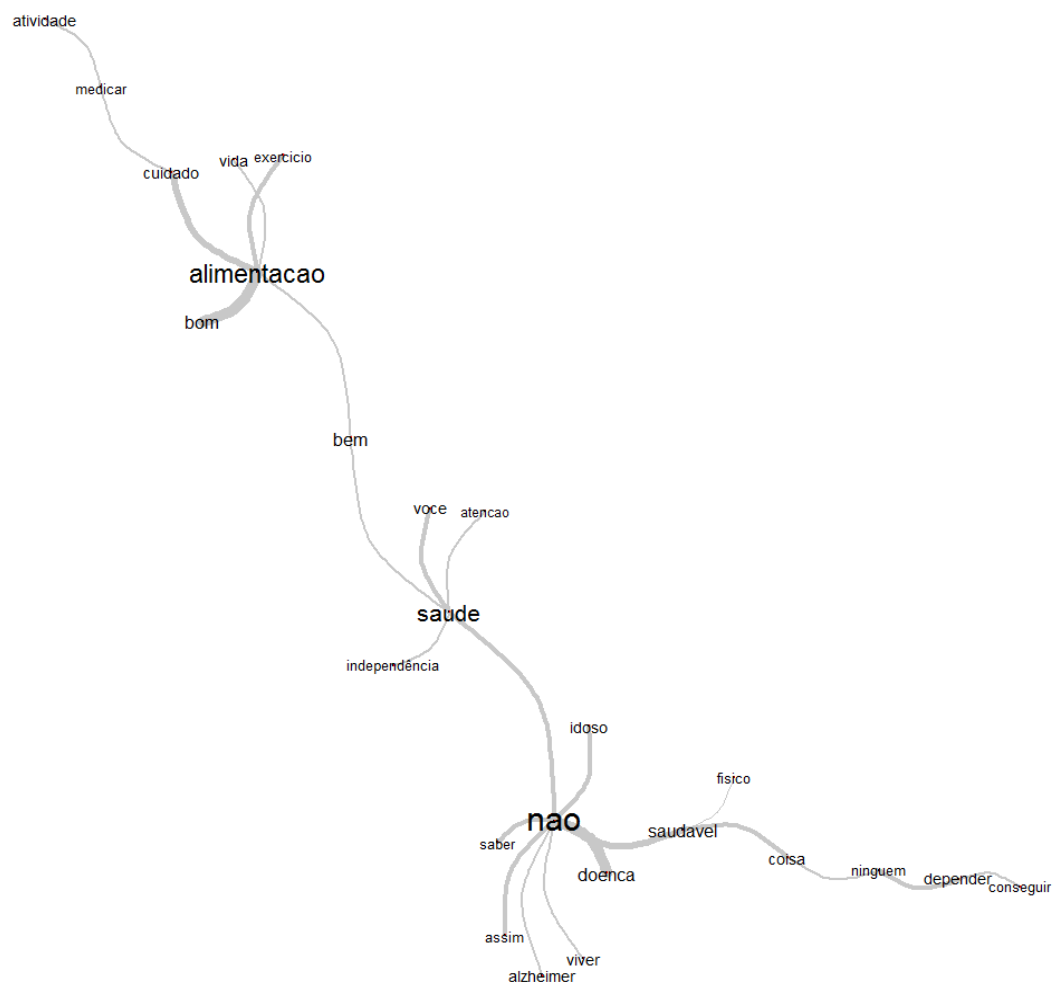
As tabelas 2, 3 e 4 mostram que as características mais presentes dos cuidadores foram: filhas, com muitos anos de cuidado ao idoso, dedicação maior do que oito horas diárias, em todos os dias da semana e com poucas pessoas para compartilhar o cuidado. Essas cuidadoras prestavam assistência ao idoso desde o diagnóstico da doença, sem ter formação adequada e sem participar de grupo de apoio ao cuidador.

## 5.2 Alfabetização em Saúde

### 5.2.1 Envelhecimento Saudável

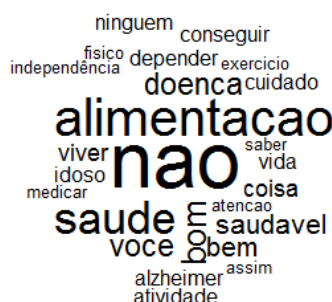
As Figuras 3 e 4 representam o significado atribuído pelos cuidadores acerca do envelhecimento saudável. Observa-se que nas unidades de análise, os sentidos foram expressos a partir da negação ou ausência de doenças que limitam as atividades diárias do idoso, apresentando associações como “não ser dependente”, “não ter Alzheimer” ou “não ter outra doença”.

Figura 3 – Análise de similitude sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Figura 4 – Nuvem de palavras sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

A compreensão de envelhecimento saudável pelos cuidadores esteve presente em suas falas como: “alimentação saudável e exercício físico”, “não ter doença”, “não ter Alzheimer”, “não depender de ninguém”. A partir disso, foram formadas quatro categorias: Hábitos de vida - alimentação saudável e exercício físico, Ausência de doença, Independência e Qualidade de vida conforme apresentado no quadro a seguir (Quadro 3).

Quadro 3 – Categorias sobre a compreensão dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do envelhecimento saudável. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DEPOIMENTOS
<b>C1: Hábitos</b> de vida – alimentação saudável e exercício físico	- Modo de agir adquirido por uma prática frequente;  Uso ou costume.	“Ter vida regrada com exercício, boa alimentação e alimentação nos horários certos”. (E4)
<b>C2: Ausência de doença</b>	- Falta ou privação de algo.  - Alterações de sua boa saúde.	“É não ter doença alguma”. (E8) “É não viver em médico”. (E10) “Era não ter esse Alzheimer”. (E17)
<b>C3: Independência</b>	- Ausência de dependência; Liberdade para agir ou pensar.	“É conseguir se locomover, fazer suas atividades sozinhas, sem depende de ninguém”. (E3) “É o idoso poder se auto administrar, tanto na parte financeira quanto na parte da saúde, ser responsável por si”. (E17)
<b>C4: Qualidade de vida</b>	- Percepção de bem-estar	“Ter saúde em todos os aspectos

	resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais modificáveis, ou não que caracterizam condições em que vive o ser humano (NAHAS, 2010).	psicológico, físico e social”. (E1) “É você ter um lar, ter atenção dos familiares, ter renda justa que lhe permita gastar com o que for necessário para sua saúde, ter uma atenção à saúde que lhe acolha, que lhe atenda”. (E30)
--	---	---

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os resultados apresentados no quadro 3 revelam uma ênfase maior no significado do envelhecimento saudável numa compreensão operacional da vida cotidiana, ou seja, é compreendido pelos cuidadores como a capacidade que a pessoa idosa tem para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Na categoria C1 todos os cuidadores fizeram referência a exercício/atividade físico e alimentação como exemplos de hábitos de vida.

Já na categoria C3 os entrevistados apresentaram uma visão reducionista do que é envelhecer saudável, compreendendo apenas como a ausência de patologia, ou especificamente, não ter Alzheimer.

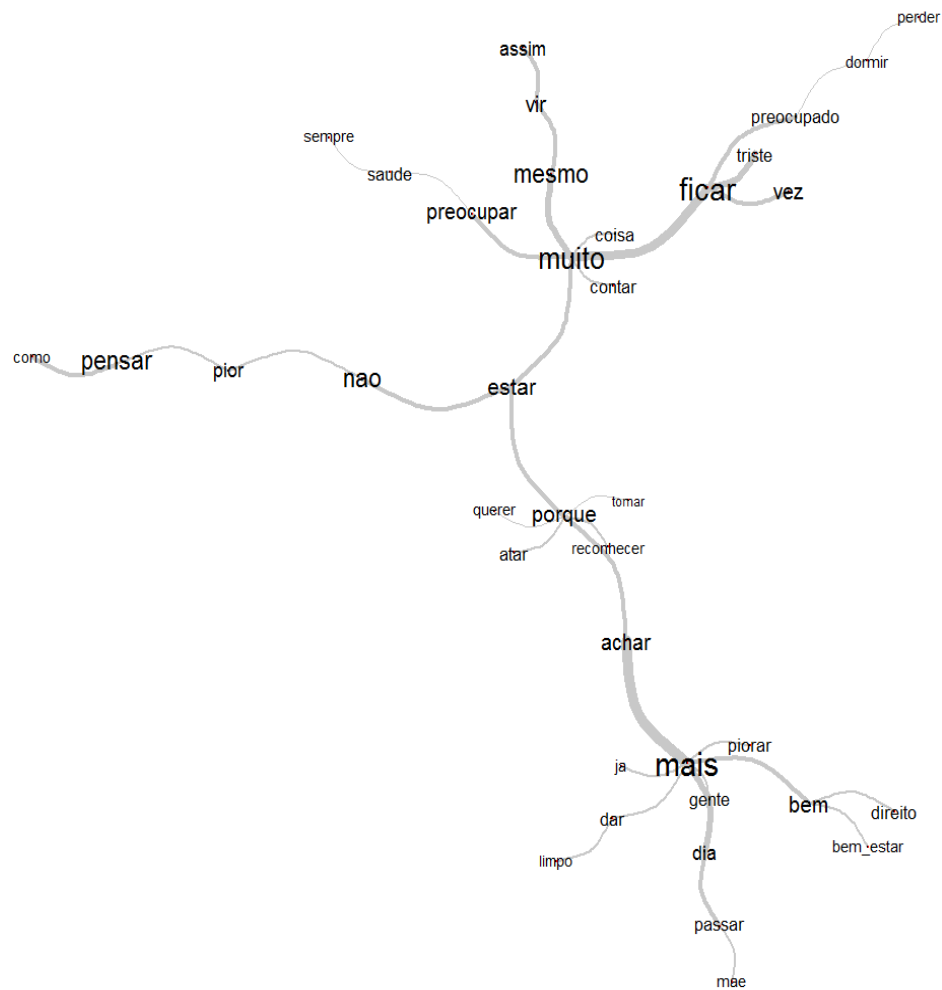
A categoria C4 evidencia a compreensão de envelhecimento saudável de forma mais ampliada quando comparada às demais, levando em consideração não apenas a influência dos fatores físicos do envelhecimento, mas também sociais e psicológicos.

### ***5.2.2 Cuidado da Saúde do Idoso***

As Figuras 5 e 6 representam o que os cuidadores pensavam acerca da saúde do idoso que eles cuidavam.

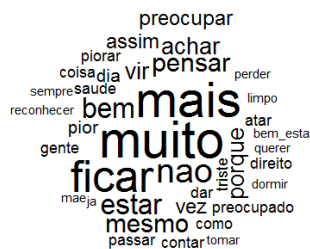


Figura 5 – Análise de similitude sobre o pensamento dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do cuidado à saúde do idoso. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Figura 6 – Nuvem de palavras sobre o pensamento dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca do cuidado à saúde do idoso. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Para os cuidadores, os significados sobre a saúde do idoso foram expressos em suas falas da seguinte forma: “muito pior”, “muito mais preocupado”, “estar do mesmo jeito”, “ficar bem”. Estas unidades de significados foram agrupadas em quatro categorias:

Progressão da doença, Estagnação da doença, Bem-estar do idoso e Outras doenças, conforme demonstra o quadro 4.

Quadro 4 – Categorias das falas dos cuidadores sobre a saúde do idoso com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DEPOIMENTOS
<b>C5: Progressão da doença</b>	- Aumento ou evolução.	<p>“Eu tenho pensado que ela está piorando”. (E12)</p> <p>“Me preocupo e penso na doença. O pouco que eu entendo é que vai se agravando a parte física e a parte motora, vai perdendo os movimentos. E dependendo do avanço vai até falecer”. (E19)</p> <p>“Às vezes eu fico muito triste por conta da total dependência dela, ela depende de tudo”. (E20)</p>
<b>C6: Estagnação da doença</b>	- Ato ou efeito de impedir o curso ou deter (-se).	<p>“Ele vem do mesmo jeito”. (E8)</p>
<b>C7: Bem-estar do idoso</b>	- Estado de uma pessoa quando passa por bons momentos ou por boas condições físicas e psicológicas.	<p>“O que penso é na qualidade de vida dela”. (E1)</p> <p>“Eu sempre penso no bem-estar dela, em como ela está, se ela está bem”. (E2)</p> <p>“A gente se preocupa muito que ela esteja confortável na casa dela, consiga fazer as atividades dela, não seja muito exaustivo, mas seja bom para ela. Que ela esteja conosco não fisicamente, mas mentalmente, sendo a pessoa que ela é, com as vontades dela, opções dela”. (E30)</p>
<b>C8: Outras doenças</b>	- Alterações de sua boa saúde.	<p>“Tenho ficado preocupada com o sangramento dela pela boca através da tosse e também o cansaço dela. Eu nem consigo dormir direito”. (E11)</p> <p>“Ele teve infecção e fiquei muito preocupada”. (E25)</p> <p>“A gente tem se esforçado muito por conta do diabetes dela. Ela estava engordando muito, mesmo fazendo dieta e isso estava preocupando muito todos os médicos”. (E30)</p>

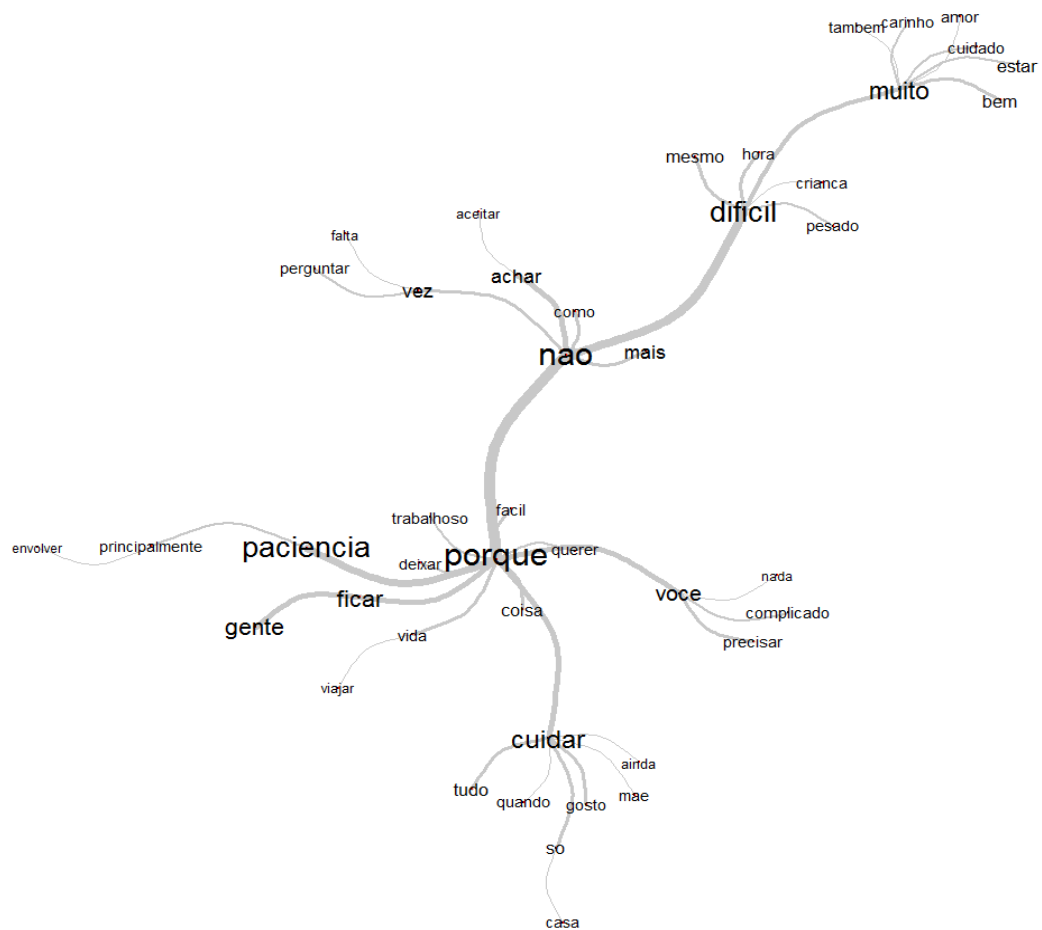
Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se pelos dados que os cuidadores não expressam uma visão positiva da saúde do idoso que cuidam e não tem conhecimento suficiente sobre a DA.

### 5.2.3 Cuidar do idoso com Alzheimer

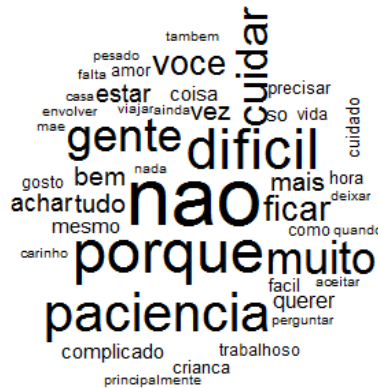
As figuras 7 e 8 representam o que significa para os cuidadores cuidar de um idoso com Alzheimer.

Figura 7 – Análise de similitude sobre o significado do cuidado ao idoso com Alzheimer para os cuidadores. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Figura 8 – Nuvem de palavras sobre o significado do cuidado ao idoso com Alzheimer para os cuidadores. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Os significados sobre o que é cuidar de um idoso com Alzheimer foram revelados pelos cuidadores como “é difícil cuidar”, “não é fácil aceitar”, “porque exige paciência”, “tudo é a gente”, “é muito pesado”. Quatro categorias foram elaboradas, a saber: Dificuldade – paciência, sobrecarga, sintomas e aceitação, Ato de amor, paciência e doação, Prazer e Igual uma criança, conforme demonstra o quadro 5.

Quadro 5 – Categorias das falas dos cuidadores sobre o cuidado ao idoso com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DEPOIMENTOS
C9: Dificuldade – <b>paciência, sobrecarga, sintomas, aceitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidade para sofrer ou suportar as dificuldades;</li> <li>Capacidade para fazer trabalhos minuciosos ou difíceis.</li> <li>- Excesso de carga ou de peso.</li> <li>- Alteração ou efeito causados por uma doença; Sinal de algo que está acontecendo ou de que vai acontecer.</li> <li>- Ato ou efeito de</li> </ul>	<p>“A gente tem que ter calma e paciência, mas é muito difícil. Há momentos que falta paciência”. (E3)</p> <p>“É pesado. É difícil cuidar dela porque sou eu sozinho para tudo”. (E5)</p> <p>“O que eu acho pior é não ter vida. Eu não posso viajar, ter um lazer, ir à praia ou ao shopping porque não tem quem fique com ele”. (E8)</p> <p>“O mais difícil é a sobrecarga”. (E19)</p> <p>“É difícil pois a pessoa perde totalmente o sentido, ficar vegetando na cama dependendo de outro, é uma tristeza para família”. (E25)</p>

	aceitar; Aprovar ou reconhecer; Suportar ou admitir com tolerância.	<p>“É tudo muito esquisito. Para mim eu estou com outra pessoa em casa, morrendo de saudade dela”. (E34)</p> <p>“É muito difícil porque foi um choque. Ela era muito independente e de uma hora para outra necessitar de cuidado, esquecer das pessoas, é difícil”. (E16)</p> <p>“Eu acho meio difícil aceitar isso”. (E41)</p>
<b>C10: Ato de amor, paciência e doação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimento de afeição, carinho e solidariedade que uma pessoa sente por outra; Envolvimento ou relação amorosos.</li> <li>- Capacidade para sofrer ou suportar as dificuldades;</li> <li>Capacidade para fazer trabalhos minuciosos ou difíceis.</li> <li>- Ato ou efeito de dar, entregar ou ceder de maneira voluntária e gratuita.</li> </ul>	<p>“É o ato de se doar, ter paciência e principalmente, amar de verdade”. (E1)</p> <p>“Você precisa compreender, amar, ser responsável por ele”. (E30)</p> <p>“Requer bastante atenção e dedicação”. (E27)</p>
<b>C11: Prazer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensação, sentimento ou emoção agradáveis ou de plena satisfação;</li> <li>Agrado.</li> </ul>	<p>“A gente cuida com a maior satisfação”. (E32)</p> <p>“Eu adoro. Se eu pudesse faria mais, tenho o maior prazer”. (E17)</p>
<b>C12: Igual uma criança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muito parecido, semelhante ou com as mesmas características.</li> <li>- Pessoa que está na infância.</li> </ul>	<p>“É você cuidar de uma criança, sendo que precisa de mais cuidados ainda, porque a criança você deixa correr e o idoso não, fica direto no pé”. (E11)</p>

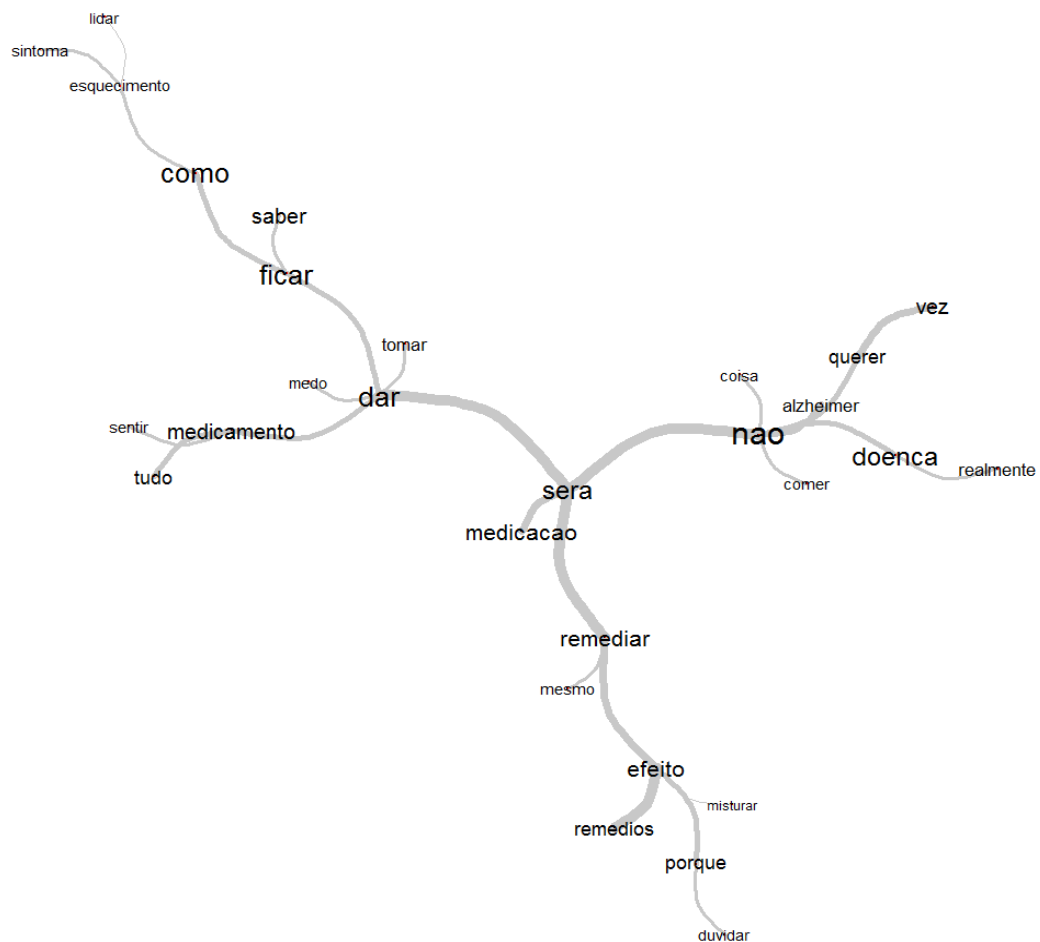
Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se, a partir da resposta dos cuidadores, a evidência da dificuldade que é cuidar de um idoso com Alzheimer.

#### 5.2.4 Dúvidas acerca das atividades desempenhadas

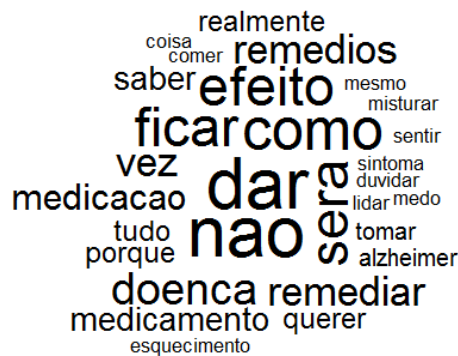
A partir das figuras 9 e 10, observam-se as unidades de significado acerca das dúvidas dos cuidadores sobre as atividades de cuidado ao idoso.

Figura 9 – Análise de similitude sobre as dúvidas dos cuidadores acerca das atividades desempenhadas por eles. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Figura 10 – Nuvem de palavras sobre as dúvidas dos cuidadores acerca das atividades desempenhadas por eles. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

As dúvidas dos cuidadores foram reveladas através de falas como “saber o efeito dos remédios”, “será que devo dar ou não a medicação”, “saber sobre a doença”, “saber como lidar com a doença”. Essas unidades de codificação permitiram a elaboração de quatro categorias: Cuidados com a medicação – indicação, efeito e administração, Conhecimento da doença e sintomas, Lidar com o idoso e Administrar a dieta, exibidas no quadro 6.

Quadro 6 – Categorias sobre as dúvidas dos cuidadores acerca das atividades desempenhadas por eles. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DEPOIMENTOS
C13: <b>Cuidados com a medicação</b> – indicação, efeito e administração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dedicação ou atenção especial; Vigilância para o bem-estar de alguém ou pelo funcionamento de algo.</li> <li>- Ato ou efeito de medicar (-se); Medicamento administrado de acordo com uma prescrição para fins terapêuticos.</li> </ul>	<p>“Quais os efeitos adversos dos medicamentos dela? Quais os remédios que estão causando esses efeitos”? (E1)</p> <p>“Será que eu dou esse remédio? Será que ela vai ficar pior”? (E4)</p> <p>“Para que serve cada medicamento. Será que esses remédios estão realmente fazendo efeito”? (E5)</p> <p>“Quando tiver sonolenta, eu dou ou não a medicação”? (E10)</p> <p>“Entre dois remédios, se um é igual ao outro, se os dois fazem o mesmo efeito. Tenho dúvida em misturar os remédios”. (E6)</p>

		“Eu dava a medicação e ele cuspiu, será que eu deveria dar de novo”? (E14)
<b>C14: Conhecimento</b> da doença e sintomas	- Domínio de um assunto adquirido por meio da razão ou da experiência.	“Conhecer a doença, o que ocasiona”. (E11) “Porque ela fica tão agitada, o que a doença causa e os sintomas”. (E12) “Como ela ficaria com a evolução da doença”. (E25)
<b>C15: Lidar</b> com o idoso	- Trabalhar com esforço e dedicação; Tratar ou relacionar-se com alguém.	“Como lidar com determinadas situações tipo: os esquecimentos, a teimosia de dizer que fez sem ter feito”. (E16) “De que maneira a gente ia lidar com a progressão”. (E24)
<b>C16: Administrar a dieta</b>	- Aplicar ou dar. - Conjunto de alimentos e de bebidas que uma pessoa ingere regularmente.	“O que eu posso dar para ela comer. Eu fico querendo variar e às vezes não sei o que posso substituir”. (E41) “Se eu podia passar no liquidificador ou dar líquido”. (E14)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na categoria 13, vários cuidadores relataram ter dúvida acerca da eficácia do medicamento por não observarem melhoras do quadro clínico do idoso. As dúvidas dos cuidadores acerca da medicação estiveram relacionadas também à capacidade de decisão do cuidador.

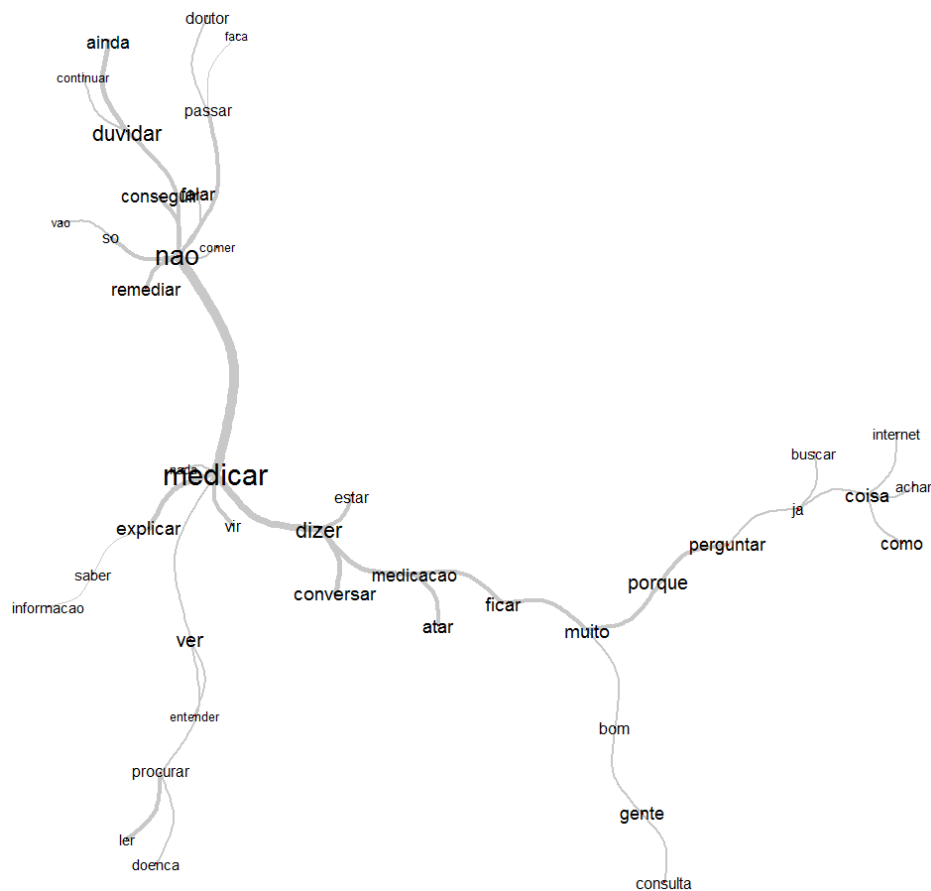
Ressalta-se que os questionamentos relacionados à categoria 14 eram mais frequentes em cuidadores com idosos com pouco tempo de diagnóstico e que a categoria 16 foi criada a partir da fala dos cuidadores de idosos com dependência em maior número de atividades.

### ***5.2.5 Primeira busca por Informações em Saúde***

As figuras 11 e 12 mostram como foi para os cuidadores obter informações sobre as dúvidas que tinham acerca das atividades desempenhadas.

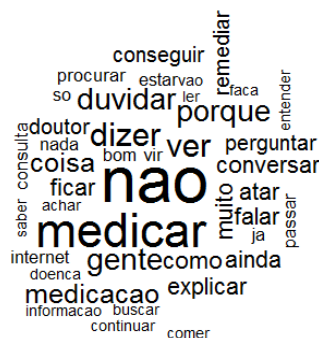


Figura 11 – Análise de similitude sobre a primeira busca por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Figura 12 – Nuvem de palavras sobre a primeira busca por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Partes das falas dos cuidadores como: “conversar sobre a medicação com o doutor”, “perguntar na consulta”, “procurar na internet” e “não consegui entender” levaram a formação das seguintes categorias: Difícil - falta de orientação e aceitação, Satisfação e Permanência da dúvida (Quadro 7).

Quadro 7 – Categorias da primeira busca por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DEPOIMENTOS
C17: <b>Difícil</b> - falta de <b>orientação e aceitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que implica muito trabalho ou muita dificuldade.</li> <li>- Informação ou conselho sobre algo necessário a alguém.</li> <li>- Ato ou efeito de aceitar; Aprovar ou reconhecer; Suportar ou admitir com tolerância.</li> </ul>	<p>“Foi bem difícil. Passa de 3 a 4 meses para gente conseguir uma consulta. Não tem remédio, não tem médico, não tem nada. Tudo é difícil e demorado”. (E6)</p> <p>“Eu ficava assustada com o que ele dizia, que o remédio não ia melhorar, só ia estabilizar, o que ela tinha perdido não ia voltar e a medicação que ela estava tomando era para manter”. (E23)</p> <p>“Receber essa informação é algo doloroso, saber que não vai ter resultado, finaliza só com a morte”. (E38)</p>
C18: <b>Satisfação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gosto ou prazer que sente por algo.</li> </ul>	<p>“Ela me explicou como dar o remédio e como funcionava. Eu acho que entendi”. (E7)</p> <p>“Eu aprendo muita coisa para lidar com ele. Elas explicam muita coisa para gente. Eu acho bom o dia da consulta. ” (E8)</p> <p>“Esclareceu minhas dúvidas”. (E11)</p> <p>“Eu fiquei mais confiante”. (E14)</p> <p>“A gente chega sem norte, sem saber o que vai fazer. Eles dão o discernimento de como vai conduzir. Para início e orientação é um campo excelente”. (E26)</p>
C19: Permanência da <b>dúvida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insegurança ou incerteza diante de diferentes opções ou acontecimentos.</li> </ul>	<p>“Dúvida que eu ainda tenho atualmente”. (E5)</p> <p>“Ainda vou conversar com a doutora sobre isso”. (E10)</p>

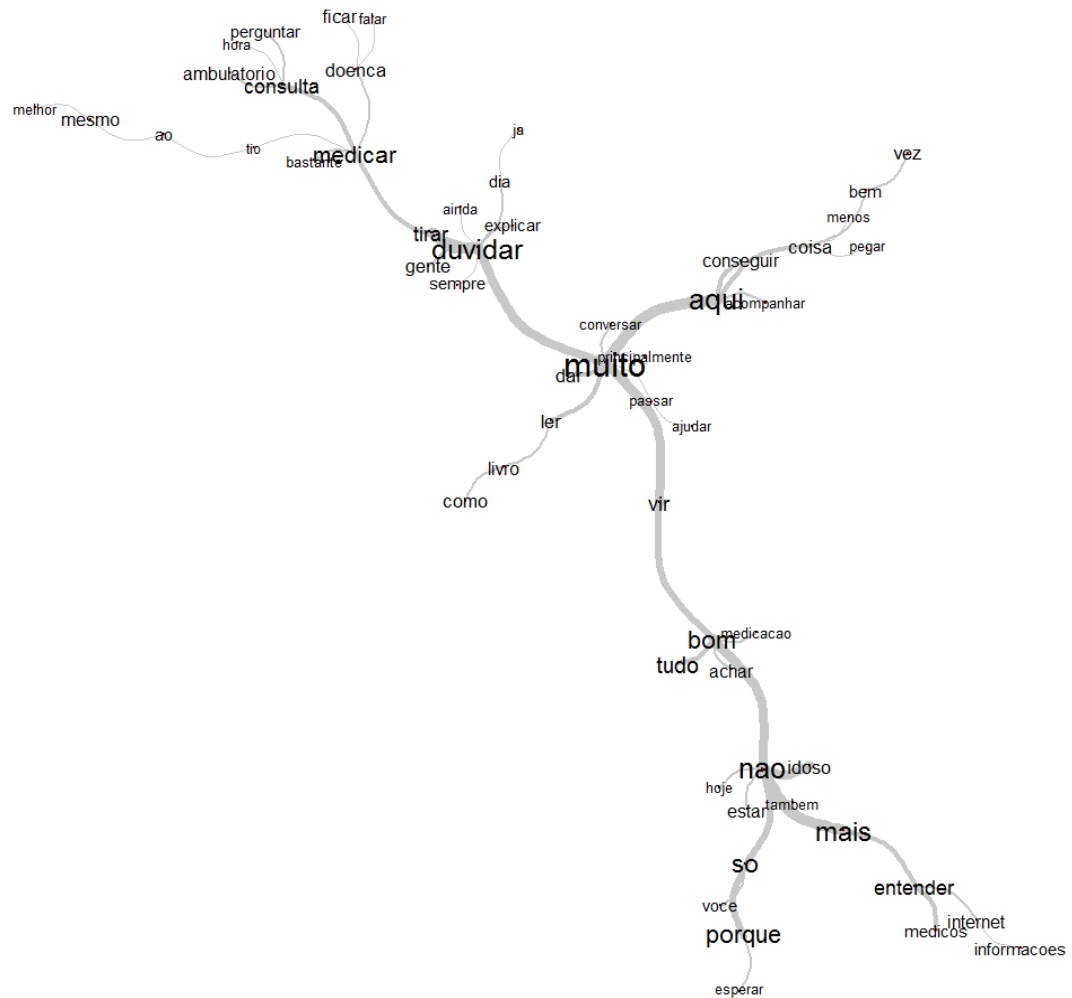
Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se de um modo geral que os cuidadores relataram a necessidade de mais esclarecimento sobre o cuidado com o idoso.

### 5.2.6 Demais buscas por Informações em Saúde

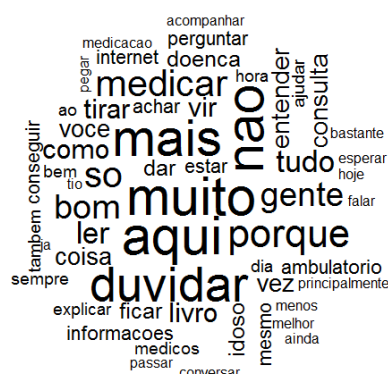
As Figuras 13 e 14 mostram como foi para os cuidadores buscar outras informações acerca do cuidado ao idoso, além das fontes já mencionadas.

Figura 13 – Análise de similitude sobre outras buscas por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Figura 14 – Nuvem de palavras sobre outras buscas por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

As figuras 13 e 14 apresentam que nesse movimento de busca de informações os cuidadores acrescentaram a leitura de livro como fonte adicional: “é muito bom ler”, “ler o livro me ajuda”. A partir desse achado, criaram-se duas categorias: Experiência positiva e negativa com livros (Quadro 8).

Quadro 8 – Categorias das demais buscas por informações em saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

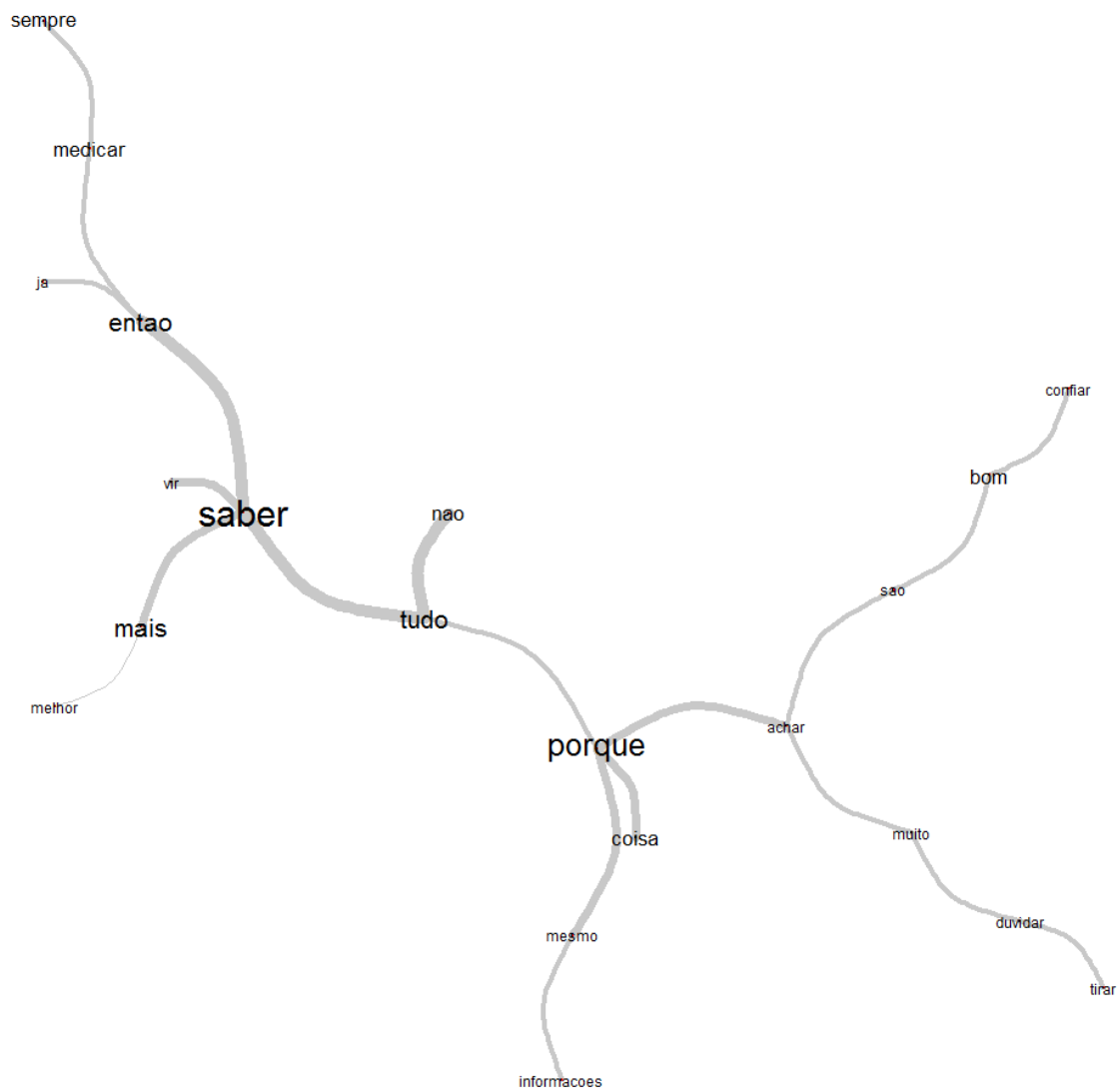
CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DEPOIMENTOS
<b>C20: Experiência positiva</b> com livros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendizado adquirido a partir da execução de tarefas práticas ou da própria vivência.</li> <li>- Útil, prático ou benéfico.</li> </ul>	<p>“Eu gostei de ler. Ler livro me ajudou muito a saber como cuidar melhor da mãe e principalmente como entender a doença dela”. (E1)</p> <p>“Aqui tinha uma apostila que eles deram que me ajudou muito a tirar as dúvidas”. (E20)</p>
<b>C21: Experiência negativa</b> com livros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendizado adquirido a partir da execução de tarefas práticas ou da própria vivência.</li> <li>- Rejeição de uma proposta ou de um pedido.</li> </ul>	<p>“Os livros deveriam ser mais acessíveis para leigos. Eu não gostei porque é voltado só para médicos. Eu tinha que ler com um dicionário do lado. É como você ler um livro de direito sem entender nada”. (E24)</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

### 5.2.7 Confiança nas informações recebidas

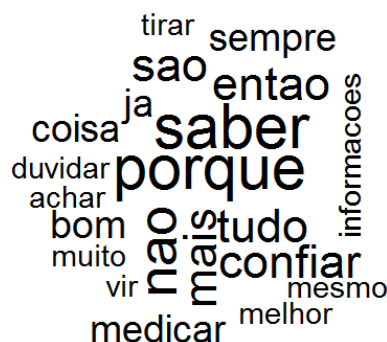
As Figura 15 e 16 revelam das fontes de informações obtidas aquela que lhe foi mais confiável justificando essa escolha.

Figura 15 – Análise de similitude sobre a justificativa da escolha da fonte mais confiável para o cuidador do idoso com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Figura 16 – Nuvem de palavras sobre a justificativa da escolha da fonte mais confiável para o cuidador do idoso com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

A nuvem de palavras acima foi formada pelas falas dos cuidadores, como: “porque eu consigo saber mais informações”, “eu posso confiar aqui”, “aqui é bom”, “consigo tirar as dúvidas”, “explica tudo”. Essas unidades de codificação expressam o nível de acessibilidade e de confiança estabelecido entre os cuidadores e as fontes de informação buscadas. A partir disso foram criadas duas categorias: Informação do serviço de saúde e Informação da internet (Quadro 9).

Quadro 9 – Categorias acerca da confiança dos cuidadores de idosos com Alzheimer nas informações recebidas. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DEPOIMENTOS
C22: Informação do <b>serviço de saúde</b>	Local e/ou atividade exercida por pessoa física ou jurídica, que pelas características dos produtos e/ou serviços ofertados, possam implicar em risco à saúde da população e à preservação do meio ambiente (BRASIL, 2017).	<p>“A equipe é excelente. Eu gosto muito das informações”. (E1)</p> <p>“Todo mundo fala que o doutor que está atendendo meu pai é o melhor médico daqui da geriatria, então eu confio por isso, já que todo mundo fala que é bom”. (E32)</p> <p>“Eu conheço os profissionais e sei que eles são especialistas e da área”. (E2)</p> <p>“Pessoa apta para isso, estudou e é preparado”. (E38)</p> <p>“Gosto daqui, eles explicam tudo”. (E7)</p> <p>“Instrui a gente a muita coisa”. (E8)</p> <p>“Eu me sinto muito confiante aqui porque acho que eles respondem as minhas dúvidas,</p>

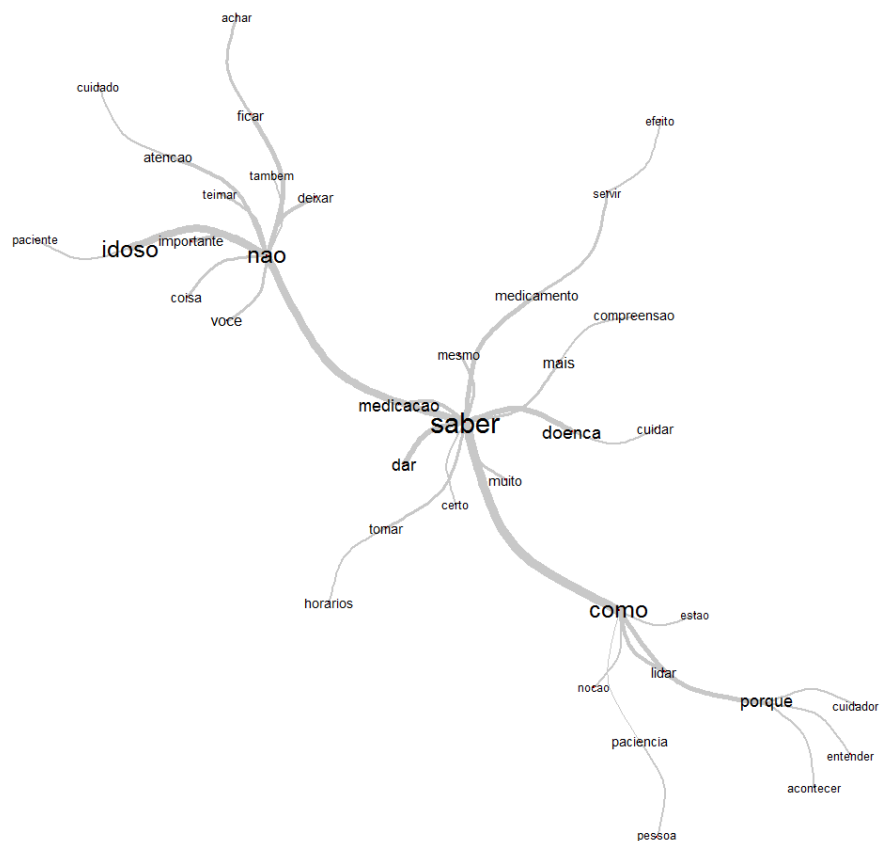
		as coisas aqui são úteis para o dia-a-dia do cuidado com ele”. (E9)
C23: Informação da <b>internet</b>	- Conjunto de redes de comunicação que pode ser acessado de um computador e que permite o intercâmbio de informações entre usuários.	<p>“Porque me dizia muita coisa e tudo parecido com o que o povo já tinha me dito antes”. (E11)</p> <p>“É um leque maior de informações e eu posso passar um tempo maior pesquisando”. (E34)</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

### 5.2.8 Relevância de temas de conhecimento para cuidadores de idosos

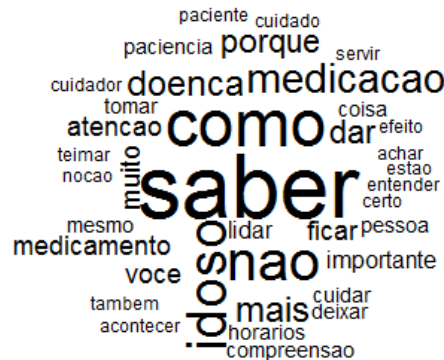
As Figura 17 e 18 ilustram os temas de conhecimento consideradas importantes pelos cuidadores de idosos com Alzheimer.

Figura 17 – Análise de similitude sobre temas de conhecimento que consideram importantes para os cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Figura 18 – Nuvem de palavras sobre temas de conhecimento que consideram importantes para os cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Os temas relevantes para o cuidado do idoso relatados pelos cuidadores foram: “saber como dar a medicação”, “saber o efeito do medicamento”, “saber como lidar com o idoso”, “saber da doença” e “ser paciente”. Essas unidades de codificação permitiram elaborar três categorias: Conhecimento sobre medicação (Indicação, ação e efeitos), Atenção e paciência com o idoso, Conhecimento sobre a doença, conforme mostra o quadro 10.

Quadro 10 – Categorias sobre temas de conhecimento que consideram importantes para os cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DEPOIMENTOS
<b>C24: Conhecimento sobre medicação</b> (Indicação, ação e efeitos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Domínio de um assunto adquirido por meio da razão ou da experiência.</li> <li>- Ato ou efeito de medicar (-se); Medicamento administrado de acordo com uma prescrição para fins terapêuticos.</li> </ul>	<p>“Saber como agem os medicamentos, cada medicamento que o idoso toma, para que serve e quais os efeitos deles”. (E2)</p> <p>“Saber que medicamento está administrando. Cumprir com os horários da medicação, fazer o apanhado da medicação para não deixar faltar e também não trocar a medicação”. (E7)</p>
<b>C25: Atenção e paciência com o idoso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesse e aplicação voluntária do entendimento;</li> </ul>	<p>“Saber como lidar com a doença e com o idoso, saber como tratar o idoso”. (E4)</p> <p>“Se deixar entender pelo idoso, ele falar e</p>



	<p>Demonstração de respeito ou cortesia.</p> <p>- Capacidade para sofrer ou suportar as dificuldades;</p> <p>Capacidade para fazer trabalhos minuciosos ou difíceis.</p>	<p>“você responder, conversar com ele e não ficar teimando”. (E7)</p> <p>“Ser carinhoso e paciente”. (E4)</p> <p>“A atenção e a preocupação do cuidador com a pessoa cuidada”. (E8)</p> <p>“Ter muita compreensão, disposição e muito amor”. (E12)</p> <p>“Se colocar no lugar dela”. (E26)</p> <p>“Ter a dedicação de quando você pega uma criança no colo”. (E27)</p> <p>“Respeitar o direito do idoso”. (E30)</p>
<p><b>C26: Conhecimento</b> sobre a doença</p>	<p>- Domínio de um assunto adquirido por meio da razão ou da experiência.</p>	<p>“Saber da doença, do que ela causa”. (E1)</p> <p>“Ter consciência do desenvolvimento da doença para que você esteja preparada para acompanhar as etapas”. (E16)</p> <p>“Quais os sintomas que eles apresentam na doença e quando muda cada sintoma”. (E17)</p>

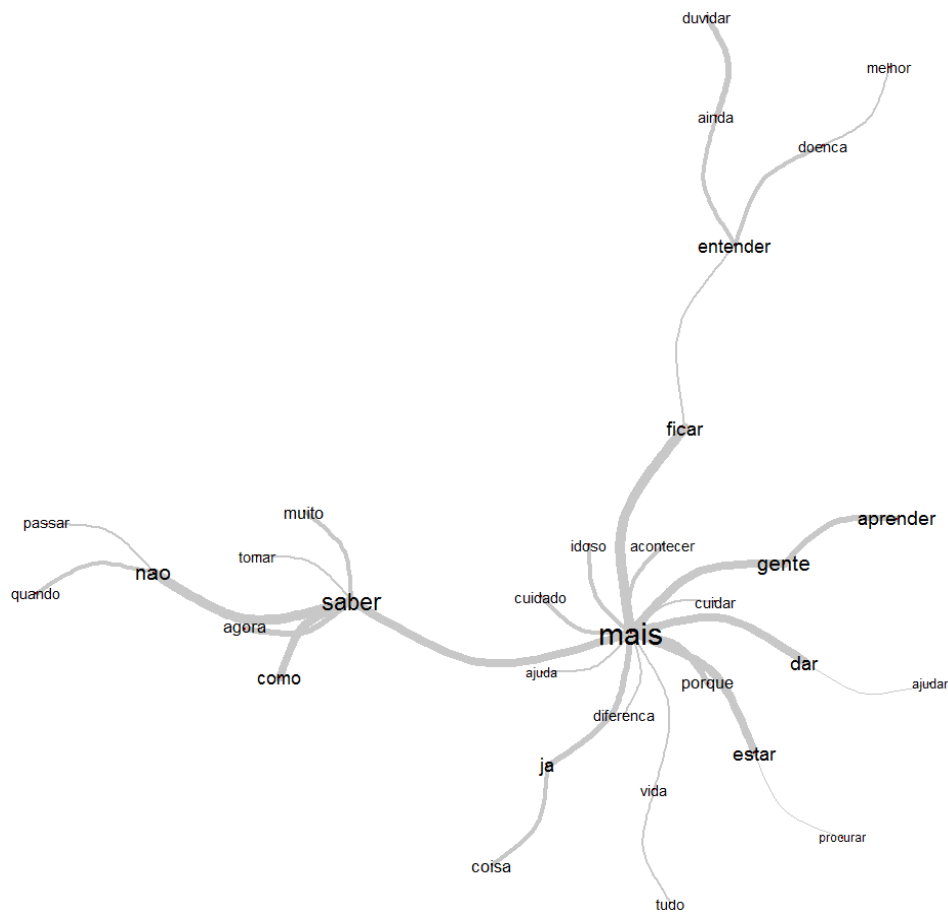
Fonte: Elaborado pelo autor.

Os procedimentos relacionados à medicação e ao conhecimento da doença aparecem novamente em cena como relevantes temas para os cuidadores, como disposto no Quadro 6.

### ***5.2.9 Repercussões das Informações em Saúde***

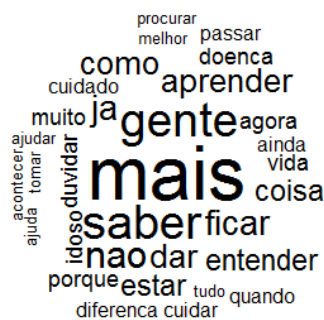
As Figuras 19 e 20 mostram as repercussões das informações em saúde adquiridas pelos cuidadores.

Figura 19 – Análise de similitude acerca das repercussões das informações em saúde adquiridas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Figura 20 – Nuvem de palavras acerca das repercussões das informações em saúde adquiridas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Algumas unidades de codificação como: “faz a gente saber mais”, “aprender como cuidar melhor”, “passar a informação e ajudar outras pessoas” levaram a formação das categorias a seguir: Aprendizado, Cuidar melhor e Compartilhar informações, como exibido no Quadro 11.

Quadro 11 – Categorias acerca das repercussões das informações em saúde adquiridas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DEPOIMENTOS
<b>C27: Aprendizado</b>	- Ato ou efeito de aprender; Aquisição de conhecimentos.	“Faz a gente aprender mais”. (E4) “Comecei a entender a doença, as causas e os efeitos”. (E10) “Me ajudou a saber como dar as medicações”. (E2)
<b>C28: Cuidar melhor</b>	- Dedicar atenção e interesse especiais a algo ou alguém. - comparativo de superioridade de bom; Preferível ou mais conveniente.	“Faz com que eu cuide melhor”. (E6) “Para eu saber onde reconhecer, onde buscar e o que fazer, como agir”. (E30) “Posso dar mais qualidade de vida para ele”. (E19)
<b>C29: Compartilhar informações</b>	- Dividir e distribuir as partes de (um todo) [entre os interessados].	“Onde a gente mora tem muito idoso e eu já repasso as informações e oriento outras pessoas que cuidam de idoso”. (E22)

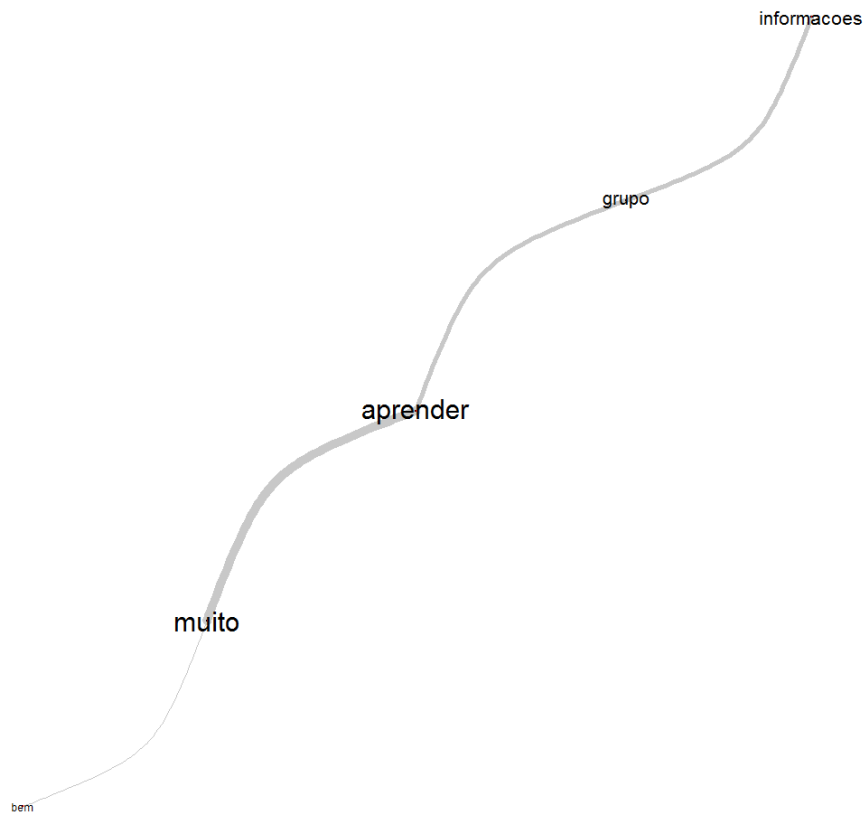
Fonte: Elaborado pelo autor.

As falas dos cuidadores demonstram que a repercussão mais importante refere-se à aquisição de mais competência para o cuidado do idoso.

#### ***5.2.10 Repercussões da participação em Grupo de Cuidadores***

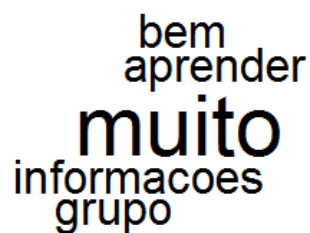
Nas Figura 21 e 22 observam-se as repercussões da participação dos entrevistados em grupos de apoio para cuidadores de idosos.

Figura 21 – Análise de similitude acerca das repercussões da participação em grupo de cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

Figura 22 – Nuvem de palavras acerca das repercussões das informações em saúde adquiridas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ.

As falas dos cuidadores permitiram a identificação de algumas unidades de codificação: “pude aprender muito” e “o grupo faz muito bem”.

A partir delas foi criada uma categoria: Aprendizado. A categoria Apoio Psicológico emergiu a partir das análises do pesquisador com base no referencial de Mayring (2000), como mostra o Quadro 12.

Quadro 12 – Categorias acerca das repercussões das informações em saúde adquiridas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DEPOIMENTOS
C30: <b>Aprendizado</b>	- Ato ou efeito de aprender; Aquisição de conhecimentos.	<p>“No grupo eu aprendi a ser mais tolerante e paciente”. (E20)</p> <p>“No começo eu estava muito sem norte porque é um baque muito grande e o grupo me ajudou a ter esse norte. Aprendi as informações sobre a doença e o cuidado”. (E26)</p> <p>“Você troca saberes e experiências e isso é muito importante”. (E41)</p>
C31: <b>Apoio psicológico</b>	<p>- Favorecimento, patrocínio ou ajuda.</p> <p>- Da psique ou relacionado a mente humana; Que influi no ânimo, no humor ou na motivação.</p>	<p>“Você ter um apoio psicológico através do grupo”. (E30)</p> <p>“Me ajudou na parte mental, em aceitar melhor o que estava acontecendo”. (E20)</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ressalta-se que nesse grupo de respostas apenas quatro cuidadores participavam das atividades de grupo. Seus relatos ilustram a importância dessa atividade de forma positiva.

### 5.2.11 Níveis de Alfabetização em Saúde

A partir da classificação de Alfabetização em Saúde da OMS, o quadro 13 mostra os níveis de Alfabetização em Saúde dos cuidadores a partir da correlação entre a frequência das variáveis quantitativas e as categorias de análise do estudo, dando-se destaque aos elementos conceituais de cada nível presente nesse estudo.

Quadro 13 – Níveis de Alfabetização em Saúde de cuidadores de idosos com Alzheimer. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

NÍVEL FUNCIONAL			
Ter habilidades para leitura de textos e <b>compreensão das informações</b> fornecidas por <b>profissionais de saúde na forma oral</b> e escrita.			
Questões	n (%)	Categorias	Depoimentos
<p>Entendimento das informações (B7) Fácil</p> <p>Discordância entre as informações (B8) Não</p> <p>Não compreensão das informações (B9) Nunca</p>	30 (71,4%)	C13: Cuidados com a medicação – indicação, efeito e administração	<p>“Quais os efeitos adversos dos medicamentos que ela usa? Quais são os remédios que estão causando os efeitos?” “Para que serve cada medicamento?”</p>
		C14: Conhecimento da doença e sintomas	<p>“Conhecer a doença, o que ocasiona”. “Como ela ia ficar com a evolução da doença”.</p>
		C15: Lidar com o idoso	“De que maneira a gente ia lidar com a progressão”.
	39 (92,9%)	C16: Administração da dieta	“O que eu posso dar para ela comer. Eu fico querendo variar e às vezes não sei o que posso substituir”.
		C19: Permanência da dúvida	“Dúvida que eu ainda tenho atualmente”.
	28 (66,7%)	C24: Conhecimento sobre medicação (Indicação, ação e efeitos)	“Saber como agem os medicamentos, cada medicamento que o idoso toma, para que serve e quais os efeitos deles”.
		C25: Atenção e paciência	“Saber como lidar com a doença e com o idoso. E principalmente

		com o idoso	saber como tratar o idoso”.
		C26: Conhecimento sobre a doença	“Ter consciência do desenvolvimento da doença para que você esteja preparada para acompanhar as etapas”.
NÍVEL CONCEITUAL			
Ter habilidades e competências para <b>buscar</b> , compreender, <b>avaliar e utilizar as informações em saúde</b> e fazer escolhas que possam reduzir riscos à saúde e aumentar a qualidade de vida.			
Primeira fonte de informação (B4) Ambulatório Outro local de saúde	15 (35,7%) 14 (33,4%)	C17: Difícil - falta de orientação e aceitação	“Foi bem difícil. Não tem remédio, não tem médico, não tem nada. Tudo é difícil e demorado”. “Receber essa informação é algo doloroso, saber que não vai ter resultado, finaliza só com a morte”.
Satisfação com a primeira fonte de informação (B4b) Satisfeito	22 (52,4%)	C18: Satisfação	“A gente chega sem norte, sem saber o que vai fazer. Eles dão o discernimento de como vai conduzir. Para início e orientação é um campo excelente”.
Busca em outras fontes de informação (B5) Sim	27 (64,3%)	C21: Experiência negativa com livros	“Os livros deveriam ser mais acessíveis para leigos. Eu não gostei porque é voltado só para médicos. Eu tinha que ler com um dicionário do lado”.
Outras fontes de informação (B5a) Ambulatório Livro Internet	17 (63,0%) 09 (33,3%) 05 (18,5%)	C22: Informação do serviço de saúde	“A equipe é excelente. Eu gosto muito das informações”. “Pessoa apta para isso, estudou e é preparado”. “Instrui a gente a muita coisa”.
Satisfação com outras		C23:	“É um leque maior de

fontes de informação (B5c) Satisfeito	24 (88,9%)	Informação da internet	informações e eu posso passar um tempo maior pesquisando”. “Porque me dizia muita coisa e tudo parecido com o que o povo já tinha me dito antes”.
Fonte mais útil (B5d) Ambulatório	17 (63,0%)		
Livro	03 (11,1%)		
Internet	02 (7,4%)		
Fonte mais confiável (B6) Ambulatório	18 (66,7%)		
Livro	02 (7,4%)		
Internet	02 (7,4%)		
Atitude diante das dúvidas (B9a) Profissional de saúde	12 (28,6%)		
Diferença após informação recebida (B12) Sim	39 (92,9%)	C20: Experiência positiva com livros	“Eu gostei de ler. Ler livro me ajudou muito a saber como cuidar melhor da mãe e principalmente como entender a doença dela”.
		C27: Aprendizado	“Comecei a entender a doença, as causas e os efeitos”.
		C28: Cuidar melhor	“Para eu saber onde reconhecer, onde buscar e o que fazer, como agir”.
NÍVEL EMPODERAMENTO			
Compreender seus direitos como usuários do serviço de saúde, <b>interagir com outras pessoas da sua rede de apoio social</b> e conhecer os riscos dos produtos e serviços de saúde.			
Dividir preocupação (B10) Família	33 (78,6%)	C29: Repassar a informação	“Onde a gente mora tem muito idoso e eu já repasso as informações e oriento outras



Compartilhar informação (B11a) Família	33 (78,6%)		“Vocês trocam saberes e experiências e isso é muito importante”.
Diferença após compartilhar informação (B11b) Sim	33 (86,8%)		
Diferença após participar de grupo (B13) Sim	04 (100,0%)	C30: Aprendizado	“Você troca saberes e experiências e isso é muito importante”.
		C31: Apoio psicológico	“Você ter um apoio psicológico através do grupo”.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se a partir do quadro acima que na classificação de Alfabetização em Saúde houve maior frequência de categorias nos níveis funcional e conceitual. Esse dado revela que os cuidadores deste estudo se encontram mais no domínio cognitivo da aprendizagem sobre o cuidado ao idoso com Alzheimer em detrimento do nível empoderamento.

No nível funcional, observa-se que há um entendimento geral dos cuidadores (71,4%) acerca das informações que buscaram. Contudo, as questões giraram em torno de aspectos relacionados à doença, medicação e dieta.

No nível conceitual, observa-se a movimentação dos cuidadores para sanar suas dúvidas, transitando pelos serviços de saúde, ambulatorios ou mesmo buscando informações na literatura escrita ou na mídia. Em alguns desses meios alguns cuidadores (52,4%) manifestaram satisfação quanto às fontes buscadas. Nesse nível de Alfabetização em Saúde, os dados revelaram que os cuidadores buscaram, avaliaram e utilizaram as informações em saúde.

Na busca da informação, obteve-se como estatisticamente significativa o ambulatorio como a fonte que inspirou maior confiabilidade ( $p=0,002$ ) e utilidade ( $p=0,009$ ) da informação recebida pelos cuidadores.

Verifica-se na classificação da Alfabetização em Saúde que os cuidadores expressaram habilidades de julgamento e uso das informações recebidas, favorecendo uma melhor qualidade de cuidado ao idoso.

O nível empoderamento foi o menos expressivo no grupo de cuidadores. Contudo, aqueles que participaram em atividades de grupo valorizaram a troca de experiência e o apoio emocional. A família foi apontada como principal alvo para compartilhar preocupações e informações aprendidas acerca do cuidado ao idoso com Alzheimer.

Em termos de concepção da Alfabetização em Saúde o nível de empoderamento reúne todas as habilidades dos demais níveis, agregando a capacidade de julgamento crítico e tomada de decisão, quer em relação ao cuidado como também aos serviços que lhe são oferecidos.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O predomínio de cuidadoras desse estudo pode estar relacionado ao papel histórico e cultural do cuidado ao lar e à família atribuído à mulher. Observa-se que esse dado indica um forte viés de gênero no contexto familiar quando se trata de eleger o cuidador do idoso. Outros pesquisadores também encontraram prevalência feminina entre os cuidadores de idosos (ALMEIDA *et al.*, 2014; BREMENKAMP *et al.*, 2014; SANTOS; BORGES, 2015; SEIMA *et al.*, 2014).

Ainda permanece na sociedade o cuidado como algo naturalmente associado à figura feminina na família. Essa questão de gênero na relação mulher-cuidadora tende a trazer consequências físicas, psicológicas e sociais que limitam as suas capacidades no exercício do cuidar pela sobrecarga de trabalho, bem como de se auto cuidar. Vários fatores na presente pesquisa favoreceram o aumento dessa sobrecarga: mulheres casadas e com filhos, prestando cuidado ininterrupto a idosos dependentes de cuidado, tendo poucas pessoas para compartilhar esse cuidado e, conseqüentemente, poucas horas de descanso.

Acredita-se que no caso de demências, o fator estressante e causador da sobrecarga de trabalho não é um evento isolado, mas as múltiplas demandas que resultam da dependência do doente. Estudos com cuidadores informais de idosos apontam o cuidado sob responsabilidade de apenas um familiar (LENARDT *et al.*, 2010) que se dedica em tempo integral ao idoso com elevado grau de dependência (MATOS; DECESARO, 2012) com elevado grau de dependência, fatores esses que aumentam a sobrecarga de trabalho.

Mesmo dividindo o trabalho com outra pessoa da família, os cuidadores desse estudo sentiam-se sobrecarregados. Esse dado corrobora com outro autor, ao evidenciar que o auxílio de leigos contratados não deixou o cuidador principal menos sobrecarregado, pois mesmo com o apoio de uma segunda pessoa, as responsabilidades referentes ao idoso permaneceram com um só familiar (MATOS; DECESARO, 2012).

Acredita-se que o desgaste físico, emocional e financeiro pode transformar o cuidador em um doente em potencial. Diante disso, é relevante voltar a atenção para as necessidades do cuidador, buscando implementar estratégias que estimulem o cuidado de si e outras ações que visem minimizar o impacto na vida dos cuidadores familiares, como a redução da jornada de trabalho, a divisão de tarefas no ambiente familiar, a responsabilidade do cuidado também para os homens e a participação dos cuidadores em grupos de apoio (LENARDT *et al.*, 2010).

Em se tratando da concepção de envelhecimento, os cuidadores associam o envelhecer saudável à capacidade de realizar as práticas de cuidado cotidianos, ou seja, ser independente e autônomo. Por essa concepção entende-se o motivo de uma visão negativa acerca da saúde do idoso que cuida e da dificuldade do cuidar que vai se agravando com o tempo.

Esse fato pode ter sido em razão da maioria dos cuidadores não apresentarem capacitação para exercer essa função e ter essa compreensão limitada de envelhecimento saudável.

Uma pesquisa com idosos mostrou que, para a maioria deles, envelhecer saudável estava relacionado a adotar comportamentos saudáveis, contar com rede e apoio social e manter-se ativo. Entretanto, para alguns desses idosos o envelhecimento saudável foi sinônimo de não ter doenças e ser autônomo e independente para realizar suas atividades diárias (VALER *et al.*, 2015).

Uma vez conhecidas essas informações, cabe ao profissional de saúde trabalhar junto a esses cuidadores a fim de modificar a concepção de que envelhecer saudável depende exclusivamente de ter independência e autonomia, reorientando-os para uma prática de cuidados que minimizem as limitações causadas pela DA.

Ocorre que a formação para cuidadores e a participação em grupos de apoios traz benefícios tanto para o cuidador quanto para o idoso, pois oferecem oportunidades para troca de conhecimento, experiências e mútuo apoio social e emocional (FIALHO *et al.*, 2012; MARIM *et al.*, 2013; YAMASHITA *et al.*, 2013).

Dificuldades relacionadas ao conhecimento para o cuidado refletiram-se também em relação à administração de medicamentos. A necessidade por informação sobre medicamentos também foi relatada por cuidadores familiares em outras pesquisas (ILHA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2013; TALMELLI *et al.*, 2010).

Não obstante, nesse estudo prevaleceram na classificação da Alfabetização em Saúde os níveis funcional e conceitual, evidenciando a predominância da aprendizagem em detrimento da capacidade crítica do cuidador de idoso com Alzheimer. Esse resultado demonstra o quanto os cuidadores necessitam de conhecimento adequado para exercer essa assistência ao idoso. Trata-se de cuidados com características específicas que exigem do cuidador mais do que ter habilidade para leitura de textos e compreender as informações fornecidas.

Em outros estudos também foram revelados cuidadores com poucos conhecimentos para cuidar de pessoas com essa demência. A descompensação que acomete os

idosos com Alzheimer pode estar relacionada ao comportamento inadequado dos cuidadores, em razão do déficit de conhecimento associado à doença (LENARDT *et al.*, 2010; MENDES; SANTOS, 2016; XIMENES; RICO; PEDREIRA, 2014;).

Pesquisa sobre a Alfabetização em Saúde de cuidadores de idosos acerca da administração de medicamentos revelou que 85,7% dos cuidadores desempenhavam tarefas como administração de medicamentos e acompanhamento dos idosos em suas consultas médicas, destes, 35,7% apresentavam inadequada Alfabetização em Saúde (LINDQUIST *et al.*, 2010). Outras pesquisas demonstraram inadequada Alfabetização em Saúde acerca da capacidade de leitura em 31% e 29% dos cuidadores, respectivamente (GARCIA *et al.*, 2013; LEVIN *et al.*, 2014).

Cuidadores com inadequada Alfabetização em Saúde podem ter a adesão aos planos de cuidados prescritos comprometida, afetando negativamente a saúde da pessoa cuidada (GARCIA *et al.*, 2013). Assim, faz-se necessário elevar o nível de Alfabetização em Saúde desses indivíduos em relação à compreensão das instruções fornecidas pelos profissionais de saúde (LEVIN *et al.*, 2014).

Cuidar de uma pessoa com DA requer conhecimento e desenvolvimento de habilidades (ILHA *et al.*, 2016), pois o conhecimento do cuidador acerca do cuidado adequado prestado ao idoso irá interferir diretamente na qualidade de vida deste, uma vez que quanto maior o conhecimento, maior a capacidade de fornecer atendimento qualificado.

É necessário que o cuidador tenha a capacidade de julgamento e tomada de decisão diante das peculiaridades apresentadas pelo idoso. Esse cuidado depende também da capacidade de avaliar e usar essas informações, além de fazer escolhas que possam reduzir riscos à saúde e promover a qualidade de vida.

No nível conceitual de Alfabetização em Saúde, o cuidador que busca se manter informado sobre a doença de Alzheimer se torna uma pessoa mais capacitada para assistir diariamente esse idoso, pois terá melhor preparação física e mental, estando ciente do que pode surgir no cotidiano do cuidado ao idoso (SILVA *et al.*, 2013).

Nesse contexto, considera-se importante estimular o diálogo entre profissionais e cuidador, pois permitirá a criação de um clima de confiança para expressar dúvidas, buscar informações, problematizar e refletir sobre o cuidado prestado.

Ter o serviço de saúde como a principal fonte de esclarecimento dessas dúvidas é um aspecto positivo para o cuidado, pois se trata de uma fonte confiável de informações que pode dar suporte para o cuidador e, conseqüentemente, interferir positivamente no cuidado ao idoso. É importante para o cuidador a presença de uma fonte confiável de informação, a qual

ele possa se dirigir quando surgirem dúvidas acerca da assistência prestada (ERICKSON; LEROY, 2015).

É visível a carência de suporte profissional de uma equipe multidisciplinar e de redes de apoio. O cuidado ao idoso demenciado exige adequado suporte estratégico, emocional e institucional. Diante disso, faz-se necessário informar ao cuidador de idoso com Alzheimer sobre a doença e sua evolução, indicando o caminho adequado dos auxílios e das redes sociais de apoio, além de fortalecer o empoderamento desse cuidador (LENARDT *et al.*, 2010; XIMENES; RICO; PEDREIRA, 2014).

O nível empoderamento foi o menos expressivo entre os cuidadores. Alguns fatores podem estar associados a esse resultado, como: questão de gênero, sobrecarga de trabalho, déficit de conhecimento e ausência de participação em grupos de apoio.

Conforme presente no Estatuto do Idoso é de responsabilidade do Estado e da família prover atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2003). Contudo, é no ambiente familiar que o cuidado acontece e, pelos relatos, os cuidadores sentem-se sozinhos, sem a presença do Estado como suporte de apoio emocional e social.

## 7 CONCLUSÕES

O estudo mostra que a mulher representa o cuidador principal do idoso com Alzheimer.

As dúvidas dos cuidadores recaem prevalentemente nos determinantes biológicos do cuidar, como: orientações sobre a doença, medicação e dieta. Os serviços de saúde representam para os cuidadores a fonte principal de busca de informações, o que demonstra a confiabilidade, utilidade e satisfação pelos cuidadores. A família é a principal fonte de compartilhamento das informações recebidas pelos cuidadores.

O trabalho ininterrupto dificulta o acesso do cuidador a participar de grupos/atividades educativas e cursos de capacitação para o cuidado do idoso com Alzheimer. A falta dessa capacitação constitui-se de um elemento significativo que compromete a qualificação do cuidado ao idoso com Alzheimer.

Esse estudo indica que o cuidado de enfermagem com o idoso vai além das orientações ao cuidador sobre as AVD do idoso com Alzheimer. É preciso estar atento para aquele que cuida, pois a ele/ela recai uma sobrecarga de trabalho para atenção à saúde do idoso, o que pode conduzi-lo (a) a danos à sua integridade física, mental e social.

Na classificação da Alfabetização em Saúde predominam as categorias nos níveis funcional e conceitual, indicando a necessidade de fortalecer o empoderamento dos cuidadores.

A Alfabetização em Saúde demonstrou ser um instrumento viável para avaliar a habilidade individual do cuidador, fornecendo elementos para promover melhor cuidado de saúde ao idoso com DA.

Acredita-se que o nível de Alfabetização em Saúde afeta diretamente a capacidade do indivíduo de atuar não apenas sobre as informações de saúde, mas também de ter mais controle sobre sua saúde. Assim, melhorar a Alfabetização em saúde é uma das ferramentas capazes de alcançar melhores resultados em saúde.

Umas das maneiras de alcançar essa dimensão do cuidado extensivo ao cuidador e melhorar seu nível de Alfabetização em Saúde será estimulando o mesmo a participar do grupo de apoio, reuniões educativas e cursos de capacitação ao cuidador ofertados pelo serviço.

Assim, entende-se que o cuidado com o idoso com Alzheimer requer do enfermeiro um monitoramento contínuo do cuidador no sentido de identificar as suas demandas de conhecimento e de suporte social e psicológico. Uma vez incluído no processo

terapêutico do cuidado do idoso essas demandas, poder-se-á promover melhor qualidade de vida ao cuidador e ao idoso.

Sugere-se a realização de estudos de intervenção que visem promover conhecimento, compreensão, habilidades no cuidado do idoso com Alzheimer e, assim, assegurar capacitação e suporte social de apoio ao cuidador.

As limitações do estudo estiveram relacionadas ao local da entrevista, que apesar de ser um ambiente mais afastado das demais pessoas, tinha poluição sonora, dificultando o diálogo entre pesquisador e entrevistado. O pouco tempo dos cuidadores entre a realização da entrevista e a consulta do idoso acarretou em perdas de participantes do estudo.

A presença do idoso no momento da entrevista foi, para alguns cuidadores, motivo de intimidação para responder alguns questionamentos da pesquisa. Acontecimento este que não pode ser minimizado pelo fato dos cuidadores estarem sozinhos acompanhando o idoso que necessitava de atenção constante.



## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada no 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005.

ALMEIDA FILHO, Naomar; ROQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ALMEIDA, Lídia Gonçalves Rabelo de Souza; JARDIM, Mônica Gomes; FRANCO, Elaine Cristina Dias. O cuidar do idoso com Alzheimer: sentimentos e experiências vivenciados por seus cuidadores. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n. 2, p. 303-312, 2014.

ARRUDA, Micheli Coral; ALVAREZ, Ângela Maria; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. O familiar cuidador de portador de Doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 7, n. 3, p. 339-345, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER (ABRAZ). **A cada três segundos, um idoso é diagnosticado com algum tipo de demência no mundo**. Brasil; 2016 [Internet]. Disponível em: <<http://www.abraz.org.br/node/760>>. Acesso em 12 mar 2017.

BAKER, David W. et al. Health literacy and mortality among elderly persons. **Arch Intern Med.**, v. 167, n. 14, p. 1503-1509, July 2007.

\_\_\_\_\_. The relationship of patient Reading ability to self-reported health and use of health services. **American Journal of Public Health**, v. 87, p. 1027-1039, June 1997.

BARTFAY, Emma; BARTFAY, Wally J. Quality-of-Life outcomes among Alzheimer's disease family caregivers following community-based intervention. **West J Nurs Res.**, v. 35, n. 1, p. 98-116, 2011.

BAUAB, Juliana Pedroso; EMMEL, Maria Luisa Guillaumon. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 339-352, 2014.

BERKMAN, Nancy D. et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. **Ann Intern Med.**, v. 155, n. 2, p. 97-107, July 2011.

BEVAN, Jennifer L.; PECCHIONI, Loretta L. Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. **Patient Educ Couns.**, v. 71, n. 3, p. 356-364, June 2008.

BLISS, Donna et al. Health Literacy Needs Related to Incontinence and Skin Damage among Family and Friend Caregivers of Individuals with Dementia. **J Wound Ostomy Continence Nurs.**, v. 40, n. 5, p. 515-523, Sep-Oct. 2013.

BORGES, Cíntia Lira et al. Cuidando do cuidador: intervenções para o autocuidado. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7474-7481, Abr. 2015.

BORGHI, Ana Carla et al. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 751-758, Dec. 2011.

BORN, Tomiko (Org.). **Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. 331p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Resumo Executivo. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e HelpAge International, 2012.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003; 3 out.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BREMENKAMP, Mariana Gegenheimer et al. Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 4, p. 763-773, 2014.

BRUM, Ana Karine Ramos et al. Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 619-624, Aug. 2013.

BULLA, Leonia Caapaverde; MARTINS, Rosemara Rodrigues; VALENCIO, Gabriele. O convívio do idoso com Alzheimer com sua família: Qualidade de vida e suporte social. In: BULLA, Leonia Caapaverde et al. **Convivendo com o familiar idoso**. Porto Alegre: EDPUCRS, 2009.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013.

DAVIS, Terry C. et al. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. **Ann Intern Med**, v. 145, n. 12, p. 887-894, Dec. 2006.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Eds.) **The SAGE handbook of qualitative research**. 4. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2011.

DEWALT, Darren A. et al. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. **J Gen Intern Med**, v. 19, n. 12, p. 1228-1239, Dec. 2004.

DONELAN, Karen et al. Challenged to care: informal caregivers in a changing health system. **Health Aff (Millwood)**, v. 21, n. 4, p. 222-231, Jul-Aug. 2002.

ERICKSON, Steven R.; LEROY, Barbara. Health literacy and medication administration performance by caregivers of adults with developmental disabilities. **J Am Pharm Assoc**, v. 55, n. 2, p. 169-177, Mar-Apr. 2015.

EVANGELISTA, Lorraine S. et al. Health literacy and the patient with heart failure implications for patient care and research: a consensus statement of the Heart Failure Society of America. **J Card Fail.**, v. 16, n. 1, p. 9-16, Jan. 2010.

FIALHO, Patrícia Paes Araujo et al. Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 70, n. 10, p. 786-792, Oct. 2012.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, Rafaela Vitória de. **Diagnóstico precoce na doença de Alzheimer utilizando biomarcadores e tomografia PET CT**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biomedicina). Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2015.

GARCES, Solange Beatriz Billig et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 335-352, 2012.

GARCIA, Cesar H. et al. Health Literacy Associations Between Hispanic Elderly Patients and Their Caregivers. **J Health Commun**, v. 18, supl. 1, p. 256-272, Dec. 2013.

GRATAO, Aline Cristina Martins et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 873-880, Dec. 2010.

ILHA, Silomar et al. Doença de alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 138-146, Mar. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. IBGE. **Censo 2010**. IBGE, 2010. Disponível em < <http://censo2010.ibge.gov.br/> >. Acesso em 17 nov. 2015.

KANJ, Mayagah; MITIC, Wayne. Promoting health and development: closing the implementation gap [Internet]. In: **7th Global Conference on Health Promotion**, October 26-30. Nairóbi, Kenya: World Health Organization, 2009.

KICKBUSCH, Ilona. Think health: What makes the difference? **Health Promot Int**, v. 12, p. 265-272, Dec.1997.

KUO, Li-min et al. A home-based training program improves Taiwanese Family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 28, n. 5, p. 504-513, 2013.

KWAN, Brenda; FRANKISH, Jim; ROOTMAN, Irv. **The development and validation of measures of "health literacy" in different populations**. Columbia: University of British Columbia, Institute of Health Promotion Research, 2006.

LENARDT, Maria Helena et al. O idoso portador da Doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 301-307, 2010.

LEVIN, Jennifer B. et al. Health Literacy and Heart Failure Management in Patient-Caregiver Dyads. **J Card Fail**, v. 20, n. 10, Oct. 2014.

LINDOLPHO, Mirian da Costa et al. O impacto da atuação dos enfermeiros na perspectiva dos cuidadores de idosos com demência. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 6, n. 3, p. 1078-1089, 2013.

LINDQUIST, Lee A. et al. Inadequate Health Literacy Among Paid Caregivers of Seniors. **J Gen Intern Med**, v. 26, n. 5, p. 474-479, May 2010.

LIU, K. P. Y. et al. Activities of daily living performance in dementia. **Acta Neurol Scand.**, v. 116, n. 2, p. 91-95, Aug. 2007.

MACHADO, Ana Larissa Gomes et al. Instrumentos de letramento em saúde utilizados nas pesquisas de enfermagem com idosos hipertensos. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 4, p. 101-107, 2014.

MARIM, Camila Manuela et al. Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 267-275, Feb. 2013.

MASTEL-SMITH, Beth; STANLEY-HERMANN, Melinda. "It's like we're grasping at anything": caregivers' education needs and preferred learning methods. **Qual Health Res**, v. 22, n. 7, p. 1007-1015, July 2012.

MATOS, Paula Cristina Barros de; DECESARO, Maria das Neves. Características de idosos acometidos pela doença de Alzheimer e seus familiares cuidadores principais. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 4, p. 857-865, 2012.

MAYRING, Philipp. Qualitative Content Analysis. **Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research**, [S.l.], v. 1, n. 2, June 2000.

MENDES, Cinthia Filgueira Maciel; SANTOS, Anderson Lineu Siqueira dos. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 121-132, Mar. 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98p.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 5. ed. rev. atual. Londrina: Midiograf, 2010. 318p.

NIELSEN-BOHLMAN, Lynn; PANZER, Allison M.; KINDIG, David A. (Eds.) **Health literacy: a prescription to end confusion**. Institute of Medicine (US). Committee on Health Literacy. Washington, D.C: The National Academies Press, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>>.

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. **Health Promot Int**, v. 15, p. 259-267, 2000.

\_\_\_\_\_. Health Promotion Glossary. **Health Promot Int**, v. 13, p. 349-364, 1998.

OLIVEIRA, Ana Paula Pessoa de; CALDANA, Regina Helena Lima. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 675-685, Sept. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 45, 1993.

PARANÁ. Secretaria da Saúde do Paraná. Governo do Estado do Paraná. Sanitária - Serviços - Estabelecimentos de Interesse a Saúde - Serviços de Interesses a saúde. **Estabelecimentos de interesse à saúde**. [s.d.]. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=791>>. Acesso em 17 mar. 2017.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi et al. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 271-277, 2011.

\_\_\_\_\_. Alfabetização em saúde de pessoas idosas na atenção básica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe1, p. 129-135, 2012.

PASSAMAI, Maria da Penha Baião et al. **Letramento funcional em saúde e nutrição**. Fortaleza: EdUECE, 2011. 95p.

PERSELL, Stephen D. et al. Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. **J Gen Intern Med**, v. 22, n. 11, p. 1523-1526, 2007.

PETERSON, Pamela N. et al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure. **JAMA**, v. 305, n. 16, p. 1695-1701, Apr. 2011.

RAMOS, Rogério de Araújo. Dicionário didático de Língua Portuguesa: ensino fundamental 1. 2. Ed. São Paulo: Edições SM, 2011.

REINERT, Max. ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, v. 26, n.1, p. 24-54, 1990.

SALES, Ana Cláudia Silveira et al. Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso Portador da doença de Alzheimer. **R Enferm Cent O Min [Internet]**, v. 1, n. 4, p. 492-502, 2011.

SALTER, Charlotte et al. Challenges and Opportunities: What Can We Learn from Patients Living with Chronic Musculoskeletal Conditions, Health Professionals and Carers about the Concept of Health Literacy Using Qualitative Methods of Inquiry? **PLoS One**, v. 9. n. 11, p. 1-10, Nov. 2014.

SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho et al. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 865-874, Mar. 2015.

SANTIAGO, Roberta Fortes; LUZ, Maria Helena Barros Araújo. Práticas de educação em saúde para cuidadores de idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 136-142, 2012.

SANTOS, Michelle Didone dos; BORGES, Sheila de Melo. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 339-349, June 2015.

SILVA, Sâmea Pereira Narciso da et al. A perspectiva do cuidador frente ao idoso com a doença de alzheimer. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, v. 5, n. 1, p. 3333-3342, 2013.

SORENSEN, Kristine et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 1-13, Jan. 2012.

SPARKS, Lisa; NUSSBAUM, Jon F. Health literacy and cancer communication with older adults. **Patient Educ Couns**, v. 71, n. 3, p. 345-350, June 2008.

TALMELLI, Luana Flávia da Silva et al. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 219-225, 2013.

\_\_\_\_\_. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 933-939, Dec. 2010.

VALER, Daiany Borghetti et al. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 809-819, 2015.

VERNON, John A. et al. **Low health literacy: Implications for national health policy**. Washington, DC: George Washington University School of Public Health and Health Services, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia: a public health priority**. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em 19 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Health literacy and health behavior**. [Internet]. 2011. Disponível em <[www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/)>. Acesso em 26 nov. 2015.

WU, Jia-Rong et al. Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure. **J Gen Intern Med**, v. 28, n. 9, p. 1174-1180, Sept. 2013.

XIMENES, Maria Amélia. Doença de Alzheimer: o cuidado no diagnóstico. **Revista Portal de Divulgação**, n. 41, Ano IV, Jun/Jul/Ago 2014.

XIMENES, Maria Amélia; RICO, Bianca Lourdes Duarte; PEDREIRA, Raíza Quaresma. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.121-140, 2014.

YAMASHITA, Cintia Hitomi et al. Association between social support and the profiles of family caregivers of patients with disability and dependence. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1359-1366, Dec. 2013.





## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Convidamos você a participar como voluntário de uma pesquisa que tem como objetivo analisar como os cuidadores informais de idosos com demência buscam, compreendem e partilham as informações em saúde, sob a responsabilidade da pesquisadora e mestranda Jamille Pinheiro Cunha.

Caso você aceite fazer parte do estudo, você precisará participar de uma entrevista respondendo a dois questionários sobre o cuidado que você desempenha ao idoso (a). A entrevista será realizada no Ambulatório do Centro de Atenção ao Idoso ao qual a pessoa que você cuida é acompanhada.

A sua participação nessa pesquisa é livre, podendo desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. Os resultados obtidos serão organizados e elaborados relatórios para fins acadêmicos como apresentação em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes. Seu nome não será revelado em nenhum momento do estudo nem das publicações. A pesquisa não causará danos físicos a você. No entanto, os riscos que poderão estar presentes estarão relacionados a desconforto psicológico no momento da entrevista. Como benefícios, você poderá refletir acerca de como você busca, compreende e compartilha as informações em saúde acerca da sua principal dúvida sobre o cuidado ao idoso.

Este termo será preenchido em duas vias, sendo uma entregue ao participante da pesquisa.

**Responsável pela pesquisa:** Neiva Francenely Cunha Vieira. Instituição: Universidade Federal do Ceará. Endereço: Avenida Odilon Guimarães, 4555. Casa 31. Lagoa Redonda. Fortaleza-CE. Telefones: (85) 3366 8020 / 3366 8461.

ATENÇÃO: PARA QUALQUER QUESTIONAMENTO DURANTE SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA, DIRIJA-SE AO:

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Telefone/fax: (85) 3366 8344 / 3223 2903

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_, declaro que li cuidadosamente este termo de consentimento livre e esclarecido e que é de livre e espontânea vontade que participo como voluntário dessa pesquisa. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada desse termo.

Fortaleza, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

## ANEXO A – HEALTH LITERACY TRADUZIDO E ADAPTADO PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL\*

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do (a) cuidador (a): \_\_\_\_\_

### QUESTÕES SOBRE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE

A partir deste momento, vou gravar esta entrevista para que suas palavras sejam entendidas exatamente como o (a) Sr (a) as falou. Se não entender a pergunta me informe, que a formularei de outro modo. É importante dizer que não há resposta certa ou errada. Quero saber sua opinião sobre as perguntas.

(B1) O que significa para o (a) Sr (a) “envelhecimento saudável”?

(B2) No último mês, o que o (a) Sr (a) pensou sobre a saúde do (a) idoso (a) que você cuida?

(B2a) O que é cuidar de idoso com demência para o (a) Sr (a)?

(B2b) A partir de agora, gostaríamos que o (a) Sr (a) escolhesse uma atividade dentre essas que o (a) Sr (a) tem mais dúvidas para continuarmos conversando.

### BUSCA POR INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B3) Que dúvidas o (a) Sr (a) tinha sobre [...]? (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*)

(B4) Qual foi o primeiro lugar onde o (a) Sr (a) encontrou informações sobre as dúvidas que tinha quanto à [...]? (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*)

(B4a) Fale um pouco sobre como foi obter informações sobre [...] com (*Entrevistador: cite a fonte de informação referida anteriormente*).

(B4b) Por favor, utilize esta escala para responder a próxima questão. DE MODO GERAL, o quão satisfeito o (a) Sr (a) ficou com a informação adquirida sobre [...] que você procurou com (*Entrevistador: cite a fonte de informação referida anteriormente*)?

( ) muito insatisfeito com a informação

( ) insatisfeito com a informação

( ) neutro (nem satisfeito nem insatisfeito com a informação)

( ) satisfeito com a informação

( ) muito satisfeito com a informação

(B5) Além da (*Entrevistador: cite a primeira fonte de informação*), em que OUTRAS fontes o (a) Sr (a) procurou informações sobre [...]? (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*)

1 não procurou outra fonte de informação

2 procurou outras fontes

(*Entrevistador: se no item B5, a resposta for número 2, questione:*)

(B5a) Quais?

(B5b) Fale um pouco sobre como foi obter informações sobre [...]

(*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*) com (*Entrevistador: cite as fontes de informação referidas anteriormente*).

(B5c) Por favor, utilize esta escala para responder a próxima questão. DE MODO GERAL, o quão satisfeito o (a) Sr (a) ficou com a informação adquirida sobre [...] (*Entrevistador:*

*substitua o [...] pela situação de saúde escolhida) que você procurou com (Entrevistador: cite as fontes de informação referidas anteriormente)?*

Fonte 2: \_\_\_\_\_ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito

Fonte 3: \_\_\_\_\_ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito

Fonte 4: \_\_\_\_\_ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito

(B5d) Das fontes que o (a) Sr (a) utilizou para encontrar informações sobre [...] (Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida) qual DELAS você achou que foi a mais útil? (Entrevistador: cite as fontes por ele (a) relatadas)

(B6) Considerando as fontes de informações que o (a) Sr (a) utilizou, em qual DESTAS fontes você confiou mais? (Entrevistador: peça para escolher uma fonte).

(B6a) Por quê?

## **ENTENDENDO AS INFORMAÇÕES EM SAÚDE**

(B7) De um modo geral, as informações que o (a) Sr (a) encontrou sobre [...] foram: (Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)

☐ muito fácil de entender

☐ fácil de entender

☐ neutra, nem fácil nem difícil de entender

☐ difícil de entender

☐ muito difícil de entender

(B8) O (a) Sr (a) alguma vez percebeu que as informações sobre [...] não concordavam entre si? (Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)

(B9) Pensando em todas as informações que o (a) Sr (a) já teve sobre [...], com que frequência você ouviu palavras que não entendeu? (Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)

☐ nunca ouvi

☐ dificilmente ouvi

☐ ocasionalmente ouvi

☐ freqüentemente ouvi

☐ sempre ouvi

(B9a) Nessa situação, o que o (a) Sr (a) fez?

## **COMPARTILHANDO AS INFORMAÇÕES EM SAÚDE**

(B10) Com quem o (a) Sr (a) falou que estava preocupado (a) sobre [...]? (Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida) (Se necessário, utilize os seguintes exemplos: médico, família, amigos)

(B11) De todas as coisas que o (a) Sr (a) aprendeu sobre [...], quais o (a) Sr (a) considera mais importantes para outros idosos saberem? (Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)

(B11a) Para quem o (a) Sr (a) contou o que aprendeu sobre [...]?(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)

(B11b) Ao compartilhar/dividir o que o (a) Sr (a) aprendeu sobre [...], você acha que essas informações fizeram diferença na vida dessa (s) pessoa (s)? (Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)

## REPERCUSSÕES DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B12) A (s) informação (s) que o (a) Sr (a) adquiriu fez (fizeram) alguma diferença para sua vida?

(B12a) Quais? *(Entrevistador: se o Sr (a) participa do grupo de educação em saúde, questionar:*

(B13) Participar do grupo [...] fez alguma diferença para sua vida? *(Entrevistador: substitua o [...] pelo grupo o qual o idoso (a) participa)*

(B13a) Quais?

\*Adaptado de (PASKULIN *et al.*, 2011).

## ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DEMÊNCIA

**Pesquisador:** Jamille Pinheiro Cunha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53981316.2.0000.5054

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.457.063

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo para analisar a alfabetização em saúde de cuidadores informais de idosos com demência, no Centro de Atenção ao Idoso pertencente ao Hospital Universitário Walter Cantídio no município de Fortaleza.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Analisar a alfabetização em saúde de cuidadores informais de idosos com demência.

#### Objetivo Secundário:

- Conhecer o conteúdo e fonte das informações em saúde obtidas pelos cuidadores informais sobre o cuidado ao idoso com demência.
- Avaliar a compreensão das informações em saúde para tomada de decisões dos cuidadores informais de idosos com demência.
- Verificar o compartilhamento e a repercussão das informações em saúde no cuidado ao idoso com demência.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** Segundo os pesquisadores, os riscos serão mínimos e poderão estar relacionados ao

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

# UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.457.063

desconforto psicológico durante a entrevista. Na ocorrência de qualquer problema, a pesquisadora estará atenta para resolvê-los ou minimizá-los.

## Benefícios:

- De acordo com os autores, a pesquisa possibilitará o conhecimento das principais dúvidas do cuidador acerca das atividades desempenhadas no cuidado ao idoso com demência e um maior entendimento sobre a busca, compreensão e compartilhamento de informações em saúde por parte desses cuidadores. Dessa forma, o estudo poderá contribuir para que os profissionais de saúde possam conhecer esses aspectos e intervir através de orientações e ações voltadas ao cuidado à pessoa idosa.

## Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa pertinente, considerando a temática de cuidado ao idoso com demência.

## Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

## Recomendações:

Inserir o nome da pesquisadora Jamille Pinheiro Cunha no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE só possui o nome da orientadora.

## Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado. Inserir o nome da mestranda no TCLE.

## Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_666885.pdf	08/03/2016 11:42:34		Aceito
Outros	anuencia.jpg	08/03/2016 11:42:10	Jamille Pinheiro Cunha	Aceito
Outros	Instrumento.docx	08/03/2016 11:36:49	Jamille Pinheiro Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/03/2016 11:32:31	Jamille Pinheiro Cunha	Aceito
Declaração de	Apreciacao.doc	08/03/2016	Jamille Pinheiro	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ**



Continuação do Parecer: 1.457.063

Pesquisadores	Apreciacao.doc	11:31:34	Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	08/03/2016 11:29:40	Jamille Pinheiro Cunha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	concordancia.jpg	04/03/2016 08:28:07	Jamille Pinheiro Cunha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Ciencia.jpg	04/03/2016 08:27:29	Jamille Pinheiro Cunha	Aceito
Orçamento	orcamento.jpeg	24/02/2016 22:47:47	Jamille Pinheiro Cunha	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	24/02/2016 22:44:44	Jamille Pinheiro Cunha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	22/02/2016 11:02:26	Jamille Pinheiro Cunha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Março de 2016

---

Assinado por:  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: [conep@ufc.br](mailto:conep@ufc.br)



## ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO HEALTH LITERACY

Re: Instrumento Health Literacy



Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

ter 29/12/2015, 10:58

Você: Duane Mocellin (duanemocellin@gmail.com) ✉



Responder | ▼

Prezada Jamille

Vou pedir que as bolsistas te encaminhem na proxima semana.

Duane por favor veja com a Carla.

abç Lisiane

Em 2015-12-29 11:49, Jamille Pinheiro escreveu:

Cara Lisiane Manganelli Girardi Paskulin,

Bom dia!

Faço Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e estou desenvolvendo uma pesquisa para "Avaliar o letramento em saúde de cuidadores de idosos com demência".

Gostaria de solicitar, se possível, a íntegra do instrumento *Health Literacy*, para avaliar a possibilidade de aplicá-lo na população do estudo.

Agradeço antecipadamente.

RE: Instrumento Health Literacy



Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

seg 29/02/2016, 09:39

Você ✉



Responder | ▼

De acordo. sdç Lisiane Paskulin

Em 2016-02-29 08:18, Jamille Pinheiro escreveu:

Prezada Lisiane,

Bom dia.

Segue abaixo, novamente, o e-mail solicitando sua autorização (via e-mail) para utilização do instrumento "*Health Literacy*".

Aguardo retorno.

Grata.

Att.,

**Jamille Pinheiro Cunha**

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Membro da Linha de Pesquisa Enfermagem e Educação em saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Contato: (85) 98864.2667