



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO
ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



LUCIANNE DO SOCORRO NASCIMENTO DE ARAÚJO

**LITERACIA PARA A SAÚDE DO CUIDADOR INFORMAL NA PANDEMIA
DE COVID 19 NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

BELÉM-PA

2023

LUCIANNE DO SOCORRO NASCIMENTO DE ARAÚJO

**LITERACIA PARA A SAÚDE DO CUIDADOR INFORMAL NA PANDEMIA
DE COVID 19 NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

Pré-projeto de pesquisa apresentado ao curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico.

Macroprojeto: O impacto da Pandemia de COVID-19 nos cuidadores informais de idosos vulneráveis

Orientadora: Profa. Dra. Fabianne de Jesus Dias de Sousa

BELÉM-PA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A658I ARAÚJO, LUCIANNE DO SOCORRO NASCIMENTO DE ARAUJO.
Literacia para a saúde do cuidador informal na pandemia de COVID 19 no contexto amazônico / LUCIANNE DO SOCORRO NASCIMENTO DE ARAUJO ARAÚJO. — 2023.
86 f. : il. color.
- Orientador(a): Prof^ª. Dra. Fabianne de Jesus Dias de Sousa Sousa
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém, 2023.
1. Literacia para a saúde. 2. cuidador informal. 3. COVID-19. 4. amazônico. I. Título.

CDD 016.614

LUCIANNE DO SOCORRO NASCIMENTO DE ARAÚJO

**LITERACIA PARA A SAÚDE DO CUIDADOR INFORMAL NA PANDEMIA
DE COVID 19 NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

Data da avaliação: ____ / ____ / ____

Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Fabianne de Jesus Dias de Sousa - UFPA
(Orientadora)

Profª. Dra. Andreivna Kharenine Serbim - UFAL
(Examinador Externo)

Profª. Sandra Isse Polaro - UFPA
(Examinador Interno)

Profª. Dra. Andressa Tavares Parente – UFPA (Suplente interno)

Profª. Dra. Fabiana de Souza Orlandi-UFSCAR (Suplente externo)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo estruturante para a concepção e operacionalização da LS

Figura 2 – Pessoas que realizam cuidados de idosos – por tipos de cuidados.

Figura 3 – Pessoas que realizam cuidados de idosos – entre todas que se dedicavam a cuidados de moradores.

Figura 4 – Percentual de cuidadoras informais de pessoas idosas, segundo faixa etária, na pandemia de COVID-19. Brasil, 2020.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Níveis de alfabetização em saúde.

Quadro 2 – Subdimensões teóricas de Literacia para a saúde.

LISTA DE SIGLAS

ABVDs – Atividades básicas da vida diária

AIDVs – Atividades instrumentais da vida diária

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COES – Centro de Operações de Emergência em Saúde

COVID -19 - *Coronavirus Disease*

DTN - Doenças tropicais negligenciadas

DSS - Determinantes sociais de saúde

HLS-EU - *Health Literacy Survey- European Union*

HLS-EU-BR - *European Health Literacy Survey*

HUJBB - Hospital Universitário João de Barros Barreto

LS - Literacia para a Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNPSPI - Política Nacional da Pessoa Idosa

SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SNIS - Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento

STROBE - Strengthening the Reporting of Observational studies in epidemiology

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPA - Universidade Federal do Pará

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

Introdução: É prioritário incluir a literacia para a saúde do cuidador informal nas políticas de saúde pública, com potencial benefício na saúde do próprio e nos cuidados prestados a pessoa idosa. Este estudo teve como objetivo avaliar a literacia em saúde dos cuidadores informais de idosos atendidos em um hospital universitário durante a pandemia de COVID-19. **Métodos:** Transversal, observacional, descritivo, correlacional e de abordagem quantitativa com 37 cuidadores informais de pessoas idosas atendidas no Serviço de Geriatria do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Foram utilizados os instrumentos: sociodemográfico e *European Health Literacy Survey Questionnaire*. Para o tratamento e análise dos dados utilizamos os programas estatísticos *Epi Info version 7.2.5.0* (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e *GraphPad Prism version 8*. Quanto a estatística descritiva, foram realizadas: frequências absolutas e relativas para todas as variáveis e, no caso das variáveis numéricas, calculamos a média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo, com seus respectivos Intervalos de Confiança a 95%. Na estatística inferencial, foram aplicados os testes não paramétricos de qui-quadrado de aderência para comparação categórica univariada e teste G para comparações categóricas bivariadas. Considerando as comparações numéricas, ANOVA 1 critério foi empregado uma vez que estas cumpriam os pressupostos de normalidade (avaliada pelo teste de *Bartlett*). Foi considerado como nível de significância estatística alfa de 5% para todas as análises efetuadas. **Resultados:** Dos 37 cuidadores informais eram mulheres (91,8%) com média de idade de 48 anos, casadas (62,1%) com ensino médio (43,2%) residindo na mesma casa com a pessoa idosa cuidada (45,9%) com estado de saúde bom (54,0%) autorreferem que a prestação de cuidados ao idoso não foi afetada (56,7%), cuidam de uma pessoa (45,9%), de seu pai/mãe (64,8%). Quanto as pessoas idosas cuidadas, a maioria eram mulheres (72,9%) com média de idade de 78,2 ($\pm 13,2$) anos. A LS dos cuidadores informais foi de 21,7 revelando-se ser inadequada. O domínio com melhor escore foi “Promoção da saúde” (23,6) e “Prevenção da doença” (20,1), o pior. **Conclusão:** Os resultados mostraram que a literacia em saúde dos cuidadores informais é inadequada evidenciando a necessidade de ações educativas a essa população com vistas a melhorar o cuidado prestado a pessoa idosa.

Palavras-chave: Literacia para a saúde, cuidador informal, idosos, COVID-19, Amazônia.

ABSTRACT

Introduction: It is a priority to include the health literacy of informal caregivers in public health policies, with potential benefits for the health of the caregiver and the care provided to the elderly. This study aimed to evaluate the health literacy of informal caregivers of elderly people cared for in a university hospital during the COVID-19 pandemic.

Methods: Cross-sectional, observational, descriptive, correlational and quantitative approach with 37 informal caregivers of elderly people treated at the Geriatrics Service of the Hospital Universitário João de Barros Barreto. The following instruments were used: sociodemographic and European Health Literacy Survey Questionnaire. For data processing and analysis, we used the statistical programs Epi Info version 7.2.5.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United States) and GraphPad Prism version 8. Regarding descriptive statistics, the following were performed: absolute and relative frequencies for all variables and, in the case of numerical variables, we calculate the mean, median, standard deviation, minimum and maximum, with their respective 95% Confidence Intervals. In inferential statistics, the non-parametric chi-square tests of adherence were applied for univariate categorical comparison and G test for bivariate categorical comparisons. Considering the numerical comparisons, ANOVA 1 criterion was used since they met the assumptions of normality (assessed by the Bartlett test). An alpha statistical significance level of 5% was considered for all analyzes carried out.

Results: Of the 37 informal caregivers, they were women (91.8%) with an average age of 48 years, married (62.1%), with high school education (43.2%), living in the same house with the elderly person being cared for (45, 9%) with good health status (54.0%) self-report that the provision of care to the elderly was not affected (56.7%), they take care of one person (45.9%), their father/mother (64 .8%). As for the elderly people cared for, the majority were women (72.9%) with an average age of 78.2 (± 13.2) years. The LS of informal caregivers was 21.7, proving to be inadequate. The domain with the best score was "Health Promotion" (23.6) and "Disease Prevention" (20.1), the worst. **Conclusion:** The results showed that the health literacy of informal caregivers is inadequate, highlighting the need for educational actions for this population with a view to improving the care provided to elderly people.

Keywords: health literacy, informal caregivers, aged, COVID-19, Amazon.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Justificativa	11
1.2. Problema de pesquisa	12
1.3 Contribuição de enfermagem	12
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 A pandemia de COVID-19	14
3.2 Literacia para a saúde	16
3.2.1 Modelos da LS	19
3.2.2 A LS na Europa e no Brasil.....	20
3.3 O Cuidado	24
3.3.1 Conceito de Cuidado	24
3.3.2 O cuidador informal e Políticas públicas	26
3.3.3 Cuidador informal e a Literacia para a saúde	32
3.5 O cuidador informal no Contexto Amazônico	34
3.7 Instrumento de avaliação: “European Health Literacy Survey (HLS-EU-BR)”	36
4. MÉTODOS	37
4.1 Desenho do Estudo	37
4.2 Local do estudo e período	38
4.3. População e Amostra	38
4.4 Critérios de Inclusão	39
4.5 Critérios de Exclusão	39
4.6 Procedimentos e Instrumento de coleta de dados	39
4.7 Aspectos éticos	40
4.8 Análise de dados	40
5. RESULTADOS	41
Manuscrito 1 – Literacia em saúde do cuidador informal de idoso durante a pandemia de COVID-19 no contexto amazônico	41
REFERÊNCIAS	58

APÊNDICES	63
APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA CUIDADORES INFORMAIS	64
APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO CUIDADOR INFORMAL e IDOSO CUIDADO	67
ANEXOS	68
ANEXO 1 - VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO <i>EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY</i> (HLS-EU-BR)	69
ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DO PESQUISADOR PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO HLS-EU-BR	75
ANEXO 3 - AUTORIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA (CO-PARTICIPANTE)	78
ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO DO CEP	79
ANEXO 5 - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE REVISTA BMC GERIATRICS	83

1. INTRODUÇÃO

O Modelo conceitual de Literacia para a Saúde (LS) desenvolvido por Sørensen e colaboradores (2012) propõe que “a literacia para a saúde está intimamente ligada à literacia e envolve o conhecimento, a motivação e as competências dos indivíduos para acessar, compreender, avaliar e aplicar a informação para formar julgamentos e tomar decisões sobre cuidados com a saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde na vida cotidiana, assim como manter e melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida”.

Nessa perspectiva a literacia para a saúde é considerada no aspecto multidimensional, pois envolve, além das habilidades funcionais, crenças, valores, identidades e diferentes saberes. Além disso, os autores, discutem as relações que se configuram entre a LS e as possibilidades de uso das informações em saúde no cuidado próprio e do outro (SABOGA-NUNES et al, 2019)

Segundo Heilborn (2020) entende-se por cuidado, a prestação de apoio no âmbito corporal, na prevenção, na atenção educativa, na compaixão e no auxílio para com as necessidades do outro. Para a autora a percepção socialmente difundida é que tal atividade é essencialmente feminina e isso não seria diferente em tempos de COVID-19 (FREITAS E LOLE, 2020).

Estudos nacionais e internacionais demonstram maior incidência da COVID-19 na população adulta, com letalidade maior na população idosa (BARBOSA et al, 2020). Batello et al (2020), apontam que os riscos da COVID-19 entre os idosos fazem com que as recomendações de segurança vão muito além das que já eram realizadas diariamente pelo idoso e seu cuidador informal sendo o distanciamento social, definida como medida sanitária para evitar a propagação do vírus, no entanto, tal medida gerou alteração na rotina e responsabilidade tanto dos idosos quanto dos cuidadores.

Tais mudanças no cotidiano dessa população específica, foram acompanhadas pela disseminação excessiva de notícias, algumas imprecisas ou falsas, sobre a COVID-19, este fenômeno é conceituado como infodemia (OPAS, 2020), podendo prejudicar a saúde dessa população. Nesse cenário, quanto maior a competência do cuidador em LS, melhor será sua capacidade para avaliar e compreender as informações sobre saúde, assim, permitindo uma melhor tomada de decisão. (GALHARDI, 2020).

O Brasil vem passando por um processo de transição demográfica, em que o número de idosos cresce substancialmente, os principais problemas relacionados ao processo de envelhecimento são aqueles que comprometem a autonomia funcional do idoso, gerando situações de dependência e conseqüente necessidade de um cuidador, geralmente informal, representado por familiares ou amigos e sem contrapartida financeira (SOEIRO e ARAÚJO, 2021; CORTEZ, 2019).

Dados do IBGE (2020) demonstram que o número de brasileiros que cuidam de idosos saltou de 3,7 milhões em 2016 para 5,1 milhões em 2019. A principal atividade requerida pelos idosos é monitorar ou fazer companhia dentro do domicílio (83,4%) seguida de auxiliar nos cuidados pessoais (74,1%) (GROISMAN et al, 2021).

Para Organização Panamericana de Saúde (OPAS) a maioria dos Estados Membros carece de uma visão sistêmica, eficaz e efetiva para abordar a questão dos cuidados de longo prazo, os quais deveriam ser uma prioridade imediata para muitos desses países. Corroborando que os cuidados a longo prazo ainda são prestados em grande parte por familiares não remunerados e principalmente mulheres (OPAS, 2019).

De acordo com Souza et al (2021) para compreender o papel dos cuidadores informais na sociedade na qual está inserida é fundamental a delimitação do território e da determinação social que estes se encontram. Pois, segundo Da Silva et al (2021) os povos de cada cultura são instruídos a conhecer e interpretar o modo que testam e compreendem seu cuidado, de tal forma a educação em saúde favorece que a população utilize seus próprios saberes para suprir suas necessidades dentro do processo saúde-doença.

Nesse sentido, as políticas de caráter territorial, e especialmente a política pública de saúde com materialidade histórica e sociocultural podem tornar-se um caminho para a redução progressiva de desigualdades sociais ao promover a humanização e a universalização de acesso à saúde, logo favorecendo à qualidade de vida da população (SOUZA et al, 2021).

Diante dessa conjuntura, compreender o nível de literacia em saúde dos cuidadores informais de idosos, sob sua perspectiva, incorre adotar propostas que se baseiem no princípio da equidade, isto é, que levem em conta as necessidades dos grupos sociais e dos indivíduos em especial aqueles mais vulneráveis e, a partir desta consideração, a possibilidade de elaborem reflexões e estratégias compensatórias sobre políticas públicas e sociais (SILVA, 2017).

Este estudo é oriundo do macroprojeto intitulado “O impacto da Pandemia de COVID-19 nos cuidadores informais de idosos vulneráveis” aprovado em edital Programa Institucional de Bolsas de Iniciação científica (PIBIC/2020) da Universidade Federal do Pará.

1.1 Justificativa

A população idosa vem crescendo rapidamente e com o envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas que podem levar a perdas funcionais, resultando em necessidade de cuidados. O cuidador informal é responsável por várias tarefas de apoio ao idoso dependente; é fonte de informações para o idoso e profissionais de saúde, logo ele é o pilar fundamental para a promoção e manutenção da saúde e bem-estar da pessoa idosa, no entanto, nem sempre está preparado para assumir este papel, muitas vezes por falta de informação ou conhecimento suficientes para o cuidado (VAZ, 2021; MULLER E MOSER, 2021; BATELLO et al, 2020).

Com a advento da pandemia de COVID-19, o processo do cuidado informal foi profundamente afetado, seja pela implementação das estratégias sanitárias para evitar a propagação do vírus, seja pela disseminação de grande quantidade notícias sobre a doença, denominada como infodemia (ROMERO, 2022).

Considerando que a literacia para a saúde é um conjunto de competências e conhecimentos que motivam o ser humano a melhor acessar, compreender e usar os serviços e a informação sobre saúde (SØRENSEN, 2019), nessa perspectiva, a LS torna-se ferramenta fundamental para o empoderamento do cuidador informal.

Logo, está relacionada ao desenvolvimento de uma consciência crítica em busca de melhores condições de saúde, refletindo positivamente em melhorias do status socioeconômico e ambiental da comunidade; reduzindo desigualdades, taxa de morbidade e mortalidade; protegendo direitos e dignidade; promovendo igualdade de gênero e desenvolvimento sustentável tanto a nível individual como populacional (VAZ DE ALMEIDA, 2019; LEAL, 2017).

Destarte, considerando os efeitos positivos da LS, faz-se necessário, além de conhecer o nível da literacia para a saúde do cuidador informal, incluí-la em políticas públicas, pois esta é um determinante de saúde essencial que influencia na promoção e manutenção da saúde centrada no indivíduo e no coletivo; bem como no processo de

tomada de decisão autônoma sobre a própria saúde e daqueles que dependem de seus cuidados no decorrer da Pandemia de COVID-19.

1.2. Problema de pesquisa

Inúmeros são os desafios do cuidador informal para garantir os cuidados necessários a pessoa idosa, a pandemia de COVID-19 veio acompanhada da infodemia caracterizada por disseminação de notícias, muitas vezes de conteúdo conflitante ou falso, que se alastra rapidamente pelas redes sociais, tornando a pandemia de COVID-19 mais grave, com consequências desastrosas para indivíduos e comunidades (OPAS, 2020).

Assim novos desafios surgiram no processo do cuidar, exigindo do cuidador informal mais conhecimento sobre saúde, patologias, sinais e sintomas; onde, como e quando ir em busca de assistência, informações sobre saúde, etc. nesse contexto a literacia para a saúde dos cuidadores pode influenciar, em maior ou menor grau, na tomada de decisão em saúde para si e para a pessoa cuidada.

Logo, torna-se relevante pesquisas que possibilitem avaliar o nível de LS dos cuidadores informais no contexto da pandemia da COVID-19 para que sirvam de subsídios para o planejamento de ações de políticas públicas saudáveis de apoio para esse público. Nesta perspectiva esta pesquisa apresenta como questão norteadora: Qual o nível de literacia para a saúde dos cuidadores informais de idosos?

1.3 Contribuição de enfermagem

O crescimento demográfico da população idosa e suas demandas por cuidados, concomitante com a baixa oferta de cuidadores trouxe à tona a necessidade de se pensar em política de cuidados a longo prazo que se estendam também aos cuidadores informais.

O estudo contribui pelo ineditismo ao aplicar uma escala validada no Brasil, especificamente para o cuidador informal, nesse caso naqueles que acompanham idosos num contexto ambulatorial na região amazônica com vistas a implementação de políticas públicas para essa população específica.

Para a Enfermagem, o estudo possui grande valia pois permite que os profissionais enfermeiros conheçam a LS do cuidador informal, proporcionando reflexão e posteriormente em possíveis ações em saúde visto que por muitas vezes o enfermeiro capacita o cuidador informal nos cuidados com a pessoa idosa.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a literacia em saúde dos cuidadores informais de idosos, durante a Pandemia da COVID-19 atendidos no ambulatório do Serviço de Geriatria de um hospital universitário, no município de Belém.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores informais.

Conhecer a literacia dos cuidadores informais por meio da versão brasileira do Questionário *European Health Literacy Survey* (HLS-EU-BR).

Correlacionar o perfil sociodemográfico e o nível de literacia em saúde dos cuidadores informais.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A pandemia de COVID-19

A Organização Mundial da Saúde, define pandemia como uma enfermidade com alastramento global, necessitando de resposta internacional coordenada (WHO, 2010), ou seja, indica que muitos surtos estão ocorrendo ao mesmo tempo em vários locais e, cada um deles pode ter intensidades, qualidades e formas de agravo muito distintas e estabelece relações com as condições socioeconômicas, culturais, ambientais, coletivas ou mesmo individuais (MATTA, 2021).

Nesse contexto, a partir de 2018, a OMS reconheceu a necessidade de preparação antecipada à emergência de novos patógenos, incluindo, sob o nome de “doença X”, as doenças ainda desconhecidas com potencial de emergência internacional na lista de prioridades para pesquisa e desenvolvimento no contexto de emergência. No Brasil, em 2003, o vírus Influenza A H5N1 foi a motivação para a elaboração do primeiro Plano de Contingência para Pandemia de Influenza, a partir do qual foram definidas diretrizes para o fortalecimento da vigilância epidemiológica do país. (LANA, 2020).

Assim, pode-se dizer que o Brasil, do ponto de vista técnico e organizacional, passou a contar, ao longo das últimas duas décadas, com uma estrutura preparada e testada para a resposta a emergências de saúde pública. No entanto, não havia, entre os planos de contingência específicos, um que abordasse de epidemia por um novo coronavírus. Logo, o plano que mais se aproximava e serviu de base para a organização da resposta, foi o da influenza (HENRIQUES E VASCONCELOS, 2020).

Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus, que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, foi denominado de SARS-CoV-2. Esse novo coronavírus é responsável por causar a doença COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) (OPAS, 2020). Trata-se de uma variação de vírus da família *Coronaviridae*, amplamente distribuídos entre os humanos e os outros mamíferos, com alta capacidade de transmissibilidade pelas vias aéreas superiores. Sua clínica pode apresentar similaridades com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em casos de evolução grave, há maior possibilidade de óbito principalmente em idosos e indivíduos com condições clínicas

específicas, como doenças crônicas (hipertensão, diabetes, pacientes renais) e enfermidades respiratórias (SILVA et al, 2020).

Os primeiros casos de COVID-19 surgiram no final de 2019 na cidade de Wuhan e, posteriormente se espalharam por quase todos os países do mundo, inclusive o Brasil. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização- considerado como “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata” e em 11 de março a COVID-19 foi considerada oficialmente como uma pandemia, afetando 114 países, sendo o número de pacientes identificados globalmente ultrapassando 1 milhão de pessoas no início do mês de abril de 2020. (FRIEDE, 2020; OPAS, 2020).

Esta foi a sexta declaração de ESPII, as anteriores foram: 1º. Pandemia de H1N1 (2009) gripe provocada pelo vírus H1N1, restrito aos suínos e por uma mutação passou a infectar humanos no México; 2ª. Disseminação internacional de *poliovírus* (2014), a poliomielite saiu dos três países onde era endêmica (Paquistão, Afeganistão e Nigéria) após ataques às campanhas de vacinação, atingindo Camarões, Guiné Equatorial, Etiópia, Iraque, Israel, Somália e Síria. 3ª. Surto de Ebola na África Ocidental (2014) febre hemorrágica transmitida por contato próximo com pessoas ou animais infectados. 4ª Vírus zika com relacionada ao aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas (2016), disseminado principalmente por picada de mosquito. 5ª Surto de ebola na República Democrática do Congo (2018) (OPAS, 2020; DOMINGUEZ, 2020).

O Brasil acionou seu Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES), em 22 de janeiro, para monitorar o novo coronavírus e operacionalização das respostas de saúde frente à pandemia da COVID-19. O COES é uma estrutura organizacional como objetivo de promover resposta coordenada por meio de articulação e da integração dos atores envolvidos, que permite subsidiar a tomada de decisão dos gestores e técnicos no enfrentamento de emergências em saúde pública; é constituído por profissionais das Coordenações-Gerais e Departamentos da Secretaria de Vigilância em Saúde com competência para atuar na tipologia de emergência identificada (BRASIL, 2023; DOMINGUEZ, 2020).

O primeiro caso confirmado de infecção por COVID-19, no Brasil, data de 26 de fevereiro, em indivíduo do Estado de São Paulo, advindo de viagem da Itália. Desde então, no intervalo de aproximadamente 1 mês, o Brasil alcançou mais de 10 mil casos (SILVA, 2020). A velocidade de propagação de uma doença pode ser avaliada pelo seu número básico de reprodução (R_0), definido como o número médio de casos secundários gerados por caso primário, as estimativas iniciais de R_0 para o SARS-CoV-2 variam de 1,6 a 4,1 (LANA, 2020).

As estratégias adotadas na maioria dos países afetados pelo cenário da pandemia da COVID-19 se configuraram em medidas de contenção do fluxo de pessoas, adoção de medidas sanitárias e desenvolvimento de vacinas ou medicações (SILVA et al., 2020). Ainda, a pandemia é um evento que afeta profundamente as pessoas, as atividades e relações; por isso, as respostas devem envolver a sociedade e diversos setores governamentais, e não somente como um tema específico da saúde (HENRIQUES E VASCONCELOS, 2020).

A preocupação com os impactos da pandemia pelo Coronavírus expõe as organizações e pessoas diante de paradigmas a serem superados de forma coletiva. O ponto crucial colocado é o reconhecimento de um problema de saúde pública onde a principal forma de combate parte de fatores comportamentais. Para o autor, a pandemia da Covid-19 é o maior desafio que a humanidade já enfrentou e tem gerado reflexos em todas as dimensões que compõem a vida humana em sociedade: política, economia, segurança, educação, cuidados psicológicos, dentre outras (FRIEDE, 2020).

No Brasil e no mundo, pesquisas demonstram maior incidência da COVID-19 na população adulta, contudo, com letalidade maior na população idosa, especialmente aqueles portadores de doenças crônicas. Especificamente no estado do Pará apresentou a maior taxa de incidência acumulada e mortalidade por COVID-19 em idosos sendo 763,37 casos por 100 mil idosos e 219,06 óbitos por 100 mil idosos (BARBOSA et al, 2020).

3.2 Literacia para a saúde

No âmbito da saúde, o termo LS nos países de língua portuguesa tem sua origem derivada do inglês *health literacy*, trata-se de um conceito em desenvolvimento desde 1974, quando o médico americano Scott Simonds utilizou o termo no contexto escolar

relacionando às questões da promoção da saúde, ao realizar um estudo para delinear políticas sociais necessárias para educação em saúde e bem-estar da população. (CARVALHO, SANTOS e PEREIRA, 2020).

Estudos e práticas sobre LS ganharam força nas últimas décadas, sobretudo nos países desenvolvidos, como Estados Unidos da América, Canadá, Austrália e Reino Unido, a partir dos anos 1990, eram focados nas habilidades e competências dos indivíduos para a leitura e compreensão de informações sobre saúde, em particular no que diz respeito à sua dimensão funcional (saber ler, escrever, operar números) posteriormente os estudos buscavam compreender como estas habilidades e competências refletiam nos resultados de saúde, individuais e coletivos, período que instrumentos de medida ou avaliação dos níveis de *health literacy* começam a ser desenvolvidos, aplicados e validados nos vários segmentos populacionais, com objetivo de contribuir para a melhoria dos programas e políticas de saúde. Por fim, surgem os estudos voltados à compreensão da *health literacy* em uma perspectiva mais ampla e avançada, para além da dimensão funcional, com perspectiva de promoção da saúde. (PERES, 2023; PAVÃO e WERNECK, 2021).

No Brasil, *health literacy*, é, por vezes, traduzido como alfabetização em saúde ou letramento em saúde. O termo alfabetização é muitas vezes identificado como uma ação focada no aprendizado da leitura e da escrita, independente do grau de domínio que dela se tenha, enquanto o letramento aponta a qualidade ou a condição de ser letrado, já o conceito de literacia adquire um significado mais amplo, referindo capacidades de utilização da língua escrita e da leitura de forma crítica. (SABOGA-NUNES et al, 2019).

Não bastassem as diferenças na tradução do termo *health literacy* para o idioma português, há ainda a questão quanto a preposição utilizada para conectar a palavra “literacia” a “saúde”, exigida pela gramática portuguesa, assim temos “literacia em saúde” e “literacia da saúde”, de acordo com Saboga-Nunes et al (2019), o primeiro está relacionado à externalidade do sujeito da saúde, enquanto o segundo como algo intrínseco do indivíduo. Para o autor, essas propostas não se excluem, mas se complementam, diante disso, o mesmo propõe o termo “literacia para a saúde”, pois propiciaria a agregação entre componentes intrínsecos e/ou extrínsecos ao indivíduo e a define como a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde”.

Assim, é necessário consolidar e socializar o termo literacia para a saúde como um conjunto complexo e interligado de habilidades e competências cognitivas e sociais, pois a expansão dos níveis de literacia para a saúde pode contribuir não só para promoção da saúde e prevenção da doença, mas também ao acesso a informações e serviços de saúde, para construção de um estilo de vida saudável, favorecendo a eficácia e eficiência de políticas e serviços de saúde além de poder ser utilizado como um componente preditivo de desigualdades em saúde. (VAZ DE ALMEIDA et al, 2021; SABOGA-NUNES et al, 2019).

No Brasil, foi estabelecido em 2014, o grupo de estudos e pesquisas Promoção em comunicação, educação e Literacia para a Saúde no Brasil – ProLiSaBr, vinculada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, tem como estratégia estimular o debate, reflexões e a produção de conhecimentos no âmbito da promoção da literacia e saúde (SABOGA-NUNES et al, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), definia a LS como “a habilidades cognitivas e sociais que determina a motivação e a capacidade dos indivíduos para acessar a informação, compreenda e usá-la, para promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998) nesse sentido estaria relacionada a uma dimensão funcional da literacia na qual o indivíduo possui capacidade de ler textos, ouvir orientações e operar números.

Posteriormente uma nova definição foi apresentada pela OMS com sentido ampliado ao adquirir um nível de conhecimento, habilidades pessoais e confiança na tomada de decisão, que melhorem a saúde pessoal e comunitária, ao modificar estilos de vida e condições pessoais de vida. Assim, a LS significa mais do que a capacidade de ler panfletos e marcar consultas, visto que através do acesso das pessoas a informações de saúde e sua capacidade de usá-las de forma eficaz torna-se ponto crítico para o empoderamento em saúde. Níveis baixos de LS podem afetar de forma direta a saúde individual ao limitar o desenvolvimento pessoal, social e cultural (WHO, 1998).

A OMS reflete que estudos acerca da literacia para a saúde vem crescendo de forma mais intensa a partir de 2000 e, diferentes definições e abordagens mais amplas surgiram, considerando além das competências de dimensão funcional, a relação desta com outras dimensões como as dinâmicas sociais, padrão cultural, o papel do indivíduo e das instituições numa sociedade e ao conhecimento científico aplicado à saúde (PERES et al, 2021).

3.2.1 Modelos da LS

Nessa perspectiva multidimensional da LS, que aborda os contextos sociais e culturais, foram propostos alguns modelos com esse sentido mais amplo para a compreensão da LS. Como o modelo proposto por Nutbeam, em sua publicação de 2000 e o modelo de Zarcadoolas, Pleasant e Greer, em 2005.

O modelo de Nutbeam (2000) propôs três dimensões para o construto da LS, que são: o nível funcional ou básico que está relacionado às habilidades básicas de leitura, escrita e de operar números, que capacitam os indivíduos para lidarem de forma efetiva nas diferentes situações do cotidiano. O segundo nível denominado interativo ou comunicativo diz respeito a habilidades cognitivas e de literacia mais avançadas que permitem extrair e aplicar informações e significados de diferentes formas que podem ser usadas pelos indivíduos para mudar as circunstâncias e participar ativamente nas atividades diárias, já o nível crítico, representa as habilidades cognitivas e sociais mais avançadas que permitem analisar criticamente as informações e usá-las para exercer maior controle sobre diferentes eventos e situações da vida (NUTBEAM, 2000).

Quadro 1- Níveis de alfabetização em saúde.

RESULTADO				
Nível de literacia em saúde e objetivo educacional	Conteúdo	Benefício individual	Benefício comunitário/social	Exemplos de atividades educativas
Literacia funcional em saúde: comunicação de informações	Transmissão de informações factuais sobre riscos para a saúde e utilização de serviços de saúde	Melhor conhecimento dos riscos e dos serviços de saúde, cumprimento das ações prescritas	Maior participação em programas de saúde da população (triagem de imunização)	Transmitir informações através dos canais existentes, contato interpessoal oportunista e mídia disponível
Literacia interativa em saúde: desenvolvimento de habilidades pessoais	Como acima e oportunidades para desenvolver habilidades em um ambiente de apoio	Maior capacidade de agir de forma independente com base no conhecimento, maior motivação e autoconfiança	Melhor capacidade de influenciar as normas sociais, interagir com grupos sociais	Adaptar a comunicação em saúde às necessidades específicas; facilitação de grupos comunitários de autoajuda e apoio social; combinar diferentes canais de comunicação
Literacia crítica em saúde: empoderamento pessoal e comunitário	Tal como acima referido, e o fornecimento de informações sobre os determinantes sociais e econômicos da saúde e as oportunidades para alcançar políticas e/ou	Maior resiliência individual às adversidades sociais e econômicas	Melhor capacidade para agir sobre os determinantes sociais e econômicos da saúde, melhor capacitação da comunidade	Fornecimento de aconselhamento técnico para apoiar a ação comunitária, comunicação de advocacia aos líderes comunitários e políticos;

Fonte: NUTBEAM, D., Literacia em saúde como meta de saúde pública: um desafio para estratégias contemporâneas de educação e comunicação em saúde no século XXI, *Health Promotion International*, Volume 15, Issue 3, September 2000.

Em 2005, Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2005) propuseram uma definição multidimensional de literacia para a saúde como uma “vasta gama de habilidades e competências que as pessoas desenvolvem para buscar, compreender, avaliar e utilizar informações de saúde e os conceitos para fazer escolhas informadas, reduzir riscos à saúde e aumentar a qualidade de vida”.

Dessa maneira, para os pesquisadores o nível de leitura por si só não explicaria as complexas competências humanas envolvidas na formação de um cidadão com LS, uma vez que os aspectos da LS vão além das competências de leitura, como o poder da comunicação falada e online, os impactos da compreensão da ciência e dos meios de comunicação social e a importância da compreensão cultural (PERES et al, 2019; ZARCADOOLAS, PLEASANT E GREER, 2005).

Com o objetivo de compreender e melhorar a LS da população, foi proposto pelos autores, um modelo também multidimensional, no qual as habilidades e competências estão inter-relacionadas e se expressam em quatro domínios da LS denominados de fundamental, científico, cívico e cultural.

Enquanto o primeiro domínio, dito fundamental, está relacionado a capacidade de ler, falar, escrever e fazer cálculos, por meio das quais o indivíduo desenvolve outras habilidades e influenciar os demais domínios; o domínio científico é a capacidade de o indivíduo compreender, avalia e utilizar princípios da ciência e tecnologia no cuidado da própria saúde e de terceiros; já o domínio cívico diz respeito a habilidade do indivíduo de se informar sobre assuntos de interesse público, conhecimento da sua responsabilidade cívica e engajamento no processo decisório e o domínio cultural possui relação com a capacidade do indivíduo para reconhecer, compreender e utilizar o conhecimento tradicional, crenças e costumes socialmente compartilhados na interpretação e significação de informações sobre saúde (PERES et al, 2021; ZARCADOOLAS, PLEASANT E GREER, 2005).

3.2.2 A LS na Europa e no Brasil

No período de 2009 a 2012, alguns países europeus (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia, Espanha e, em 2015, Portugal) se uniram e formaram a Rede Europeia de Literacia para a Saúde (Health Literacy Survey- European Union,

HLS-EU) na tentativa de revisar os modelos mais avançados da literacia para a saúde (VAZ, 2021).

Essa iniciativa de estudos e pesquisas, resultou no desenvolvimento de um instrumento capaz de avaliar os níveis de literacia em saúde o Questionário HLS-EU, e a sua tradução e validação para o português foi realizada em Portugal no ano de 2013 (Questionário HLS-EU-PT) (SANTINI, 2021).

Posteriormente, foi realizada a adaptação cultural do instrumento para o português brasileiro pelo grupo de estudos e pesquisas Promoção em comunicação, educação e Literacia para a Saúde no Brasil – ProLiSaBr, designado pela sigla HLS-EU-BR (Saboga-Nunes et al, 2019).

Além disso, foi proposto pela Rede HLS-EU uma definição multidimensional da LS, de acordo com Sørensen et al, (2012), “literacia em saúde está ligada à literacia e envolve o conhecimento, a motivação e as competências para acessar, compreender, avaliar e aplicar a informação para formar julgamentos e tomar decisões sobre cuidados com a saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde na vida cotidiana, assim como manter e melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida”.

Esse modelo conceitual, relaciona as competências do processo de significação de informações sobre saúde (acesso, compreensão, avaliação e aplicação) aos três domínios fundamentais de saúde: a cuidados de saúde, a prevenção de doenças e promoção de saúde, resultando em doze subdimensões de literacia para saúde (VAZ, 2021). Saboga-Nunes et al (2019) destacam e definem os três domínios fundamentais de saúde, os quais:

Domínio 1 - Cuidados de saúde e cuidados curativos está relacionada à capacidade de obter a informação relacionada com problemas clínicos, de compreender, interpretar e avaliar a informação médica e o seu significado e de tomar decisões sobre questões médicas;

Domínio 2 - A Prevenção da doença compreende a capacidade de obter informação sobre fatores de riscos, compreender fatores de riscos e seu significado; capacidade de interpretar, avaliar e julgar a relevância das informações relacionadas com fatores de risco;

Domínio 3 - Promoção da saúde possui relação com a atualização sobre questões de saúde, capacidade de compreender e avaliar as informações relacionadas com a saúde e seu significado; capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde.

Diante disso, percebe-se que o modelo conceitual de LS com sentido amplo, apontam que o desenvolvimento das competências não decorre apenas de um investimento individual, contudo, também se inseri por processos sistêmicos, articulados entre os diferentes setores da sociedade (SABOGA-NUNES et al, 2019). Associado as 12 subdimensões de competências e habilidades, estão os antecedentes e as consequências da literacia para a saúde.

Os antecedentes são determinantes que influenciam a literacia para a saúde do indivíduo e de um grupo, referem-se a fatores socioambientais, fatores pessoais e fatores situacionais. Os fatores socioambientais são considerados distais e estão relacionados a situações demográficas, cultural, idioma, forças políticas e sistemas sociais. Por sua vez, os fatores proximais englobam os determinantes pessoais (idade, sexo, raça, educação, emprego, ocupação, renda, etc) e os situacionais que envolve aspectos como suporte social e familiar, vivências (PERES et al, 2019; SØRENSEN et al 2012).

Quadro 2 – Subdimensões teóricas de Literacia para a saúde.

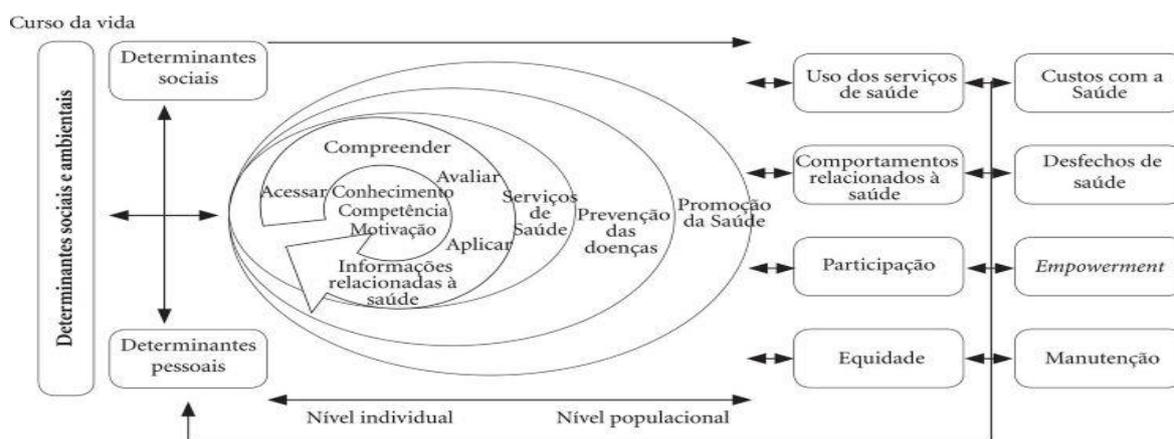
LITERACIA PARA A SAÚDE	Acesso de informações relevantes de saúde	Compreender informação relevante para a saúde	avaliar informação relevante para a saúde	Aplicar informação relevante para a saúde
Cuidados de saúde	1) Habilidade para acessar a informação médica ou assuntos clínicos	2) Habilidade para compreender informação médica e significado	3) Habilidade para interpretar e avaliar informação médica	4) Habilidade para tomar decisões informadas em assuntos médicos
Prevenção de saúde	5) Habilidade para acessar informação sobre fatores de risco	6) Habilidade para compreender informação sobre fatores de risco e significado	7) Habilidade para interpretar e avaliar informação sobre fatores de risco	8)Habilidade para julgar a relevância de fatores de risco
Promoção de saúde	9) Habilidade para se atualizar sobre assuntos clínicos	10) Habilidade para compreender informação de saúde relevante e significado	11) Habilidade para interpretar e avaliar informação sobre assuntos relacionados com saúde	12)Habilidade para formar opinião refletida sobre assuntos de saúde

Fonte: Luis Saboga-Nunes et al – O papel da literacia para a saúde e educação para a saúde na promoção da saúde (Adaptado de HLS-EU Conceptual Model: Sorensen, K et al.. 2012: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, BMC Public Health, 12(80)).

O modelo além de destacar as principais dimensões da literacia para a saúde e os determinantes proximais e distais que nela têm impacto, mostra os caminhos que ligam a LS aos resultados de saúde (SANTINI, 2021). Nesse sentido, segundo Sørensen (2019),

a LS apesar de parecer abstrata, é tangível e possível de ser mensurada; e estudada com a finalidade de compreender as variações de temas relacionados a saúde e doença, como fatores ambientais, políticos e sociais que determinam a saúde, tanto em níveis individuais como global.

Figura 1- Modelo estruturante para a concepção e operacionalização da LS



Fonte: Luis Saboga-Nunes et al – O papel da literacia para a saúde e educação para a saúde na promoção da saúde (Adaptado de HLS-EU Conceptual Model: Sorensen, K et al.. 2012: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, BMC Public Health, 12(80)).

Para Leal (2017), a LS considerada como uma ferramenta para o desenvolvimento social e humano, é essencial para a erradicação da pobreza, melhorias do status socioeconômico da comunidade, reduzindo taxa de morbidade e mortalidade e promovendo igualdade de gênero e desenvolvimento sustentável a nível local, regional e nacional. Então, para a autora, ao melhorar o acesso das pessoas às informações de saúde, bem como sua capacidade de usá-la de forma eficaz, a LS é fundamental para promoção e educação para saúde, na prevenção e gestão das doenças e empoderamento dos cidadãos e comunidade.

Nesse caso, o empoderamento não é compreendido como algo fornecido, mas de construção de uma consciência crítica da população, capaz de promover maior participação social em ações relacionadas à saúde e maior protagonismo dos indivíduos no cuidado da própria saúde, bem como a garantia da reivindicação de direito a saúde que promovam a equidade e sustentabilidade (PERES et al, 2019).

De acordo com VAZ DE ALMEIDA (2019), os esforços para aumentar a LS serão fundamentais para que sejam alcançadas as ambições sociais, econômicas e ambientais da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da ONU. Uma vez que, para a

autora, o desenvolvimento da LS reflete positivamente na esfera individual e coletiva, favorecendo principalmente as sociedades mais desfavorecidas e marginalizadas para a redução das iniquidades em saúde.

Diante disso, considerando os efeitos positivos da LS como determinante de saúde, faz-se necessário a elaboração de políticas públicas que contemplem a LS como estratégias de promoção a saúde, baseadas a partir da realidade política, social e cultural local.

3.3 O Cuidado

3.3.1 Conceito de Cuidado

A história das práticas dos cuidados está ligada essencialmente a preservação da sobrevivência do ser humano. Ao ter a consciência da morte e do adoecer, o indivíduo, descobre a necessidade do cuidado como forma de garantir a manutenção da vida e da espécie. A partir do reconhecimento de sua fragilidade o ser humano começa a cuidar dos mais fracos, dos doentes, dos feridos e de si próprio, revelando-se essencialmente como um ser que cuida e é cuidado (ALMEIDA et al, 2019).

Ainda de acordo com o autor, a gênese do cuidado possui relação com as necessidades básicas ou vitais, por isso, são tão elementares como a alimentação e hidratação, as necessidades de manter a integridade física das agressões da natureza que levam aos cuidados com o vestuário e pela busca por abrigo ou habitação, ao tratamento de feridas e lesões decorrentes das atividades diárias ou da caça (ALMEIDA et al, 2019).

Ao longo do tempo as práticas de cuidados foram evoluindo e se perpetuando, gerando rituais e crenças no decorrer das gerações, para os autores, essas práticas que ocorriam em função do que gerava vida, eram muitas vezes identificadas como uma atividade feminina, sem remuneração, sem visibilidade e valorização social (MULLER e MOSER, 2021).

Assim, o cuidado é um fenômeno universal, ligado à existência humana desde a antiguidade e responsável por sua sobrevivência. Pode ser compreendido como um fenômeno existencial, pois faz parte da condição humana; é também considerado um fenômeno relacional e social, pois ocorre em relação ao outro havendo a interação, socialização e expressão de valores, crenças e atitudes (SILVA, 2017; DUARTE et al, 2016).

Entre muitas definições e propostas sobre o termo, Muller e Moser (2021) considera pertinentes além da perspectiva do cuidado como necessidade humana, a ideia do cuidado como um direito do indivíduo que dele precise como da pessoa que cuida, de tal modo que seja contemplado tanto a qualidade do serviço ofertado como os efeitos que as tarefas do cuidado têm na qualidade de vida de quem cuida.

Ainda para a autora o cuidado deve ser compreendido como trabalho pois entende que “no processo de efetivação desse ofício é dispendido tempo, esforço e energia, tanto física quanto mental, ao mesmo tempo, ter alguém o realizando permite que outros trabalhadores possam vender sua força de trabalho no mercado de trabalho remunerado. Esse tempo de trabalho não remunerado também gera valor, pois o valor é o tempo de trabalho socialmente necessário à produção”.

Camarano (2020) entende que o cuidado é essencial para o bem-estar das sociedades e para o funcionamento da economia, de acordo com os grupos populacionais que demandam cuidados são aqueles que não têm capacidade de gerir seu cotidiano em razão de alguma incapacidade ou limitação funcional; como crianças, idosos e pessoas com deficiências físicas e mentais.

Com o processo do envelhecimento humano a demanda por cuidados aumenta, no Brasil, tradicionalmente e legalmente o idoso dependente é assistido por familiares. O cuidado prestado pela família e amigos sem remuneração ou contrapartida mercantil é compreendido como cuidado informal, o qual pode ser realizado em período integral ou parcial e incluem atividades de assistência básica da vida diária, de saúde e de manutenção cotidiana, gestão financeira ou ainda no amparo emocional (SOEIRO E ARAÚJO, 2021; VAZ, 2021).

O cuidado por ser realizado principalmente por familiar e em ambiente doméstico o torna invisível socialmente (CAMARANO, 2020), além disso, culturalmente, o cuidado é considerado uma atribuição feminina, portanto é a mulher quem assume majoritariamente o papel de cuidadora informal do idoso e, para Minayo (2021) as atividades invisíveis e não remuneradas do cuidado, exercidas pelas mulheres, garantem o funcionamento da sociedade e da economia, ao mesmo tempo que contribui para a manutenção das desigualdades de gênero e econômico.

Diante do exposto observa-se que o crescente número de pessoas que necessitam de cuidados acontece concomitante a menor oferta de cuidadores familiares, decorrente das transformações sociodemográficas, que além do envelhecimento populacional, têm-

se a redução das taxas de natalidade, o aumento da expectativa de vida e a redução das taxas de mortalidade, impactando na composição e na dinâmica familiar, resultando em famílias menores -com redução do número de filhos- e aumento de famílias com pessoas idosas (MILLER, 2020).

Associada às mudanças sociodemográficas, Faria e Ferreira (2019), ressaltam que a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, muitas vezes em condição de chefe familiar, resulta em redução de disponibilidade de tempo do cuidado delas para com suas famílias; e acrescido da carência de serviços de cuidados ofertado pelo poder público, revelam uma preocupação quanto a iminência do déficit de cuidado. Sob essa perspectiva a prestação do cuidado desponta como um problema público, não apenas familiar.

3.3.2 O cuidador informal e Políticas públicas

A população mundial vem passando por uma forte mudança demográfica, resultado do comportamento dos nascimentos, das mortes e das migrações nos últimos 100 anos (CORTEZ, 2019). Estima-se que a população de pessoas com idade igual e/ou superior a 60 anos irá quase que dobrar entre os anos de 2015 a 2050, com percentuais saindo de 12% para 22%, representando um quarto da população mundial, ou seja, cerca de 2 bilhões de indivíduos (no total de 9,2 bilhões) (OPAS, 2019).

Os principais problemas relacionados ao processo de envelhecimento são aqueles que comprometem a autonomia funcional do idoso, uma vez que a diminuição de capacidade funcional, decorrentes do declínio de suas capacidades físicas e mentais, necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária, bem como sua inclusão na sociedade gerando situações de dependência e consequente necessidade de cuidado (CORTEZ, 2019).

Os cuidados a longo prazo ainda são prestados principalmente por familiares não remunerados, e embora se utilize a expressão “cuidador” no gênero masculino, a maioria dos cuidadores são essencialmente cuidadoras, ou seja, mulheres (CAMARANO, 2020). A OPAS (2019) vem alertando que será impossível de manter essa configuração nas próximas décadas, pois além de insustentável por motivos éticos, de direitos e de justiça social, a realidade demográfica e socioeconômica a tornará inviável.

O cuidador informal é um membro da família, ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas total ou parcialmente dependentes, de acordo com as necessidades específicas, sem remuneração. Entre os cuidadores informais, existe aquele que desempenha o papel de cuidador principal e assume total ou maior parte da responsabilidade de cuidar e é ele quem realiza a maioria das atividades do idoso dependente em seu domicílio, já os cuidadores secundários são aqueles familiares, amigos, vizinhos, voluntários ou profissionais que complementam o auxílio, geralmente exercendo menor apoio (BRASIL, 2012).

O número de familiares que se dedicavam a cuidados de indivíduos de 60 anos ou mais saltou de 3,7 milhões em 2016 para 5,1 milhões em 2019, representando um aumento de 10,5% (1,5 ponto percentual a mais que 2016). A principal atividade requerida pelos idosos é monitorar ou fazer companhia dentro do domicílio (83,4%) seguida de auxiliar nos cuidados pessoais (74,1%) (IBGE, 2020).

Figura 2 - Pessoas que realizam cuidados de idosos – por tipos de cuidados.



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2018-2019. Boletim Informativo. Outras formas de trabalho, 2020

Ainda de acordo com IBGE (2020), as maiores proporções de familiares que cuidam de idosos estão no Nordeste e Norte. As Mulheres, quando comparadas aos homens, realizam mais horas nos afazeres e cuidados de pessoas; embora a participação dos homens seja crescente, demonstrado pelo aumento da taxa em 6,7 pontos percentuais entre 2016 (71,9%) e 2019 (78,6%), as mulheres passaram de uma taxa de 89,9% em 2016 para 92,1% em 2019, quanto aos critérios de cor ou raça, a mulher preta (94,1%) é a que mais realizou afazeres e cuidados.

Figura 3 – Pessoas que realizam cuidados de idosos – entre todas que se dedicavam a cuidados de moradores.



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2018-2019. Boletim Informativo. Outras formas de trabalho, 2020

O desempenho do papel de cuidador pode ocorrer por auto escolha, por um acordo entre os membros familiares ou, geralmente, a função é exercida por obrigação ou falta de opções, impostas por determinadas situações de vida como condição socioeconômica ou por ser a única pessoa disponível (MINAYO, 2021 e BATELLO et al, 2020).

Vários critérios podem definir a escolha do cuidador como o gênero (geralmente a mulher é escolhida como cuidadora), grau de parentesco ou a proximidade (relação afetiva), além de outros aspectos relacionados a responsabilidade moral e ética da reciprocidade e afeto, disponibilidade de tempo, aptidão e habilidade (SOUSA et al, 2021).

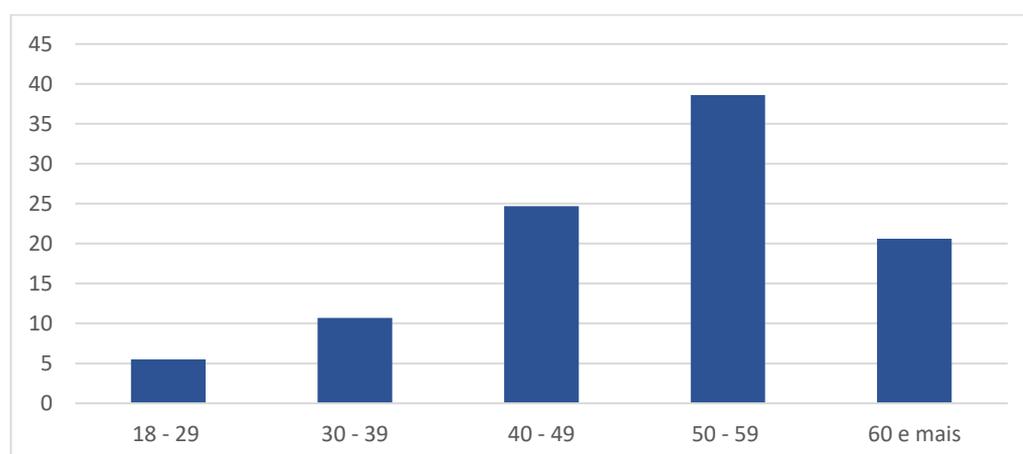
O exercício do cuidado diário pode resultar em menor qualidade de vida, sobrecarga e tensões na vida dos cuidadores, gerados por vários fatores como: a falta de preparo para assumir essa missão, muitas vezes por não possuir informações, conhecimentos ou habilidades suficientes para o cuidado; problemas financeiros devido custos com doenças, enfrentamento da dor e da terminalidade da vida; conflitos familiares devido resistência em compartilhar o papel de cuidador; o fator idade, quando muitos cuidadores também são idosos e portadores de doenças crônicas; e a ausência de políticas públicas voltadas para o cuidador informal, que o torna mais vulnerável ao adoecimento (SOUZA et al., 2021; SILVA, 2017).

Dessa forma, a sobrecarga do cuidador informal pode impactar a sua capacidade de assegurar os cuidados necessários à pessoa idosa (VAZ DE ALMEIDA et al, 2021), além disso, deve ser considerado o desafio de conciliar as demandas do cotidiano dos cuidados com as demais tarefas domésticas, sociais e profissionais (SOUSA et al., 2021).

Em uma revisão sistemática, Medeiro et al (2022) aponta que a maioria dos estudos revelam que cuidadores de dupla e tripla responsabilidade, aqueles que cuidam de seus próprios pais idosos, filhos e/ou netos ao mesmo tempo, denominados geração sanduíche, possuem desafios adicionais, pois experimentam maior tensão e estresse no cotidiano e se sentem sobrecarregados fisicamente e emocionalmente. Esses desafios que comprometem a dinâmica familiar, são enfrentadas por diferentes formas pelo cuidador informal, que reverbera no contexto pessoal e de projetos de vida (SILVA, 2017).

A Pesquisa nacional sobre as condições de trabalho e saúde das pessoas cuidadoras de idosos na pandemia -Cuida-COVID- demonstrou percentual majoritariamente realizado pelas mulheres. Em relação à faixa-etária, nota-se a preponderância de pessoas com 50 anos ou mais nessa função, cabendo atentar que uma em cada 5 familiares cuidadoras também é idosa. Quanto ao tipo de vínculo do cuidador em relação ao idoso que recebe os cuidados, 94% possuem algum tipo grau de parentesco, amigos ou vizinhos 2,6% (GROISMAN et al, 2021).

Figura 4 – Percentual de cuidadoras informais de pessoas idosas, segundo faixa etária, na pandemia de COVID-19. Brasil, 2020.



Fonte: GROISMAN, D, et al. Cuida-Covid: Pesquisa nacional sobre as condições de trabalho e saúde das pessoas cuidadoras de idosos na pandemia – Principais resultados. Rio de Janeiro: EPSJV/ICICT/Fiocruz, 2021.

A pandemia da COVID-19 levou a uma dependência sem precedentes de cuidados domiciliares, resultando em novos desafios durante o processo de cuidado, pois, como

consequência da mudança nos hábitos de vida e restrições, temos a tendência a sobrecarga de trabalho do cuidador informal. (MATTOS et al, 2021 e BATELLO, 2020).

Barbosa et al (2020) demonstram por meio dos indicadores de incidência e mortalidade por COVID-19 na população do Brasil, que há uma maior incidência da COVID-19 na população adulta, contudo, com letalidade maior na população idosa, especialmente aqueles portadores de doenças crônicas. Os autores referem ainda que o estado do Pará apresentou a maior taxa de incidência acumulada e mortalidade por COVID-19 em idosos sendo 763,37 casos por 100 mil idosos e 219,06 óbitos por 100 mil idosos.

Diante dos riscos que os idosos sofrem com a COVID-19 o cuidado tornou-se redobrado. De acordo com Batello et al (2020), as recomendações de segurança com idosos vão muito além das que já eram realizadas diariamente pelo cuidador e a recomendação do distanciamento social, determinada como medida sanitária para evitar a propagação da COVID-19, gerou alteração na rotina tanto dos idosos quanto dos cuidadores. Que para a autora, pode resultar em maior sobrecarga de trabalho e responsabilidade em um só indivíduo, acarretando exaustão física e mental do cuidador.

No Brasil, apesar de o cuidador ser reconhecido pela Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI), ainda não existem políticas públicas, programas, nem investimento financeiro voltados para o cuidador informal (MOURA et al, 2019), portanto, observa-se um avanço quanto ao tema dos direitos do idoso, porém sem foco no contexto familiar. A autora acrescenta que nos países desenvolvidos com populações mais envelhecidas, a preocupação com políticas de cuidados de longa duração já está presente. Em muitos deles, elas se expressam como um novo pilar do sistema de seguridade social.

O governo espanhol reconheceu, em lei, que é obrigação do Estado prestar amparo ao cuidador informal como ajuda financeira e apoio de cuidadores formais às famílias providenciados pelo Estado. Em Portugal, o estatuto do cuidador informal, visa medidas de apoio na prestação de cuidados como subsídio por assistência a terceiros; participação no plano de cuidados; formação e informação sobre o cuidar, direitos e deveres pelos profissionais de saúde e apoio psicossocial; assegurar o descanso do cuidador informal, entre outros (ROMERO, 2022; VAZ, 2021; MOURA, 2019). Na Alemanha, está previsto a flexibilização de horário e de salário a favor dos cuidadores (SOUSA, 2021).

No âmbito dos serviços de saúde, em geral, a assistência prestada pela equipe é limitada apenas à pessoa idosa, enquanto o cuidador não costuma ser visto como alguém que também precisa de cuidados; este cuidador é visto apenas como uma figura mediadora entre o idoso e a equipe de saúde. Dessa maneira, faz-se necessário valorizá-lo e que os serviços assistenciais sejam oferecidos às famílias (MOURA, 2019).

Programas voltados para o cuidador (Cuidando do cuidador) são ainda incipientes em nosso meio, como o cuidado familiar é realizado no ambiente doméstico, isso o torna socialmente invisível, não é recompensado nem gera direitos sociais como o trabalho formal, considerado produtivo (DUARTE et al, 2016). A realidade brasileira é marcada por desigualdades sociais, são poucos os familiares que conseguem se organizar financeiramente e ofertar cuidados adequados ao idoso (SOUSA, 2021).

Enquanto isso, até o presente, encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei, PL 6892/2010 e seus apensados, que cria uma política nacional de apoio ao cuidador informal não remunerados de pessoas em situação de dependência para o exercício de atividades da vida diária (BRASIL, 2021).

A proposta do PL, prevê que as ações de apoio ao cuidador informal serão coordenadas pelo Poder Público e poderão ser executadas com a participação de organizações sem fins lucrativos e de empresas privadas. Quanto aos objetivos da política nacional, destacam-se a orientação e apoio biopsicossocial; a capacitação, aperfeiçoamento e acompanhamento continuados na execução das atividades relacionadas ao cuidado; o apoio comunitário para garantia de períodos regulares de descanso e de cobertura em caso de afastamento temporário ou permanente; a proteção previdenciária e renda mínima para quem se dedique exclusivamente ao cuidado de pessoas em situação de dependência para o exercício de atividades da vida diária; e o incentivo à qualificação e requalificação profissional para inserção no mercado formal de trabalho ou desenvolvimento de atividades de geração de renda (BRASIL, 2021).

Esta é uma iniciativa importante para o país dar o primeiro passo para adotar políticas públicas de cuidados referentes ao risco do déficit do cuidado decorrente do processo de envelhecimento da população e aumento das demandas de cuidados, o qual está intimamente relacionado ao cuidador informal. Risco esse que se impõe a família, ao Estado e a sociedade civil.

3.3.3 Cuidador informal e a Literacia para a saúde

Compreender o nível de LS do cuidador informal de idoso, sob sua perspectiva, incorre adotar propostas que se baseiem no princípio da equidade, isto é, que levem em conta as necessidades dos grupos sociais e dos indivíduos em especial aqueles mais vulneráveis e, a partir desta consideração, a possibilidade de elaborem reflexões e estratégias compensatórias sobre políticas públicas e sociais (SILVA, 2017).

O envelhecimento é acompanhado por alterações fisiológicas (perdas físicas, sensoriais e cognitivas) que aumentam a vulnerabilidade da pessoa idosa, numa situação de iminência da necessidade de apoio para exercer sua autonomia e atividades básicas da vida diária (ABVDs) e para as atividades instrumentais da vida diária (AIDVs) (CAMARANO, 2020).

Quando associadas a processos patológicos, podem ocasionar incapacidades funcionais, exigindo cuidados especializados e mais conhecimento do cuidador acerca das particularidades da saúde, patologias, sinais e sintomas; onde, como e quando ir em busca de assistência e informações referentes ao idoso (QUEIROZ, 2020).

A família é a principal provedora desses cuidados e, geralmente, não está preparada para assumir o papel de cuidador do idoso, que requer o desenvolvimento do cuidado com dedicação, aprendizagem e competências que culminam em atitudes e tomada de decisões adequadas (VAZ DE ALMEIDA et al, 2021).

A literacia para a saúde motiva o ser humano a buscar, compreender e usar os serviços e a informação em saúde que estão disponíveis, dessa forma, a LS torna-se um determinante social de saúde benéfico na produção de um melhor cuidar e promotor de condições de vida mais saudáveis, principalmente em relação aos menos favorecido e em situação de vulnerabilidade (VAZ DE ALMEIDA et al, 2021; SØRENSEN et al, 2019).

Inúmeros são os desafios do cuidador informal para garantir os cuidados necessários a pessoa idosa, no período pandêmico da COVID-19, as mudanças no cotidiano da população, foram acompanhadas pela disseminação de notícias imprecisas ou falsa sobre todos os aspectos da COVID-19, principalmente por meio das redes sociais, favorecendo ao déficit de compreensão relacionado à confiabilidade das informações científicas, de acesso e da utilização das informações sobre a pandemia; podendo impactar de forma negativa a saúde população. Assim, pode-se dizer que surgiu

uma segunda mazela pandêmica denominada pela OMS como “infodemia” (SANTINI et al, 2021; GALHARDI, 2020)

Nesse cenário, a infodemia tornou a pandemia mais grave, pois com o maior acesso global a celulares conectados à Internet e o crescimento das mídias sociais, a desinformação se alastra exponencialmente, atingindo maior número de pessoas. A busca sobre a COVID-19 na Internet cresceu de 50% a 70%, podendo resultar em mudança de comportamento e afetar os processos de tomada de decisão, bem como, desenvolver sentimento de ansiedade, depressão, sobrecarga e exaustão emocional (OPAS, 2020).

Portanto, expandir o olhar para a LS na sua perspectiva ampliada, a qual dá ênfase a relação entre o desenvolvimento da LS e ao aumento da autonomia e do empoderamento dos indivíduos, no que diz respeito ao cuidado a própria saúde e de terceiros, é de extrema relevância no contexto do cuidador informal, pois constitui condições para promoção e educação para a saúde, na prevenção e gestão de doenças dos diferentes grupos populacionais, por meio de processos decisórios e mobilização comunitária (PERES et al, 2021; LEAL, 2017).

Contudo, Peres et al (2021) alerta que autonomia e empoderamento, não devem ser confundidos com transferências de responsabilidades para o indivíduo, pois as habilidades e competências para acessar e utilizar serviços, não são inatas e, segundo Vaz (2021), pessoas com alto nível de LS podem não ser capazes aplicar seu conhecimento em determinadas situações.

Os resultados da primeira fase da pesquisa do *European Health Literacy Survey*, coordenado por Sørensen (2019), indicaram que 47% dos entrevistados possuíam um nível limitado de LS, ou seja, insuficiente ou problemático; e que grupos vulneráveis, como os idosos, as minorias e pessoas com baixo status socioeconômico, estavam em situação ainda mais frágil.

De acordo com Leal (2017), Níveis inadequados de LS têm impacto negativo na saúde do indivíduo e coletivo, pois pessoas com baixo nível de LS possuem maior chance de não compreender as recomendações dos tratamentos e da prescrição de medicamentos, maior dificuldade de acessar bens públicos como órtese, medicamentos, consultas; além de estar associado a cuidados de baixa qualidade. Logo, percebe-se o quão a LS do cuidador informal pode impactar na sua capacidade de prestar os cuidados necessários ao idoso (QUEIROZ, 2020).

Posto isso, é necessário a formação e capacitação de equipe de trabalho em LS para o desenvolvimento e aplicação de práticas e estratégias de intervenção como ações educativas por profissionais e serviços de saúde, bem como, a inclusão da LS nas políticas públicas saudáveis.

Países que participaram do *European Health Literacy Survey*, como Áustria, Alemanha e Portugal, desenvolveram como resposta aos resultados da pesquisa, ações políticas em apoio aos sistemas de saúde e aos sistemas educacionais, visando contribuir para um aumento do conhecimento sobre o nível de LS (SØRENSEN et al, 2019).

No entanto, Saboga-Nunes (2019) defende que a promoção da LS não deve se limitar apenas nas instituições de saúde ou educacionais e nos seus profissionais, pois uma abordagem sistêmica para a promoção da LS garantiria a participação de diferentes setores e atores; como exemplo, o Canadá que reuniu cinco tipos de parceiros, os quais: instituições de governo; setor da Saúde; setor da Educação; locais de trabalho e instituições comunitárias.

Diante disso, quanto maior a competência do cuidador em literacia em saúde, melhor será sua capacidade para acessar, avaliar e compreender as informações sobre saúde, assim, permitindo uma melhor tomada de decisão.

3.5 O cuidador informal no Contexto Amazônico

A região amazônica possui muitas particularidades quanto ao seu perfil epidemiológico se considerada a outras regiões brasileiras. Constitui-se em um dos maiores biomas do planeta, também em termos de povos e territórios (região tropical), assim, ela se faz em várias Amazônias: Amazônia ribeirinha, Amazônia urbana, Amazônia indígena, Amazônia de fronteira e Amazônia quilombola. As características dos cenários de vida, saúde e adoecimento requerem um olhar coerente e amparadas no conhecimento de suas peculiaridades (SOUZA FILHO et al, 2022; SCHWEICKARDT et al, 2019).

O universo do cuidador informal no contexto amazônico é complexo e precisa ser entendido e desvelado a partir de sua realidade territorial e modos de vida, podendo muitas vezes se encontrar isolados de recursos (SILVA 2017 e SOUZA FILHO et al, 2022). Os autores alertam, do ponto de vista epidemiológico, que as doenças tropicais negligenciadas (DTN) convive com as chamadas doenças da civilização, tais como

doenças cardiovasculares, psíquicas e câncer. Além disso, as DTN estão associadas à fragilidade social e econômica que atinge populações localizadas na faixa tropical, onde se concentram as populações mais vulneráveis dos países em desenvolvimento.

Nessa perspectiva, o conhecimento da cultura, hábitos e crenças, bem como os impactos de fatores socioeconômicos, dos diferentes grupos amazônicos de prestadores de cuidados informais, torna-se imprescindível, pois devido à diversidade cultural existem diferentes maneiras de compreender e praticar o cuidado. De acordo com Schweickardt et al (2019) acolher as diversidades de conhecimentos, práticas e de territorialidades aí presentes é deixar emergir toda a potência do lugar.

Assim, foram identificadas assimetrias regionais quanto a oferta de cuidados informais. A taxa de realização de cuidados domiciliares indicou maior demanda na região Norte e a região Sudeste com a menor taxa. Para os autores, esses resultados podem ser interpretados à luz da distribuição regional do ingresso das mulheres no mercado de trabalho, pela maior presença do modelo de delegação do cuidado em regiões mais desenvolvidas e com maior oferta de serviço de cuidado (FARIA E FERREIRA, 2019).

Quando conhecemos o perfil sociodemográfico de uma população, que incorpore questão da vulnerabilidade social ou os determinantes sociais de saúde (DSS), segundo Costa et al (2020), permite conhecer as particularidades do território, favorecendo ao debate e formulação de políticas públicas em sintonia com as necessidades dos distintos grupos sociais.

No contexto do processo saúde-doença, a saúde e seus fatores de risco resultam das condições sociais da população como: fatores ambientais, socioeconômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, fatores esses, considerados pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), como Determinantes Sociais de Saúde (DSS) (AFFONSO et al., 2021; DA SILVA, 2021).

Assim, é imprescindível conhecer esses diversos DSS do território amazônico que influenciam a saúde e os desdobramentos dos cuidados das pessoas e da coletividade, uma vez que a região norte possui um dos piores indicadores do Brasil, conforme dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento – SNIS, com o menor índice de acesso a rede pública de água e esgoto (60% e 14% respectivamente), e o investimento em saneamento foi de 5%, o menor quando comparado com outras regiões no período de 2017 a 2021 (BRASIL, 2022).

São nesses diferentes contextos que as pessoas vivem, se relacionam, trabalham e encontram os recursos para o cuidado de sua saúde e de terceiros (PERES et al.,2021). No entanto, além de conhecer, é necessário, fomentar e implementar ações consistentes e duradouras para vencer os resultados negativos nas condições de vida e saúde da população amazônica, decorrente de anos de negligências com a região (SCHWEICKARDT et al, 2019).

Para Souza et al (2021), ao compreender a diversidade regional e universalidade do indivíduo, considerando-o como ser holístico em uma estrutura social, cultural além de outras dimensões, contribui para a promoção de bem-estar e cuidados adequados para as diferentes pessoas, famílias e comunidades.

Nessa perspectiva os povos de cada cultura são instruídos a conhecer e interpretar o modo que testam e compreendem seus cuidados, de tal forma a literacia para a saúde contribui para que a população utilize seus próprios saberes para suprir suas necessidades dentro do processo saúde-doença (DA SILVA et al, 2021). Corroborando a compreensão dos determinantes sociais de saúde relacionadas ao nível de literacia para a saúde dos cuidadores informais no contexto amazônico.

De acordo com Almeida et al (2021) e Sorensem (2019), há diferentes maneiras de pensar e praticar ações de saúde; quando se integra a literacia para a saúde do indivíduo como parte do sistema de saúde, numa compreensão de contexto ampliado e de condições de vida, é reconhecer a dignidade humana como ponto de partida na garantia de cuidados com a saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde na vida.

Nesse sentido traz possibilidades de conhecer e associar as diferenças ou mesmo semelhanças da literacia para a saúde dos cuidadores informais entre as populações e assim, reduzir as iniquidades em saúde ao promover políticas de saúde centradas no indivíduo e na população em geral, para Sørensen (2019) é necessário mudança de paradigmas “ao invés de exigir que as pessoas lidem com sistemas complexos, é necessário mudar os sistemas de saúde para lidar com as complexidades das pessoas”.

3.7 Instrumento de avaliação: “European Health Literacy Survey (HLS-EU-BR)”

Existem vários instrumentos disponíveis para medir a literacia em saúde, para este projeto optou-se pelo questionário HLS-EU-BR, versão brasileira do European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), pois este considera a LS numa perspectiva

multidimensional com ênfase sobre a identificação e valoração de diferentes indicativos da LS, que engloba o conhecimento, a motivação e as competências para acessar, entender, avaliar e aplicar a informação para formar julgamentos e tomada decisões sobre cuidados com a saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, assim como manter e melhorar a qualidade de vida; além disso, pode ser estudada em níveis individuais e populacionais, permitindo a comparação em diversos contextos como culturais e grupos populacionais (SØRENSEN, 2019).

O questionário é composto por 47 questões, baseado no matriciamento entre as quatro dimensões do processo de significação de informações sobre saúde (acesso, compreensão, avaliação e uso) e os três níveis do cuidado da saúde (assistência, prevenção de doenças e promoção da saúde) resultando em dezoito subdimensões de competências e habilidades que representam o construto do modelo proposto (PERES et al, 2021).

Assim, as questões foram distribuídas entre os domínios, da seguinte forma: cuidados da saúde (16 questões), prevenção da doença (16 questões) e promoção da Saúde (15 questões), totalizando em 47 questões, já mencionadas (VAZ, 2021). Este instrumento utiliza uma escala de resposta do tipo Likert, que varia de 1 a 4 pontos em: muito fácil, fácil, difícil e muito difícil, há ainda uma quinta alternativa que consiste em “não sabe/não responde”; permitindo a autoavaliação e a auto percepção pelo indivíduo inquirido, diante de diferentes questões relacionadas a saúde. A escala é composta de uma métrica de 0 a 50 pontos, o valor 0 representa o nível mínimo e 50 representa o nível máximo de LS, permitindo estimá-la em quatro níveis: “inadequada” (0 a 25 pontos); “problemática” (26 a 33 pontos); “suficiente” (34 a 42 pontos) e “excelente” (43 a 50 pontos) (VAZ, 2021).

4. MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo observacional e analítico. Seguindo as recomendações das diretrizes do STROBE (*Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*).

4.2 Local do estudo e período

A pesquisa ocorreu no serviço de geriatria do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), localizado no município de Belém. A escolha desse setor se deu por ser local de atendimento exclusivo aos idosos que frequentemente estão acompanhados de pelo menos um cuidador.

O HUIBB é uma unidade de assistência, ensino e pesquisa e faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará (UFPA) e atende gratuitamente a 30 população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e possui 218 leitos e 63 consultórios, 07 salas de cirurgia e uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), todos cadastrados no Ministério da Saúde (MS). O HUIBB oferece consultas e internação em diversas especialidades, como Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Geriatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Urologia e em processo de credenciamento da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com serviços de Oncologia Clínica e Radioterapia. Além disso, dispõe de um Centro de Diagnósticos, que realiza exames laboratoriais, diagnóstico por rádio imagem, provas de funções respiratórias, exames endoscópicos, Unidade de Diagnóstico de Meningite.

O hospital encontra-se em fase de consolidação do modelo de gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

O período da coleta de dados ocorreu entre 01 de agosto e 30 de outubro de 2022 no ambiente hospitalar por meio de entrevistas conduzidas pela pesquisadora. Por ainda se tratar de período pandêmico, seguiu-se as recomendações da OMS quanto a utilização de máscaras, distanciamento social mínimo de um metro e higienização das mãos.

4.3. População e Amostra

Foi utilizado a amostra por conveniência não probabilística. Inicialmente foi realizado um levantamento realizado pelo “Líder” de Enfermagem da unidade do Serviço de Geriatria que em média realiza o atendimento/semanal entre 15 a 20 idosos acompanhados de cuidadores informais. A amostra foi composta por 37 entrevistados dos que acompanhavam (37) pessoas idosas atendidas pelo Serviço de Geriatria do HUIBB.

4.4 Critérios de Inclusão

Foram adotados os seguintes critérios:

- a) cuidadores informais – **i)** idade igual ou superior a 18 anos, **ii)** ser cuidador principal, secundário e/ou terciário, **iii)** não serem remunerados por prestarem o cuidado, **iv)** capacidade de responder as perguntas dos instrumentos e **v)** disponibilidade de horário para responder os instrumentos da pesquisa;
- b) idosos – **i)** ter idade acima ou igual a 60 anos, **ii)** estar acompanhado de cuidador informal, **iii)** estar em controle clínico de qualquer patologia atendida pelo Serviço de Geriatria e **iv)** estar matriculado no serviço de Geriatria independente de estar em primeira consulta e/ou subsequente.

4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos:

- a) cuidadores informais – **i)** àqueles que não conseguiam responder aos instrumentos por qualquer motivo (dificuldades no entendimento das questões dos instrumentos) e **ii)** cuidadores formais;
- b) Idosos – **i)** compareciam sozinhos à consulta médica e/ou de enfermagem no Serviço de Geriatria e **ii)** estar em atendimento de urgência, por qualquer descontrole clínico de sua patologia, no Serviço de Geriatria.

4.6 Procedimentos e Instrumento de coleta de dados

Inicialmente, a pesquisadora foi inserida no campo assistencial para se familiarizar com a rotina e dinâmica do Serviço de Geriatria.

Para a coleta de dados, o cuidador informal que acompanhava o idoso foi convidado a participar do estudo antes ou após consulta médica e/ou de enfermagem, no turno da tarde, exceto feriados seguindo a rotina de atendimentos do Serviço de Geriatria.

As entrevistas foram realizadas em sala específica a fim de garantir o sigilo das informações pelo cuidador informal e da pessoa idosa cuidada, com duração média de 20 a 30 minutos.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos:

- i) Questionário sociodemográfico elaborado pela pesquisadora com questões sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, se o cuidador residia junto do idoso, estado de saúde, se esta foi afetada pela prestação de cuidados, se o

cuidador era responsável pelo cuidado de algum outro idoso, grau de parentesco.

- ii) *European Health Literacy Survey Questionnaire* designado pela sigla HLS-EU-BR validado no Brasil por Saboga-Nunes (SØRENSEN, 2019) composto por 47 questões, distribuídas entre os domínios, da seguinte forma: cuidados da saúde (16 questões), prevenção da doença (16 questões) e promoção da Saúde (15 questões), totalizando em 47 questões, já mencionadas.

4.7 Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo oriundo de um macroprojeto, inicialmente foi solicitada autorização do HUIBB (Anexo 3). Posteriormente, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFPA e HUIBB, conforme o disposto na Resolução 466 de 12/12/12 do Conselho Nacional de Saúde. “Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem a respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado”, recebendo parecer de aprovação nº 5.312.450, CAEE: 56738822.7.0000.0018 (Anexo 4).

Após o esclarecimento da pesquisa, foi solicitado aos entrevistados o preenchimento do formulário e, ao final foi enviado uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 2) com informações sobre os objetivos, a importância da pesquisa para a melhoria futura dos cuidadores informais, assegurando-lhe que serão mantidas em sigilo as suas informações individuais. Caso ainda permaneça alguma dúvida, ao final do TCLE foi disponibilizado os telefones e e-mails dos pesquisadores.

4.8 Análise de dados

Para o tratamento e análise dos dados utilizamos os programas estatísticos Epi Info version 7.2.5.0 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos) e *GraphPad Prism* version 8, nos quais os dados foram introduzidos. Recorreremos

à estatística descritiva e inferencial. Considerando a estatística descritiva procedemos ao cálculo das frequências absolutas e relativas para todas as variáveis e, no caso das variáveis numéricas, calculamos a média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo, com seus respectivos Intervalos de Confiança a 95%.

No que concerne à estatística inferencial, recorremos aos testes não paramétricos de qui-quadrado de aderência para comparação categórica univariada e teste G para comparações categóricas bivariadas. Considerando as comparações numéricas, ANOVA 1 critério foi empregado uma vez que estas cumpriam os pressupostos de normalidade (avaliada pelo teste de Bartlett). Foi considerado como nível de significância estatística alfa de 5% para todas as análises efetuadas.

5. RESULTADOS

Manuscrito 1 – Literacia em saúde do cuidador informal de idoso durante a pandemia de COVID-19 no contexto amazônico – submetido na BMC Geriatrics versão em inglês (comprovante de submissão Anexo 05).

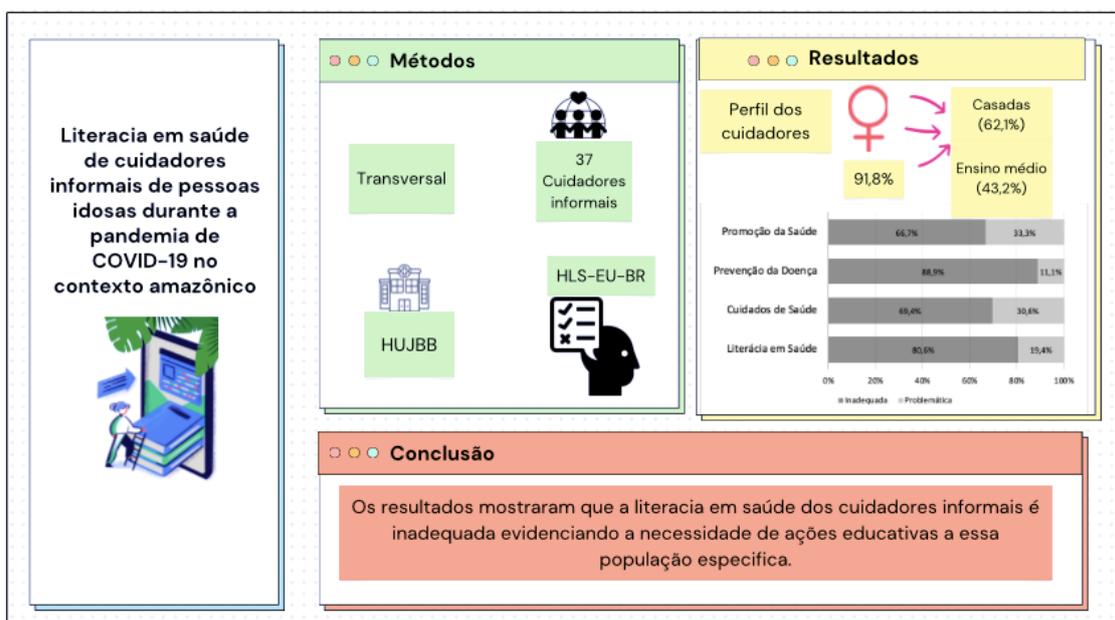
Literacia em saúde de cuidadores informais de pessoas idosas durante a pandemia de COVID-19 no contexto amazônico

Resumo

Introdução: É prioritário incluir a literacia em saúde (LS) do cuidador informal nas políticas de saúde pública, com potencial benefício na saúde do próprio e nos cuidados prestados a pessoa idosa. Este estudo teve como objetivo avaliar a literacia em saúde dos cuidadores informais de idosos atendidos em um hospital universitário durante a pandemia de COVID-19. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, correlacional e de abordagem quantitativa realizado com 37 cuidadores informais de pessoas idosas atendidas no Serviço de Geriatria do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Foram utilizados os instrumentos: sociodemográfico e *European Health Literacy Survey Questionnaire*. Para o tratamento e análise dos dados utilizamos os programas estatísticos *Epi Info version 7.2.5.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos)* e *GraphPad Prism version 8*. Quanto a estatística descritiva, foram realizadas: frequências absolutas e relativas para todas as variáveis e, no caso das variáveis numéricas, calculamos a média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo, com seus respectivos Intervalos de Confiança a 95%. Na estatística inferencial, foram aplicados os testes não paramétricos de qui-quadrado de aderência para

comparação categórica univariada e teste G para comparações categóricas bivariadas. Considerando as comparações numéricas, ANOVA 1 critério foi empregado uma vez que estas cumpriam os pressupostos de normalidade (avaliada pelo teste de *Bartlett*). Foi considerado como nível de significância estatística alfa de 5% para todas as análises efetuadas. **Resultados:** Dos 37 cuidadores informais eram mulheres (91,8%), com média de idade de 48 anos, casadas (62,1%), com ensino médio (43,2%), residindo na mesma casa com a pessoa idosa cuidada (45,9%), com estado de saúde bom (54,0%), autorreferindo que a prestação de cuidados a pessoa idosa não foi afetada (56,7%), cuidavam de uma pessoa (45,9%), sendo a maioria pai/mãe (64,8%). Quanto as pessoas idosas cuidadas, a maioria era mulher (72,9%), com média de idade de 78,2 (± 13.2) anos. A LS dos cuidadores informais foi de 21,7, revelando-se ser inadequada. O domínio com melhor escore foi “Promoção da saúde” (23,6) e “Prevenção da doença” (20,1), o pior. **Conclusão:** Conclui-se que a literacia em saúde dos cuidadores informais foi inadequada, evidenciando a necessidade de ações educativas a essa população com vistas a melhorar o cuidado prestado a pessoa idosa.

Palavras-chave: Literacia para a saúde, cuidador informal, idosos, COVID-19, Amazônia.



Introdução

A Literacia em Saúde (LS) é definida como o conjunto de competências cognitivas e sociais, bem como, a capacidade das pessoas para acessar, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a sua saúde [1], ou seja, traduz-se na capacidade de as pessoas tomarem decisões em saúde fundamentadas no decurso da vida

em diversos contextos, como em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político, possibilitando o aumento do controle pessoal sobre a saúde, a capacidade para procurar informações e para assumir responsabilidades relacionadas com o estado de saúde do próprio indivíduo [2].

A literatura mundial evidencia que quanto maior o nível de LS, maior será a promoção da saúde, a prevenção da doença, implicando no aumento da qualidade de saúde, conseqüentemente, originará uma mobilização e utilização de recursos de forma mais rentável e, por conseguinte, um sistema de saúde mais eficaz e eficiente [3].

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial que atinge os países desenvolvidos, bem como os países em desenvolvimento. Esse quadro é resultado de inovações tecnológicas, baixa fecundidade e diminuição da taxa de mortalidade [4].

No ano de 2010, a nível mundial, o número de pessoas acima de 65 anos representava cerca de 524 milhões. Conseqüentemente, há uma projeção entre os anos 2015 e 2050, de aumento da proporção da população mundial com mais de 60 anos de 12% para 22% [5].

No Brasil, a rápida transição demográfica, resulta em uma proporção cada vez maior dos atendimentos hospitalares de idosos. Em 2019, idosos com 60 anos ou mais representavam 15,7% da população brasileira, mas foram responsáveis por 26,4% dos atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) [6]. Essa tendência tende a acelerar nos próximos anos e impõe à rede hospitalar o desafio de desenvolver linhas de cuidado, dentre elas, a literacia em saúde do cuidador informal, mais eficientes para as necessidades específicas dessa população [7].

Nesse contexto, diversas políticas públicas foram desenvolvidas com a finalidade de nortear o cuidado direcionado ao idoso em seus mais diversos âmbitos (questões de saúde, culturais, sociais, espirituais etc.). Dentre essas políticas públicas, está o “Envelhecimento Ativo” – política de saúde desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – que promove a saúde da população idosa [8].

Em 2002, no Brasil, foi reconhecida a figura do “cuidador” o indivíduo que auxilia e promove bem-estar, saúde, alimentação, higiene, educação, cultura e lazer à pessoa dependente, não recebendo nenhuma remuneração pelo cuidado prestado [9].

Maioritariamente, os cuidadores informais são os responsáveis pelos cuidados de saúde prestados às pessoas idosas. Desta forma é importante que os cuidadores informais estejam informados sobre os diversos aspectos que envolvem o cuidado e a pessoa idosa

hospitalizada visando evitar complicações e reduzir o declínio funcional associado a internação [10].

A literatura aponta que a LS dos cuidadores informais é frágil, contribuindo para uma prestação de cuidados deficiente, dificultando o entendimento das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde. Dessa forma, é necessário incluir a avaliação da LS do cuidador informal nas políticas públicas, com vistas a melhorar os resultados de saúde do cuidador e do idoso que ele cuida [11,12].

A escassez de bibliografia relativamente ao tema reflete o ineditismo deste estudo refere-se, até onde sabemos, como a primeira investigação em ambiente hospitalar sobre a literacia em saúde de cuidadores informais de idosos atendidos durante a pandemia no Serviço de Geriatria no contexto amazônico. Ainda, a LS pode desempenhar um papel importante tanto na manutenção quanto na melhoria da condição de saúde da população.

Nesse contexto surge a seguinte questão de pesquisa: qual o nível de LS dos cuidadores informais de pessoas idosas durante a pandemia de COVID-19?

Dessa forma, o estudo teve como objetivo avaliar a literacia em saúde dos cuidadores informais de pessoas idosas atendidas em um hospital universitário durante a pandemia de COVID-19.

Método

Tipo de estudo, local e período

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, correlacional e de abordagem quantitativa seguindo as diretrizes presentes na Declaração *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos quantitativos.

Foi realizado no Serviço de Geriatria do complexo Hospitalar Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) no município de Belém, Pará, Brasil. O HUJBB é uma unidade de assistência, ensino e pesquisa e faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará (UFPA) e atende gratuitamente a população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (MS), possui 218 leitos, sete salas de cirurgia e uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e, 63 consultórios de diversas especialidades, dentre elas cardiologia, pneumologia, neurologia, geriatria dentre outras. O hospital está localizado na cidade de Belém do estado do Pará que juntamente com os estados do Maranhão, Amapá, Tocantins e Mato Grosso integram a Amazônia Oriental.

A coleta de dados ocorreu entre 01 de agosto e 30 de outubro de 2022 no ambiente hospitalar por meio de entrevistas conduzidas pela pesquisadora principal. Por ainda se tratar de período pandêmico, seguiu-se as recomendações da OMS quanto a utilização de máscaras, distanciamento social mínimo de um metro e higienização das mãos.

População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

Foi utilizado a amostra por conveniência não probabilística. Inicialmente foi realizado um levantamento realizado pelo “Líder” de Enfermagem da unidade do Serviço de Geriatria que em média realizava o atendimento/semanal entre 15 e 20 idosos acompanhados de cuidadores informais. Foram entrevistados todos os cuidadores informais que acompanhavam as pessoas idosas atendidas pelo Serviço de Geriatria do HUIBB durante o período de coleta de dados totalizando 37 cuidadores informais

Foram considerados como critérios de inclusão:

- a) cuidadores informais – **i)** idade igual ou superior a 18 anos, **ii)** ser cuidador principal, secundário e/ou terciário, **iii)** não ser remunerado por prestar o cuidado, **iv)** capacidade de responder as perguntas dos instrumentos e **v)** disponibilidade de horário para responder os instrumentos da pesquisa;
- b) idosos – **i)** ter idade acima ou igual a 60 anos, **ii)** estar acompanhado de cuidador informal, **iii)** estar em controle clínico de qualquer patologia atendida pelo Serviço de Geriatria e **iv)** estar matriculado no serviço de Geriatria independente de estar em primeira consulta e/ou subsequente.

Como critérios de exclusão:

- a) cuidadores informais – **i)** não conseguir responder aos instrumentos por qualquer motivo (dificuldades no entendimento das questões dos instrumentos) e **ii)** cuidadores formais ;
- b) idosos – **i)** comparecer sozinho à consulta médica e/ou de enfermagem no Serviço de Geriatria e **ii)** estar em atendimento de urgência, por qualquer descontrolo clínico de sua patologia, no Serviço de Geriatria.

Procedimentos e instrumento de coleta de dados

Inicialmente, uma das pesquisadoras foi inserida no campo assistencial para se familiarizar com a rotina e dinâmica do Serviço de Geriatria.

Para a coleta de dados, o cuidador informal que acompanhava o idoso foi convidado a participar do estudo antes ou após consulta médica e/ou de enfermagem, no turno da tarde, exceto feriados seguindo a rotina de atendimentos do Serviço de Geriatria.

As entrevistas foram realizadas em sala específica a fim de garantir o sigilo das informações pelo cuidador informal e da pessoa idosa cuidada, com duração média de 20 a 30 minutos.

Foram aplicados dois instrumentos:

- i) Questionário sociodemográfico e do cuidado elaborado pela pesquisadora, divididos em duas partes: o primeiro direcionado ao cuidador informal, demográfico (idade, sexo, estado civil, escolaridade, se o cuidador residia junto do idoso) e, o contexto do cuidado prestado (estado de saúde, se esta foi afetada pela prestação de cuidados, se o cuidador era responsável pelo cuidado de algum outro idoso, grau de parentesco) e, segundo sobre a pessoa idosa cuidada, sexo e idade.
- ii) ***European Health Literacy Survey Questionnaire*** designado pela sigla HLS-EU-BR validado no Brasil por Saboga-Nunes [13]. É composto por 47 questões, distribuídas entre os domínios, da seguinte forma: cuidados da saúde (16 questões), prevenção da doença (16 questões) e promoção da Saúde (15 questões), totalizando em 47 questões, já mencionadas.

O instrumento HLS-EU-BR possui medidas de consistência interna superiores a 0.80 (*alpha de Cronbach*) sendo testadas a fidelidade, a consistência interna e externa (teste-reteste), a sensibilidade e a especificidade da escala. Utiliza uma escala de resposta do tipo Likert, que varia de 1 a 4 pontos em: muito fácil, fácil, difícil e muito difícil, há ainda uma quinta alternativa que consiste em “não sabe/não responde”; permitindo a autoavaliação e a auto percepção pelo indivíduo inquirido, diante de diferentes questões relacionadas a saúde. A escala é composta de uma métrica de zero a 50 pontos, o valor zero representa o nível mínimo e 50 representa o nível máximo de LS, permitindo estimá-la em quatro níveis: “inadequada” (0 a 25 pontos); “problemática” (26 a 33 pontos); “suficiente” (34 a 42 pontos) e “excelente” (43 a 50 pontos). Sendo assim, o valor zero representa o mínimo de alfabetização de saúde possível, e o 50 representa a melhor possível. Para calcular o nível de literacia, os subníveis foram padronizados numa escala entre 0 e 50 (melhor possibilidade de LS), com a seguinte fórmula: Índice = (média – 1)* (50/3) [13].

Aspectos éticos

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará, sob parecer N°5.312.450. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) o qual foi assinado em duas vias (uma cópia para os cuidadores informais e outra para arquivo com os pesquisadores), antes de iniciar a coleta de dados.

Análise dos dados

Inicialmente os dados foram registrados no programa Excel®. Para o tratamento e análise dos dados foram utilizados os programas estatísticos *Epi Info version 7.2.5.0* e *GraphPad Prism version 8*. Quanto a estatística descritiva, foram realizadas: frequências absolutas e relativas para todas as variáveis e, no caso das variáveis numéricas, calculamos a média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo, com seus respectivos Intervalos de Confiança a 95%. Na estatística inferencial, foram aplicados os testes não paramétricos de qui-quadrado de aderência para comparação categórica univariada e teste G para comparações categóricas bivariadas. Considerando as comparações numéricas, ANOVA 1 critério foi empregado uma vez que estas cumpriam os pressupostos de normalidade (avaliada pelo teste de *Bartlett*). Foi considerado como nível de significância estatística alfa de 5% para todas as análises efetuadas.

Resultados

Participaram do estudo 37 cuidadores. Quanto ao perfil sociodemográfico, a maioria era do gênero feminino (91,8%) com média de idade de 48 anos, casados (62,1%) com ensino médio (43,2%) e residindo na mesma casa com a pessoa idosa cuidada (45,9%) ([Tabela 1](#)).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico do cuidador informal de pessoas idosas cuidadas atendidas no HUIBB. Belém, Pará, Brasil, 2023(n = 37).

Variável	Frequência		IC 95%		p-valor
	n	%	L.I (%)	L.S (%)	
Gênero					
Masculino	3	8,1	1,7	21,9	<0.0001
Feminino	34	91,8	78,0	98,3	*
Idade					
Média DP	48.35 ± 13.24				nt
Mínimo e Máximo	22 - 75 anos		43,9	52,7	

Estado civil					
Casado(a)/União estável	23	62,1	44,7	77,5	
Solteiro(a)	10	27,0	13,7	44,1	<0.0001
Divorciado(a)/Separado(a)	3	8,1	1,7	21,9	*
Viúvo(a)	1	2,7	0,07	14,1	
Escolaridade					
Ensino fundamental incompleto	2	5,4	0,6	18,1	
Ensino fundamental completo	4	10,8	3,0	25,4	
Ensino médio	16	43,2	27,1	60,5	0.0018*
Ensino superior incompleto	5	13,5	4,5	28,7	
Ensino superior completo	10	27,0	13,7	44,1	
Onde vive em relação à pessoa de quem é o/a cuidador(a) principal?					
Na mesma casa	17	45,9	29,4	63,0	
Em casas diferentes/no mesmo prédio	6	16,2	6,1	32,0	
Vizinhos/na mesma rua ou nas proximidades	10	27,0	13,7	44,1	<0.0001
Menos de 30 minutos de viagem	2	5,4	0,6	18,1	*
Entre 30 minutos e uma hora de viagem	1	2,7	0,07	14,1	
Entre 1 e 3 horas de viagem	1	2,7	0,07	14,1	

*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$, teste do qui-quadrado de aderência)

L.I: Limite Inferior do Intervalo de Confiança a 95%

L.S: Limite Superior do Intervalo de Confiança a 95%

nt: variável não testada.

Quanto ao contexto relacional do cuidador informal, a maioria referiu seu estado de saúde como bom (54,0%) e, que não foi afetada pela prestação de cuidados ao idoso (56,7%). A maior parte dos cuidadores informais cuidavam de uma pessoa (45,9%), de seu pai/mãe (64,8%). Quanto a pessoa idosa cuidada, a maioria dos entrevistados era do gênero feminino (72,9%) com média de idade de 78,2 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização do contexto relacional do cuidador informal e a pessoa idosa cuidada atendidas no HUIBB. Belém, Pará, Brasil, 2023(n = 37).

Variável	Frequência		IC 95%		p-valor
	n	%	L.I(%)	L.S(%)	
Como avalia o seu estado de saúde?					
Ruim	7	18,9	7,9	35,1	
Nem bom nem ruim	9	24,3	11,7	41,2	
Bom	20	54,0	36,9	70,5	0.0001*
Muito bom	1	2,7	0,07	14,1	
Considera que o seu estado de saúde foi afetado pela prestação de cuidados?					
Não	21	56,7	39,4	72,9	
Afetado positivamente	4	10,8	3,0	25,4	0.0028*
Afetado negativamente	12	32,4	18,0	49,7	
De quantas pessoas cuida regularmente?					

Uma pessoa	17	45,9	29,4	63,0	
Duas pessoas	16	43,2	27,1	60,5	
Três pessoas	3	8,1	1,7	21,9	<0.0001*
Mais de três pessoas	1	2,7	0,07	14,1	
Qual sua relação com a pessoa cuidada?					
Pai/mãe	24	64,8	47,4	79,7	
Sogro(a)	4	10,8	3,0	25,4	
Cônjuge/companheiro	2	5,4	0,6	18,1	
Irmão(ã) ou cunhado(a)	2	5,4	0,6	18,1	<0.0001*
Filho(a) ou genro/nora	4	10,8	3,0	25,4	
Tio(a)	1	2,7	0,07	14,1	
Quantos anos tem a pessoa idosa cuidada?					
Média DP		78.27 ± 6.58			
Mínimo e Máximo		64 a 92 anos	76,0	80,4	nt
Qual o gênero da pessoa idosa cuidado?					
Masculino	10	27,0	13,7	44,1	
Feminino	27	72,9	55,8	86,2	0.0085*

*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$, teste do qui-quadrado de aderência)

L.I: Limite Inferior do Intervalo de Confiança a 95%

L.S: Limite Superior do Intervalo de Confiança a 95%

Quanto ao nível de LS dos cuidadores informais foi considerada inadequada. A média da LS Geral (Q1 a Q47) foi de 21,7 (literacia inadequada). Foram avaliados os três domínios: “Cuidados de saúde” (Q1 a Q16) foi de 21,7, “Prevenção da doença” (Q17 a Q 31) de 20,1 e, “Promoção da saúde” (Q32 a Q47) de 23,6, sendo esse último o maior escore. A confiabilidade do instrumento, baseada no coeficiente de *alfa de Cronbach* foi de 0,92, oscilando entre 0,75 -0,92 obtendo uma classificação muito boa para essa população (Tabela 3).

Tabela 3 -*Alpha de Cronbach* e Scores do HLS geral e por domínios dos cuidadores informais de pessoas idosas atendidas no HUIBB. Belém, Pará, Brasil, 2023(n = 37).

Geral/Domínios	Questões	Alpha de Cronbach	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
LS Geral	47	0,927	4,2	32,6	21,7	±4,7
Domínio Cuidados de Saúde	16	0,842	5,2	30,2	21,7	±4,9
Domínio Prevenção da Doença	16	0,895	0,0	32,2	20,1	±5,2
Domínio Promoção da Saúde	15	0,752	7,7	35,5	23,6	±5,3

A [Figura 1](#) evidencia o nível de literacia dos cuidadores informais classificada como nível inadequado e/ou problemático para todos os entrevistados do estudo.

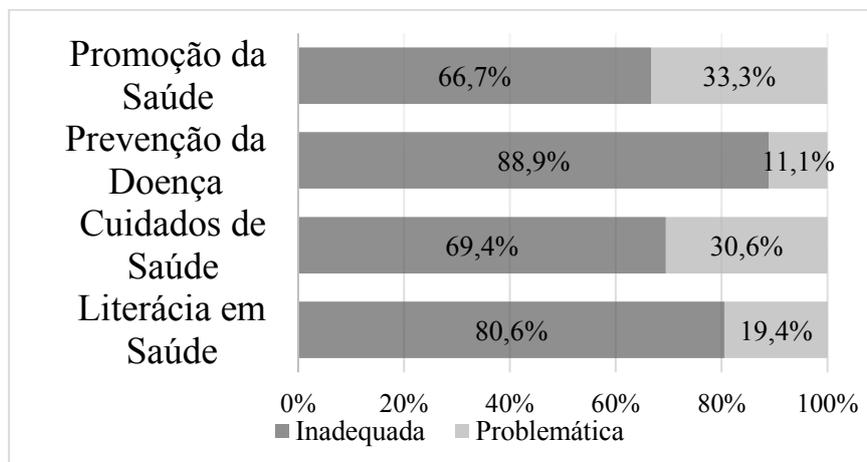


Figura 1. Literacia em saúde dos cuidadores informais do estudo (n=37)

A associação entre o perfil demográfico dos cuidadores informais e a literacia em saúde foi classificada como Problemática e/ou Inadequada. Não houve associação significativa estatisticamente entre as variáveis do estudo ([Tabela 4](#)).

Tabela 4 – Associação entre perfil demográfico dos cuidadores e a literacia em saúde Belém, Pará, Brasil, 2023 (n = 37)

<i>Variável</i>	<i>LS Problemática</i> (N=7)		<i>LS Inadequada</i> (N=29)		<i>p-valor¹</i>
	<i>n/média</i>	<i>%/DP</i>	<i>n/média</i>	<i>%/DP</i>	
<i>Gênero</i>					
Masculino	0	0,0	3	10,3	0,2432
Feminino	7	100,0	26	89,6	
<i>Idade (anos)</i>	48,5	14,0	48,1	11,9	0,9483
<i>Estado civil</i>					
Casado(a)/União estável	5	71,4	17	58,6	0,5983
Solteiro(a)	2	28,6	8	27,6	
Divorciado(a)/Separado(a)	0	0,0	3	10,3	
Viúvo(a)	0	0,0	1	3,4	
<i>Escolaridade</i>					
Ensino fundamental incompleto	0	0,0	2	6,9	0,1864
Ensino fundamental completo	2	28,6	2	6,9	
Ensino médio	1	14,3	15	51,7	
Ensino superior incompleto	2	28,6	3	10,3	
Ensino superior completo	2	28,6	7	24,1	
<i>Onde vive em relação à pessoa de quem é o/a cuidador(a) principal?</i>					
Na mesma casa	4	57,1	13	44,8	0,4536

Em casas diferentes/no mesmo prédio	0	0,0	6	20,7
Vizinhos/na mesma rua ou nas proximidades	3	42,9	7	24,1
Menos de 30 minutos de viagem	0	0,0	1	3,4
Entre 30 minutos e uma hora de viagem	0	0,0	1	3,4
Entre 1 e 3 horas de viagem	0	0,0	1	3,4

Na **Tabela 5** evidenciou a associação entre o contexto do cuidado prestado e a literacia em saúde. Houve associação estatística significativa entre a variáveis “*de quantas pessoas cuida*” e a literacia em saúde classificada como Problemática ($P<.001$), ou seja, é possível afirmar que quanto o maior número de pessoas cuidadas pelo cuidador informal maior é sua literacia em saúde.

Tabela 5 – Associação entre o contexto do cuidado prestado pelos cuidadores informais e a literacia em saúde. Belém, Pará, Brasil, 2023 (n = 37)

<i>Variável</i>	<i>Problemática</i> (N=7)		<i>Inadequada</i> (N=29)		<i>p-valor</i>
	<i>n/média</i>	<i>%/DP</i>	<i>n/média</i>	<i>%/DP</i>	
<i>Como avalia o seu estado de saúde?</i>					
Ruim	1	14,3	6	20,7	0,6382
Nem bom nem ruim	3	42,9	6	20,7	
Bom	3	42,9	16	55,2	
Muito bom	0	0,0	1	3,4	
<i>Considera que o seu estado de saúde foi afetado pela prestação de cuidados?</i>					
Não	5	71,4	16	55,2	0,3709
Afetado positivamente	0	0,0	4	13,8	
Afetado negativamente	2	28,6	9	31,0	
<i>De quantas pessoas cuida regularmente?</i>					
Uma pessoa	1	14,3	16	55,2	0,0011*
Duas pessoas	2	28,6	13	44,8	
Três pessoas	3	42,9	0	0,0	
Mais de três pessoas	1	14,3	0	0,0	
<i>Qual sua relação com a pessoa cuidada?</i>					
Pai/mãe	5	71,4	18	62,1	0,5335
Sogro(a)	1	14,3	3	10,3	
Cônjuge/companheiro	1	14,3	1	3,4	
Irmão(ã) ou cunhado(a)	0	0,0	2	6,9	
Filho(a) ou genro/nora	0	0,0	4	13,8	
Tio(a)	0	0,0	1	3,4	
<i>Quantos anos tem a pessoa cuidada?</i>	74,3	7,6	79,1	6,2	0,0869

Qual o gênero da pessoa cuidada?

Masculino	2	28,6	7	24,1	0,8100
Feminino	5	71,4	22	75,9	

**Teste G para amostras independentes, $p < .05$)*

Discussão

Este é o primeiro estudo em ambiente hospitalar no contexto amazônico que avaliou a literacia em saúde dos cuidadores informais de idosos atendidos em um Serviço de Geriatria de um hospital universitário da Amazônia Oriental .

O perfil sociodemográfico dos cuidadores informais é similar as pesquisas realizadas com cuidadores informais na região nordeste do Brasil [14] e China [15] que evidenciaram a feminização do cuidado caracterizada por mulheres com faixa etária média de 48 anos de idade. No contexto histórico mundial, as mulheres são vistas como cuidadoras sendo o cuidado socialmente representado como um dever da mulher [14].

Quanto ao estado civil, houve predomínio de casados corroborando com estudo realizado com cuidadores informais em São Paulo (Brasil) [16]. Segundo Alves [14] afirma que “ser casado” pode ser considerado como fator positivo no partilhamento, com o companheiro, de tarefas relacionadas ao cuidado.

Sobre a escolaridade, houve predomínio dos cuidadores informais que estudaram até o ensino médio completo. Esse resultado não reflete a realidade brasileira evidenciada em estudos [17,18] que apontaram o ensino fundamental completo entre os cuidadores informais de idosos. Sabe-se que a escolaridade se relaciona diretamente a atitudes positivas e melhor literacia em saúde [19].

Neste estudo, o questionamento “onde vive em relação a pessoa idosa cuidada” foi evidenciado pela prevalência “na mesma casa”. Esse resultado indica a composição do suporte social informal significativo indicando o cuidado com proximidade física dispensado à pessoa idosa além do que a “coabitação” com o idoso causa maior jornada de trabalho, fazendo com que as tarefas desempenhadas sejam mais frequentes, conseqüentemente, resultando na maior sobrecarga ao cuidador informal [20]. Assim, torna-se contemporâneo afirmar que a família é responsável pelo atendimento das demandas sociais e de saúde da pessoa idosa, tendo, portanto, a necessidade de um suporte qualificado e constante [21].

Quanto ao estado de saúde autorreferido, predominaram os estados “bom” e “nem bom nem ruim” e, não foram afetados durante a pandemia resultado similar em estudo com cuidadores informais em Santa Catarina, região sul do Brasil [22] que apontou estado de saúde como “bom”. Nesse caso, é possível afirmar que a idade “mais jovem” do cuidador influencia positivamente no estado de saúde, uma vez que estudo realizado cuidadores informais apontam que a maior idade influencia diretamente no estado de saúde “ruim” dessa população [23]. A autoavaliação do estado de saúde é um indicador multidimensional, refletindo a saúde física, mental e social do indivíduo, que consiste em uma expressão do reconhecimento do indivíduo dos seus sintomas, diagnósticos médicos e/ou diminuição da funcionalidade [24].

Em relação ao perfil demográfico do idoso cuidado, a maioria dos entrevistados são do sexo feminino com predomínio de septuagenários com tendência a longevidade resultados semelhantes encontrados em estudos com idosos na região centro-oeste do Brasil [19] e em Portugal [25].

O valor do *alfa de Cronbach* deste estudo, situando-se entre 0,92-0,75, tanto da LS geral e seus domínios, garante a confiabilidade da escala aplicada nessa população específica corroborando aos valores encontrados na escala original [26] e da versão portuguesa de Portugal [27].

Neste estudo a LS, tanto a geral ou por domínios, dos cuidadores informais foi considerada inadequada e/ou problemática corroborando esses resultados com estudos realizado com cuidadores informais nos EUA [28], Brasil [29] e Portugal [27]. A literacia em saúde inadequada está fortemente ligada a um baixo conhecimento ou compreensão quer dos serviços de prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde, e que poderá, também, estar associada a uma probabilidade elevada de hospitalização, uma elevada prevalência e severidade de algumas doenças crônicas, piores condições gerais de saúde, e uma baixa utilização de serviços de prevenção e rastreio de doença, consequente, acarretando muitos custos aos serviços de saúde elevando a probabilidade de hospitalização [27].

No que diz respeito aos domínios do HLS-EU-BR, o melhor *score* foi “Promoção da saúde” que pode ser avaliada pelos serviços que proporciona, pela forma como os profissionais de saúde interagem com as pessoas, pela facilidade com que as pessoas «percorrem» dentro do próprio sistema de saúde, e pelos sistemas de apoio que tem disponíveis para ajudar as pessoas na procura de informação e de respostas de que

necessita. E, o pior score, no domínio “Prevenção da doença” com questões que abordam a responsabilidade que o sistema de saúde e os profissionais de saúde têm no processo de comunicação, para que as pessoas possam ouvir, compreender, apreender e atuar com base na evidência disponível, e assim poderem tomar melhores decisões e fazer melhores escolhas sobre a sua saúde. Nesse sentido o sistema de saúde precisa ser mais proativo em responder às necessidades de literacia em saúde no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, direcionando mais as intervenções para o suprir das necessidades dos indivíduos [27].

Neste estudo não houve associação entre perfil demográfico dos cuidadores e a LS, resultado que diverge de outros estudos realizados no Brasil [30,31] e na Itália [32] que evidenciaram associaram entre gênero, idade avançada e escolaridade do cuidador informal e a LS.

Houve a associação entre na relação entre a quantidade de pessoas que o cuidador informal presta esse cuidado. É possível afirmar que quanto maior o número de pessoas cuidadas maior o nível de literacia em saúde do cuidador informal. Analisando esse contexto e as literaturas nacionais levam a crer na hipótese de que a LS dos cuidadores informais pode ser aprimorado por meio de ações na área da educação em saúde, do fortalecimento do suporte na atenção hospitalar e da qualidade da interação entre cuidadores informais e profissionais da saúde, e também no contexto da inclusão do tema literacia em saúde na formação e prática desses profissionais [30].

O estudo contribui para a produção de conhecimento dos enfermeiros, pois este pode interferir nas orientações e, ao cuidador informal de pessoas idosas que realizam acompanhamento ambulatorial servindo de subsídio para o planejamento e a implementações de ações em saúde específicas para essa população. Evidencia também a lacuna de estudos específicos sobre cuidadores informais em ambiente hospitalar pois é necessário que o cuidador informal esteja capacitado para a prestação do cuidado diário a pessoa idosa cuidada.

Como limitação deste estudo é a amostra por conveniência visto que não permite generalização para outros tipos de cuidadores, a pesquisa transversal que não permite estabelecer relações temporais das variáveis observadas e, o contexto pandêmico devido as restrições e condições de atendimento prestado ao cuidador e o idoso, podem ter dificultado o vínculo entre profissionais de saúde e cuidadores informais. Entretanto, os resultados desse estudo são relevantes, pois subsidiam o entendimento sobre o

conhecimento, as atitudes dos cuidadores informais de idosos hospitalizados e suas prestação de cuidados.

Conclusão

Conclui-se que os cuidadores informais de idosos possuíam literacia em saúde inadequada com associação entre o número de pessoas idosas e o nível de literacia. É possível afirmar que quanto maior for o número de pessoas cuidadas maior o nível de literacia em saúde.

O HLS-EU-BR apresentou-se como um instrumento adequado para aferir o nível de literacia em saúde de cuidadores informais de idosos, evidenciado boas propriedades psicométricas comparadas com o estudo de validação do instrumento original.

Ademais, o diagnóstico do nível de literacia em saúde dos cuidadores informais permitirá o direcionamento e alinhamento de melhores estratégias e intervenções de literacia em saúde a serem desenvolvidas para essa população específica. Dessa forma considera-se fundamental a implantação e implementação de uma estratégia de literacia em saúde em contexto hospitalar e amazônico.

Referências

1. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Genebra: WHO; 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
2. Saboga-Nunes, L. Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. Revista Referência, Coimbra, v. 11, Série 3, p. 94-99, feb. 2014. Suplemento.
3. Shahid, R., Shoker, M., Chu, L.M. *et al.* Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Serv Res* **22**, 1148 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>
4. Chaimowics F. Saúde do Idoso. Belo Horizonte: Nescom UFM; 2013.
5. World Health Organization. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: WHO; 2015.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6407>
7. Garcez-Leme LE, Leme MD. Costs of elderly health care in Brazil: challenges and strategies. *MedicalExpress* (São Paulo) 2014; 1:3-8.
8. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.

9. Ceccon, Roger Flores et al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 01, pp. 17-26. <https://doi.org/10.1590/141381232020261.30352020>
10. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Asteasu MLS, Lucia A, Galbete A, et al. Effect of exercise intervention on functional decline in very elderly patients during acute hospitalization: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2019; 179:28-36
11. Soares TA, Brasil VV, Moraes KL, Santos LT, Vila VS, Borges Júnior LH. Letramento em saúde de cuidadores domiciliares de uma capital brasileira. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE002255.
12. Bonaccorsi G, Pieralli F, Innocenti M, Milani C, Del Riccio M, Donzellini M, et al. Health literacy among non-familial caregivers of older adults: a study conducted in Tuscany (Italy). *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(19):1–12.
13. SØRENSEN, K. (2019). Uma visão para a literacia em saúde na Europa. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 27-32). Lisboa: Edições ISPA [ebook].
14. Alves B.S et al. Characterization of the informal caregivers of dependent elderly according to the sociodemographic and health aspects. *Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana, Vol. 9:* 113-118 (2019). DOI: 10.13102/rscdauefs.v9.3684
15. Tao X, Chow SKY, Zhang H, Huang J, Gu A, Jin Y, He Y, Li N. Family caregiver's burden and the social support for older patients undergoing peritoneal dialysis. *J Ren Care.* 2020 Dec;46(4):222-232. doi: 10.1111/jorc.12322. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32077629.
16. Manzini CSS, Vale FAC. Resiliência em cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2016; 18:e1190. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37035>.
17. Figueiredo, Leandro Corrêa et al. Factors associated with symptoms of physical and emotional burden in informal caregivers of the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2022, v. 75, n. Suppl 4, e20210927. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0927>.
18. Mendes, Polyana Norberta et al. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2019, v. 32, n. 1, pp. 87-94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>.
19. Mamani, Abigail Roxana Nina et al. Elderly caregiver: knowledge, attitudes and practices about falls and its prevention. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2019, v. 72, suppl 2, pp. 119-126. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0276>.
20. Queiroz RS, Camacho ACLF, Gurgel JL, Assis CRC, Santos MLSC. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores idosos com demência. *Rev Bras*

Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 Apr/Mar; 21(2):205-14. DOI: 10.1590/1981-22562018021.170170

21. Wendt CJ, Aires M, Paz AA, Fengler FL, Paskulin LM. Elderly families of south of Brazil in the Hhealth strategy. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):350-7.

22. Maldonado Brito AM, Vizeu CB, Giacomozzi AI, & Berri B. (2017). Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social. *Social. Liberabit*, 23(1),9- 22 <https://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.01>

23. Martins T, Ribeiro JP, Garret C. Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. *Rev Referência*. 2004;(11):17-31.

24. Castro CMS, Costa MFL, Cesar CC, Neves JAB, Sampaio RF. Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019Nov;24(11):4153–62. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.05762018>

25. Bonhorst D. Um novo olhar sobre a prevalência da fibrilhação auricular em Portugal – O Estudo Safira, *Revista Portuguesa de Cardiologia*, Volume 37, Issue 4, 2018, Pages 315-317. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.002>.

26. HLS-EU Consortium. Comparative report on health literacy in eight EU member states: The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht: HLS-EU Consortium; 2012. [consultado 17 Set 2013]. Disponível em <http://www.health-literacy.eu>

27. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Health Literacy, from data to action: Translation, validation and application of the European Health Literacy Survey in Portugal. *Revista Portuguesa da Saude publica*. V.34 (2),2016 pp.259-275 <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

28. World Health Communication Associates. Health literacy: Part 1 “the basics” World Health Communication Associates, Axbridge, UK (2009).(WHCA Action Guide)

29. Soares TAM, Brasil VV, Moraes KL, Santos LTZ, Vila V da SC, Borges Júnior LH. Letramento em saúde de cuidadores domiciliares de uma capital brasileira. *Acta paul enferm* [Internet]. 2021;34:eAPE002255. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO002255>

30. Marques SRL & Lemos SMA. Health literacy and associated factors in adults primary care users. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, p. 535-559, maio/ago. 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00109>

31. SAMPAIO, Helena A. C. et al. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 865-874, 2015.

32. Lorini C, Buscemi P, Mossello E, Schirripa A, Giammarco B, Rigon L, Albora G, Giorgetti D, Biamonte MA, Fattorini L, Bruno RM, Giusti G, Longobucco Y, Ungar A, Bonaccorsi G. Health literacy of informal caregivers of older adults with dementia:

results from a cross-sectional study conducted in Florence (Italy). *Aging Clin Exp Res*. 2023 Jan;35(1):61-71. doi: 10.1007/s40520-022-02271-0.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, MGV et al. O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 31, n. 02, e310207. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310207>>.

ALBUQUERQUE, MV; RIBEIRO LHL. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2020; 36(12): doi: 10.1590/0102-311X00208720. Acesso em: 01/03/21. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n12/1678-4464-csp-36-12-e00208720.pdf>

ALMEIDA, C M T (2019). A Evolução Dos Cuidados De Saúde: Dos Cuidados Arcaicos Aos Cuidados Altamente Científicos. *História da Ciência e Ensino: construindo interfaces*. 20. 39-51. 10.23925/2178-2911.2019v20espp39-51.

ALMEIDA GMF, Nascimento TF, Silva RPL, Bello MP, Fontes CMB. Reflexões teóricas do cuidado transcultural de Leininger no contexto da Covid-19. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(esp):e20200209. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200209>

BARBOSA, IR et al. Incidence of and mortality from COVID-19 in the older Brazilian population and its relationship with contextual indicators: an ecological study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [online]. 2020, v. 23, n. 01, e200171. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200171>>

BATELLO G.V.VA.T. et al. Cuidadores de idosos em situação de pandemia: reflexões sobre o cuidar e ser cuidado. In: Santana RF (Org.). *Enfermagem gerontologica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19*. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 20-24 (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c03>

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamentode Atenção Básica. *Caderno de Atenção. Domiciliar. Volume 1*. Brasília – DF. 2012.

BRASIL. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010 – 3. ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/home.jsf;jsessionid=Zr8TeZRMK47148nQDAWGAtu5.slave23:mte-cbo>

BRASIL. Presidência da República. Despachos do Presidente da República. Mensagem Nº 289, de 8 de julho de 2019. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo*, Brasília, DF, 09 de jul. 2019. Seção 1, p9. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/despachos-do-presidente-da-republica-190107781>

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 6.892-A, de 2010. Que altera o art. 20 da Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a Organização da Assistência Social, e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2021.

Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/Prop_mostrarintegra?codteor=2097888.

BRASIL, 2023. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA. **Centro de Operações de Emergência em Saúde- Brasília-2023**. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/coes>

CAMARANO MA. Nota Técnica N° 64 - Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA. Rio de Janeiro. abril de 2020.

CARVALHO, CG ; SANTOS, PC; PEREIRA, JFMP. Literacia em Saúde. Editora: Escola Superior de Saúde do Porto. Politécnico do Porto (ESS.PP). Porto, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26537/W94N-5M64>

CORTEZ, ACL; et al. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enfermagem Brasil* 2019;18(5):700-9

COSTA, MA et al. Apontamentos sobre a dimensão territorial da pandemia da Covid-19 e os fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade socioespacial nas unidades de desenvolvimento humano de áreas metropolitanas brasileiras. In: Repositório do Conhecimento do IPEA [Internet]. Brasília, DF: IPEA; 2020 [acesso em 25 maio 2020]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9985>

DA SILVA, E. R.; DE ALENCARE. B.; DIASE. A.; DA ROCHAL. C.; DE CARVALHOS. C. M. Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 2, p. e5561, 1 fev. 2021.

DOMINGUEZ, B. Alerta global: novo coronavírus é a sexta emergência em saúde pública de importância internacional declarada pela OMS. *RADIS: Comunicação e Saúde*, n. 210, p. 14-21, mar. 2020.

DUARTE, YAO et al .capítulo 19.Política nacional do idoso : velhas e novas questões / ALCÂNTARA AO, CAMARANO AA, GIACOMIN KC - Rio de Janeiro : Ipea, 2016. ISBN 978-85-7811-290-5

FARIA G & FERREIRA, M. O PAPEL DO ESTADO NA PROVISÃO DO CUIDADO: entre a cobertura social e a “crise do cuidado”. *Revista Ciências Humanas*, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 8-24, 2019. DOI: 10.32813/rchv12n12019artigo1. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/481>.

FREITAS, R et al. As mulheres e a pandemia da COVID-19 na encruzilhada do cuidado. In: LOLE, Ana et al. Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia. Rio de Janeiro: Mórula, 2020.p.(214)- (220).

FRIEDE, R. Uma reflexão sobre as medidas iniciais adotadas no combate à covid-19 no brasil. *Revista Augustos*. v. 25, n. 51 (2020). Acessado 12/01/21. Disponível em: <https://revistas.unisuam.edu.br/index.php/revistaagustus/article/view/598>

GALHARDI, CP et al. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, suppl 2 [Acessado 19 Março 2022] , pp. 4201-4210. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>.

GROISMAN, D, et al. Cuida-Covid: Pesquisa nacional sobre as condições de trabalho e saúde das pessoas cuidadoras de idosos na pandemia – Principais resultados. Rio de Janeiro: EPSJV/ICICT/Fiocruz, 2021.

HEILBORN, ML ,A., PEIXOTO, CE. e BARROS, MM. LINS. Tensões familiares em tempos de pandemia e confinamento: cuidadoras familiares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 30, n. 02 , e300206. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300206>>. Epub 24 Jul 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300206>.

HENRIQUES, C M P; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 25-44, maio/jul. 2020.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018- 2019. Boletim Informativo. Outras formas de trabalho. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Distrito Federal. IBGE, 2020. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27878-com-envelhecimento-cresce-numero-de-familiares-que-cuidam-de-idosos-no-pais>

LANA, RM et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 3 , e00019620. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620>>. Epub 13 Mar 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620>.

LEAL, MMPF. Promoção da literacia em saúde de cuidadores de idosos em acolhimento familiar. Orientador Figueiredo, Amélia Maria Simões. 2017.201f. Dissertação(Mestrado). Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, 2017.<http://hdl.handle.net/10400.14/23816>

MATTOS, E. B. T., FRANCISCO, I. C., PEREIRA, G. C., & NOVELLI, M. M. P. C. (2021). Grupo virtual de apoio aos cuidadores familiares de idosos com demência no contexto da COVID-19. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2882. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE2201>

MEDEIROS, T. J. et al. Equilíbrio trabalho-família entre cuidadores de idosos: uma revisão sistemática. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 2022. 30, e3154. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR241831541>

MINAYO, M. C. S. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 01 [Acessado 25 Julho 2021] , pp. 7-15. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413->

81232020261.30872020>. Epub 25 Jan 2021. ISSN 1678-4561.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30872020>.

MOURA KR. et al. Sobrecarga de cuidadores informais... Revista de enfermagem UFPE on line., Recife, 13(5):1183-91, maio., 2019. 1183. ISSN: 1981-8963.

MULLER, E. F.; MOSER, L. Trabalho de cuidado de idosos, reprodução social e desigualdades de gênero. Sociedade em Debate, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 109-122, 2021. DOI: 10.47208/sd.v27i2.2874. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2874>. Acesso em: 26 jan. 2022.

NUTBEAM, D., Literacia em saúde como meta de saúde pública: um desafio para estratégias contemporâneas de educação e comunicação em saúde no século XXI, *Health Promotion International*, Volume 15, Issue 3, September 2000, Pages 259–267, <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

OPS/IMS/EIH/COVID-19/20-0006 © Organización Panamericana de la Salud, 2020. Esta obra está disponible en virtud de la licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Plano de ação para a saúde da população idosa. 2020. Washington: OPAS.

PAIS-RIBEIRO, J. (2021). literacia em saúde e autocuidado: evidências que projetam a prática clínica. In: A. Galvão (Coord.) Literacia em saúde e autocuidados: evidências que projetam a prática clínica (pp.29-37). Euromédice

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.. Literacia para a saúde em países de renda baixa ou média: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 9, p. 4101–4114, set. 2021.

PERES, F; et al. Literacia em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. (Temas em Saúde).

PERES, F.. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1563–1573, maio 2023.

ROMERO, D. E. et al.. O cuidado domiciliar de idosos com dependência funcional no Brasil: desigualdades e desafios no contexto da primeira onda da pandemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 5, p. e00216821, 2022.+

SABOGA-NUNES, LA; MARTINS, RAS, FARINELLI, M R; JULIÃO, C H (organizadores) – . O papel da literacia para a saúde e educação para a saúde na promoção da saúde. Curitiba : CRV, 2019. 198 p.

SCHWEICKARDT, J C. Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. 311 p.:il – (Série Saúde & Amazônia; 8) ISBN: 978-85-54329-26-6 DOI: 10.18310/9788554329266

SILVA, A. R. et al Dinâmica de evolução pandêmica no contexto amazônico: configuração epidemiológica do vírus COVID-19 nos estados do Pará e Amazonas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 46, p. e3863, 20 ago. 2020.

SILVA, LFA. Estudo bioético sobre familiares que cuidam de pessoas idosas com doenças neurodegenerativas. 2017. 129 f., il. Tese (Doutorado em Bioética). Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SOEIRO, J & ARAÚJO M. «Rompendo uma clandestinidade legal», *Cidades* [Online], 40 | 2020; [acessado em dia 26 junho 2020]. Disponível em: <http://journals.openedition.org/cidades/2153>

SØRENSEN, K et al (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health*. 25. 12-80.

SØRENSEN, K. (2019). Uma visão para a literacia em saúde na Europa. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 27-32). Lisboa: Edições ISPA [ebook].]

SOUZA FILHO, Z. A. DE . et al.. Nursing care for the Amazon population: knowledge production and human resource development. ***Revista Brasileira de Enfermagem***, v. 75, p. e20201084, 2022.

SOUZA, DG; et al. Teorias de Enfermagem: relevância para a prática profissional na atualidade. Campo Grande: Editora Inovar, 2021. 56p

SOUSA, GS de et al. “A gente não é de ferro”: Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 01, pp. 27-36. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30172020>>. Epub 25 Jan 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30172020>

VAZ, IDT. A literacia em saúde dos cuidadores formais e informais. 2021.89 p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações)- Escola Superior de Saúde Politécnico do Porto, Porto, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.22/17502>

VAZ DE ALMEIDA, C A. WHO - AUMENTAR A LITERACIA EM SAÚDE AGENDA 2030. (2019). 10.13140/RG.2.2.15249.17764. DOI:10.13140/RG.2.2.15249.17764

VAZ DE ALMEIDA, A C. et al . LITERACIA EM SAÚDE - Um Desafio Emergente O Poder Ee a Dimensão do Cuidador Informal no Sistema De Saúde. 2021. vol 2. ed. 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Self-care health interventions: Health promotion glossary. Geneva, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>

ZARCADOOLAS, C., PLEASANT, A., & GREER, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195–203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

APÊNDICES

APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA CUIDADORES INFORMAIS.

(Versão adaptada por Sousa, 2021)

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E PESSOAIS DO CUIDADOR INFORMAL E DO (S) IDOSO(S) CUIDADO(S):

1) Tem algum vínculo ou é membro de uma ou mais organizações de cuidadores/pacientes?	
1-Sim	<input type="checkbox"/>
0-Não (por favor, ignore a pergunta 2)	<input type="checkbox"/>

2) Qual é o nome da(s) organização(ões) de cuidadores/ pacientes com a(s) qual(quais) tem algum vínculo ou da (s) qual (quais) é membro?	 <hr/>
---	---------------

3) Quantos anos você tem?	_____ anos
----------------------------------	------------

4) Qual seu gênero:	1-Masculino <input type="checkbox"/>	2-Feminino <input type="checkbox"/>	3-Outro <input type="checkbox"/>	4-Prefiro não dizer <input type="checkbox"/>
----------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--

5) Qual seu estado civil atual?	1-Casado(a) / União estável	<input type="checkbox"/>	2-Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
	3-Divorciado(a) / Separado(a)	<input type="checkbox"/>	4-Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

6) Qual seu nível de escolaridade?	
1-Analfabeto	<input type="checkbox"/>
2-Ensino fundamental incompleto (1º ao 4º ano)	<input type="checkbox"/>
3-Ensino fundamental completo (5º ao 9º ano)	<input type="checkbox"/>
4-Ensino médio (10º ao 12º ano)	<input type="checkbox"/>
5-Ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/>
6- Ensino superior completo	<input type="checkbox"/>

7) Onde vive em relação à pessoa de quem é o/a cuidador(a) principal?	
1-Na mesma casa	<input type="checkbox"/>

2-Em casas diferentes, mas no mesmo prédio	<input type="checkbox"/>
3- São vizinhos, moram na mesma rua ou nas proximidades	<input type="checkbox"/>
4-Vive a menos de 30 minutos de viagem (só de ida)	<input type="checkbox"/>
5-Vive entre 30 minutos e uma hora de viagem (só de ida)	<input type="checkbox"/>
6-Entre uma e 3 horas de viagem (só de ida)	<input type="checkbox"/>
7-Entre 3 e 5 horas de viagem (só de ida)	<input type="checkbox"/>
8-Mais de 5 horas de viagem (só de ida)	<input type="checkbox"/>

8) Como avalia o seu estado de saúde?	1-Muito ruim <input type="checkbox"/>	2-Ruim <input type="checkbox"/>	3-Nem bom nem ruim <input type="checkbox"/>	4-Bom <input type="checkbox"/>	5-Muito bom <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	--	-----------------------------------	---

9) No geral, considera que o seu estado de saúde foi afetado pela prestação de cuidados?	
1-Sim, afetado pela positivamente	<input type="checkbox"/>
2-Sim, afetado pela negativamente	<input type="checkbox"/>
0-Não	<input type="checkbox"/>

10) De quantas pessoas cuida regularmente (ou seja, não ocasionalmente nem temporariamente) e/ou apoia nas suas atividades diárias, cuidados pessoais ou de outras formas devido a doença física ou mental, incapacidade/invalidez ou idade avançada?	
1-Uma pessoa	<input type="checkbox"/>
2-Duas pessoas	<input type="checkbox"/>
3-Três pessoas	<input type="checkbox"/>
4-Mais de três pessoas	<input type="checkbox"/>

11) Qual sua relação com a pessoa da qual é o(a) cuidador(a) principal, ou seja, a quem presta a maior parte dos seus cuidados?	
1-Pai/mãe	<input type="checkbox"/>
2-Sogro(a)	<input type="checkbox"/>
3-Cônjuge/companheiro	<input type="checkbox"/>
4-Irmão(ã) ou cunhado(a)	<input type="checkbox"/>
5-Filho(a) ou genro/nora	<input type="checkbox"/>
6-Avô ou avó	<input type="checkbox"/>
7-Tio(a)	<input type="checkbox"/>
8-Neto(a)	<input type="checkbox"/>
9-Ex-parceiro/ex-cônjuge	<input type="checkbox"/>
10-Amigo/vizinho	<input type="checkbox"/>

11-Colega/ex-colega	<input type="checkbox"/>
12-Outro	<input type="checkbox"/>

12) Quantos anos tem essa pessoa de quem cuida?	_____ anos
--	------------

13) Qual o gênero da pessoa de quem cuida?			
1-Masculino <input type="checkbox"/>	2-Feminino <input type="checkbox"/>	3-Outro <input type="checkbox"/>	4-Prefiro não dizer <input type="checkbox"/>

APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO CUIDADOR INFORMAL E IDOSO CUIDADO

Título da pesquisa: **O IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS VULNERÁVEIS**

Pesquisadora responsável: Fabianne de Jesus Dias de Sousa

Prezado (a) Senhor (a) Cuidador informal e/ou idoso

Esta pesquisa é sobre O IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS VULNERÁVEIS no contexto amazônico e será desenvolvida por graduandos e pós-graduandos de enfermagem, do Curso de Enfermagem, da Universidade de Enfermagem do Pará. O objetivo do estudo é avaliar as consequências da Pandemia de COVID-19 nos idosos e/ou cuidadores domiciliares no contexto amazônico. A finalidade deste trabalho é contribuir para obtenção de informações objetivas sobre o as consequências do período pandêmico nos cuidadores informais, além de estimular uma reflexão acerca de como está os cuidadores informais nessa Pandemia. Para a comunidade científica, receber um novo trabalho científico colaborando para construção do conhecimento e estimulando a busca de novas pesquisas sobre a temática e incentivar estratégias que contribuam para as políticas públicas que abordem os cuidadores informais.

Solicitamos a sua colaboração para a coleta de dados que será por meio da aplicação de instrumentos de coleta de dados, com tempo médio de duração de 20 a 30 minutos, sendo que em qualquer momento durante o seu preenchimento você pode desistir de fazer parte desta pesquisa como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto pois nos questionários não solicitamos sua identificação. Informamos que essa pesquisa não apresenta riscos quanto a confidencialidade assim como aos riscos de indenização por danos pois nos questionários não consta identificação do participante assegurando a confidencialidade dos dados. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa via e-mail ou telefone. Por gentileza, no preenchimento do questionário escreva um e-mail para que possa receber esta via do TCLE.

Assinatura do Pesquisador responsável: _____

Fabianne Sousa- Contato: (91) 981219404
fabiannesousa@hotmail.com

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do participante ou responsável legal

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGPA) – Complexo de Sala de Aula/ CCS – Sala 13 – Campus Universitário do Guamá, nº 01, Guamá – CEP: 66075- 110 – Belém-Pará. Tel./Fax. 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

ANEXOS

ANEXO 1 - VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO *EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY* (HLS-EU-BR)



Versão brasileira autorizada do Questionário europeu de literacia para a saúde Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT)

Questionário Europeu de literacia para a saúde . Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT) v140413
 ©Luis Saboga Nunes, Kristine Sorensen, 2013 ENSP-UNL com o contributo de Rosane Martins - UFTM Brasil; Graça Simões de Carvalho, CIEC-UM, UMINHO, Portugal; Maria Cristina Pansera de Araújo, UNUUI, RS, Brasil; Eva Boff, UNUUI, RS, Brasil *Uso e direitos reservados.*

©Saboga Nunes, 2013 ENSP-UNL . versão portuguesa validada para uma amostra de 983 indivíduos. $\alpha_C = 0.97$ (47); $r = 0.78$
 α_C 0.93 (16) h3c02 h3c04 h3c05 h3c08 h3c11 h3c13 h3c16 h3p18 h3p21 h3p23 h3p28 h3p31 h3p33 h3p37 h3p39 h3p43
 in <http://www.litacia-saude.info>

citação:

Saboga-Nunes, L., Sorensen, K., Pelikan, J., Cunha, M., Rodrigues, E., Paisão, E. (2014) *Cross-Cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT)*. *Aten Primaria*, 2014, 46: 13

Saboga-Nunes, Luis (2014). *Semântica da Literacia em Saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT)*. In 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e perspectivas. Atas do VIII Congresso Português de Sociologia, Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia. ISBN: 978-969-97961-2-0. Disponível em <http://www.apsolviii.congresso/actas.php?arremata=0001>

Martins R, Saboga-Nunes L. The challenges of epistemological validation to Brazil of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-BR) [abstract/oral communication]. *Atención Primaria*. 2014;46(Espec Cong 1):12. World Congress of Health Research, 2, Vilaça, Portugal, 7-8 October 2014.

Saboga-Nunes L, Araújo M, Boff E, Tracena R, Carvalho G, Martins R. Literacia para a saúde e a construção de cidadania. In: Araújo MCP, Boff ETO, Carvalho GS, editors. *Conhecimentos, valores e práticas no ensino de ciências e na educação em saúde*. Join: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2016. p. 57-65. ISBN 978-85-419-0190-1.

Saboga-Nunes L, Sorensen K, Martins R, Bittlingmayer U, Sahrni D, Cunha M, et al. Problemas, práticas e consenso na medição da literacia para a saúde na lusofonia (Hls-Eu-Br, Hls-Eu-PT, Hls-Eu-An) [abstract/oral communication]. *Saúde e Sociedade*. 2016;25(supl.1): 9334. Paper apresentado na 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde: Promovendo Saúde e Equidade, 22-25 Maio 2016, Curitiba, Brasil. ISSN 0104-1290

Cervinho G, Araújo M, Boff M, Tracena R, Saboga-Nunes L. European health literacy scale (HLS-EU-BR) applied in a Brazilian higher education population of Rio Grande do Sul (RS). In: Lavonen J, Juuti K, Lampelaikälä J, Uitto A, Hahl K, editors. *Science education research: engaging learners for a sustainable future: proceedings of the ESERA 2015 Conference*. Helsinki, Finland: University of Helsinki; 2016. p. 1289-1295. ISBN 978-951-51-1541-6. ESERA 2015 conference in Helsinki, Finland, 31 August to 4 September, 2015. <http://hdl.handle.net/1872/41977>

Para qualquer utilização queira contactar

Luis A. Saboga Nunes - Grupo de Disciplinas de Estratégias de Acção em Saúde / Secção de Saúde Pública e Comunidade .
Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa Avenida Padre Cruz, 1600-560 Lisboa
www.literacia-saude.info Tel. 21 75 12 153 telm 91 47 47 066 Email saboga@ensp.unl.pt

www.literacia-saude.info

Guia do entrevistador

De modo a poder desenvolver estratégias para melhorar os níveis de saúde e de bem-estar, está sendo desenvolvido este estudo no Brasil focalizando a literacia para a saúde. Agradecemos a sua participação! A sua colaboração na resposta a estas perguntas, ajudará a compreender melhor a importância que os temas assumem na promoção da sua saúde. Assim, esperamos contribuir para um futuro com mais e melhor saúde.

Obrigado pela sua colaboração.

The portuguese health literacy survey (HLS-EU-PT) é um projecto desenvolvido numa articulação entre a Escola Nacional de Saúde Pública (UNL) e a Universidade de Maastricht ©SN, 2013 ENSP-UNL) ©Luis Saboga Nunes, Kristine Sorensen,

As suas respostas são confidenciais.

Registrar hora em que iniciou o inquérito h

 Responda por favor sinceramente a cada pergunta conforme a opção que na sua opinião é a mais correta.

Mostrar a escala VAS

Marque com uma o número que expressa a opinião do entrevistado a cada uma das seguintes perguntas. Os números ① e ④ são as respostas extremas. Se o texto que se encontra perto do nº ① corresponde ao que a pessoa pensa, seleccione-o com uma . Se o texto que se encontra perto do nº ④ corresponde ao que pensa, seleccione-o com uma . Se pensar diferentemente seleccione o número que melhor expresse os sentimentos da pessoa. Considere uma só resposta a cada pergunta

Numa escala que vai de ① Muito fácil, ② fácil, ③ difícil ④ Muito difícil quanto fácil, diria, que é:	Muito fácil fácil difícil Muito difícil
Questionário Europeu de Literacia para a Saúde (grupo 1: 1-47) Q 1 1. "... encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
2 "... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
3 "... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
4 "... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex. junto de um posto de saúde, hospital, médico, farmacêutico, psicólogo) "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
5 "... compreender o que seu médico lhe diz? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
6 "... compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
7 "... compreender o que fazer numa emergência médica? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
8 "... compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento que lhe foi receitado? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
9 "... avaliar como é que a informação proveniente do seu médico se aplica ao seu caso? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
10 "... avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
11 "... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
12 "... avaliar, se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança? " (por ex. TV, rádio, Internet ou outros meios de comunicação)	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
13 "... usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde
14 "... seguir/cumprir instruções sobre medicação? "	① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde

15 "... chamar uma ambulância numa emergência? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
16 "...seguir/cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
17 "... encontrar informações para lidar com comportamentos que afectam a sua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em excesso? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
18 "... encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
19 "... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer? " (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão arterial)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
20 "... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, pressão arterial alta ou colesterol alto? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
21 "... compreender avisos relativos à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em excesso? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
22 "... compreender porque precisa de vacinas? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
23 "... compreender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão arterial) "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
24 "... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, em aspectos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em excesso? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
25 "...avaliar quando precisa ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
26 "... avaliar quais são as vacinas de que pode precisar? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
27 "... avaliar que exames de saúde precisa fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão arterial) "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
28 "... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança? (por ex. TV, rádio, Internet ou outros meios de comunicação) "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
29 "...decidir se deve fazer a vacina contra a gripe? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
30 "... decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
31 "... decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. Jornais, folhetos, tv, rádio, internet ou outros meios de comunicação) "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde

32 "... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
33 "... saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc) "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
34 "... encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer) "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
35 "... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de assistência à saúde da população, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc) "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
36 "... saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
37 "... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
38 "... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
39 "... compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável? " (por ex. rádio, Internet, jornais, revistas) "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
40 "... compreender a informação que visa manter a sua mente saudável? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
41 "... avaliar até que ponto a região onde vive, afeta a sua saúde e bem-estar? " (por ex. a sua comunidade, seu bairro, seu município)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
42 "... avaliar o modo como as condições da sua habitação ajudam a manter-se saudável? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
43 "... avaliar se seu comportamento no dia a dia está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc) "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
44 "... tomar decisões para melhorar a sua saúde? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
45 "... integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar?	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
46 "... influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc) "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde
47 "... participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade? "	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Não Sabe/não responde

Fim dos itens da Escala Europeia de Literacia para a Saúde

Obrigado pela sua participação!

P1 Data em que realizou o inquérito (dia, mês, ano) --

P2 Registrar hora em que iniciou o inquérito . (código 24h)

P3 Hora em que terminou o inquérito . h Registrar tempo em minutos da entrevista

P6i Bairro: _____ P6ii município _____

P7 Estado: _____ P8 Código Postal: _____

P9 Identificativo amostra: _____ P10 Nº da entrevista: _____

*Sugestão do estudo de validação para o português no contexto da validade convergente do construto HLS-EU-PT

Contacto:

Questionário Europeu de literacia para a Saúde . Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT)

©Luis Saboga Nunes, Kristine Sorensen, 2013 ENSP-UNL *Uso e direitos reservados.*

citação:

Saboga-Nunes, L., Sorensen, K., Peilkan, J., Cunha, M., Rodrigues, E., Paisão, E. (2014) *Cross-Cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT)*. *Atas Primária*, 2014, 46: 13

Saboga-Nunes, Luis (2014). *Hermenêutica da Literacia em Saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT)*. In 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e perspectivas. *Atas do VIII Congresso Português de Sociologia*, Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia. ISBN: 978-989-97981-2-0. Disponível em http://www.aps.pt/viii_congresso/actas.php?areaactas&mm=1

Martins R, Saboga-Nunes L. The challenges of epistemological validation to Brazil of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-BR) [abstract/oral communication]. *Atención Primaria*. 2014;46(Espec Cong 1):12. *World Congress of Health Research*, 2, Viseu, Portugal, 7-8 October 2014.

Saboga-Nunes L, Araújo M, Boff E, Tricana R, Carvalho G, Martins R. Literacia para a saúde e a construção da cidadania. In: Araújo MCP, Boff ETD, Carvalho GS, editors. *Conhecimentos valores e práticas no ensino de ciências e na educação em saúde*. (out: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2016. p. 57-65. ISBN 978-85-419-0190-1.

Escala validada. Para qualquer utilização queira contactar www.literacia-saude.info

Luis A. Saboga Nunes - Grupo de Disciplinas de Estratégias de Acção em Saúde / Secção de Saúde Pública e Comunidade .

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa Avenida Padre Cruz, 1600-560 Lisboa

Tel. 21 75 12 153 telem 91 47 47 066 Email saboqa@proselus.com

Questionário Europeu de literacia para a saúde . Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT) v140413

©Luis Saboga Nunes, Kristine Sorensen, 2013 ENSP-UNL com o contributo de Rosane Martins - UFTM Brasil; Graça Simões de Carvalho, CIEC-UM, UMINHO, Portugal; Maria Cristina Pansera de Araújo, UNUII, RS, Brasil; Eva Boff, UNUII, RS, Brasil *Uso e direitos reservados.*

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DO PESQUISADOR PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO HLS-EU-BR.

1

Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-BR®



Todas as dimensões e versões do HLS-EU-BR® (Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-BR®) estão registadas (copyright) e só podem ser usadas com permissão do autor. Uma base de dados de utilizadores registados é mantida para garantir que os direitos de autor não são violados. Para usar a HLS-EU-BR será necessário obter uma licença.

All sections and versions of the HLS-EU-BR® (Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-BR®) are copyright and may only be used with permission from the author. A database of registered users is maintained to ensure that copyright is not breached. To be able to use the HLS-EU-BR you will need to obtain a license.

Para obter um contrato de licença HLS-EU-BR, por favor preencha este formulário e devolva-o a:

Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: saboga@prosalus.com

To obtain a HLS-EU-BR license agreement, please complete this form and return it to:
Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: saboga@prosalus.com

Após a receção de um contrato de licenciamento específico para o seu estudo, projeto ou programa, como utilizador licenciado deve respeitar as condições desta licença.

Upon receipt of an executed license agreement specific to your study, project or program you will be a licensed user and you must abide by the conditions of this license.

Como utilizador licenciado HLS-EU-BR receberá também um apoio limitado, incluindo aconselhamento em questões de investigação que envolvam a HLS-EU-BR e qualquer uma das três dimensões HLS-EU-BR que selecionar usar.

As a licensed HLS-EU-BR user you will also receive limited support including advice on research questions involving HLS-EU-BR and which of the three HLS-EU-BR domains that you might be best to use.

Aviso importante:

* A licença para usar a HLS-EU-BR dá-lhe direito a usar o instrumento em sua forma completa. As condições de direitos de autor proíbem a modificação de qualquer uma das perguntas HLS-EU-BR, estrutura ou respostas dos itens. A omissão de qualquer uma das perguntas ou dimensões da HLS-EU-BR inviabiliza que possa alegar que usou a escala HLS-EU-BR. A Escala HLS-EU-BR deve ser tratada de acordo com as recomendações prescritas para garantir interpretações de dados fidedignas, consistentes com os estudos de validação. Ao se registar concorda em cumprir com esses requisitos.

Important notice:

A license to use the HLS-EU-BR entitles you to use the instrument in its complete form. The Copyright conditions prohibit modification of any of the HLS-EU-BR questions, item stems or item responses. The omission of any of the HLS-EU-BR questions within a scale means that you cannot claim that you have used a HLS-EU-BR scale. HLS-EU-BR scales must be scored as prescribed to ensure interpretations of the data are trustworthy and consistent with the validation studies. By registering you agree to abide by these requirements.

Esta exigência procura garantir que os resultados de diferentes estudos são diretamente comparáveis, e que os leitores de relatórios ou artigos possam estar seguros de que os resultados apresentados são de questionários padronizados, validados e válidos.

This requirement is to ensure that results from different studies are directly comparable, and that readers of reports or articles can be assured the reported results are from standardized and valid questionnaires.


 deferimento do Pedido de Licença
 Accepted license request

Digitally signed by Luis Saboga
 Nunes

DN: cn=Luis Saboga Nunes,
 o=ProSalus, ou=Renasceres,
 email=saboga@prosalus.com, c=PT
 Date: 2022.01.28 10:52:26 Z

Ref Z20127HLEUBR Autorização de uso de software
 Pela presente declaração (inclui 6 páginas)
 Fabianne de Jesus Dias de Souza
 está autorizado a usar dentro das condições a
 seguir explicitadas o Questionário Europeu
 de Literacia para a Saúde - HLS-EU-B5a

1. Organização/Organisation

Nome da organização /Name of
 organisation:

Universidade Federal do Pará

Pessoa de contato / Contact person:

Fabianne de Jesus Dias de Souza

Email /Email address: fabiannessousa@hotmail.com

Telem / Phone number: +55 91 98121-9404

Endereço / Address: Travessa Honório José dos Santos 423, apt 1603

Cidade / Town / City: Belém

Estado / State: Pará

País / Country: Brasil

Endereço Web/Website: <http://lites.cnpq.br/992706606936647>

2. Tipo de organização / Type of organizaion:

- Hospital / Serviços de saúde / Hospital/Medical Practice
 Organização Comunitária de Saúde / Community Health organisation
 organização não-governamental/Non-Government organisation (e.g. Diabetes Foundation)
 organização acadêmica/Academic organization (e.g. University or Student)
 Serviço Nacional de Saúde / SNS / SUS / NHS / Primary Care Trust / Commissioning
 outro (especifique) Other (please specify): _____

3. Nome do Projeto / Name of Project / Program: O impacto da literacia em saúde em cuidadores informais de idosos atendidos em um hospital universitário na região Norte do Brasil

Resumo / Summary of your project: São poucos os estudos em literacia em saúde voltadas ao cuidador informal da pessoa idosa, levando-se em consideração que a maioria dos idosos necessita de um cuidador em tempo parcial ou integral. Países como Japão, Itália, Portugal, Suíça, Alemanha, entre outros evidencia que mais de 50% dos cuidadores informais sobretudo de idosos têm baixo nível de literacia em saúde, no Brasil isso não é diferente. O objetivo desse estudo será analisar o impacto da literacia em saúde dos cuidadores informais de idosos atendidos em um hospital universitário na região Norte do Brasil. Será realizado um estudo transversal, descritivo e analítico, os sujeitos serão cuidadores informais (principal ou secundário) que acompanham o idoso durante sua internação ou consulta de rotina no ambulatório de gastrotrta do Hospital universitário João de Barros Barreto, Belém, Pará, Brasil. Serão incluídos no estudo cuidadores

ANEXO 3 - AUTORIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA (CO-PARTICIPANTE)



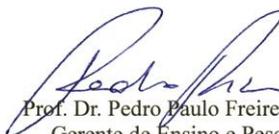
COMPLEXO HOSPITALAR UFPA-EBSERH
HOSPITAL JOÃO DE BARROS BARRETO E BETTINA FERRO DE SOUZA
GERENCIA DE ENSINO E PESQUISA

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro ter conhecimento do projeto intitulado “O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS VULNERÁVEIS ” e que terá como pesquisador **Fabianne de Jesus Dias de Sousa**, e ter conhecimento de que o mesmo tem como instituição proponente a **Universidade Federal do Pará** e de que o referido protocolo deverá ser apreciado também pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP da instituição co-participante.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Belém, 11/03/2022


Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani
Gerente de Ensino e Pesquisa

Pedro Paulo Freire Piani
Gerente de Ensino e Pesquisa
Complexo UFPA/EBSERH
Portaria 646/2016

II.8 - instituição proponente de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, à qual o pesquisador responsável está vinculado;

II.9 - instituição coparticipante de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve;

5

ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO DO CEP

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS VULNERÁVEIS

Pesquisador: Fabianne de Jesus Dias de Sousa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56738822.7.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.312.450

Apresentação do Projeto:

Desde o final de dezembro de 2019, uma nova doença de coronavírus (COVID-19) foi relatado em Wuhan, China, e, posteriormente, afetou países em todo o mundo. Em geral, a COVID-19 é uma doença respiratória aguda, com taxa de mortalidade de 2%, que gera danos alveolares maciços e insuficiência respiratória progressiva (XU et al., 2020; WU et al., 2020). Prestar cuidados a idosos vulneráveis não constitui uma experiência somente desgastante, sendo que, identificar a dimensão positiva do cuidar representa uma mais-valia para os cuidadores domiciliares, na medida em que a relação poderá ser fortalecida, quando é reforçado um sentimento de gratificação. Nesse sentido o cuidador informal sobrevém da prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não-remunerados economicamente pelos cuidados que prestam, assumindo assim o papel informal. Assim, torna-se o "profissional oculto" dos cuidados ao idoso dependente, experienciando consequências que se repercutem quer na sua qualidade de vida, quer na do idoso. O estudo tem como objetivo geral analisar o impacto da

Pandemia da COVID-19 no cuidador informal de idosos vulneráveis. Método: Trata-se de um estudo em duas etapas: Inicialmente de Scoping Review, conforme o método de revisão proposto pelo Instituto Jonna Briggs (JBI). Este método permite mapear os principais conceitos, clarificar áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento. Concomitante, a etapa de estudo quantitativo do tipo descritivo, analítico e comparativo. O

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.

Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepocs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.312.450

estudo será realizado no complexo hospitalar universitário João de Barros Barreto (HUJBB) e Betina Ferro De Souza (HUBFS), município de Belém. Os participantes da pesquisa serão cuidadores domiciliares de idosos dependentes funcionalmente que fazem o acompanhamento desses idosos no ambulatório de geriatria/gerontologia, ambulatório de oftalmologia e nas enfermarias (médica e cirúrgica) do referido complexo. Esses locais foram os escolhidos devido a quantidade crescente de idosos que realizam tratamento e são acompanhados por cuidadores domiciliares. Para avaliar a vulnerabilidade do idoso será aplicado o Instrumento Vulnerable Elders Survey (VES-13) e para o cuidador informal de idosos, serão aplicados dois instrumentos: o primeiro, um questionário visando identificar o perfil sociodemográfico e, o segundo, a fim de avaliar a sobrecarga desse cuidador será aplicado o Inventário de Sobrecarga do Cuidador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o impacto da Pandemia da COVID-19 no cuidador informal de idosos vulneráveis.

Objetivo Secundário:

Conhecer o perfil sociodemográfico e relativos ao papel de cuidador: gênero, faixa etária, grau de escolaridade, renda mensal, residência, vínculo familiar com o idoso alvo de cuidados, tempo em que exerce o cuidado e se é o cuidador principal do idoso. Identificar a Sobrecarga do cuidador domiciliar por meio do Inventário de Sobrecarga do Cuidador. Avaliar o grau de vulnerabilidade do idoso através do Vulnerable Elders Survey (VES-13). Analisar o impacto da Pandemia na saúde dos cuidadores domiciliares de idosos dependentes funcionalmente, na situação de prestação de cuidados, redes de apoio, acesso a serviços sociais e de saúde, situação no trabalho, equilíbrio entre vida profissional e familiar e econômico-financeira. Comparar as diferentes políticas e formas de organização de apoio/suporte ao idoso e/ou ao cuidador domiciliar de idosos vulneráveis. Coletar opiniões e recomendações dos próprios cuidadores domiciliares sobre como melhor apoiá-los, em tempos de pandemia e pós-pandemia. Construir um aplicativo com as principais orientações aos cuidadores familiares dos idosos vulneráveis para o pós-pandemia do COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para minimizar esse risco da pesquisa esta será submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. As entrevistas serão realizadas presencialmente e somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01- Campus do Guama, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guama **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 5.312.450

Esclarecido. Os participantes da pesquisa (cuidador informal ou idoso) poderá apresentar riscos mínimos quanto desconforto com algumas perguntas durante a entrevista, nesse caso o entrevistado poderá finalizar sua entrevista em qualquer momento. Quanto os riscos de vazamento de dados serão assegurados a confidencialidade dos dados pois os instrumentos não possuem identificação de nomes ou iniciais. Não há riscos quanto a indenização dos danos pois no questionário não consta nenhum tipo de identificação do participante assegurando a confidencialidade dos dados.

Benefícios:

Os benefícios do estudo proporcionarão conhecimento sobre o impacto da Pandemia COVID-19 nos cuidadores informais, além de subsidiar futuras pesquisas sobre o tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

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_1881956.pdf	15/03/2022 08:47:22		Acelto
Outros	termo_de_acelto_orientador_ao_cepassinada.pdf	15/03/2022 08:45:43	Fabianne de Jesus Dias de Sousa	Acelto
Outros	termo_de_compromisso_do_pesquisadorassinado_carimbado.pdf	15/03/2022 08:42:58	Fabianne de Jesus Dias de Sousa	Acelto
Brochura Pesquisa	brochura_cuidador_informal_atual.pdf	15/03/2022 08:41:27	Fabianne de Jesus Dias de Sousa	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/03/2022 08:39:24	Fabianne de Jesus Dias de Sousa	Acelto
Outros	termo_de_Constimento_Instituicaoassinado.pdf	15/03/2022 08:38:09	Fabianne de Jesus Dias de Sousa	Acelto

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01- Campus do Guama ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guama **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 5.312.450

Outros	declaracao_de_isencao_de_onus.pdf	15/03/2022 08:34:49	Fabianne de Jesus Dias de Sousa	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/03/2022 08:29:15	Fabianne de Jesus Dias de Sousa	Acelto
Cronograma	cronograma.pdf	12/03/2022 10:32:43	Fabianne de Jesus Dias de Sousa	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cuidador_informal_atual.pdf	12/03/2022 10:32:24	Fabianne de Jesus Dias de Sousa	Acelto
Outros	Instrumentos_de_coleta_de_dados.pdf	12/03/2022 10:30:09	Fabianne de Jesus Dias de Sousa	Acelto
Orçamento	orcamento.pdf	06/01/2022 15:48:28	Fabianne de Jesus Dias de Sousa	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 25 de Março de 2022

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01- Campus do Guama, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guama **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (011)3201.7735 **Fax:** (011)3201.8028 **E-mail:** cconep@ufpa.br

