



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**  
**CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

**FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS**

**ANÁLISE DO IMPACTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENGAJAMENTO  
DOS IDOSOS SOBRE O AUTOCUIDADO DURANTE A PANDEMIA DO  
COVID-19**

**PALMAS – TO**  
**2020**

**FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS**

**ANÁLISE DO IMPACTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENGAJAMENTO  
DOS IDOSOS SOBRE O AUTOCUIDADO DURANTE A PANDEMIA DO  
COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS) da Universidade Federal do Tocantins. Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Neila Barbosa Osório

PALMAS – TO  
2020

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

D541 a Dias, Felipe Camargo Ferreira.

ANÁLISE DO IMPACTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO  
ENGAJAMENTO DOS IDOSOS SOBRE O AUTOCUIDADO DURANTE A  
PANDEMIA DO COVID-19. / Felipe Camargo Ferreira Dias. – Palmas, TO,  
2020.

66 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins  
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em  
Ensino em Ciências e Saúde, 2020.

Orientador: Luiz Sinésio Silva Neto

1. Idosos. 2. Medicina Translacional. 3. Autocuidado. 4. Medicina. I.  
Título

**CDD 372.35**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS**

### **ANÁLISE DO IMPACTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENGAJAMENTO DOS IDOSOS SOBRE O AUTOCUIDADO DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS) da Universidade Federal do Tocantins. Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora.

Data da Aprovação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto – Orientador – UFT

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Erika da Silva Maciel – Examinadora – UFT

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Neila Barbosa Osório – Examinadora e coorientadora – UFT

Dedico o trabalho que realizei aos meus avós Sebastiana Ferreira da Silva (*In memorian*), José da Conceição (*In memorian*) e Maria Ribeiro Dias (*In memorian*) que foram exemplos de humildade e força de vontade. Faço por outros idosos o que não pude fazer por eles. Assim transbordo o amor pela vida e pelos nossos antecessores.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto, pela orientação acadêmica e profissional feita com extrema sabedoria e eficiência. Superando obrigações técnicas tornou-se tutor da vida, me acompanhando desde o premiado projeto de iniciação científica na graduação.

À minha família, por entender a importância desse processo de aprendizagem e o tempo cedido ao programa. Em momento algum faltou a mim amor e compreensão. São a base de tudo em minha vida e o motivo dessa busca por prosperidade.

À Universidade Federal do Tocantins, na pessoa de seu reitor Prof. Dr. Luís Eduardo Bovolato, por possibilitar a realização deste projeto e participação no Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde.

À Universidade da Maturidade, na pessoa de sua coordenadora nacional e minha coorientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Neila Barbosa Osório, por promover ensino e extensão aos idosos e possibilitar pesquisas com organização e solicitude.

Aos idosos, acadêmicos e colaboradores, da Universidade da Maturidade, por serem exemplos de experiência e vitalidade. Participaram do estudo e muito ensinaram em todo esse processo.

Aos professores de graduação e pós-graduação da Universidade Federal do Tocantins, na pessoa da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Erika da Silva Maciel, examinadora em minha banca de defesa desta dissertação. São responsáveis por dedicar suas vidas à educação e terem me mostrado a direção do conhecimento. Sua pouco valorizada e essencial profissão transforma vidas e define o futuro de todos nós.

Aos colegas de pós-graduação e graduandos de medicina no programa de iniciação científica, componentes do grupo de pesquisa Pro-gero, por me apoiarem e terem contribuído nas discussões científicas dos projetos e na escrita de artigos.

Aos meus colegas de trabalho, na pessoa de minha amiga, irmã, mãe e chefe Dr.<sup>a</sup> Janaina Franco Neves Paredes, por entender meus momentos de ausência nos exercícios profissionais para dedicar-me à pós-graduação.

Em especial, agradeço nominalmente a minha irmã de mestrado Mariane de Melo. Tivemos lindos momentos de trocas de conhecimentos, confidências e apoio. Sempre conectados compartilhamos angústias e, agora, nosso sucesso.

“Todo estudo é interminável.”

(Lao-Tsé)

## RESUMO

O envelhecimento populacional no Brasil acentuou-se desde a década de 80, devido a redução das taxas de mortalidade, aumento da longevidade e principalmente menor taxa de natalidade. O autocuidado consiste na capacidade do indivíduo de executar ações, consciente e deliberadamente, em seu benefício para manutenção de sua vida, saúde e bem-estar. É nessa perspectiva que recentemente começou-se a observar a necessidade de mudança dos modelos educacionais para o melhor cuidado à saúde do idoso. A mais recente visão da prática médica que se propõe como um recurso de soluções sustentáveis denomina-se Medicina Translacional (MT), sendo considerada uma evolução da Medicina Baseada em Evidências. Essa visão baseia-se na associação das ciências básicas, sociais e políticas com a finalidade de aperfeiçoar os cuidados aos pacientes. Nesse contexto, são necessárias investigações sobre melhores meios de se alcançar, através da educação e considerando as demandas médicas e sociais, a melhoria da saúde da população. O objetivo desta pesquisa foi desenvolver uma metodologia de intervenção educacional que proporcionasse ao idoso um maior engajamento no cuidado com a saúde. Esse é um estudo do tipo quase-experimental. Foram incluídos no estudo 10 idosos matriculados na Universidade da Maturidade que, após a aplicação de questionários para identificação e caracterização socioeconômica e médica, foram submetidos ao pré-teste com o formulário de avaliação do autocuidado durante a pandemia de COVID-19 e com a Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado (ASA-A). A proposta da intervenção educacional foi construída com fundamentação nos conceitos de MT e, foi elaborado um roteiro de consulta pelos autores, sendo denominada metodologia RECRIADA. A avaliação pós-teste evidenciou resultado positivo e significativo ( $P=0,001$ ) para a melhora no engajamento do idoso no autocuidado com a saúde. Concluímos que a metodologia RECRIADA possibilitou a melhora no autocuidado dos idosos. Sugerimos que outros estudos possam avaliar essa metodologia em maiores populações, com diferentes características e por um período maior. Acreditamos que a telemedicina apoiada em estratégias educacionais com base na MT pode ser uma ferramenta de cuidado a saúde dos idosos, incluindo o autocuidado.

**Palavras-chave:** Idosos, Medicina Translacional, Autocuidado, Telemedicina.

## ABSTRACT

Population aging in Brazil has increased since the 1980s, as a result of lower mortality rates, increased longevity and especially lower birth rates. Self-care consists of the individual's capacity to execute actions, consciously and deliberately, for their benefit to maintain their life, health, and well-being. It is from this perspective that we recently started to observe the need to change educational models for the best health care of the elderly. The most recent vision of the medical practice that is proposed as a resource of sustainable solutions is called Translational Medicine (TM), being considered an evolution of Evidence Based Medicine. This vision is based on the association of basic, social and political sciences with the aim of improving patient care. In this context, research is needed on better ways to achieve, through education and considering medical and social demands, the improvement of population health. The objective of this project was to develop an educational intervention methodology that will give the elderly greater commitment to health care. This is a quasi-experimental study. The study included 10 elderly people enrolled at the University of Maturity who, after applying questionnaires for identification and socioeconomic and medical characterization, underwent a pre-test with the self-care assessment form during the COVID-19 pandemic and with the Scale Self-Care Capacity Assessment (ASA-A). The educational intervention proposal was built based on the concepts of TM and a consultation script was elaborated by the authors, being called RECRIADA methodology. The post-test evaluation showed a positive and significant result ( $P = 0.001$ ) for the improvement in the engagement of the elderly in self-care with health. We conclude that the RECRIADA methodology made it possible to improve the elderly's self-care. We suggest that other studies can evaluate this methodology in larger populations, with different characteristics and for a longer period. We believe that telemedicine supported by educational strategies based on TM can be a tool to care for the health of the elderly, including self-care.

**Key words:** Elderly, Translational Medicine, Self-Care, Telemedicine.

## LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

<b>Tabela 1</b> – Características socioeconômicas dos indivíduos incluídos no estudo....	26
<b>Tabela 2</b> – Condições médicas apresentadas pelos indivíduos incluídos no estudo..	27
<b>Tabela 3</b> – Autocuidado em relação à COVID-19 .....	33
<b>Gráfico 1</b> – Comorbidades apresentadas pelos indivíduos do estudo.....	31
<b>Gráfico 2</b> – Mediana e distribuição da pontuação do Índice de Comorbidades de Charlson apresentada pelos indivíduos do estudo.....	32
<b>Gráfico 3</b> – Classificação do autocuidado dos indivíduos antes e após a intervenção.....	35
<b>Gráfico 4</b> – Mediana e distribuição da pontuação do ASA-A antes e após a intervenção.....	36

## LISTA DE ABREVIATURAS

AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
ALV	Aprendizagem ao Longo da Vida
ASA-A	<i>Appraisal of Self-care Agency Scale</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVDs	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
EUROSTAT	<i>European Social Statistics</i>
EUSTM	<i>European Society for Translational Medicine</i>
IQ	Intervalo interquartil
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Translacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PPGECS	Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Telemedicina
TO	Tocantins
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UMA	Universidade da Maturidade

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	17
<b>2.1. Objetivo geral</b> .....	17
<b>2.2. Objetivos específicos</b> .....	18
<b>3. QUESTÃO PROBLEMA</b> .....	18
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	18
<b>4.1. Delineamento</b> .....	18
<b>4.2. Local do estudo</b> .....	18
<b>4.3. População alvo</b> .....	19
<b>4.4. Seleção da amostra</b> .....	19
<b>4.5. Critérios de inclusão</b> .....	19
<b>4.6. Critérios de exclusão</b> .....	19
<b>4.7. Cuidados éticos</b> .....	19
<b>4.8. Prontuário de pesquisa</b> .....	20
<b>4.9. Caracterização da amostra</b> .....	20
<b>4.10. Avaliação de condições médicas</b> .....	21
<b>4.11. Avaliação pré-teste</b> .....	22
<b>4.12. Intervenção educacional</b> .....	23
<b>4.13. Avaliação pós-teste</b> .....	23
<b>4.14. Análise dos dados e estatística</b> .....	23
<b>5. RESULTADOS</b> .....	24
<b>5.1. Metodologia RECRIADA</b> .....	24
<b>5.2. Análise estatística e descrição dos resultados</b> .....	25
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	37
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	42
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	43

<b>APÊNDICE A</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	49
<b>APÊNDICE B</b> - Questionário Socioeconômico.....	51
<b>APÊNDICE C</b> – Questionário de condições médicas.....	52
<b>APÊNDICE D</b> - Termo de Anuência – Universidade da Maturidade.....	53
<b>APÊNDICE E</b> - Termo de Anuência – Reitoria da Universidade Federal do Tocantins.....	54
<b>APÊNDICE F</b> – Avaliação do Autocuidado Durante a Pandemia de COVID-19.....	55
<b>APÊNDICE G</b> - Roteiro de consulta translacional .....	56
<b>APÊNDICE H</b> – Registro de consulta com a metodologia RECRIADA .....	57
<b>ANEXO 1</b> – Índice de Comorbidades de Charlson .....	58
<b>ANEXO 2</b> – <i>Appraisal of Self-care Agency Scale</i> .....	59
<b>ANEXO 3</b> – Formulário de Avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária .....	60
<b>ANEXO 4</b> - Formulário de Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária .....	61
<b>ANEXO 5</b> – Escala de Depressão Geriátrica Abreviada.....	62
<b>ANEXO 6</b> – Parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa - UFT.....	63

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil acentuou-se desde a década de 80, levando o país a saltar da 116ª para a 91ª posição em expectativa de vida. Em 2013 estimava-se que dentre os brasileiros mais de 22 milhões de pessoas eram idosas, aproximadamente 10,98% da população (BRASIL, 2013; EUROSTAT, 2013; ONU, 2013). Projeções para o ano de 2025 apontam que o Brasil terá cerca de 36 milhões de pessoas acima de 60 anos (BRASIL, 2013), e em 2050 quase 30% da população brasileira será composta por idosos (PEDRO, 2013). Essa mudança do perfil demográfico se deve a redução das taxas de mortalidade, aumento da longevidade e principalmente menor taxa de natalidade (BRASIL, 2003; LIMA; FARENSENA, 2012).

O envelhecimento pode ser definido como processo de alterações estruturais e funcionais degenerativas do organismo que se acumulam progressivamente, podendo levar a morbididades como: perda da capacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfíncteriana e incapacidade comunicativa (CANDELORO; CAROMANO, 2007; PEDRO, 2013). Isso acontece porque à medida que a população envelhece, tende a haver o aumento da incidência de doenças associadas a degeneração do corpo humano (MONTEIRO et al, 2005; SILVA et al, 2015).

A promoção de saúde do idoso brasileiro segue as seguintes diretrizes: longevidade ativa e saudável; atenção integral à saúde dos idosos; estímulo às ações multidisciplinares; estratégias de recursos para garantir a qualidade de atenção aos idosos; o estímulo à participação e fortalecimento do controle social; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde que atendem essa população; a divulgação de informação para gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde; a promoção e cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2010).

A funcionalidade é um dos pontos mais importantes para definição de saúde dos idosos, sendo caracterizada pela aptidão em gerir a própria vida e cuidar de si mesmo. Ou seja, capacidade de exercer Atividades de Vida Diária (AVDs), que são tarefas do cotidiano. As AVDs avaliam o grau de autonomia e independência do indivíduo (MORAES; MARIANO; SANTOS, 2010).

Na avaliação da qualidade de saúde dos idosos devem ser observados critérios como: autonomia, independência, cognição, humor, mobilidade e comunicação. A autonomia é a capacidade de decisão sobre as suas ações, definindo regras próprias. A

independência está relacionada a realizar tarefas com os próprios meios, relacionada diretamente com mobilidade e comunicação (MORAES; MARIANO, SANTOS, 2010).

A cognição, por sua vez, refere-se a aptidão mental de compreender e resolver as questões do dia-a-dia. Para uma boa função cognitiva é necessário bom desempenho em memória, função executiva, linguagem, praxia, gnosis e função visuoespacial. Já o humor, trata-se do estímulo essencial aos processos mentais. Enquanto a mobilidade é a capacidade de deslocamento, a comunicação refere-se a estabelecer relacionamento produtivo com o meio. A mobilidade depende de postura/marcha, capacidade aeróbica e continência esfincteriana, ao passo que a comunicação depende de visão, audição e fala (MORAES; MARIANO, SANTOS, 2010).

Outro aspecto relevante na avaliação da saúde do idoso é a condição social. Trata-se de uma abordagem extremamente complexa por envolver fatores como insuficiência familiar e modificação das dimensões habitacionais que contemplem alterações de incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfincteriana (MORAES; MARIANO, SANTOS, 2010).

Esses aspectos são importantes para a manutenção do autocuidado, que consiste na capacidade do indivíduo de executar ações, consciente e deliberadamente, em seu benefício para manutenção de sua vida, saúde e bem-estar (SÁ et al, 2011; SOLAR et al, 2014). Esse conceito se tornou essencial a partir da substituição da maior prevalência de doenças agudas pelas crônicas levando a necessidade de responsabilizar os pacientes pelo controle de sua própria saúde (GALVÃO; JANEIRO, 2013). O autocuidado pode ser classificado como subjetivo ou objetivo. O foco subjetivo caracteriza-se pelas atitudes que demonstram emoções e sentimentos, enquanto o autocuidado objetivo é definido por condutas e atitudes específicas para o cuidado de si (SÁ et al, 2011). Portanto, o autocuidado é uma concepção abrangente de competências do indivíduo na execução de ações de promoção e manutenção da saúde (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Com o novo coronavírus, denominado Sars-CoV-2, que causa a COVID-19, os fundamentos da teoria e da prática gerontológica, podem ser um grande fator para a promoção de medidas eficazes na proteção dos idosos. Esse vírus foi identificado no final de 2019 na cidade de Wuhan, na China, levando a uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em 11 de março de 2020, foi decretada pandemia de COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OLIVEIRA et al, 2020).

Neste cenário, os idosos tornaram-se o centro de associação da doença COVID-19 ao elevado risco de morte, por estarem entre os grupos de risco, principalmente aqueles

que possuem comorbidades, como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias ou diabetes. O uso do isolamento social como estratégia para diminuir a cadeia de contágio e disseminação do novo coronavírus é recomendado a toda população (FISCHER et al, 2020; ROTHAN; BYRAREDDY, 2020). As estratégias de autocuidado durante a vigência da ESPII podem ter relevante importância para a saúde da população idosa, podendo propiciar que esses indivíduos tenham uma melhor percepção e enfrentamento da realidade com enfoque nas soluções e em estarem dispostos a refletir e pedir auxílio (MACAYA et al, 2020).

Esse bem-estar pessoal e comunitário está intimamente relacionado com o aprendizado, em alguns casos apresenta-se mais importante que a dependência de serviços sociais de fundo governamental (MERRIAM; KEE, 2014). Segundo Wallace (2006), alfabetização em saúde é o processo de obter, processar e entender informações essenciais para corretas tomadas de decisões quanto a saúde. Sendo assim, é importante conhecer as preferências de aprendizagem de cada indivíduo para determinar meios de ampliar o conhecimento sobre sua doença e seu tratamento (EVANGELISTA et al, 2010).

As formas tradicionais de transferência de conhecimento não são mais o único meio de educar, ou seja, é essencial que novas estratégias sejam desenvolvidas com políticas e competências que modifiquem a diversidade num aspecto benéfico, inclusivo e dinamizador. Para que isso seja possível, é preciso que a educação contemple pessoas de todas as idades, classes sociais, gêneros, culturas e etnias (RAMOS, 2011; KALANTZIS; COPE, 2012). É nessa perspectiva que recentemente começou-se a observar a necessidade de mudança dos modelos educacionais, sugerindo a Aprendizagem ao Longo da Vida (ALV) e apontando a relevância de temas como: envelhecimento ativo, educação intercultural e programas intergeracionais (RAMOS, 2013).

Na comunidade europeia, a ALV tem sido objeto de discussões com foco em mercado de trabalho, vista como componente básico do modelo social para buscar respostas no que se refere ao contexto pessoal, cívico, social e empregatício (EC, 2006; SITOIE, 2006). No entanto, a visão de ALV é muito antiga. Lao-Tsé, em 600 a.C., apresentava a ideia de que “todo estudo é interminável”. Pensamento encontrado também no mito de Prometeu e na república ideal de Platão. Baseado nisso, afirma-se que a ALV é a denominação moderna para uma preocupação antiga (GADOTTI, 2016).

A noção de ALV possui quatro pilares: aprender a aprender, aprender a conviver, aprender a fazer e aprender a ser (UNESCO, 2010). Uma das importâncias desse conceito

é a quebra de uma visão da educação dividida por níveis, ciclos e modalidades. Esse modelo articula a educação como um todo, independentemente de fatores como idade ou formalidade (PAIXÃO; SILVA; OLIEVIRA, 2014; OLIVEIRA, 2015; OSBORNE, 2018). A partir disso, entende-se que a educação e a aprendizagem não se dão somente nas escolas ou no ensino formal, mas se estende por toda a vida passando também pela vivência dos indivíduos (GADOTTI, 2016).

É essencial, portanto, delinear estratégias de intervenção focadas na aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para prevenir e amenizar doenças, além de estimular o autocuidado em saúde (CARVALHO et al, 2016). Esse planejamento pode ser feito no âmbito da assistência em saúde, visto que o modelo de prestação de serviços é determinante crucial para obtenção de bons resultados (BARTELS et al, 2004).

A mais recente visão da prática médica que se propõe como um recurso de soluções sustentáveis denomina-se Medicina Translacional (MT), sendo embasada na evolução das ações intervencionistas iniciadas pelo conceito de epidemiologia geral difundido ao longo do século XX (FELDMAN, 2008; LEAN et al, 2008). Essa concepção é um método que propicia a translação do conhecimento desenvolvido na base científica para o campo da saúde pública (BEZERRA, 2017; LLOVET, 2017; MANN et al, 2018). Alguns autores consideram a MT como uma evolução da Medicina Baseada em Evidências (NEVES, 2010; COSTA, 2015). Essa visão baseia-se na associação das ciências básicas, sociais e políticas com a finalidade de aperfeiçoar os cuidados aos pacientes (WOOLF, 2007; FELDMAN, 2008; NEVES, 2010).

Nos primórdios da discussão sobre MT, Wehling (2008) apresenta o conceito como novidade do mundo da ciência e expressa a urgência de criação de métodos baseados em pesquisa translacional. Processo esse afetado por fatores financeiros, éticos, burocráticos, legislativos e práticos (WEHLING, 2008). Nesse contexto, a MT tem sido trabalhada por pesquisadores no campo estritamente científico, visando reduzir o tempo entre a descoberta na ciência básica e sua aplicabilidade na comunidade (DENAYER et al, 2014; LLOVET, 2017; GARCIA et al, 2017). A MT necessita de uma cooperação eficaz entre pesquisadores básicos e clínicos na academia e na indústria, pacientes e suas famílias, grupos de defesa do paciente e agências governamentais reguladoras e de financiamento para avaliar e desenvolver novas terapias (MANN et al, 2016). Estudos experimentais com animais e testes *in vitro* não refletem bem a situação do paciente, levando a pouca eficácia e segurança (WEHLING, 2008; GARCIA et al, 2017).

A *European Society for Translational Medicine* (EUSTM), que em português significa Sociedade Europeia de Medicina Translacional, constitui-se como uma plataforma global sem fins lucrativos e neutra, cujo principal objetivo é melhorar os cuidados de saúde a nível mundial, utilizando abordagens, recursos e conhecimentos de MT. Essa sociedade conceitua a MT como uma ciência capaz de combinar disciplinas, recursos, conhecimentos e técnicas para promover melhorias na prevenção, dos diagnósticos e nas terapias (COHRS et al, 2015).

A MT é um processo ativo (MANN et al, 2018) em rápido desenvolvimento no Brasil, aliando-se a tópicos de Saúde Pública. Essa combinação influencia positivamente na tomada decisão, essencial para promoção da saúde da população e prevenção das doenças. É necessário que os pesquisadores estejam aptos a desenvolver pesquisas e a ligar descobertas científicas básicas com investigação clínica, de forma que seus resultados levem a transformações na prática clínica, em contextos sociais e políticos (AZEVEDO, 2009; BEZERRA, 2017; LLOVET, 2017).

Os desafios para simplificar o curso da descoberta científica, partindo de aperfeiçoamento dos cuidados à saúde, são preocupações que afetam comunidades, indivíduos e gestores (BEZERRA, 2017). Azevedo (2009), acredita que a nova geração de clínicos irá se defrontar cada vez mais com o desafio da MT e afirma que não espera haver outra saída senão crescer nessa perspectiva dialética. Um dos desafios centrais do mundo médico e educacional da atualidade é a MT, no aspecto de diminuir o distanciamento entre o conhecimento científico e os métodos eficazes de cuidados à saúde que melhorem de fato o prognóstico dos pacientes (BEZERRA, 2017).

Percebe-se a necessidade de investigações sobre melhores meios de se alcançar, através da educação e considerando as demandas médicas e sociais, a melhoria da saúde da população. Portanto, maiores estudos que investiguem tanto métodos eficazes de educação em saúde como estratégias clínicas na medicina para o melhor engajamento dos idosos no autocuidado devem ser realizados.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Demonstrar o impacto da educação em saúde por meio de teleconsultas utilizando o método de Medicina Translacional no engajamento dos idosos no autocuidado.

## **2.2. Objetivos específicos**

- Identificar o perfil socioeconômico dos idosos da Universidade da Maturidade;
- Avaliar as condições médicas dos idosos da Universidade da Maturidade;
- Avaliar as práticas de prevenção de COVID-19 dos idosos da Universidade da Maturidade;
- Avaliar o engajamento no autocuidado em idosos da Universidade da Maturidade;
- Analisar o impacto da intervenção educacional em teleconsultas médicas no engajamento dos idosos sobre o autocuidado e prevenção de COVID-19;
- Propor um roteiro de consulta baseado em Medicina Translacional.

## **3. QUESTÃO PROBLEMA**

As ações educativas por meio de teleconsultas, na perspectiva de Medicina Translacional, podem contribuir para o maior engajamento dos idosos no autocuidado?

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1. Delineamento**

Trata-se de um estudo quase-experimental. Os estudos de quase-experimento são delineamentos de pesquisa sem grupo-controle. A metodologia envolve a aplicação de pré e pós-testes, havendo comparação entre resultados antes e após a intervenção instituída (SANTOS, 2007).

### **4.2. Local do estudo**

O estudo foi realizado na perspectiva do projeto Universidade da Maturidade (UMA) do Campus de Palmas da Universidade Federal do Tocantins (UFT). A UMA está presente em oito cidades do estado do Tocantins: Palmas, Araguaína, Tocantinópolis, Miracema, Porto Nacional, Gurupi, Brejinho de Nazaré e Arraias. Além da Universidade Federal do Paraná, Universidade do Amapá e em Campina Grande - PB. Trata-se de um projeto com uma proposta pedagógica voltada à melhoria da qualidade de vida da pessoa adulta e dos idosos, e visa à integração dos mesmos com os alunos de graduação, identificando o papel e a responsabilidade da universidade em relação às pessoas de terceira idade (PAULA, 2007).

### **4.3. População alvo**

Indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos participantes do projeto UMA da UFT em Palmas – TO.

### **4.4. Seleção da amostra**

Foi obtida uma amostra aleatória simples a partir do sorteio de 10 idosos da população alvo. Em estudos com seleção de amostra aleatória simples qualquer membro da população alvo tem a mesma probabilidade de ser incluído na pesquisa (OLIVEIRA; GRÁCIO, 2005).

### **4.5. Critérios de inclusão**

- Ter 60 anos de idade ou mais;
- Ser aluno matriculado no Projeto Universidade da Maturidade em Palmas - TO;
- Ter participado da disciplina de inclusão digital na Universidade da Maturidade;
- Ter acesso a telefone para participação das fases da pesquisa por meio de ligação telefônica.

### **4.6. Critérios de exclusão**

- Solicitar exclusão do grupo de estudo;
- Não participar de todas as teleconsultas programas;
- Não participar do pré ou pós-teste.

### **4.7. Cuidados éticos**

Os dados coletados no presente estudo tiveram caráter confidencial, com acesso restrito aos pesquisadores responsáveis e ao próprio indivíduo, podendo este retirar os dados dos bancos de armazenamento a qualquer momento. Inicialmente os participantes do estudo, após esclarecimentos detalhados fornecidos, assinaram digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), conforme preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para isso acessaram o referido termo através de um link enviado por aplicativo de mensagens instantâneas, leram atentamente o documento e assinalaram que concordam em participar do estudo, identificando seu respectivo nome. A coordenadora nacional do projeto UMA e a Reitoria da UFT autorizaram a realização das atividades desta pesquisa (apêndices D e E, respectivamente). Este projeto possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob número de parecer 3.198.948 (anexo 6).

#### **4.8. Prontuário de pesquisa**

Para fins de organização e melhor fluxo das atividades, foi construído um prontuário de pesquisa para cada indivíduo incluído no estudo. Esse instrumento contou com:

- a) Capa: identificando o projeto, grupo de pesquisadores, instituição e o nome do idoso;
- b) Resumo do projeto: resumo apresentando o delineamento e os objetivos do projeto para conhecimento dos participantes;
- c) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: que foi assinado digitalmente antes do início da coleta de dados;
- d) Questionários socioeconômico e de triagem: foram colocados em série todos os questionários aplicados para caracterização da amostra;
- e) Pré-testes: questionários de avaliação de autocuidado e avaliação de medidas preventivas de COVID-19 aplicados antes da intervenção;
- f) Roteiro de metodologia da intervenção: formulário com orientações de aplicação da metodologia educacional com campos para anotação de observações sobre a abordagem;
- g) Pós-testes: questionários de avaliação de autocuidado e avaliação de medidas preventivas de COVID-19 aplicados após a intervenção;

#### **4.9. Caracterização da amostra**

Para identificação da amostra estudada foi aplicado o Questionário Socioeconômico com questões que abordam nome, idade, escolaridade, ocupação, condições financeiras, familiares e de moradia (apêndice B). Com a ocorrência da pandemia por COVID-19 os idosos, população alvo deste estudo, integrantes do grupo de maior risco, foram orientados a permanecer em isolamento domiciliar como medida preventiva. Além disso, atividades presenciais da Universidade Federal do Tocantins, e por conseguinte da Universidade da Maturidade, também foram suspensas. Por esse motivo, as fases desta pesquisa foram adaptadas para os moldes da telemedicina, em que o contato com o paciente é feito por videoconferência ou chamada telefônica. Em uma primeira ligação, o projeto foi apresentado aos idosos e aplicado verbalmente o questionário socioeconômico e os demais detalhados nos próximos itens.

#### **4.10. Avaliação de condições médicas**

Em avaliação inicial dos participantes do estudo foi realizada a caracterização de comorbidades e uso contínuo de medicações utilizando o Questionário de Condições Médicas (apêndice C) e o Índice de Comorbidades de Charlson (Anexo 1). Este último foi desenvolvido por Charlson e colaboradores após estudarem por 30 anos as internações dos pacientes no serviço de clínica geral de um hospital em Nova Iorque, Estados Unidos. Em sua observação, o grupo identificou 17 comorbidades que podem ser associadas a mortalidade em um ano. O índice é calculado após somar o peso atribuído a cada comorbidade ou faixa etária nesse estudo (CHARLSON et al, 1987).

A capacidade de realização de Atividades Básicas da Vida Diária foi avaliada pela escala de Katz (anexo 3), e a de Atividades Instrumentais da Vida Diária, pela escala de Lawton (anexo 4) (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) (LINO et al, 2008). A primeira foi desenvolvida com o intuito de aferir habilidade do indivíduo estudado em realizar atividades habituais sem a dependência de outra pessoa. Este instrumento avalia seis funções básicas: banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. O índice conta com seis perguntas que devem ser respondidas com sim ou não, recebendo respectivamente a pontuação 1 e 0. Após o somatório, considera-se independente o indivíduo que não pontuou, parcialmente dependente quem recebe entre 1 e 5 pontos e dependente aquele que soma o máximo de 6 pontos (KATZ et al, 1970). A segunda escala, elaborada Lawton e colaboradores, tem o objetivo de avaliar a habilidade do idoso em executar atividades com maior complexidade, que exigem independência para viver em comunidade. Este instrumento avalia, por exemplo, a capacidade de realizar ligações, cuidar das próprias finanças, usar meios de transporte e realizar serviços domésticos. Composto por nove questões, o instrumento pode ser respondido em cada uma com: consegue sem ajuda, consegue com ajuda parcial e não consegue, sendo atribuído a pontuação 3, 2 e 1, respectivamente. Após o somatório, considera-se totalmente dependente o indivíduo que atinge 9 pontos, dependência severa entre 10 e 15 pontos, dependência moderada entre 16 e 20 pontos, dependência leve entre 21 e 25 pontos e independente igual ou acima de 26 pontos (LAWTON; BRODY, 1969).

A Escala Geriátrica de Depressão (anexo 5) foi aplicada para rastrear quadro de transtorno de humor nos idosos pesquisados (MS, 2006). Desenvolvida em 1983 por Yesavage e colaboradores, possui reconhecimento de satisfatória confiabilidade para

rastrear depressão em idosos, não substituindo, no entanto, a importância de uma avaliação clínica completa (YESAVAGE et al, 1983). Sua versão abreviada com 15 questões foi traduzida e validada por Almeida & Almeida em 1998 sendo publicada em 1999. Cada pergunta recebe 0 ou 1 ponto de acordo com a resposta do indivíduo podendo somar de 0 a 5, 6 a 10 e 11 a 15, sendo atribuído resultado normal, depressão leve e depressão severa, respectivamente (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Estes instrumentos foram aplicados ainda no primeiro contato telefônico de identificação e caracterização do idoso. As informações foram registradas pelo entrevistador em seus respectivos prontuários de pesquisa para posterior tabulação.

#### **4.11. Avaliação pré-teste**

Na segunda ligação, sete dias após a primeira, foi aplicada, a todos os idosos participantes do estudo, a versão traduzida e validada (anexo 2) da *Appraisal of Self-care Agency Scale* (ASA-A), em português Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado, com o objetivo de avaliar, previamente à intervenção, como os idosos lidam com as doenças e seu engajamento no autocuidado (EVERS, 1989). A ASA-A trata-se do instrumento internacionalmente mais conhecido que mede a capacidade do autocuidado, desenvolvida por um grupo de pesquisadores americanos e holandeses na década de 80 (SÁ, 2011). É composta por 24 questões avaliadas por meio da escala de Likert com cinco alternativas: discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente. Recebendo respectivamente 1, 2, 3, 4 e 5 pontos. Ao final, o score pode variar entre 24 e 120, classificando o autocuidado como péssimo (24-39), ruim (40-55), regular (56-71), bom (72-87), muito bom (88-103) e ótimo (104-120) (SILVA; KIMURA, 2002).

Ainda neste contato, com o objetivo de identificar o comportamento de autocuidado em relação as medidas preventivas para COVID-19, foi aplicado o Formulário de Avaliação do Autocuidado Durante a Pandemia de COVID-19 (apêndice F). Este instrumento foi desenvolvido no contexto desta pesquisa visto que devido a atual ocorrência da ESPII por tal doença não há produto publicado com este fim até a idealização desta ação. Foram elaboradas questões indagando ao participante do estudo a execução ou não de medidas necessárias para prevenção do contágio ou a não realização de práticas com risco elevado de contaminação. Para o desenvolvimento destas, levou-se em consideração recentes publicações sobre a epidemiologia e patogênese da COVID-19

(MANJATE et al, 2020; ROTHAN; BYRAREDDY, 2020; SINGHAL, 2020). Não há, até o momento, análise estatística sobre este formulário para que seja possível classificar os idosos com score de pontos. No entanto, o registro do comportamento estudado permite comparação entre os resultados aferidos antes e após uma intervenção.

#### **4.12. Intervenção educacional**

A intervenção foi desenvolvida por meio de teleconsulta em uma terceira ligação, também com sete dias de intervalo em relação a anterior. O método utilizado foi baseado em Medicina Translacional, seguindo o roteiro construído (apêndice G), e levando em consideração as particularidades médicas e sociais de cada idoso no contexto da avaliação e intervenção. Durante o atendimento, o profissional aborda a história do paciente seguindo o roteiro proposto na metodologia e registra as informações na ficha individual (apêndice H).

#### **4.13. Avaliação pós-teste**

Sete dias após a intervenção, uma última ligação foi realizada para realização da avaliação pós-teste. Para isso, foram aplicados novamente, a todos os idosos participantes do estudo, o Formulário de Avaliação do Autocuidado Durante a Pandemia de COVID-19 e a ASA-A com o objetivo de avaliar como os idosos passaram a lidar com as doenças, as medidas preventivas para COVID-19 e seu engajamento no autocuidado. As informações obtidas também foram registradas no prontuário de pesquisa de cada indivíduo para posterior tabulação e análise. Ao término da aplicação dos questionários, o entrevistador colocou-se a disposição para dirimir possíveis dúvidas ou servir de suporte em posteriores necessidades.

#### **4.14. Análise dos dados e estatística**

Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel® e para o estudo estatístico foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. As variáveis foram expressas em frequência absoluta e relativa, assim como em mediana [intervalo interquartil 25%-75%]. Para comparar a capacidade do autocuidado avaliada pela ASA-A foi utilizado o teste de Wilcoxon. O nível de significância adotado foi inferior a 0,05 ou 5%.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Metodologia RECRIADA

Baseado no conceito de Medicina Translacional, foi criado um roteiro de consulta, denominado metodologia RECRIADA, em que conhecimentos científicos com base em ciências básicas e avançadas são associados a aspectos sociais e políticos a fim de desenvolver resultados concretos e favoráveis na prática clínica (WOOLF, 2007; FELDMAN, 2008; NEVES, 2010).

A palavra RECRIADA trata-se de um acrônimo que reúne as 7 etapas do roteiro de consulta, servindo nesse caso como método mnemônico. Sua construção dá-se da seguinte forma: RE – referenciar; C – contextualizar; R – reconhecer; I – impactar; A – aconselhar; D – delinear; e A – acordar.

Antes de ir a prática realizar atendimentos, o profissional de saúde deve buscar embasamento em dados científicos comprovados referente a diagnóstico e tratamento de patologias. Assim, o profissional traz ao consultório, para o benefício do paciente, evidências científicas que podem proporcionar boas condições de saúde. Esse preparo anterior, de buscar referências, é o primeiro tópico da metodologia, o **referenciar**.

Ao iniciar a consulta, o profissional de saúde deve, antes de qualquer intervenção, conhecer a pessoa que se encontra sob seus cuidados. No segundo tópico, **contextualizar**, determinar características do paciente vai além de sua identificação. Deve-se levar em consideração o cenário em que o paciente se encontra, contextualizando idade, sexo, raça e estrutura familiar, além de condições socioeconômicas, físicas e médicas. Faz parte dessa etapa diagnosticar morbidades e problemas que devem ser resolvidos.

Para enfrentar um problema, deve-se antes de mais nada, identificar e reconhecer a existência do mesmo. Nesse processo de aceitação, o médico deve levar o paciente a **reconhecer** a existência dos problemas detectados, identificando falhas e pontos que necessitam de atenção e mudança de atitudes, sendo esse o terceiro passo do roteiro.

Em seguida, na etapa **impactar**, o profissional de saúde deve sensibilizar o paciente sobre a importância do autocuidado ou da adesão a uma conduta que tem o objetivo de resolver um problema. O médico pode usar fatores verificados na contextualização para impactar o paciente e estimular o engajamento no autocuidado para resolução dos problemas detectados. Um exemplo comumente utilizado na prática clínica é apelar ao emocional do paciente sugerindo que é necessário cuidar-se para manter-se saudável e aproveitar seu tempo com familiares e amigos. Ou então, mostrar a

importância da adoção de determinada conduta para atingir um objetivo almejado pelo paciente.

Após o paciente reconhecer determinado problema e ser sensibilizado sobre a importância de sua resolução, o profissional de saúde deve **aconselhar** sobre os possíveis planos de ação. O médico deve orientar o paciente sobre as possibilidades de condutas que podem ser tomadas, indicando quais as melhores. Para tal, o profissional deverá associar as possibilidades terapêuticas com os fatores sociais, políticos, econômicos, étnicos, culturais, religiosos e de gênero do paciente. Esse é o ponto central da metodologia RECRIADA e do conceito de MT. Nesta etapa, o médico combina as possibilidades terapêuticas trazidas de sua base científica com as características observadas sobre o paciente na contextualização, elaborando assim estratégias terapêuticas sustentáveis com melhor potencial de sucesso.

Independente do conhecimento teórico do profissional de saúde e da quantidade de possibilidades terapêuticas existentes, o paciente tem autonomia sobre o método diagnóstico e terapêutico a que irá se submeter, excetuando-se ocasiões de urgência e emergência com risco iminente de morte (BRASIL, 2018). Sendo assim, após explanar sobre as possibilidades, o médico deve planejar com o paciente os passos que serão seguidos para melhorar sua saúde. Avaliadas as possibilidades terapêuticas, será delineado, com a concordância do paciente, um programa de atitudes que visem a melhoria do autocuidado em saúde. A essa etapa, dá-se o nome **delinear**.

Escolhido o plano de conduta a ser seguido, visando o bem-estar do paciente e a resolução dos problemas encontrados, o profissional e o paciente devem firmar compromisso sobre o que foi delineado. O paciente verbalmente se compromete a seguir o que foi planejado. **Acordar** é o nome atribuído a esta etapa de encerramento da consulta.

## 5.2. Análise estatística e descrição dos resultados

Foram incluídos no estudo 10 indivíduos, cujas características socioeconômicas encontram-se na tabela 1. Pode-se observar uma proporção semelhante de indivíduos entre os sexos sendo a mediana de idade desses de 72 [62–73] anos. Em relação às suas profissões, 60% são aposentados, 80% classificaram-se como da raça parda e a maioria dos indivíduos possui ensino médio completo. No que se refere à renda familiar 70% dos indivíduos recebem de 2 a 3 salários mínimos, 40% deles vivem em residência própria dividida com uma mediana de 2 indivíduos e nenhum indivíduo da amostra é

institucionalizado. Apenas 10% dos indivíduos vivem em uma residência adaptada e 50% deles utilizam o transporte coletivo.

**Tabela 1.** Características socioeconômicas dos indivíduos incluídos no estudo.

Características	Frequência absoluta	Frequência relativa
	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	5	50,0
Feminino	5	50,0
<b>Aposentadoria</b>		
Sim	6	60,0
Não	4	40,0
<b>Raça</b>		
Branca	2	20,0
Parda	8	80,0
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	2	20,0
Ensino fundamental completo	1	10,0
Ensino médio completo	5	50,0
Ensino superior completo	2	20,0
<b>Renda familiar</b>		
Até um salário mínimo	3	30,0
De 2 a 3 salários mínimos	7	70,0
<b>Residência própria</b>		
Sim	6	60,0
Não	4	40,0
<b>Instituição de longa permanência</b>		
Sim	0	0
Não	10	100
<b>Residência adaptada</b>		
Sim	1	10,0
Não	9	90,0
<b>Meio de transporte</b>		
Veículo próprio	4	40,0
Transporte coletivo	5	50,0
Carona	1	10,0
	<b>Mediana</b>	<b>IQ [25-75]</b>
<b>Idade, anos</b>	72	[62 – 73]
<b>Nº de moradores da residência</b>	2	[1 – 3]

Fonte: O autor (2020). IQ: intervalo interquartil.

As comorbidades apresentadas pelos indivíduos, assim como a autoavaliação de saúde dos mesmos foram investigadas. Pode-se observar, conforme apresentado na tabela

2 que 60% dos indivíduos classificam a sua saúde como regular, a memória como boa e o sono como suficiente, sendo a mediana de sono apresentada pelos indivíduos de 5,5 [5,0 – 8,0] horas. Apenas um indivíduo trabalha, e esse refere não sofrer pressão psicológica nesse ambiente. Porém, em relação a pressão psicológica no ambiente doméstico, 1 indivíduo relatou sofrer dessa condição.

No que se refere às dores apresentadas pelos indivíduos, entre 40% a 50% desses referem sentir dores musculoesqueléticas, nas costas, em membros inferiores e superiores e também dores de cabeça. Apenas 30% referem sentir cansaço. Todos os indivíduos foram classificados como independentes pelas escalas de Katz e Lawton.

**Tabela 2.** Condições médicas apresentadas pelos indivíduos incluídos no estudo.

Condições médicas	Frequência absoluta	Frequência relativa
	n	%
<b>Autoavaliação da saúde</b>		
Regular	6	60,0
Boa	4	40,0
<b>Autoavaliação da suficiência do sono</b>		
Sim	6	60,0
Não	1	10,0
Às vezes	3	30,0
<b>Autoavaliação da memória</b>		
Ruim	1	10,0
Regular	3	30,0
Boa	6	60,0
<b>Trabalho</b>		
Sim	1	20,0
Não	9	90,0
<b>Satisfação com o trabalho</b>		
Sim	1	30,0
Não se aplica	9	90,0
<b>Pressão psicológica no trabalho</b>		
Não	1	10,0
Não se aplica	9	90,0
<b>Pressão psicológica em casa</b>		
Sim	1	10,0
Não se aplica	9	90,0

Condições médicas	Frequência absoluta	Frequência relativa
	n	%
<b>Dor nas costas</b>		
Sim	5	50,0
Não	5	50,0
<b>Dor em membros inferiores</b>		
Sim	5	50,0
Não	5	50,0
<b>Dor em membros superiores</b>		
Sim	3	30,0
Não	7	70,0
<b>Dores de cabeça</b>		
Sim	4	40,0
Não	6	60,0
<b>Dor em outras partes do corpo</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0
<b>Dor musculoesquelética</b>		
Sim	5	50,0
Não	5	50,0
<b>Cansaço</b>		
Sim	3	30,0
Não	7	70,0
<b>Artrite</b>		
Sim	2	20,0
Não	8	80,0
<b>Epilepsia</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0
<b>Enxaqueca</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0
<b>Asma</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0
<b>Sequelas de AVC</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0

Condições médicas	Frequência absoluta	Frequência relativa
	n	%
<b>Gastrite</b>		
Sim	8	80,0
Não	2	20,0
<b>Hipertensão arterial</b>		
Sim	8	80,0
Não	2	20,0
<b>Infarto</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0
<b>Úlcera</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0
<b>Obesidade</b>		
Sim	2	20,0
Não	8	80,0
<b>Diabetes</b>		
Sim	2	20,0
Não	8	80,0
<b>Sinusites</b>		
Sim	1	10,0
Não	9	90,0
<b>Doença cardiovascular</b>		
Sim	1	10,0
Não	9	90,0
<b>Rinite</b>		
Sim	2	20,0
Não	8	80,0
<b>Alergia</b>		
Sim	1	10,0
Não	9	90,0
<b>Tremores</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0
<b>Depressão</b>		
Sim	2	20,0
Não	8	80,0

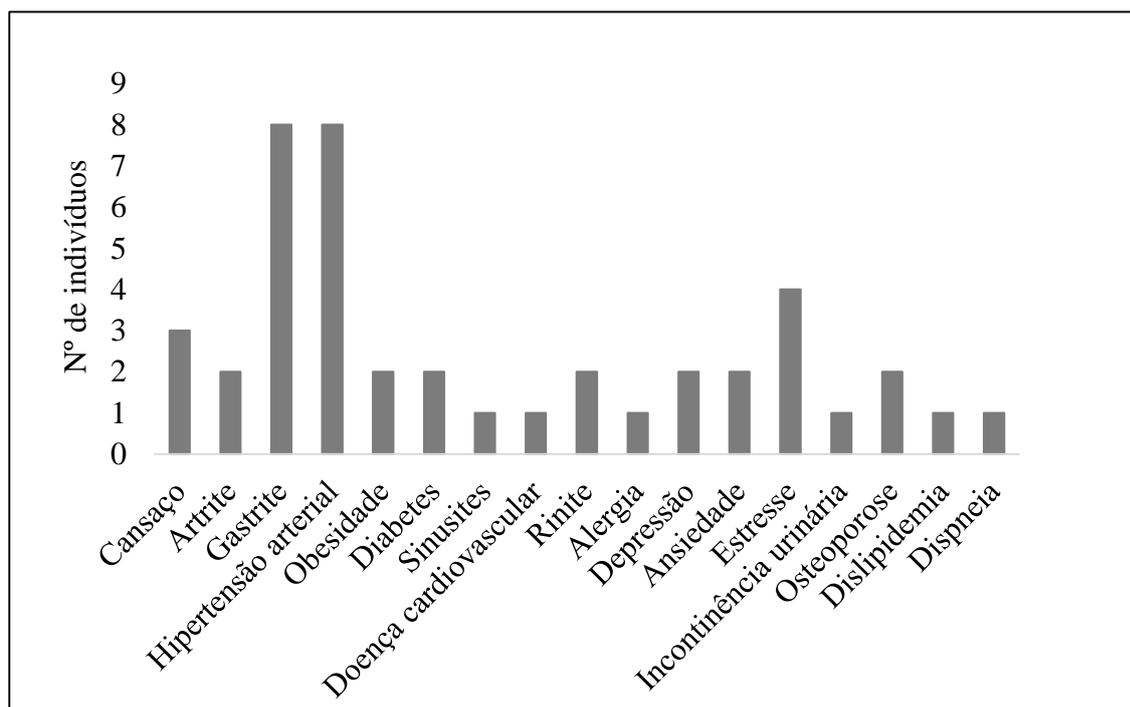
Condições médicas	Frequência absoluta	Frequência relativa
	n	%
<b>Ansiedade</b>		
Sim	2	20,0
Não	8	80,0
<b>Estresse</b>		
Sim	4	40,0
Não	6	60,0
<b>Incontinência urinária</b>		
Sim	1	10,0
Não	9	90,0
<b>Osteoporose</b>		
Sim	2	20,0
Não	8	80,0
<b>Incontinência fecal</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0
<b>Dislipidemia</b>		
Sim	1	10,0
Não	9	90,0
<b>Tosse</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0
<b>Dispneia</b>		
Sim	1	10,0
Não	9	90,0
<b>Dor torácica</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0
<b>Febre</b>		
Sim	0	0,0
Não	10	100,0
<b>Katz</b>		
Independente	10	100,0
Parcialmente dependente	0	0,0
Totalmente dependente	0	0,0
<b>Lawton</b>		
Independente	10	100,0
Parcialmente dependente	0	0,0
Totalmente dependente	0	0,0

Condições médicas	Frequência absoluta	Frequência relativa
	n	%
<b>Sono, horas</b>	5,5	[5,0 – 8,0]
<b>Nº de medicações em uso</b>	3,5	[2,0 – 4,0]

Fonte: O autor (2020).

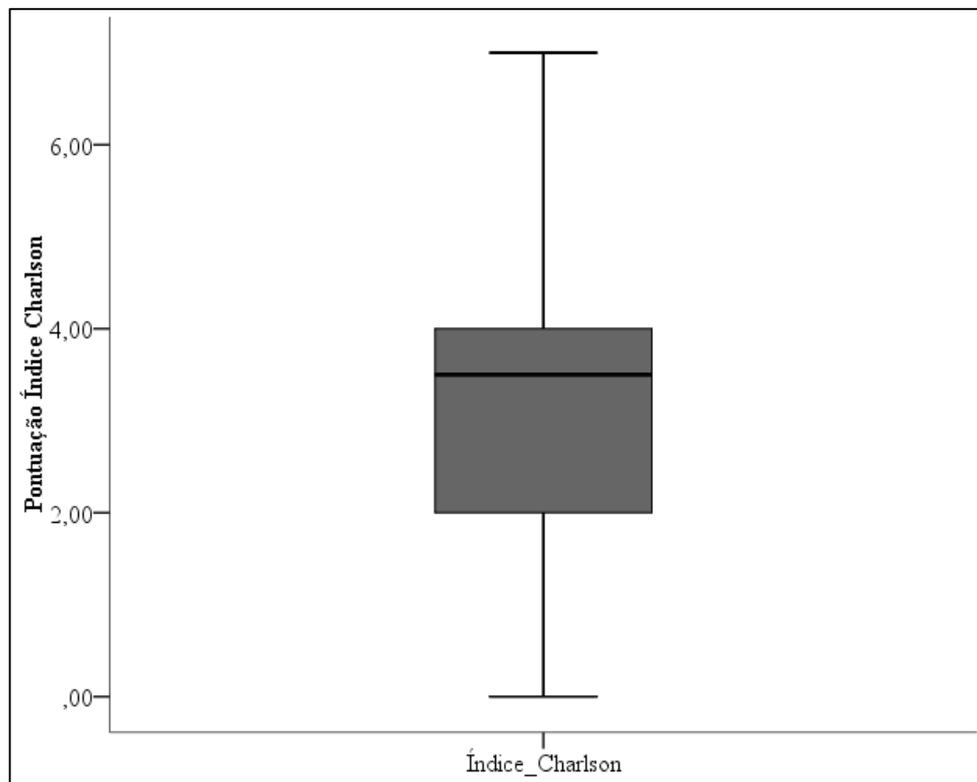
O gráfico 1 resume as comorbidades referidas pelos pacientes. Pode-se observar que as mais frequentes foram gastrite, hipertensão arterial e estresse. O índice de comorbidades de Charlson apresentado pelos indivíduos apresentou uma mediana de 3,5 [2,0-4,0] pontos (gráfico 2). Em relação ao número de medicações em uso a mediana apresentada foi de 3,5 [2,0-4,0] medicações.

**Gráfico 1.** Comorbidades apresentadas pelos indivíduos do estudo.



Fonte: O autor (2020).

**Gráfico 2.** Mediana e distribuição da pontuação do Índice de Comorbidades de Charlson apresentada pelos indivíduos do estudo.



Fonte: O autor (2020).

A tabela 3 demonstra o autocuidado apresentado pelos indivíduos em relação à COVID-19 antes e após a intervenção. Pode observar que após a intervenção apenas 10% dos pacientes saíram de casa nas últimas 24 horas, além disso todos relataram não ter participado de aglomerações. Todos os idosos relataram realizar higienização frequente das mãos tanto antes quanto após a intervenção. Sobre a busca de informações sobre a COVID-19, dois indivíduos que não buscavam informar-se passaram a fazê-lo após a intervenção, sendo que a fonte dessas informações foi principalmente a televisão. Nenhum dos indivíduos entrevistados apresentaram casos de COVID-19 na família e nem tiveram contato com pessoas com infecção confirmada ou suspeita pelo Sars-Cov-2. Quanto ao uso de máscaras, a maioria relatou não as utilizar em casa e todos utilizam ao sair, mesmo antes da intervenção. Porém, o manuseio das máscaras era realizado de maneira incorreta pelos indivíduos antes da intervenção. Em geral, em torno de 80% deles não higienizavam as mãos antes e pós manipular e/ou descartar as máscaras, além de não as trocarem quando necessário. Entretanto, após a intervenção de 80% a 100% dos indivíduos passaram a manusear corretamente a máscara.

No que se refere ao compartilhamento de utensílios como escova de dente, talheres, copos e pratos e toalhas quase 100% dos indivíduos não o fazia tanto antes quanto após a intervenção. Sobre a limpeza doméstica em locais com toque frequente, 40% raramente faziam e 60% realizavam uma vez ao dia, entretanto no momento após a intervenção 40% realizavam uma vez ao dia e 60% duas vezes ao dia.

**Tabela 3.** Autocuidado em relação à COVID-19.

Autocuidado	Pré-intervenção	Pós-intervenção
	n (%)	n (%)
<b>Saiu nas últimas 24 horas</b>		
Sim	7 (70%)	1 (10%)
Não	3 (30%)	9 (90%)
<b>Sair na última semana</b>		
Sim	7 (70%)	8 (80%)
Não	3 (30%)	2 (20%)
<b>Sair no último mês</b>		
Sim	8 (80%)	9 (90%)
Não	2 (20%)	1 (10%)
<b>Aglomeração nas últimas 24 horas</b>		
Sim	1 (10%)	0 (0%)
Não	9 (90%)	10 (100%)
<b>Aglomeração na última semana</b>		
Sim	1 (10%)	0 (0%)
Não	9 (90%)	10 (100%)
<b>Aglomeração no último mês</b>		
Sim	1 (10%)	0 (0%)
Não	9 (90%)	10 (100%)
<b>Higiene frequente das mãos</b>		
Sim	10 (100%)	10 (100%)
Não	0 (0%)	0 (0%)
<b>Busca informações sobre a COVID-19</b>		
Sim	8 (80%)	10 (100%)
Não	2 (20%)	0 (0%)
<b>Fonte de informações</b>		
Televisão	6 (60%)	10 (100%)
Rádio	0 (0%)	0 (0%)
Jornais impressos	0 (0%)	0 (0%)
Redes sociais	2 (20%)	0 (0%)
Artigos e conteúdos científicos	0 (0%)	0 (0%)
Família	0 (0%)	0 (0%)
Não se aplica	2 (20%)	0 (0%)
<b>Recebe visitas em casa</b>		
Sim	8 (80%)	7 (70%)
Não	2 (20%)	3 (30%)

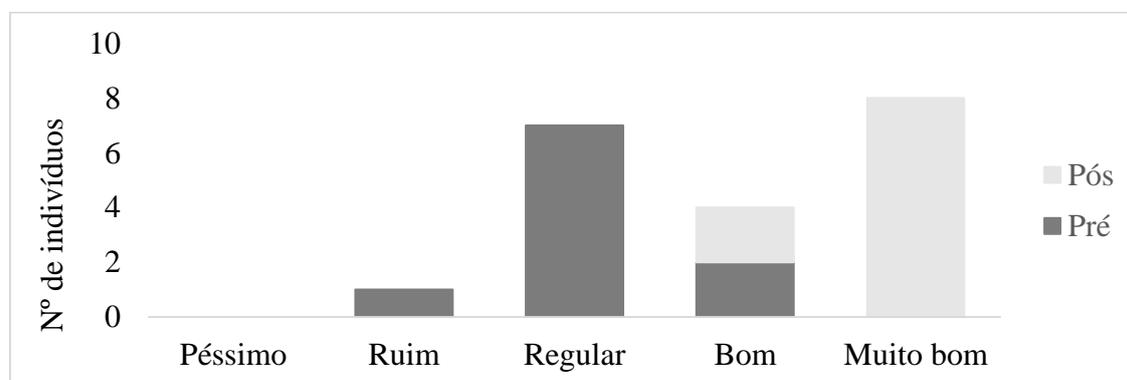
Autocuidado	Pré-intervenção	Pós-intervenção
	n (%)	n (%)
<b>Casos de COVID-19 na família</b>		
Sim	0 (0%)	0 (0%)
Não	10 (100%)	10 (100%)
<b>Contato com caso suspeito/confirmado de COVID-19</b>		
Sim	0 (0%)	0 (0%)
Não	10 (100%)	10 (100%)
<b>Uso de máscara em casa</b>		
Sim	1 (10%)	0 (0%)
Não	9 (90%)	10 (100%)
<b>Uso de máscara ao sair</b>		
Sim	10 (100%)	10 (100%)
Não	0 (0%)	0 (0%)
<b>Lavagem das mãos antes de colocar as máscaras</b>		
Sempre	0 (0%)	10 (100%)
Às vezes	3 (30%)	0 (0%)
Nunca	7 (70%)	0 (0%)
<b>Troca da máscara a cada 2 horas ou quando úmida</b>		
Sempre	0 (0%)	10 (100%)
Às vezes	3 (30%)	0 (0%)
Nunca	7 (70%)	0 (0%)
<b>Evita ajustar a máscara a todo momento</b>		
Sempre	2 (20%)	10 (100%)
Às vezes	4 (40%)	0 (0%)
Nunca	4 (40%)	0 (0%)
<b>Ajusta a máscara para evitar escape de ar</b>		
Sempre	2 (20%)	10 (100%)
Às vezes	4 (40%)	0 (0%)
Nunca	4 (40%)	0 (0%)
<b>Higieniza as mãos antes de ajustar a máscara</b>		
Sempre	0 (0%)	6 (60%)
Às vezes	2 (20%)	4 (40%)
Nunca	8 (80%)	0 (0%)
<b>Higieniza as mãos após ajustar a máscara</b>		
Sempre	7 (70%)	10 (100%)
Às vezes	2 (20%)	0 (0%)
Nunca	1 (10%)	0 (0%)
<b>Higieniza as mãos após descartar a máscara</b>		
Sempre	0 (0%)	8 (80%)
Às vezes	2 (20%)	2 (20%)
Nunca	8 (80%)	0 (0%)

Autocuidado	Pré-intervenção	Pós-intervenção
	n (%)	n (%)
<b>Compartilha escova de dente</b>		
Sempre	0 (0%)	0 (0%)
Às vezes	0 (0%)	0 (0%)
Nunca	10 (100%)	10 (100%)
<b>Compartilha talheres</b>		
Sempre	0 (0%)	0 (0%)
Às vezes	0 (0%)	0 (0%)
Nunca	10 (100%)	10 (100%)
<b>Compartilha copos e pratos</b>		
Sempre	0 (0%)	0 (0%)
Às vezes	0 (0%)	3 (30%)
Nunca	10 (100%)	7 (70%)
<b>Compartilha toalhas</b>		
Sempre	1 (10%)	0 (0%)
Às vezes	0 (0%)	0 (0%)
Nunca	9 (90%)	10 (100%)
<b>Limpeza doméstica de locais com toque frequente</b>		
Nunca	0 (0%)	0 (0%)
Raramente	4 (40%)	0 (0%)
1 vez ao dia	6 (60%)	4 (40%)
2 vezes ao dia	0 (0%)	6 (60%)
3 vezes ao dia	0 (0%)	0 (0%)
4 ou mais vezes ao dia	0 (0%)	0 (0%)

Fonte: O autor (2020).

Além disso, foi possível classificar a partir da ASA-A o autocuidado dos indivíduos antes após a intervenção. No momento anterior a intervenção, a maioria dos indivíduos apresentaram um autocuidado regular (70%), dois (20%) indivíduos bom e apenas 1 (10%) apresentou um autocuidado ruim. Já no pós-intervenção 80% dos indivíduos foram classificados com um autocuidado muito bom e 20% bom (gráfico 3).

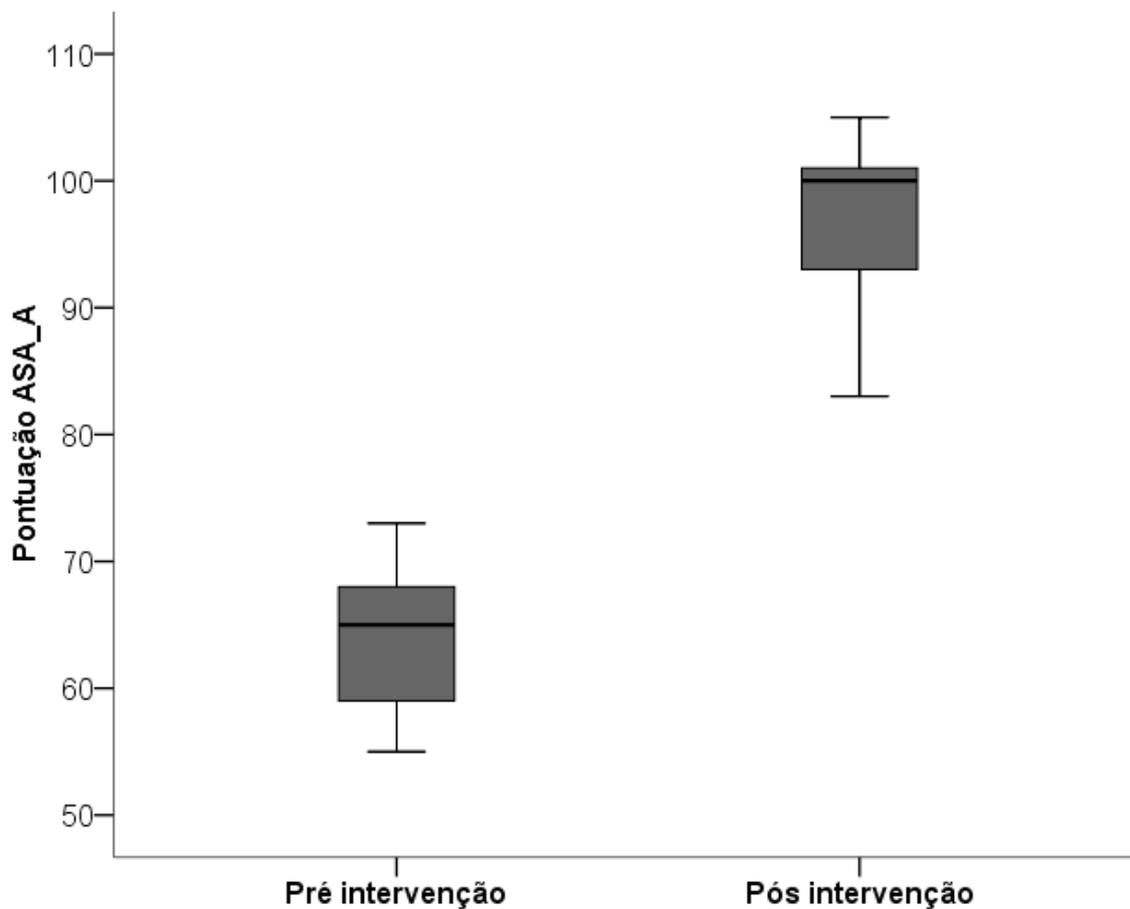
**Gráfico 3.** Classificação do autocuidado dos indivíduos antes a após a intervenção.



Fonte: O autor (2020).

Em relação ao escore total da ASA-A observou-se um aumento significativo na pontuação dos indivíduos após a intervenção (Teste de Wilcoxon,  $Z = -2,807$ ,  $P = 0,001$ ). No momento pré-intervenção a mediana de pontuação foi 65 [58,5-69,0] pontos (autocuidado regular), enquanto no pós a mediana apresentada foi de 100 [97,75-101,5] pontos (autocuidado muito bom) (gráfico 4).

**Gráfico 4.** Mediana e distribuição da pontuação do ASA-A antes e após a intervenção.



Fonte: O autor (2020).

## 6. DISCUSSÃO

A faixa etária dos indivíduos entrevistados já era esperada devido aos critérios de inclusão estabelecidos neste estudo, bem como a escolaridade, visto que os pacientes matriculados na Universidade da Maturidade, em geral, possuem histórico de alfabetização. Enquanto isso, a realidade brasileira não segue o mesmo padrão dentre os idosos, sendo elevada a taxa de não alfabetizados, com hipossuficiência de renda e marginalizados em vários cenários da sociedade (PEDRO, 2013).

Embora em desequilíbrio de proporção socioeconômica entre o grupo estudado e a população idosa geral, o fator inquietante investigado por este trabalho parece não selecionar suas vítimas através de um questionário sobre idade, renda e escolaridade. A infecção por Sars-CoV-2, que causa a COVID-19, ocorre após exposição ao agente viral estando igualmente suscetíveis pessoas imunossuprimidas e imunocompetentes de todos os segmentos sociais. Dentre os adultos, os recentes relatos de incidência da doença têm apresentado a faixa etária entre 25 e 89 anos como sendo a de maior distribuição dos casos (ADHIKARI et al, 2020; VELAVAN; MEYER, 2020).

Apesar de afetar simultaneamente todas as faixas etárias, medidas preventivas devem ser adotadas com o objetivo de diminuir a ocorrência da doença em populações de risco, dentre elas os idosos (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020). Estudos têm evidenciado um maior índice de mortalidade por COVID-19 em maiores de 60 anos, sugerindo que deficiências no sistema imunológico podem favorecer uma acelerada replicação viral, e ainda que, as comorbidades, comuns neste grupo, podem levar a complicações fatais da COVID-19 (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020). A mediana de idade da população estudada, 72 anos, demonstra tratar-se de um grupo que, embora com mais recursos sociais e tecnológicos, apresenta risco elevado de evoluir com desfechos graves caso estes indivíduos sejam afetados por essa doença.

Uma taxa proporcionalmente maior de óbitos em idosos por COVID-19 ou suas complicações reflete a urgência em adotar medidas extensivas para controle da disseminação da doença (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020). Para isso, a Organização Mundial de Saúde passou a orientar a instituição do distanciamento social, evitar o contato físico e aglomeração das pessoas em sociedade, em todo o mundo. Tal medida, refletiu diretamente na rotina das pessoas, modificando hábitos cotidianos (CDC, 2020; GALEA; MERCHANT; LURIE, 2020).

A mediana de moradores na casa dos idosos entrevistados é de 2 indivíduos, o que significa que, em geral, a residência é habitada pelo idoso e mais uma pessoa, comumente seu cônjuge. Ao depararmos com tal realidade no atual cenário, questiona-se como esses indivíduos podem seguir as orientações de distanciamento físico e manter seu abastecimento doméstico de alimentos e medicamentos. Outro fator verificado que dificulta a adesão a essa importante medida preventiva é o fato de a metade (5) dos entrevistados se deslocarem, predominantemente, através de transporte coletivo. No cenário considerado, este meio de transporte é tido como um ambiente de alta insalubridade (ADAMS; WALLS, 2020).

O isolamento social, evidenciado pelo distanciamento físico em períodos de ESPII e desastres, é relatado como fator de risco para o aumento da prevalência de transtornos psiquiátricos, em destaque os de humor (TRACY; NORRIS; GALEA, 2011; GALEA S et al, 2002). Até o momento estudado, apenas 20% dos entrevistados apresentaram quadro de transtorno de humor, já com histórico anterior. Para entender melhor a dinâmica da saúde psíquica dos indivíduos durante a pandemia, é necessária uma abordagem longitudinal e mais aprofundada de comportamento emocional, o que foge ao proposto neste estudo.

Embora seja composto por idosos, o grupo estudado apresentou um índice de comorbidades baixo, sugerindo que o risco de óbito em um ano associado a comorbidades é inferior ao de outras populações estudadas (SILVA et al, 2015). Durante avaliação dos quesitos médicos, não foram identificadas situações de iminente risco à saúde destes indivíduos. Além disso, ao contrário do que observamos na população idosa em geral, o grupo selecionado não apresentou nenhum membro com dependência para realização de atividades cotidianas (LIMA, 2012).

O uso crônico de medicações, para tratamento em geral de doenças crônicas não transmissíveis, mostrou-se evidente neste estudo. Com mediana de 3,5 medicamentos e intervalo interquartil entre 2,0 e 4,0, os indivíduos apresentam adesão a tratamento medicamentoso semelhante ao observado em outros estudos (LIMA, 2012). Sendo assim, em cenário de pandemia por COVID-19, faz-se necessário o esforço de gestores de saúde, seja em serviços públicos ou privados, em garantir meios seguros de acesso dos grupos de risco aos medicamentos essenciais (CDC, 2020; ALEA; MERCHANT; LURIE, 2020; WRIGHT; CAUDILL, 2020).

Até o momento da redação desta dissertação, não há validação para o uso clínico de vacina que previna a COVID-19. Assim, o melhor meio de prevenir a doença é não ter contato com o agente infeccioso (OU et al, 2020). São descritas como medidas preventivas com melhor eficácia: lavar as mãos com água e sabão com frequência ou sempre que suja; uso de álcool a 70% para desinfecção de mãos e superfícies; uso de máscaras faciais com correto manuseio; evitar aglomerações, definida como mais de dez pessoas; evitar contato com pessoa infectada ou suspeita de infecção; evitar o compartilhamento de itens pessoais; e evitar tocar olhos, nariz e boca com as mão sem higienização prévia (ADAMS; WALLS, 2020; PRADHAN et al, 2020; WEI; REN, 2020; CHINAZZI, 2020; GUO et al, 2020).

Na primeira aplicação do Formulário de Avaliação do Autocuidado Durante a Pandemia de COVID-19 foram observados comportamentos predominantes no grupo estudado que são discordantes com as orientações dos principais órgãos de saúde (CDC, 2020; ADAMS; WALLS, 2020). A ocorrência de saída de casa nas 24 horas e nos 7 dias anteriores a entrevista foi de 70% em ambos, e de 80% se considerados os 30 dias anteriores ao contato. Demonstrando assim, a necessidade do idoso de ausentar-se de casa para realizar atividades essenciais, como aquisição de alimentos, medicamentos e serviços financeiros. No entanto, a não realização de aglomeração, conforme é orientada, é comportamento quase unânime (90%). Esses dados, associados a busca ativa de informações pela maioria dos entrevistados, mostram o entendimento dos idosos sobre a gravidade do cenário vivido e ao mesmo tempo traz à tona as necessidades persistentes.

A utilização da telemedicina (TM) como ferramenta de acesso seguro aos idosos neste momento, além de permitir a assistência em saúde a quem necessita, possibilita evitar o isolamento total que pode afetar negativamente os idosos. Principalmente quando levado em consideração o isolamento afetivo (WOSIK et al, 2020). A TM aplicada em teleconsulta, antes vista como controversa e muito discutida no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) passou a ser autorizada, excepcionalmente durante a vigência da ESPII, através do Ofício do CFM N° 1756/2020 enviado pelo presidente deste referido conselho ao Ministério da Saúde. A partir desta decisão, o CFM reconheceu a possibilidade e a eticidade do uso da TM além dos termos já dispostos em resolução anterior (BRASIL, 2002; BRASIL, 2020). Por isso, com a autorização da prática da TM optou-se por utilizar esta ferramenta para acessar o grupo estudado, propor a intervenção educacional e ainda oferecer aproximação segura àqueles comumente esquecidos.

Ainda na avaliação do grupo, antes da intervenção proposta por essa pesquisa, observou-se um nível de autocuidado inferior ao esperado (70% como autocuidado regular) para essa população, partindo da observação de suas características socioeconômicas (SÁ, 2011). É possível que a nova realidade de hábitos, em que os idosos tiveram que se adaptar rapidamente, tenha influenciado no resultado aferido. Essa hipótese é possível de ser discutida ao observar que na avaliação realizada pela ASA-A são indagadas mudanças de hábitos anteriores, realização de atividades físicas e procura por serviços e orientações médicas. O isolamento orientado aos idosos podem ter dado um novo significado a essas ações trazendo à tona a necessidade de atividade educativa que oriente o indivíduo em como reorganizar sua rotina e cuidar-se.

Conforme esperado, a instituição de atividade educacional fundamentada e planejada mostrou-se capaz de refletir positivamente no autocuidado dos idosos. Em avaliação realizada sete dias após a teleconsulta com a metodologia RECRIADA observou-se o abandono do hábito de ausentar-se de casa quando questionado sobre as últimas 24 horas, corretos cuidados com o manuseio de máscaras de proteção facial e limpeza de superfícies domésticas com maior frequência (GALEA; MERCHANT; LURIE, 2020).

Embora afirmem buscar ativamente informações sobre a COVID-19 e formas de prevenção, os hábitos relatados anterior a intervenção no momento da aplicação do questionário de comportamento sugerem deficiência em orientações sobre os autocuidados essenciais. Tal fato, pode ser reflexo do isolamento social combinado com a realidade sem precedentes em que estão inseridos. Reforçando mais uma vez a necessidade de incluir os idosos nos debates e no convívio social, mesmo que em distanciamento físico.

O significativo aumento pós-teste do escore total da ASA-A dos indivíduos pesquisados sugere eficiência no uso do roteiro proposto de consulta com metodologia baseada em MT. Durante a abordagem, os pontos identificados anteriormente como vulneráveis em autocuidado foram discutidos com o paciente apresentando comportamentos alternativos e seguros que garantissem ainda sua qualidade de vida.

A metodologia RECRIADA, desenhada como uma consulta e realizada por profissional com registro ativo em seu órgão de classe, tem caráter educacional visto que

o cerne da metodologia é trazer o indivíduo ao protagonismo de sua saúde e bem-estar e oferecer a ele as orientações necessárias para isso.

No atual contexto, a realização da consulta através de TM também pode oferecer acompanhamento contínuo de doenças crônicas não transmissíveis. Quando com comorbidades, esse grupo de risco se beneficia da manutenção de seu tratamento medicamentoso como modo de diminuir o risco da forma grave de COVID-19 (PORTNOY; WALLER; ELLIOTT, 2020; WOSIK et al, 2020). Tal observação foi relatada em estudos realizados anteriormente (PORTNOY et al, 2016; FLODGREN et al, 2015).

O uso de ferramentas inovadoras possibilita, então, reduzir o distanciamento social mesmo em vigência de distanciamento físico, sobretudo quando utilizados os recursos digitais disponíveis (MERCHANT; LURIE, 2020; MANN et al, 2020).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional observado mundialmente, associado às comorbidades representadas principalmente pelas doenças crônicas não degenerativas, criou um grupo vulnerável às condições precárias de saúde encontradas em muitos lugares e a marginalização imposta por barreiras sociais e tecnológicas. É dever dos profissionais de saúde, sobretudo aqueles que se dedicam à geriatria, fomentar a adoção de práticas que tenham como objetivo a inclusão social e tecnológica do idoso, o desenvolvimento de políticas públicas de saúde geriátrica e a manutenção do bem-estar destes indivíduos através melhoria do autocuidado.

O protagonismo dos idosos em sua própria saúde advém de orientações fundamentadas e elaboradas com critérios científicos, tornando o indivíduo não um receptor, e sim um agente ativo em autoconhecimento. A metodologia desenvolvida neste estudo, baseada no conceito de Medicina Translacional, tem esse objetivo como base de sustentação para sua relevância social. O resultado positivo, observado após a intervenção realizada com a metodologia RECRIADA, ratifica a importância sempre urgente da criação de instrumentos educacionais com finalidade semelhante.

Ao final da pandemia vigente neste período, a telemedicina poderá ser levada em consideração para continuar a ofertar acompanhamento em saúde convenientes e com melhor custo-benefício aos idosos. Para isso, outros estudos são necessários com a finalidade de desenvolver tecnologias em saúde pública e determinar o impacto das mesmas em outros grupos populacionais.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, J. G; WALLS, R. M. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*. March 12, 2020.

ADHIKARI S. P; et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*. V. 9, p. 29, 2020

ALMEIDA, O. P; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. V. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999.

AZEVEDO, V. F. Medicina translacional: qual a importância para a prática reumatológica? *Revista Brasileira Reumatologia*, v. 49, n. 1, p. 81-3, 2009.

BARTELS. S. J. et al. Improving Access to Geriatric Mental Health Services: A Randomized Trial Comparing Treatment Engagement With Integrated Versus Enhanced Referral Care for Depression, Anxiety, and At-Risk Alcohol Use. *American Journal of Psychiatry*, v. 161, p. 8, 2004.

BEZERRA, I. M. P. Translational medicine and its contribution to public health. *Journal of Human Growth and Development*, v. 27, n. 1, p. 6-9, 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM nº 1.643/2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. DOU 26/08/2002.

\_\_\_\_\_. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Brasília (DF): *Ministério da Saúde*, 2010. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_envelhecimento\\_v12.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf). Acessado em 09 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. 2013. Disponível em: [www.ibge.org.br](http://www.ibge.org.br). Acessado em 02 de maio de 2018.

\_\_\_\_\_. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / *Conselho Federal de Medicina* – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. OFÍCIO CFM No 1756/2020. [https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020\\_oficio\\_telemedicina.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf) 16.04.2020

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2003. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf). Acessado em: 3 de setembro de 2018.

CANDELORO, J. M.; CAROMANO, F. A. Efeito de um programa de hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 11, n. 4, p. 303-309, 2007.

CARVALHO, C. P.; PINHEIRO, M. R. M.; GOUVEIA, J. A. Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES) para adolescentes: estudos de validação psicométrica. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, v. 7, p.1-2, 2016.

CDC. 2019 Novel coronavirus, Wuhan, China. 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/summary.html>. Acessado em: 13 de junho de 2020.

Charlson, M. E; et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. V. 40, n. 5, p. 373-383, 1987.

CHINAZZI, M; et al. The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Science*. V. 368, p. 395–400, 2020.

COHRS, R. J. Translational Medicine definition by the European Society for Translational Medicine. *New Horizons in Translational Medicine*, v. 2, p. 86–88, 2015.

COSTA, A. C. S. Translational medicine at the intersection of evidence-based medicine and narrative medicine. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 2, p. 253-256, 2015.

DA SILVA, J. V.; DOMINGUES, E. A. R. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Arquivos de Ciências da Saúde*, s. 1, v. 24, n. 4, p. 30-36, 2017.

DENAYER, T.; STOHR, T.; ROY, M. V. Animal models in translational medicine: Validation and prediction. *New Horizons in Translational Medicine*, v. 2, p. 5–11, 2014.

EUROPEAN COMMISSION (EC). Communication from the commission: Adult learning: It is never too late to learn. *Commission of the European Communities*, 2006. Disponível em: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0614:FIN:EN:PDF>. Acessado em 10 de setembro de 2018.

EUROSTAT. European social statistics, pocketbooks. *Luxembourg: Publications Office of the European Union*, 2013. Disponível em <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3930297/5968986/KS-FP-13-001-EN.PDF>. Acessado em 10 de setembro de 2018.

EVANGELISTA, L. S. et al. Health Literacy and the Patient with Heart Failure-Implications for Patient Care and Research: A Consensus Statement of the Heart Failure Society of America. *Journal of Cardiac Failure*, v. 16, n. 1, p. 9-16, 2010.

FELDMAN, A. Does Academic Culture Support Translational Research? *CTS: Clinical and Translational Science*, v. 1, n. 2, p. 87-88, 2008.

FISCHER, F; et al. COVID-19 and the Elderly: Who Cares? *Frontiers in Public Health*. V. 8, article 151, 2020.

GADOTTI, M. Educação popular e educação ao longo da vida. *Documento para a CONFITEA – BRASIL*, São Paulo, 2016. Disponível em: [https://www.paulofreire.org/images/pdfs/Educacao\\_Popular\\_e\\_ELIV\\_Gadotti.pdf](https://www.paulofreire.org/images/pdfs/Educacao_Popular_e_ELIV_Gadotti.pdf). Acessado em: 26 de agosto de 2018.

GALEA, S; et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med*. V. 346, n. 13, p. 982-987, 2002.

GALEA, S; MERCHANT, R. M; LURIE, N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. *JAMA Internal Medicine*. April 10, 2020.

- GALVÃO, M. T. R. L. S.; JANEIRO, J. M. S. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 225-30, 2013.
- GARCIA, L. R.; POLEGATO, B. F.; ZORNOFF, L. A. M. Desafios da Ciência Translacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 108, n. 5, p. 388-389, 2017.
- KALANTZIS, M.; COPE, B. New learning: a charter for change in education. *Critical Studies in Education*, v. 53, n. 1, p. 83-94, 2012.
- KATZ, S; et al. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. V. 10, n. 1. p. 20-30, 1970.
- LAWTON, M. P; BRODY, E. M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. V. 9, p. 179–185, 1969.
- LEAN, M. E. J. et al. Translational Research: from evidence-based medicine to sustainable solutions for public health problems. *BMJ*, v. 337, p. 863, 2008.
- LIMA, J. P.; FARENSENA, B. Aplicação do teste Poma para avaliar o risco de quedas em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 6, p. 200-11, 2012.
- LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008
- LLOVET, J. M. Translational medicine in Catalonia: the case of liver oncology. *Contributions to Science*, v. 13, n. 1, p. 37-40, 2017.
- MACAYA, B. P; ARANDA, G. F. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Rev Chil Anest*. V. 49, p. 356-362, 2020
- MANJATE, J. L. S; et al. Knowledge, attitudes and practices of mozambican public employees on the prevention of COVID-19. *Rev. Prod. Desenvol*. V. 6, e446, 2020.
- MANN, B. K. et al. Ocular translational science: A review of development steps and paths. *Advanced Drug Delivery Reviews*, v. 15, n. 126, p. 195-203, 2018.
- MANN, D. L. et al. Introducing JAAC basic to translational science. Why Now? *JAAC Basic to Translational Science*, v. 1, n. 1, p. 1-2, 2016.
- MANN, D. M; et al. COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. *Journal of the American Medical Informatics Association*. V. 27, n. 7, 1132–1135, 2020.
- MERCHANT, R. M; LURIE, N. Social media and emergency preparedness in response to novel coronavirus. *JAMA*, March 23, 2020.
- MERRIAM, S. B.; KEE, Y. Promoting Community Wellbeing: The Case for Lifelong Learning for Older Adults. *Adult Education Quarterly*, v. 64, n. 2, p. 128–144, 2014.
- MONTEIRO, C. A. et al. Surveillance of risk factors for chronic diseases through telephone interviews. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005.
- MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R.; Principais síndromes geriátricas. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, v. 29, n. 1, p. 54-66, 2010.

MS. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Ministério da Saúde*, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>. Acessado em 01 de setembro de 2018.

NESTLÉ. Mini Nutritional Assessment. *Société des Produits Nestlé, S.A*, 2009. Disponível em: [http://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_portuguese.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf). Acessado em 23 de agosto de 2018.

NEVES, N. Um novo paradigma para a investigação médica – a Medicina Translacional. *COLUNA/COLUMNNA*, v. 9, n. 4, p. 9, 2010.

OLIVEIRA, A. L. A autonomia na aprendizagem e a educação e aprendizagem ao longo da vida: A importância dos fatores sociológicos. *Revista Práxis Educacional*, v. 11, n. 20, p. 165-188, 2015.

OLIVEIRA, E. F. T.; GRÁCIO, M. C. C. Análise a respeito do tamanho de amostras aleatórias simples: uma aplicação na área de ciência da informação. *DataGramaZero*, v. 6, n. 4, p. A01-00, 2005. Disponível em: <http://www.brapci.inf.br/v/a/7551>. Acesso em: 02 Out. 2018.

OLIVEIRA, W. K; et al. How Brazil can hold back COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saude*. Brasília, v. 29, n. 2, e2020044, 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. *World Health Organization. Organização Pan-Americana de Saúde*. Suzana Gontijo, Trad. Brasília (DF), 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acessado em: 20 de agosto de 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. World Population Ageing, *New York: United Nations*, 2013. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>. Acessado em: 20 de agosto de 2018.

ORBORNE, M. Inclusivity and Lifelong Learning: An Introduction. *Entrepreneurial Learning City Regions*, p. 295-298, 2018.

OU, F; et al. Countermeasures for rapid spread of new coronavirus pneumonia in Wuhan. *Chin General Pract Nurs*. 2020.

PAIXÃO, M. P.; SILVA, J.; OLIVEIRA, A. L. Perspectives on guidance and counselling as strategic tools to improve lifelong learning in Portugal. *Challenging the 'European Area of Lifelong Learning'*, p. 167-176, 2014.

PAULA, R. S. Universidade da Maturidade – uma proposta de educação permanente para a educação de jovens e adultos. *Revista Iberoamericana de Educación*, v. 44, n. 1, p.1-9, 2007.

PEDRO, W. J. A. Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 16, n. 5, p. 09-32, 2013.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 39, n. 2, p. 142-148, 1991.

PORTNOY, J; WALLER, M; ELLIOTT, T. Telemedicine in the Era of COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract.* V. 8, p. 1489-91, 2020.

PRADHAN, D; et al. A Review of Current Interventions for COVID-19 Prevention. *Archives of Medical Research.* V. 51, p. 363-374, 2020.

RAMOS, N. Educar para a interculturalidade e cidadania: princípios e desafios. *Educação e Formação de Adultos. Políticas, Práticas e Investigação*, p. 189-200, 2011. Disponível em: [https://digitalis.uc.pt/pt-pt/livro/educar\\_para\\_interculturalidade\\_e\\_cidadania\\_princ%C3%ADpios\\_e\\_desafios](https://digitalis.uc.pt/pt-pt/livro/educar_para_interculturalidade_e_cidadania_princ%C3%ADpios_e_desafios). Acessado em: 13 de agosto de 2018.

RAMOS, N. Relationships and Intergenerational Solidarities – Social, educational and health challenges. *Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra*, 2013. Disponível em: [https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/32496/1/Promoting\\_artigo6.pdf](https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/32496/1/Promoting_artigo6.pdf). Acessado em 12 de agosto de 2018.

ROTHAN, A. H; BYRAREDDY, S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity.* V. 109, n. 102433, 2020.

SÁ, S. P. C. et al. Uma proposta de mensuração do autocuidado em idosos. *Cogitare Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 661-666, 2011.

SANTOS, A. A. A. Delineamento quase experimental. *Metodologias de pesquisa em ciências: Análises quantitativa e qualitativa*, 2007, p. 139-146. Disponível em: [https://issuu.com/grupogen/docs/metodologia\\_de\\_pesquisa\\_em\\_ciencias](https://issuu.com/grupogen/docs/metodologia_de_pesquisa_em_ciencias). Acessado em 21 de setembro de 2018.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SILVA, J. V. F. et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 2, n. 3, p. 91-100, 2015.

SILVA, J. V.; KIMURA, M. Adaptação Cultural e Validação do Instrumento de Capacidades de Autocuidado “Appraisal of self-care agency scale”. Trabalho de Pesquisa. (Doutorado em Enfermagem) – *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, São Paulo, 2002.

SINGHAL, T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr.* V. 87, n. 4, p. 281-286, 2020.

SITOE, R. M. Aprendizagem ao longo da vida: um conceito utópico? *Comportamento Organizacional e Gestão*, v. 12, n. 2, p. 283-290, 2006.

SOLAR, L. A. P. et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, v. 36, n. 6, p. 835-845, 2014.

TRACY, M; NORRIS, F. H; GALEA, S. Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depress Anxiety.* V. 28, n. 8, p. 666-675, 2011.

UNESCO. Educação: um tesouro a descobrir; relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. Brasília, *Unesco*, 2010. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>. Acessado em: 15 de setembro de 2018.

VELAVAN, T. P; MEYER, C. G. The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine and International Health*. V. 25, n. 3, p. 278–280, 2020.

WALLACE, L. Patients' Health Literacy Skills: The Missing Demographic Variable in Primary Care Research. *The Annals of Family Medicine*, v. 4, p. 85-86, 2006.

WEHLING, M. Translational medicine: science or wishful thinking? *Journal of Translational Medicine*, v. 6, p. 31, 2008.

WEI, Q; REN, Z. Disinfection measures for pneumonia foci infected by novel coronavirus in 2019. *Chin J Disinfect*. V. 37, p. 59–62, 2020

WOOLF, S. H. The meaning of translational research and why it matters. *JAMA*, v. 299, n. 2, p. 211-13, 2008.

WOSIK, J; et al. Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. *Journal of the American Medical Informatics Association*. V. 27. n. 6, p. 957–962, 2020.

WRIGHT, J. H; CAUDILL, R. Remote Treatment Delivery in Response to the COVID-19 Pandemic. *Psychother Psychosom*. 26 de março de 2020.

YESAVAGE, J. A; et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*. V. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### ANÁLISE DO IMPACTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENGAJAMENTO DOS IDOSOS SOBRE O AUTOCUIDADO

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, busca garantir seus direitos como participante e é feito em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

#### **Justificativa e objetivos:**

Percebemos a necessidade de investigar meios de alcançar, através da educação a melhoria da saúde da população. Sendo assim, temos o objetivo de analisar o impacto da educação em saúde com consultas no melhor envolvimento dos idosos sobre o autocuidado. Os resultados poderão fazer parte de estratégias de intervenções para melhorar a saúde dos idosos.

#### **Procedimentos:**

A pesquisa é realizada em três etapas. Na primeira etapa você será convidado a passar por uma avaliação inicial com testes de avaliação social e de saúde. Em seguida você participará de consulta médica com orientações para melhoria de sua própria saúde e autocuidado. Depois das atividades você passará novamente pela avaliação para comparação com os testes iniciais. Todos os dados serão coletados por meio de ligação telefônica, demorando aproximadamente 30 minutos em cada contato, utilizando questionários impressos que serão preenchidos pelo pesquisador entrevistador e não será utilizado nenhum tipo de equipamento de gravação.

#### **Desconfortos e riscos:**

Caso você fique cansado pelas perguntas do questionário ou sinta-se constrangido ou desconfortável, é possível interromper a entrevista a qualquer momento, e remarcar para outra data em que você esteja se sentindo melhor. Risco leve: exposição dos dados que será controlado com sigilo; invasão de privacidade; tempo destinado para o entrevistado responder o questionário; constrangimento; receio de revelar informações e despertar lembranças desagradáveis. Os riscos serão minimizados ao garantir a confidencialidade dos dados e a integridade e não violação dos documentos. Os participantes da pesquisa terão a liberdade de não responder qualquer questão que se sinta constrangido. Garante-se ainda a assistência necessária ao participante do estudo em caso de desconfortos ou danos.

#### **Benefícios:**

Ao participar deste experimento o idoso poderá, segundo nossos resultados esperados, melhorar seu engajamento sobre promoção de sua própria saúde e autocuidado. Além disso, estará participando de uma ação importante que visa a melhor condição de saúde da população idosa.

#### **Acompanhamento e assistência:**

A qualquer tempo, os participantes poderão ter acesso ao pesquisador principal para quaisquer esclarecimentos e informações sobre a pesquisa. Os resultados da pesquisa

estarão acessíveis aos participantes do estudo na atividade em grupo no final das atividades e sempre que tiverem interesse.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

**Ressarcimento e Indenização:**

A participação do projeto é voluntária, sendo que não há qualquer forma de remuneração. Não haverá nenhum tipo de custo para o participante. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente desta pesquisa, você terá direito a indenização e toda assistência necessária.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Fellipe Camargo Ferreira Dias. O endereço é Avenida NS 15, Norte, 109 - Plano Diretor Norte, Palmas, TO, Universidade da Maturidade, Sala de atendimento gerontológico. Tel: (63) 98490-6822. E-mail: fellipe.cfd@gmail.com. Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o(a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da Universidade Federal do Tocantins pelo telefone 63 3229 4023, pelo e-mail: cep\_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO 14, Prédio do Almoarifado, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO. O (A) Sr. (a) pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir. O horário de atendimento do CEP é de segunda e terça das 14 às 17 horas e quarta e quinta das 9 às 12 horas.

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

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

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do participante

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável





## APÊNDICE D - Termo de Anuência – Universidade da Maturidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
UNIVERSIDADE DA MATURIDADE

Avenida LO05, Quadra 306Sul, Lote 23  
Plano Diretor Sul | 77001-036 | Palmas/TO  
(63) 3232-8254 | uma@uft.edu.br

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaro para fins de apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa e comprovação em setores em que esse termo seja cobrado, que **estou de acordo e autorizo** a execução do projeto de pesquisa intitulado **“Análise do impacto da educação em saúde no engajamento dos idosos sobre o autocuidado”** no âmbito da Universidade da Maturidade – Polo de Palmas/TO, sob a responsabilidade do pesquisador Fellipe Camargo Ferreira Dias, orientado pelo Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto.

Palmas, 27 de setembro de 2018.

A handwritten signature in black ink, reading 'Neila B Osório', is written over a horizontal line.

Profª Drª Neila Barbosa Osório  
Coordenadora Nacional da UMA/UFT

Prof.ª Dr.ª Neila Barbosa Osório  
Coord. da Univ. da Maturidade  
Universidade Federal do Tocantins

**APÊNDICE E - Termo de Anuência – Reitoria da Universidade Federal do Tocantins****UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**

Avenida LO05, Quadra 306Sul, Lote 23  
Plano Diretor Sul | 77001-036 | Palmas/TO  
(63) 3232-8035 | urna@uft.edu.br

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaro para fins de apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa e comprovação em setores em que esse termo seja cobrado, que **estou de acordo e autorizo** a execução do projeto de pesquisa intitulado **“Análise do impacto da educação em saúde no engajamento dos idosos sobre o autocuidado”** no âmbito da Universidade da Maturidade – Polo de Palmas/TO, sob a responsabilidade do pesquisador Felipe Camargo Ferreira Dias, orientado pelo Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto.

Palmas, 23 de outubro de 2018.

Luis Eduardo Bovolato  
Reitor  
Universidade Federal do Tocantins  
Dec. Presidencial de 08/09/2017  
DOU nº 174, de 11/09/2017

Reitoria

## APÊNDICE F – Avaliação do Autocuidado Durante a Pandemia de COVID-19

### Formulário de Avaliação do Autocuidado Durante a Pandemia de COVID-19

#### 1. Tem saído de casa:

- a. Nas últimas 24h:  não;  sim; vezes \_\_\_\_; locais \_\_\_\_\_;
- b. Na última semana:  não;  sim; vezes \_\_\_\_; locais \_\_\_\_\_;
- c. No último mês:  não;  sim; vezes \_\_\_\_; locais \_\_\_\_\_.

#### 2. Tem tido contato com aglomeração de pessoas (+ de 10 pessoas):

- a. Nas últimas 24h:  não;  sim; vezes \_\_\_\_; locais \_\_\_\_\_;
- b. Na última semana:  não;  sim; vezes \_\_\_\_; locais \_\_\_\_\_;
- c. No último mês:  não;  sim; vezes \_\_\_\_; locais \_\_\_\_\_.

#### 3. Tem usado álcool em gel ou lavado as mãos? não; sim; vezes por dia \_\_\_\_.

#### 4. Tem buscado informações sobre COVID-19? não; sim; vezes por dia \_\_\_\_.

#### 5. Qual fonte? Televisão; Rádio; Jornais impressos; Redes sociais; Artigos e conteúdos científicos; não se aplica.

#### 6. Tem recebido visitas em casa? não; sim;

#### 7. Teve alguém suspeito ou confirmado para COVID-19 na família? não; sim;

#### 8. Teve contato com essa pessoa? não; sim; não se aplica;

#### 9. Teve alguém suspeito ou confirmado para COVID-19 na sua casa? não; sim;

#### 10. Usa máscara em casa? não; sim;

#### 11. Usa máscara ao sair de casa? nunca; às vezes; sempre;

#### 12. Ao usar a máscara você:

- a. Lava as mãos antes de colocar:  nunca;  às vezes;  sempre;
- b. Troca a cada 2 horas ou quando estiver úmida:  nunca;  às vezes;  sempre;
- c. Evita tocar para ajustar a todo momento:  nunca;  às vezes;  sempre;
- d. Ajusta a máscara para evitar escapar o ar:  nunca;  às vezes;  sempre;
- e. Higieniza as mãos antes de ajustar a máscara:  nunca;  às vezes;  sempre;
- f. Higieniza as mãos após ajustar a máscara:  nunca;  às vezes;  sempre;
- g. Higieniza as mãos após descartar a máscara:  nunca;  às vezes;  sempre;

#### 13. Você compartilha itens pessoais com outras pessoas da sua casa?

- a. Escova de dente:  nunca;  às vezes;  sempre;
- b. Talheres:  nunca;  às vezes;  sempre;
- c. Copos:  nunca;  às vezes;  sempre;
- d. Toalhas:  nunca;  às vezes;  sempre;

#### 14. Com que frequência você limpa portas, maçanetas, mesas e outros locais possivelmente contaminados em casa?

- Nunca;
- Raramente;
- 1 vez ao dia;
- 2 vezes ao dia;
- 3 vezes ao dia;
- 4 vezes ao dia.

## APÊNDICE G - Roteiro de consulta translacional

### Roteiro de consulta translacional – Metodologia RECRIADA

#### Orientações:

Antes do início da consulta deve-se analisar o prontuário de pesquisa do indivíduo para reconhecimento do perfil a ser abordado. Nesse momento devem ser observados fatores como: idade, sexo, raça e estrutura familiar, além de condições socioeconômicas, físicas e médicas.

<b>RE</b>	<p><b>REFERENCIAR</b> O médico deve buscar embasamento em dados científicos comprovados referente a diagnóstico e tratamento de patologias. Assim, o profissional traz ao consultório, para o benefício do paciente, evidências científicas que proporcionem boas condições de saúde.</p>
<b>C</b>	<p><b>CONTEXTUALIZAR</b> Levar em consideração o cenário em que o paciente se encontra, contextualizando idade, sexo, raça e estrutura familiar, além de condições socioeconômicas, físicas e médicas. Diagnosticar morbidades e problemas que devem ser resolvidos.</p>
<b>R</b>	<p><b>RECONHECER</b> O médico deve levar o paciente a reconhecer a existência dos problemas detectados identificando falhas e pontos que necessitem de atenção e mudança de atitudes.</p>
<b>I</b>	<p><b>IMPACTAR</b> Sensibilizar o paciente sobre a importância do autocuidado. O profissional pode usar fatores verificados na contextualização para impactar o paciente e estimular o engajamento no autocuidado para resolução dos problemas detectados.</p>
<b>A</b>	<p><b>ACONSELHAR</b> O médico deve orientar o paciente sobre as possibilidades de condutas que podem ser tomadas, indicando quais as melhores. Para tal, o profissional deve associar as possibilidades terapêuticas com os fatores sociais, políticos, econômicos, étnicos, culturais, religiosos e de gênero do paciente.</p>
<b>D</b>	<p><b>DELINEAR</b> Planejar com o paciente os passos que serão seguidos para melhorar sua saúde. Após análise das possibilidades terapêuticas, deve ser delineado um programa de atitudes que visem a melhoria do autocuidado em saúde.</p>
<b>A</b>	<p><b>ACORDAR</b> Firmar compromisso sobre o que foi delineado. O paciente verbalmente deve se comprometer a seguir o que foi planejado.</p>

**APÊNDICE H – Registro de consulta com a metodologia RECRIADA**

**Registro de consulta translacional – Metodologia RECRIADA**

**Orientações:**

Antes do início da consulta deve-se analisar o prontuário de pesquisa do indivíduo para reconhecimento do perfil a ser abordado. Nesse momento devem ser observados fatores como: idade, sexo, raça e estrutura familiar, além de condições socioeconômicas, físicas e médicas.

Nome do paciente:	Idade:	Data:
<b>RE</b>	<b>REFERENCIAR</b>	
<b>C</b>	<b>CONTEXTUALIZAR</b>	
<b>R</b>	<b>RECONHECER</b>	
<b>I</b>	<b>IMPACTAR</b>	
<b>A</b>	<b>ACONSELHAR</b>	
<b>D</b>	<b>DELINEAR</b>	
<b>A</b>	<b>ACORDAR</b>	

## ANEXO 1 – Índice de Comorbidades de Charlson

**Índice de Comorbidades de Charlson**

Condição clínica	Pontuação	
	NÃO	SIM
Infarto do miocárdio	0	1
Insuficiência cardíaca congestiva	0	1
Doença Vascular periférica	0	1
Demência	0	1
Doença cerebrovascular	0	1
Doença pulmonar crônica	0	1
Doença tecido conjuntivo	0	1
Diabetes leve, sem complicação	0	1
Úlcera	0	1
Hemiplegia	0	2
Doença renal severa ou moderada	0	2
Diabetes com complicação	0	2
Tumor	0	2
Leucemia	0	2
Linfoma	0	2
Doença do fígado severa ou moderada	0	3
Tumor maligno, metástase	0	6
SIDA	0	6
Grupo etário	Pontuação	
0 – 49 anos	0	
50 – 59 anos	1	
60 – 69 anos	2	
70 – 79 anos	3	
80 – 89 anos	4	
> 90 anos	5	

Pontuação: \_\_\_\_\_

ANEXO 2 – *Appraisal of Self-care Agency Scale**Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA-A)*

Itens		Pontuação				
1	Quando acontece qualquer tipo de alteração na sua vida, você procura fazer as mudanças necessárias para manter-se saudável.	1	2	3	4	5
2	Geralmente vê se tudo aquilo que faz para manter sua saúde está certo.	1	2	3	4	5
3	Quando tem dificuldade para movimentar alguma parte do seu corpo, procura dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4	Procura manter limpo e saudável o lugar onde vive.	1	2	3	4	5
5	Quando necessário, toma providências para manter-se saudável.	1	2	3	4	5
6	Sempre que pode, cuida de si.	1	2	3	4	5
7	Procura as melhores maneiras de cuidar de si.	1	2	3	4	5
8	Toma banho, sempre que necessário, para manter a sua higiene.	1	2	3	4	5
9	Procura alimentar-se de maneira a manter seu peso certo.	1	2	3	4	5
10	Quando necessário, reserva um tempo para estar consigo mesmo.	1	2	3	4	5
11	Sempre que pode, faz ginástica e descansa no seu dia-a-dia.	1	2	3	4	5
12	Com o passar dos anos, fez amigos com quem pode contar.	1	2	3	4	5
13	Geralmente, dorme o suficiente para se sentir descansado.	1	2	3	4	5
14	Quando recebe informações sobre a sua saúde, faz perguntas para esclarecer aquilo que não entende.	1	2	3	4	5
15	De tempos em tempos examina seu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5
16	Antes de tomar um remédio novo procura informar -se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5
17	No passado, mudou alguns de seus antigos costumes para melhorar sua saúde.	1	2	3	4	5
18	Normalmente toma providencias para manter-se saudável.	1	2	3	4	5
19	Costuma avaliar se as coisas que faz para manter-se saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
20	No seu dia-a-dia, geralmente encontra tempo para cuidar de si mesmo.	1	2	3	4	5
21	Se tem algum problema de saúde, sabe como conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22	Procura ajuda quando não tem condições de cuidar de si mesmo.	1	2	3	4	5
23	Sempre acha tempo para si mesmo.	1	2	3	4	5
24	Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do seu corpo, geralmente consegue cuidar-se como gostaria.	1	2	3	4	5

**Legenda:**

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo
- 3 - Nem concordo nem discordo
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo totalmente

**ANEXO 3 – Formulário de Avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária**

**Formulário de Avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária, Katz**

<b>Atividade</b>	<b>Independente</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para 01 parte do corpo	0	1
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos	0	1
3. Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)	0	1
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)	0	1
5. Continência	Controla completamente urina e fezes	0	1
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)	0	1

**Total:** \_\_\_\_\_

**ANEXO 4 - Formulário de Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária**

**Formulário de Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária, Lawton**

Atividade	Avaliação	
1. O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
2. O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
3. O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
4. O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
5. O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
6. O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
7. O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
8. O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
9. O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
<b>Total</b>		

## ANEXO 5 – Escala de Depressão Geriátrica Abreviada

**Escala de Depressão Geriátrica Abreviada**

<b>Pergunta</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. Está satisfeito(a) com sua vida?	0	1
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	1	0
3. Acha sua vida vazia?	1	0
4. Aborrece-se com frequência?	1	0
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	0	1
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	1	0
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se desamparado com frequência?	1	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	1	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	0	1
12. Sente-se inútil?	1	0
13. Sente-se cheio/a de energia?	0	1
14. Sente-se sem esperança?	1	0
15. Acha que os outros tem mais sorte que você?	1	0

**Pontuação total:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 6 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa - UFT

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DO IMPACTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENGAJAMENTO DOS IDOSOS SOBRE O AUTOCUIDADO

**Pesquisador:** FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 02128818.8.0000.5519

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Tocantins

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.198.948

**Apresentação do Projeto:**

O envelhecimento populacional no Brasil acentuou-se desde a década de 80, devido a redução das taxas de mortalidade, aumento da longevidade e principalmente menor taxa de natalidade. O autocuidado consiste na capacidade do indivíduo de executar ações, consciente e deliberadamente, em seu benefício para manutenção de sua vida, saúde e bem-estar. É nessa perspectiva que recentemente começou-se a observar a necessidade de mudança dos modelos educacionais para o melhor cuidado à saúde do idoso, sugerindo a Aprendizagem ao Longo da Vida (ALV) e apontando a relevância de temas como: envelhecimento ativo, educação intercultural e programas intergeracionais. A mais recente visão da prática médica que se propõe como um recurso de soluções sustentáveis denomina-se Medicina Translacional (MT), sendo considerada uma evolução da Medicina Baseada em Evidências. Essa visão baseia-se na associação das ciências básicas, sociais e políticas com a finalidade de aperfeiçoar os cuidados aos pacientes. Nesse contexto, são necessárias investigações sobre melhores meios de se alcançar, através da educação e considerando as demandas médicas e sociais, a melhoria da saúde da população. O objetivo do projeto é desenvolver uma metodologia de intervenção educacional que proporcione ao idoso maior engajamento no cuidado com a saúde. Serão incluídos no estudo 50 idosos matriculados na Universidade da Maturidade, que após triagem realizada por meio da Avaliação Geriátrica Ampla, serão estratificados em três grupos: problemas sociais, funcionais e médicos. Para avaliar o autocuidado será realizado o pré-teste com o questionário Appraisal of Self-care Agency Scale

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoxarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 3.198.948

(ASA-A). A proposta da intervenção educacional será fundamentada na metodologia da MT. O ASA-A será aplicado novamente após a intervenção (pós-teste) para comparação. Espera-se que todos os idosos se enquadrem em pelo menos um dos grupos e que após a intervenção seja observada uma melhora no engajamento do autocuidado com a saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral:

Analisar o impacto da educação em saúde com consultas utilizando o método de Medicina Translacional no engajamento dos idosos sobre o autocuidado.

Objetivos específicos:

- Identificar o perfil socioeconômico dos idosos da Universidade da Maturidade;
- Detectar alterações nas dimensões da Avaliação Geriátrica Ampla em idosos da Universidade da Maturidade;
- Avaliar o engajamento no autocuidado em idosos da Universidade da Maturidade;
- Analisar o impacto da intervenção educacional em consultas médicas no engajamento dos idosos sobre o autocuidado;
- Propor um roteiro de consulta translacional para idosos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Leve: exposição dos dados que será controlado com sigilo; invasão de privacidade; tempo destinado para o entrevistado responder o questionário; constrangimento; receio de revelar informações e despertar lembranças desagradáveis. Os riscos serão minimizados ao garantir a confidencialidade dos dados e a integridade e não violação dos documentos. Os participantes da pesquisa terão a liberdade de não responder qualquer questão que se sinta constrangido. Garante-se ainda a assistência necessária ao participante do estudo em caso de desconfortos ou danos.

Benefícios:

Ao participar deste experimento o idoso poderá, segundo nossos resultados esperados, melhorar seu engajamento sobre promoção de sua própria saúde e autocuidado. Além disso, estará

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado  
**Bairro:** Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3232-8023 **E-mail:** cep\_uf@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 3.198.948

participando de uma ação importante que visa a melhor condição de saúde da população idosa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, pois busca desenvolver uma metodologia de intervenção educacional que proporcione ao idoso maior engajamento no cuidado com a saúde. Serão incluídos no estudo 50 idosos matriculados na Universidade da Maturidade, que após triagem realizada por meio da Avaliação Geriátrica Ampla, serão estratificados em três grupos: problemas sociais, funcionais e médicos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados em conformidade com o CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo atende as exigências do CEP.

**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_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1228843.pdf	22/02/2019 17:40:32		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	22/02/2019 17:39:40	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FELLIPE_ALTERADO.docx	22/02/2019 17:39:09	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ALTERADO.docx	22/02/2019 17:38:28	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
Outros	termo_anuencia_reitoria.pdf	24/10/2018 15:38:58	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	14/10/2018 22:50:53	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_DIRECAO.pdf	14/10/2018 14:07:57	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	14/10/2018 14:07:19	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado  
**Bairro:** Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3232-8023 **E-mail:** cep\_uf@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 3.198.948

Outros	DECLARACAO_DE_FASE_INICIAL.pdf	14/10/2018 14:06:42	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
Outros	DECLARACAO_DO_ORIENTADOR.pdf	14/10/2018 14:06:07	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
Outros	CARTA_DE_APRESENTACAO.pdf	14/10/2018 14:05:09	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	14/10/2018 14:02:01	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/10/2018 14:01:17	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.docx	14/10/2018 13:09:07	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA_PELA REITORIA.pdf	14/10/2018 13:06:30	FELLIPE CAMARGO FERREIRA DIAS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALMAS, 14 de Março de 2019

Assinado por:

**PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado  
**Bairro:** Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3232-8023 **E-mail:** cep\_uf@uft.edu.br