



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO
LINHA DE PESQUISA: ENSINO EM SAÚDE

BIANCA JENIFER DE SÁ DA SILVA

**PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO E DO USO RACIONAL DE
MEDICAMENTOS ENTRE IDOSOS: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO
POLO UMA DE PALMAS - TO**

Palmas – TO

2025

BIANCA JENIFER DE SÁ DA SILVA

**PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO E DO USO RACIONAL DE
MEDICAMENTOS ENTRE IDOSOS: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO
POLO UMA DE PALMAS - TO**

Dissertação apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Palmas para fins de avaliação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde.

Orientador (a): Luiz Sinésio Silva Neto

Palmas – TO

2025

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

S586p Silva, Bianca Jenifer de Sá da.

Promoção do Autocuidado e do Uso Racional de Medicamentos entre Idosos: Uma Intervenção Educativa no Polo UMA de Palmas - TO.. / Bianca Jenifer de Sá da Silva. – Palmas, TO, 2025.

49 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2025.

Orientador: Luiz Sinésio Silva Neto

1. Educação em Saúde. 2. Idosos. 3. Autocuidado. 4. Uso Racional de Medicamentos. 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).

BIANCA JENIFER DE SÁ DA SILVA

**PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO E DO USO RACIONAL DE
MEDICAMENTOS ENTRE IDOSOS: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO
POLO UMA DE PALMAS - TO**

Dissertação apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Palmas para fins de avaliação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde.

Orientador (a): Luiz Sinésio Silva Neto

Data da aprovação: 29/08/2025

Banca Examinadora:

Prof(a). Dr(a). Luiz Sinésio Silva Neto – UFT (Orientador)

Prof(a). Dr(a). Sílvia Clara Laurido da Silva – IPC

Prof(a). Dr(a). Erika da Silva Maciel – UFT

Para João Víncius, meu filho.

Você me dá todos os motivos.

RESUMO

O envelhecimento populacional impõe desafios significativos às políticas públicas, especialmente no que se refere ao uso racional de medicamentos e ao fortalecimento do autocuidado entre pessoas idosas. Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção educativa sobre medicamentos e práticas de autocuidado em idosos vinculados à Universidade da Maturidade (UMA), Polo de Almas – TO. Trata-se de uma pesquisa quase-experimental, com abordagem quantitativa, realizada com 35 participantes, por meio da aplicação de pré e pós-teste. Foram utilizados três instrumentos: questionário socioeconômico, Escala de Adesão ao Uso de Medicamentos (GMAS) e Escala de Capacidade de Autocuidado (ASA-A). A intervenção foi estruturada em cinco encontros educativos presenciais, com temas voltados à polifarmácia, segurança no uso de medicamentos e protagonismo no tratamento. Os resultados demonstraram melhora significativa na adesão medicamentosa e um aumento nos escores da escala de autocuidado. Além disso, o grau de satisfação dos participantes em relação às aulas foi amplamente positivo. Conclui-se que intervenções educativas participativas são eficazes para promover o uso consciente de medicamentos, fortalecer a autonomia e contribuir para o envelhecimento ativo. A experiência revelou-se replicável em outros contextos e pode subsidiar práticas interdisciplinares na atenção básica à saúde.

Palavras-chaves: Educação em saúde; Idosos; Autocuidado; Polifarmácia; Uso racional de medicamentos.

ABSTRACT

Population aging poses significant challenges to public policies, particularly regarding the rational use of medications and the promotion of self-care among older adults. This study aimed to evaluate the effects of an educational intervention on medication use and self-care practices among elderly participants enrolled at the University of Maturity (UMA), Polo de Almas – TO. This is a quasi-experimental study with a quantitative approach, involving 35 participants and based on pre- and post-test assessments. Three instruments were applied: a socioeconomic questionnaire, the General Medication Adherence Scale (GMAS), and the Self-Care Ability Scale (ASA-A). The intervention consisted of five in-person educational sessions addressing topics such as polypharmacy, medication safety, and the role of the elderly in managing their own treatment. The results indicated a significant improvement in medication adherence and an increase in self-care scores. In addition, participants reported high levels of satisfaction with the educational sessions. It is concluded that participatory educational interventions are effective in promoting the conscious use of medications, strengthening autonomy, and contributing to active aging. The experience proved to be replicable in other contexts and may support interdisciplinary practices in primary healthcare.

Key-words: Health education; Older adults; Self-care; Polypharmacy; Rational use of medicines.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Temas, objetivos e duração das aulas realizadas durante a intervenção educativa.....	28
--	-----------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra.....	31
Figura 2 – Distribuição percentual das respostas no pré e pós-teste da escala de adesão ao uso de medicamentos.....	35
Figura 3 – Distribuição percentual das respostas no pré e pós-teste referentes ao autocuidado.....	36
Figura 4 - Distribuição percentual das respostas sobre compreensão e satisfação com as aulas, antes e depois da intervenção educativa.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA-A – Escala de Capacidade de Autocuidado

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PROGERO – Grupo de Pesquisa Envelhecimento Humano da UMA

SM – Salário-Mínimo

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TREND – Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs

UFT – Universidade Federal do Tocantins

UMA – Universidade da Maturidade

LISTA DE SÍMBOLOS

% – Porcentagem

\geq – Maior ou igual

\leq – Menor ou igual

n – Número de participantes/amostras

\bar{x} – Média aritmética

Δ – Diferença entre valores (variação)

SM – Salário-mínimo (quando usado como unidade de valor)

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
1.1.1.	Delimitação de Escopo.....	15
1.1.2.	Justificativa.....	15
2.	OBJETIVOS	16
2.1.	Objetivo Geral.....	16
2.2.	Objetivos Específicos	17
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1.	Envelhecimento no Brasil e no Estado do Tocantins	17
3.2.	Educação em saúde.....	19
3.3.	Envelhecimento e Autocuidado.....	20
3.4.	Educação em Saúde para Idosos.....	22
3.5.	Polifarmácia e Uso Racional de Medicamentos	23
4.	METODOLOGIA	24
4.1.	Desenho do Estudo	24
4.2.	Amostra e Questões Éticas.....	25
4.3.	Local e Período.....	25
4.4.	Critérios de Inclusão e Exclusão	25
4.5.	Instrumentos e Procedimentos	25
4.5.1.	Questionário Socioeconômico	26
4.5.2.	Questionário de Adesão ao Uso de Medicamentos	26
4.5.3.	Escala de Capacidade de Autocuidado (ASA-A).....	27
4.5.4.	Desenvolvimento e Implementação das Aulas	27
4.6.	Análise Estatística	29
5.	RESULTADOS	30
5.1.	Socioeconômico	30
5.2.	Intervenções	32
5.3.	Escala de Adesão ao Uso de Medicamento	34
5.4.	Escala de Capacidade de autocuidado - ASA-A.....	35
5.5.	Grau de Satisfação e Entendimento das Aulas	36
6.	DISCUSSÃO	38
7.	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICES	43
	Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	43
	ANEXOS.....	44

Anexo 1 – Questionário Socioeconômico	44
Anexo 2 – Questionário de Adesão ao Uso de Medicamentos	45
Anexo 3 – Escala de Capacidade de Autocuidado – ASA-A.....	46
Anexo 4 – Questionário de Avaliação da Intervenção Educativa	48

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico crescente e de grande relevância em escala global. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população mundial com 60 anos ou mais deve atingir aproximadamente 2 bilhões até 2050, representando cerca de 22% do total populacional (OMS, 2024). Esse aumento substancial da população idosa impõe inúmeros desafios aos sistemas de saúde, especialmente no que se refere ao manejo e à administração de medicamentos.

Pessoas idosas, frequentemente acometidas por múltiplas condições crônicas como hipertensão, diabetes e artrite, demandam tratamentos farmacológicos contínuos (Marengoni et al., 2011). Nesse contexto, a polifarmácia, uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos é uma prática comum, embora potencialmente arriscada. Tal prática eleva significativamente as chances de interações medicamentosas, efeitos adversos e falhas na adesão ao tratamento (Maher, Hanlon & Hajjar, 2014). Pesquisas demonstram que a baixa adesão medicamentosa é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em idosos, além de aumentar os custos em saúde (Lehnert et al., 2011).

A compreensão limitada sobre medicamentos, seus efeitos e orientações de uso compromete diretamente a adesão ao tratamento (Elliott & Shinogle, 2013). Barreiras como desconhecimento dos horários corretos, dos efeitos colaterais e das interações medicamentosas ou alimentares são comuns nesse grupo. Tais dificuldades são agravadas por limitações cognitivas ou sensoriais, o que reforça a necessidade de estratégias educativas acessíveis, personalizadas e sensíveis ao contexto dos idosos.

A educação em saúde se apresenta, assim, como uma ferramenta crucial para promover o uso racional de medicamentos. Ao disseminar informações e fomentar habilidades para a tomada de decisões em saúde, ela contribui para o fortalecimento da autonomia, do autocuidado e da segurança no tratamento medicamentoso (Inouye et al., 2007). No caso da população idosa, intervenções educativas eficazes devem contemplar tanto a transmissão de conhecimento técnico quanto a valorização da experiência individual e do diálogo com profissionais de saúde.

Nesse cenário, destacam-se iniciativas como a Universidade da Maturidade (UMA), vinculada à Universidade Federal do Tocantins, polo Palmas, composta

majoritariamente por acadêmicos com mais de 45 anos. A UMA integra dimensões psicossociais, cognitivas e afetivas no processo educativo, promovendo o envelhecimento ativo e a valorização da pessoa idosa.

O projeto se destaca por uma proposta pedagógica inovadora, que transcende os limites da educação formal. Priorizando o desenvolvimento pessoal, a valorização das trajetórias de vida e o fortalecimento dos laços sociais, a UMA estabelece um ambiente propício para ações voltadas à saúde mental, autocuidado e promoção da qualidade de vida.

Segundo Osório e Silva Neto (2021), os idealizadores da UMA, professores Neila Barbosa Osório e Luiz Sinésio Silva Neto fundamentaram o projeto em bases jurídicas e políticas como a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. Consolidada há mais de 17 anos, a iniciativa se estende por 22 polos no Tocantins, Mato Grosso do Sul e Soure (Portugal), sendo reconhecida pelo compromisso com o envelhecimento cidadão, a inclusão social e a educação ao longo da vida.

Pesquisas recentes dos autores destacam que intervenções educativas voltadas ao público idoso devem ser construídas a partir de metodologias sensíveis às realidades físicas, cognitivas e afetivas dessa população (Silva Neto & Osório, 2022). A ausência de estratégias adaptadas compromete o engajamento e a eficácia das ações, tornando essencial a consideração de fatores funcionais, simbólicos e contextuais nas propostas educativas.

Outro aspecto relevante apontado por esses estudos diz respeito à influência das condições socioeconômicas no autocuidado. Em investigações com acadêmicos da UMA, observou-se que, mesmo diante de limitações materiais, o acesso à informação e o suporte educativo contribuíram para o fortalecimento da autonomia e a adoção de práticas saudáveis.

Diante disso, este estudo propõe avaliar o impacto de intervenções educativas em saúde no comportamento de autocuidado, no conhecimento e na adesão medicamentosa de idosos vinculados à Universidade da Maturidade. Espera-se que os resultados subsidiem a ampliação de práticas educativas permanentes e eficazes, promovendo um envelhecimento com mais dignidade, segurança e autonomia.

1.1. Problema de pesquisa

Qual o impacto das intervenções de educação em saúde na adesão a medicamentos e no autocuidado de pessoas idosas?

1.1.1. Delimitação de Escopo

Esta pesquisa concentra-se na análise das estratégias de educação em saúde para o uso consciente e seguro de medicamentos entre pessoas idosas da Universidade da Maturidade (UMA), polo Palmas – TO. Participaram do estudo acadêmicos regularmente matriculados, com idade igual ou superior a 45 anos.

As ações se estruturaram em intervenções educativas voltadas ao uso racional de medicamentos, abordando temas como organização da rotina medicamentosa, riscos da automedicação, adesão terapêutica e interações medicamentosas. Foram utilizados instrumentos validados para mensuração do conhecimento, percepção de risco e práticas de autocuidado antes e após a intervenção.

Adotou-se uma abordagem quantitativa, com análise comparativa entre os dados obtidos nos momentos pré e pós-intervenção. Os indicadores foram analisados à luz de variáveis como idade, escolaridade e autopercepção de saúde.

1.1.2. Justificativa

O processo de envelhecimento da população brasileira tem avançado de forma acelerada, constituindo-se como um dos principais desafios contemporâneos para a formulação de políticas públicas de saúde e para a organização dos serviços assistenciais. A ampliação da expectativa de vida, aliada à elevada prevalência de doenças crônicas entre pessoas idosas, tem implicado no uso contínuo de medicamentos e, consequentemente, no aumento dos riscos associados à polifarmácia, automedicação, adesão terapêutica insatisfatória e eventos adversos. Essas questões, muitas vezes agravadas por limitações cognitivas, sensoriais ou socioeconômicas, reforçam a urgência de estratégias educativas voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.

A Organização Mundial da Saúde reconhece o uso inadequado de medicamentos como um problema de saúde pública global, que afeta de maneira mais intensa as

populações vulneráveis, como os idosos. Diante desse cenário, a educação em saúde apresenta-se como uma estratégia essencial para o empoderamento da pessoa idosa no manejo de seus tratamentos, fortalecendo o autocuidado, a adesão terapêutica e a autonomia no processo de envelhecimento.

A presente pesquisa tem origem em uma trajetória acadêmica marcada pelo interesse contínuo na temática do envelhecimento. Ainda na graduação, esse interesse se manifestou na escolha do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que abordou questões relativas à saúde da pessoa idosa. A partir dessa experiência inicial, consolidou-se um compromisso intelectual e social com a promoção do envelhecimento ativo, que se aprofundou no contexto do mestrado, agora com foco específico nas práticas de educação em saúde relacionadas ao uso de medicamentos. Esse percurso confere coerência, maturidade e envolvimento prático ao desenvolvimento desta investigação.

A escolha da Universidade da Maturidade (UMA), polo de Palmas da Universidade Federal do Tocantins, como campo empírico do estudo, fundamenta-se na relevância institucional do projeto. A UMA constitui um espaço consolidado de formação continuada, inclusão social e valorização da pessoa idosa. Sua proposta pedagógica favorece o protagonismo dos participantes e cria um ambiente propício à construção de práticas educativas contextualizadas, dialógicas e transformadoras.

Dessa forma, esta pesquisa justifica-se não apenas pela atualidade e relevância social do tema, mas também pela aderência entre o objeto investigado, a trajetória do pesquisador e o potencial de impacto prático dos resultados. Ao avaliar os efeitos de intervenções educativas sobre medicamentos no contexto da UMA, espera-se contribuir para o aprimoramento das estratégias de cuidado em saúde voltadas à pessoa idosa, alinhadas às diretrizes da Política Nacional do Idoso e da Política Nacional de Medicamentos, promovendo segurança terapêutica, autonomia e qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Verificar o impacto de intervenções de educação em saúde sobre medicamentos no nível de adesão e no autocuidado de pessoas idosas da Universidade da Maturidade – Polo Palmas/TO.

2.2. Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico das pessoas idosas participantes da Universidade da Maturidade em Palmas – TO;

Avaliar o nível de conhecimento dos participantes sobre seus medicamentos;

Mensurar indicadores de autocuidado relacionados ao uso de medicamentos antes e após a realização de intervenções educativas das pessoas idosas da Universidade da Maturidade – UMA/UFT de Palmas - TO;

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Envelhecimento no Brasil e no Estado do Tocantins

O envelhecimento demográfico é uma característica de grande importância e impacto nas sociedades atuais, também referida como envelhecimento populacional. Esse é caracterizado pelo crescimento do número de idosos em relação aos segmentos mais jovens da população, um processo geralmente impulsionado por uma combinação de fatores, sendo os principais a redução da taxa de natalidade e o prolongamento da expectativa de vida (GOMES, 2014).

O envelhecimento populacional é uma realidade demográfica incontornável e de grande relevância para o planejamento de políticas públicas no Brasil. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população idosa – composta por indivíduos com 60 anos ou mais – está em acelerada expansão, devendo alcançar cerca de 73 milhões de pessoas até 2060, o que corresponderá a aproximadamente 32% da população total do país (IBGE, 2018). Essa transição demográfica decorre da conjugação de dois fenômenos: o aumento da expectativa de vida e a queda das taxas de fecundidade, resultando na inversão da pirâmide etária brasileira (Veras & Oliveira, 2018).

Esse novo cenário impõe desafios significativos para os sistemas de saúde, previdência e assistência social, além de demandar políticas específicas para garantir o envelhecimento ativo, saudável e com dignidade (Camargos & Machado, 2020). O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) e a Política Nacional da Pessoa Idosa (Brasil, 2006) são marcos legais importantes, que reconhecem os direitos dessa população e apontam diretrizes para sua efetivação. Contudo, sua implementação enfrenta entraves operacionais e orçamentários, especialmente em contextos regionais de maior vulnerabilidade (Noronha & Andrade, 2022).

No Estado do Tocantins, o processo de envelhecimento populacional também é evidente, embora apresente características próprias. Segundo dados do IBGE (2022), o número de pessoas idosas no estado cresceu mais de 50% na última década, superando a média nacional de crescimento. Municípios como Palmas, Araguaína e Gurupi concentram a maior parte dessa população, mas observa-se um crescimento expressivo também em municípios de menor porte, o que acarreta novas demandas aos serviços públicos locais (Silva Neto, 2021).

O Tocantins, enquanto estado jovem da federação, com baixo índice de urbanização em muitos municípios e com amplas desigualdades socioeconômicas, encontra-se diante do desafio de estruturar políticas públicas voltadas ao envelhecimento que considerem suas especificidades territoriais (Lima-Costa et al., 2019). A carência de serviços especializados em geriatria, a escassez de profissionais capacitados em gerontologia e as limitações das redes de atenção à saúde são obstáculos ainda presentes (Rocha et al., 2020).

Entretanto, experiências relevantes têm sido desenvolvidas no estado, como a atuação da Universidade da Maturidade (UMA) da Universidade Federal do Tocantins, que desde 2006 promove a formação e inclusão da pessoa idosa em espaços educativos, culturais e sociais (Silva Neto, 2019). A UMA representa uma importante estratégia de valorização do envelhecimento ativo e do protagonismo dos idosos, por meio de práticas educativas intergeracionais, oficinas temáticas e ações de extensão com enfoque no autocuidado e na cidadania. Essa iniciativa contribui não apenas para a melhoria da qualidade de vida da população idosa, mas também para a formação de redes de apoio e para a disseminação de uma cultura de respeito ao envelhecimento (Santos & Almeida, 2022).

Dessa forma, compreender o envelhecimento no Brasil e, em particular, no Tocantins, exige uma análise contextualizada, que considere as desigualdades regionais, os limites institucionais e as potencialidades locais, de modo a subsidiar a formulação de estratégias efetivas de promoção da saúde e educação voltadas à população idosa (Camargo & Mello, 2021).

3.2. Educação em saúde

A educação em saúde constitui um campo estratégico para o fortalecimento das políticas públicas, com vistas à promoção da saúde, à prevenção de doenças e à ampliação da autonomia dos sujeitos no cuidado de si (Chiesa et al., 2009). Essa perspectiva ultrapassa a noção de mera transmissão de informações e insere-se em uma concepção crítica e participativa da educação, fundamentada no diálogo, na escuta qualificada e na valorização das experiências e saberes dos indivíduos (Deslandes, 2016).

A promoção da saúde, conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde, é compreendida como um conjunto de ações educativas que favorecem a inclusão social, o exercício da cidadania e a construção de ambientes saudáveis (Brasil, 2014). Essa concepção está presente na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que propõe ações articuladas de educação e cuidado, estimulando o protagonismo dos sujeitos na produção da saúde (Figueiredo et al., 2022).

A educação em saúde deve considerar os determinantes sociais do processo saúde-doença e buscar o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas para lidar com os desafios cotidianos, especialmente em contextos de vulnerabilidade (Buss & Pellegrini Filho, 2007). Nesse processo, é essencial romper com modelos verticais e unidirecionais, promovendo práticas horizontais, dialógicas e culturalmente sensíveis (Deslandes, 2016). As ações educativas devem ser construídas coletivamente, levando em conta o contexto de vida dos sujeitos e suas formas de compreensão sobre saúde, adoecimento e cuidado (Chiesa et al., 2009).

Um dos aspectos centrais para a efetividade dessas ações é o letramento em saúde, entendido como a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde para tomar decisões que promovam e mantenham sua qualidade de vida (Nutbeam, 2008). Níveis reduzidos de letramento estão associados a piores

desfechos clínicos, menor adesão aos tratamentos e aumento da demanda por serviços de urgência e hospitalização (Sørensen et al., 2015). Portanto, estratégias inclusivas e acessíveis, que dialoguem com os diferentes níveis de compreensão e capacidades cognitivas, são indispensáveis (Batterham et al., 2016).

Nesse sentido, práticas educativas eficazes devem valorizar o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando a corresponsabilidade, a construção conjunta do cuidado e o fortalecimento da autonomia (Franco et al., 2018). O processo educativo, nesse contexto, não se limita ao ensino de normas ou condutas, mas busca promover uma reflexão crítica sobre a realidade vivida e favorecer a construção de soluções partilhadas (Figueiredo et al., 2022).

Ao articular-se a um projeto pedagógico emancipador, a educação em saúde deve fomentar ambientes de aprendizagem que promovam a equidade, o reconhecimento das diversidades e o exercício pleno da cidadania (Ceccim & Ferla, 2008). Isso implica o compromisso ético e político dos profissionais de saúde com práticas reflexivas e transformadoras, voltadas à melhoria das condições de vida da população (Franco et al., 2018).

No contexto do envelhecimento populacional, a educação em saúde adquire papel ainda mais relevante, pois contribui para a promoção do autocuidado, o fortalecimento das redes de apoio e a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas (Veras, 2020). Tais aspectos serão aprofundados nos tópicos subsequentes desta dissertação.

3.3. Envelhecimento e Autocuidado

O envelhecimento humano é um fenômeno complexo, progressivo e multifatorial, caracterizado por alterações fisiológicas, funcionais e sociais que se acumulam ao longo do tempo. Longe de ser um processo homogêneo, o envelhecer se expressa de forma diversa nos indivíduos, impactado por determinantes sociais, estilos de vida, acesso à saúde, educação, renda, moradia e rede de apoio (Kalache & Gatti, 2002). O aumento expressivo da população idosa em países em desenvolvimento, como o Brasil, reforça a necessidade de compreender o envelhecimento não apenas como um processo biológico, mas como um fenômeno social e político.

Dados da Organização Mundial da Saúde (2021) indicam que, até 2050, mais de dois bilhões de pessoas terão 60 anos ou mais, sendo que 80% delas viverão em países de

baixa e média renda. No Brasil, as projeções do IBGE apontam que, em 2060, cerca de 25,5% da população terá mais de 65 anos (IBGE, 2021). Esse novo perfil etário apresenta desafios consideráveis para o sistema de saúde e para a organização da vida social, exigindo políticas públicas que garantam não apenas o acesso a cuidados, mas também a promoção da autonomia e da qualidade de vida dos idosos.

Nesse contexto, o autocuidado desponta como uma estratégia essencial para o envelhecimento ativo e saudável. Trata-se da capacidade dos indivíduos de tomarem decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar, adotando práticas que previnam doenças, promovam a vitalidade e mantenham a independência funcional (Barros et al., 2018). A Organização Pan-Americana da Saúde (2020) ressalta que o autocuidado envolve ações cotidianas, como a administração correta de medicamentos, alimentação saudável, prática de atividades físicas, acompanhamento de sinais e sintomas, além da busca por serviços de saúde quando necessário.

O autocuidado, entretanto, não deve ser compreendido como responsabilidade exclusiva do indivíduo, mas sim como resultado de um contexto favorável que inclui acesso à informação, suporte familiar e comunitário, acolhimento nos serviços de saúde e ambientes que favoreçam a mobilidade e a convivência social. Nessa perspectiva, políticas públicas orientadas por princípios de equidade e justiça social são fundamentais para garantir condições que permitam às pessoas idosas exercerem o autocuidado de forma plena (Veras & Oliveira, 2018).

Ao se considerar o idoso como sujeito ativo e portador de saberes, o autocuidado também assume uma dimensão subjetiva e relacional. O fortalecimento da autoestima, a valorização das experiências acumuladas ao longo da vida e a construção de vínculos significativos com a comunidade são elementos que potencializam o cuidado de si e favorecem uma velhice mais autônoma e participativa (Ayres, 2009; Nakamura & Martins, 2020).

Além disso, iniciativas educativas contínuas e culturalmente sensíveis, voltadas para o letramento em saúde da população idosa, tornam-se instrumentos valiosos para o fortalecimento do autocuidado. Tais iniciativas devem dialogar com a realidade dos idosos, respeitar suas especificidades cognitivas e emocionais e valorizar o protagonismo na tomada de decisões sobre sua própria vida (Silva Neto, 2021).

Portanto, reconhecer o envelhecimento como uma etapa da vida que requer políticas afirmativas, espaços de escuta e estratégias educativas que promovam o autocuidado é um passo fundamental para a construção de uma sociedade inclusiva e comprometida com a dignidade humana em todas as fases da vida.

3.4. Educação em Saúde para Idosos

A educação em saúde voltada à população idosa representa uma estratégia essencial para a promoção do envelhecimento ativo, a valorização da autonomia e a prevenção de agravos à saúde. Considerando as transformações biopsicossociais que acompanham o processo de envelhecimento, torna-se imprescindível adotar práticas educativas que respeitem a singularidade dos idosos e dialoguem com suas experiências de vida, saberes acumulados e necessidades cotidianas (Veras, 2020; Figueiredo et al., 2022).

Essa abordagem pressupõe a superação de modelos tradicionais centrados na transmissão vertical de informações e propõe práticas pedagógicas baseadas na escuta ativa, no respeito às diferenças e na construção coletiva do conhecimento. A educação em saúde para idosos deve, portanto, assumir uma postura inclusiva, interativa e transformadora, que estimule o protagonismo do sujeito idoso no cuidado de si e no exercício da cidadania (Deslandes, 2016; Franco et al., 2018).

Entre os temas frequentemente abordados nas ações de educação em saúde com idosos destacam-se o uso racional de medicamentos, alimentação saudável, prevenção de quedas, autocuidado com doenças crônicas, saúde mental, práticas corporais e fortalecimento dos vínculos sociais. Tais conteúdos devem ser trabalhados por meio de metodologias ativas, lúdicas e acessíveis, respeitando as capacidades cognitivas e sensoriais dos participantes (Batterham et al., 2016; Chiesa et al., 2009).

É importante ressaltar que o êxito das ações educativas depende não apenas dos conteúdos e métodos utilizados, mas também do contexto em que elas ocorrem. Ambientes acolhedores, relações horizontais entre profissionais e idosos, e a valorização das narrativas de vida são fatores que ampliam a efetividade dos processos formativos e promovem a adesão às práticas de autocuidado (Ayres, 2009; Nakamura & Martins, 2020).

Além disso, é fundamental que as ações de educação em saúde estejam integradas às redes de atenção à saúde, articulando-se com equipes da atenção básica e com os serviços especializados. A intersetorialidade e o trabalho em equipe são elementos-chave para que as ações educativas extrapolem o espaço das atividades pontuais e passem a compor uma estratégia contínua de cuidado (Ceccim & Ferla, 2008; Veras & Oliveira, 2018).

Para além da transmissão de informações, a educação em saúde para idosos deve valorizar a construção de vínculos sociais e afetivos, que favoreçam a participação ativa nos espaços comunitários e o fortalecimento do senso de pertencimento. A criação de grupos educativos e redes de apoio, especialmente no território da atenção básica, contribui para o empoderamento da pessoa idosa e para o desenvolvimento de práticas de autocuidado sustentadas pela convivência solidária e pelo reconhecimento mútuo (Souza et al., 2021; Lima & Rocha, 2020).

Portanto, a educação em saúde para idosos deve ser compreendida como uma política de cuidado permanente, pautada na escuta, na valorização da diversidade e na promoção da autonomia. Trata-se de reconhecer os idosos como sujeitos plenos de direitos, capazes de aprender, ensinar e transformar suas realidades por meio do conhecimento e da solidariedade.

3.5. Polifarmácia e Uso Racional de Medicamentos

A polifarmácia é definida como o uso concomitante de múltiplos medicamentos, geralmente cinco ou mais, e tem se tornado um fenômeno comum entre pessoas idosas, sobretudo em decorrência do aumento da longevidade e da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis nessa faixa etária (Secoli, 2010). Embora, em muitos casos, a polifarmácia seja necessária para o controle clínico, ela pode trazer importantes riscos à saúde, como reações adversas, interações medicamentosas, aumento da morbidade e redução da adesão ao tratamento (Silva et al., 2023).

Estudos realizados no Tocantins, especialmente no município de Gurupi, identificaram alta prevalência de polifarmácia entre idosos, associada à ausência de acompanhamento farmacêutico sistemático e ao uso de medicamentos sem prescrição médica (Costa et al., 2023). Além disso, observou-se que grande parte dos idosos

desconhece os nomes, finalidades e efeitos dos medicamentos que utiliza, o que eleva o risco de intoxicações e uso inadequado (Silva Neto, 2021).

Nesse contexto, a educação em saúde aparece como uma estratégia fundamental para o enfrentamento da polifarmácia e para a promoção do uso racional de medicamentos. A Organização Mundial da Saúde (2020) recomenda ações educativas contínuas, voltadas à orientação sobre a administração correta, os horários, os efeitos adversos e a importância de seguir as prescrições médicas. Essas ações devem ser interdisciplinares e integradas à atenção básica, envolvendo médicos, enfermeiros e farmacêuticos, com foco no protagonismo da pessoa idosa.

A atenção farmacêutica, que compreende o acompanhamento sistemático do uso de medicamentos com vistas à segurança terapêutica, é apontada como uma das estratégias mais eficazes na prevenção de danos relacionados à polifarmácia (Figueiras et al., 2019). Programas que aliam a atenção farmacêutica a atividades educativas mostraram-se eficientes na melhoria da adesão terapêutica e na redução de eventos adversos (Silva et al., 2022).

Portanto, promover o uso racional de medicamentos entre idosos exige ações educativas contínuas, centradas no sujeito, com linguagem acessível e práticas que valorizem o saber popular, o diálogo e a construção coletiva do cuidado.

Diante desse cenário, a presente pesquisa busca contribuir com a construção de estratégias educativas voltadas à população idosa, com foco no autocuidado e no uso racional de medicamentos. A articulação entre envelhecimento, educação em saúde e práticas de cuidado constitui uma dimensão essencial para o fortalecimento das políticas públicas e para a promoção da qualidade de vida na velhice.

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa quase-experimental, de abordagem quantitativa, com intervenção previamente estabelecida e sem randomização, estruturada por meio da aplicação de pré e pós-teste. Conforme Gil (2021), delineamentos quase-experimentais envolvem a manipulação da variável independente, embora não assegurem,

necessariamente, o controle total sobre os estímulos ou a alocação aleatória dos participantes nos grupos de comparação.

4.2. Amostra e Questões Éticas

A amostra foi composta por 35 participantes, selecionados por conveniência entre os acadêmicos da Universidade da Maturidade (UMA), Polo Palmas – TO. A escolha desse público se justifica pelo fato de a UMA admitir pessoas com idade igual ou superior a 45 anos, o que amplia a compreensão sobre práticas de autocuidado em uma faixa etária que representa o início do processo de envelhecimento e o público-alvo institucional da Universidade.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, sob o CAAE nº 02128818.8.0000.5519 e parecer nº 3.198.948.

4.3. Local e Período

A pesquisa foi realizada no polo da UMA/UFT de Palmas – TO. A coleta de dados referente ao pré-teste ocorreu no início de agosto de 2024 e de pós-teste no início de maio de 2025. A amostra foi composta por 35 acadêmicos regularmente matriculados na Universidade da Maturidade (UMA), Polo Palmas – TO, selecionados por conveniência.

4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas pessoas com 45 anos ou mais, de ambos os sexos, regularmente matriculadas na UMA de Palmas. Foram excluídas pessoas que faltaram a três ou mais intervenções educativas ou que não responderam ao questionário do pré-teste.

4.5. Instrumentos e Procedimentos

Foram utilizados três instrumentos validados:

- Questionário Socioeconômico – para caracterização da amostra.

- Escala de Adesão ao Uso de Medicamentos (GMAS) – composta por 11 itens, abrangendo comportamento, comorbidades e limitações financeiras, pontuados de 0 a 33.
- Escala de Capacidade de Autocuidado (ASA-A) – composta por 24 itens, com pontuação de 24 a 120, em que valores mais altos indicam maior capacidade de autocuidado.

A intervenção educativa consistiu em cinco encontros presenciais de 1 hora, abordando temas sobre polifarmácia, interações medicamentosas, segurança no uso e armazenamento, protagonismo do idoso e uma oficina prática sobre medicamentos. As atividades seguiram metodologia dialógica, fundamentada em princípios da educação emancipadora de Paulo Freire, estimulando o protagonismo, a escuta e a construção coletiva do conhecimento.

4.5.1. Questionário Socioeconômico

O questionário apresentado no Anexo I foi elaborado para avaliar variáveis sociodemográficas, como idade, gênero, ocupação, escolaridade, renda pessoal e familiar, estado civil e composição do domicílio.

4.5.2. Questionário de Adesão ao Uso de Medicamentos

Para avaliar a adesão medicamentosa entre os participantes da pesquisa, foi adotada a General Medication Adherence Scale (GMAS), apresentada no Anexo II, um instrumento padronizado... e validado internacionalmente, desenvolvido por Naqvi e colaboradores (2018).

A escala é composta por 11 itens distribuídos em três domínios específicos: adesão relacionada ao comportamento do paciente (itens 1 a 5), adesão impactada por comorbidades e sobrecarga de medicamentos (itens 6 a 9) e adesão afetada por limitações financeiras (itens 10 e 11). Cada item é avaliado por meio de uma escala de resposta do tipo Likert com quatro opções: “nunca” (0), “às vezes” (1), “na maioria das vezes” (2) e “sempre” (3), resultando em uma pontuação total que varia de 0 a 33 pontos. A interpretação dos escores é categorizada da seguinte forma: 30 a 33 pontos indicam alta

adesão; 27 a 29 pontos, boa adesão; 17 a 26 pontos, adesão parcial; 11 a 16 pontos, baixa adesão; e 0 a 10 pontos, má adesão.

Sua concepção permite a identificação de múltiplas dimensões da não adesão, abrangendo tanto aspectos intencionais quanto não intencionais.

Na presente pesquisa, o instrumento foi aplicado em dois momentos distintos: antes (pré-teste) e após (pós-teste) a intervenção educativa, possibilitando a mensuração do impacto da estratégia pedagógica na adesão ao uso de medicamentos. Os dados obtidos com a aplicação da escala contribuíram para uma análise robusta do comportamento dos participantes frente à terapêutica medicamentosa, sendo fundamentais para a avaliação da efetividade da intervenção proposta.

4.5.3. Escala de Capacidade de Autocuidado (ASA-A)

A avaliação das capacidades de autocuidado dos participantes foi realizada por meio da Escala de Capacidade de Autocuidado – ASA-A (Anexo VI), instrumento validado e amplamente utilizado em diversos contextos da prática em saúde. A escala é composta por 24 itens, respondidos em uma escala do tipo Likert com cinco alternativas: “discordo totalmente” (1 ponto), “discordo” (2 pontos), “nem concordo nem discordo” (3 pontos), “concordo” (4 pontos) e “concordo totalmente” (5 pontos). A pontuação total varia de 24 a 120 pontos, sendo que valores mais altos indicam maior competência para o autocuidado, enquanto pontuações mais baixas refletem maior limitação nesse aspecto (Da Silva; Rodrigues, 2017).

A ASA-A é aplicada em adultos, independentemente de seu estado de saúde, permitindo a identificação de aspectos relacionados ao desenvolvimento, à operacionalização e à adequação de práticas de autocuidado, incluindo possíveis deficiências decorrentes de enfermidades ou desequilíbrios na saúde. A partir do escore final, é possível classificar o nível de autocuidado do indivíduo em seis categorias: péssimo (24–40), ruim (41–56), regular (57–72), bom (73–88), muito bom (89–103) e ótimo (104–120), conforme os critérios propostos pelos autores da escala.

4.5.4. Desenvolvimento e Implementação das Aulas

As intervenções foram conduzidas por meio de aulas educativas presenciais, com abordagem participativa. No encontro inicial, foi seguido um cronograma com cinco

encontros temáticos, organizados de forma sequencial e progressiva. Os temas abordados foram: polifarmácia e o uso racional de medicamentos, interações medicamentosas e efeitos adversos, segurança no uso e armazenamento de medicamentos, o idoso como protagonista do seu tratamento e oficina de cuidados com medicamentos: colocando em prática.

Durante o segundo encontro, foram retomadas as orientações sobre os objetivos da pesquisa e o caráter sigiloso das informações, reforçando os direitos garantidos aos participantes. Após os devidos esclarecimentos, todos os idosos manifestaram concordância com a participação voluntária no estudo por meio da assinatura do referido termo, evidenciando a compreensão plena das condições envolvidas.

No terceiro encontro, foram aplicados os instrumentos de coleta de dados referentes ao pré-teste, contemplando os seguintes formulários: questionário socioeconômico, questionário de adesão ao uso de medicamentos e Escala de Capacidade de Autocuidado (ASA-A). A aplicação seguiu os procedimentos descritos na seção de resultados deste trabalho, com o intuito de obter uma linha de base para posterior comparação com os dados do pós-teste.

Finalizada a etapa diagnóstica, iniciaram-se as intervenções educativas, compostas pelas cinco aulas temáticas, que serão descritas em detalhe na subseção a seguir.

Tabela 1 - Temas, objetivos e duração das aulas realizadas durante a intervenção educativa

Aula	Tema	Objetivo	Duração
Aula 1	Polifarmácia e o uso racional de medicamentos	Exposição dialogada sobre o conceito de polifarmácia, seus riscos e o uso adequado de múltiplos medicamentos.	1 hora
Aula 2	Interações medicamentosas e efeitos adversos	Discussão sobre exemplos práticos de interações medicamentosas, efeitos adversos e estratégias de prevenção.	1 hora

Aula 3	Segurança no uso e armazenamento de medicamentos	Orientações sobre práticas seguras de uso e armazenamento de medicamentos no ambiente domiciliar.	1 hora
Aula 4	O idoso como protagonista do seu tratamento	Reflexão sobre o papel ativo do idoso na condução do próprio tratamento e a importância da autonomia.	1 hora
Aula 5	Oficina de cuidados com medicamentos: colocando em prática	Dinâmica prática para organização de medicamentos, leitura de rótulos e planejamento do uso correto.	1 hora

Fonte: Autora

Concluídas as ações educativas, procedeu-se à aplicação dos instrumentos de pós-teste, com o objetivo de avaliar os efeitos da intervenção sobre os participantes. Foram utilizados, para esse fim, o questionário de Adesão ao Uso de Medicamentos e a Escala de Capacidade de Autocuidado (ASA-A), esta última voltada especificamente para a mensuração da capacidade de autocuidado.

Durante a execução da intervenção, identificaram-se algumas barreiras, principalmente relacionadas à dificuldade de compreensão de determinados conteúdos por participantes com limitações visuais. Essa condição exigiu atenção redobrada da pesquisadora durante a mediação das atividades, sendo necessárias adaptações nos instrumentos utilizados, de modo a favorecer a visualização e a compreensão pelos idosos afetados.

4.6. Análise Estatística

Os dados foram analisados no software JAMOVI, com teste t pareado para comparação das médias entre pré e pós-teste (nível de significância de 5%, $p < 0,05$). Foram calculadas médias, desvios-padrão e variações percentuais para as escalas GMAS e ASA-A.

4.7. Controle de Vieses e Limitações

Para minimizar viés de memória e desejabilidade social, os questionários foram aplicados de forma supervisionada, assegurando anonimato e liberdade de resposta. Reconhece-se, entretanto, a limitação do delineamento não randomizado e da ausência de grupo controle, o que restringe a generalização dos achados.

5. RESULTADOS

5.1. Socioeconômico

A amostra final foi composta por 35 participantes, majoritariamente mulheres (74,3%), com idade entre 45 e 80 anos, predominando a faixa de 65 a 74 anos (57,1%). A maioria possuía ensino médio completo (62,9%) e renda mensal de até um salário mínimo (54,3%).

Quanto à escolaridade, prevaleceu o ensino médio ($n = 22$; 62,9%), seguido por 5^a a 8^a série ($n = 6$; 17,1%) e 1^a a 4^a série ($n = 4$; 11,4%). Proporções menores referiram escolaridade de nível superior ($n = 2$; 5,7%) e especialização ($n = 1$; 2,9%).

No que se refere à renda mensal, a maioria declarou receber até um salário mínimo ($n = 19$; 54,3%); $n = 6$ (17,1%) informaram de um a dois salários mínimos; $n = 9$ (25,7%) relataram mais de dois salários mínimos; e $n = 1$ (2,9%) indicou ausência de renda.

A maioria dos participantes concentrava-se nas faixas etárias de 65 a 74 anos, com destaque para o grupo de 70–74 anos ($n = 11$; 31,4%) e 65–69 anos ($n = 9$; 25,7%), com menores frequências nas faixas de 75–79 ($n = 7$; 20,0%), 60–64 ($n = 5$; 14,3%), 55–59 ($n = 2$; 5,7%) e 80 anos ou mais ($n = 1$; 2,9%).

Esses dados caracterizam uma amostra predominantemente feminina, com escolaridade centrada no ensino médio, predominância de rendimentos de até um salário mínimo e maior concentração etária entre 65 e 74 anos.

Figura 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra

Faixa Etária	Contagens	% do Total	% acumulada
55–59	2	5.7 %	5.7 %
60–64	5	14.3 %	20.0 %
65–69	9	25.7 %	45.7 %
70–74	11	31.4 %	77.1 %
75–79	7	20.0 %	97.1 %
80+	1	2.9 %	100.0 %

Escolaridade	Contagens	% do Total	% acumulada
1^a a 4^a série	4	11.4 %	11.4 %
5^a a 8^a série	6	17.1 %	28.6 %
Ensino Médio	22	62.9 %	91.4 %
Ensino Superior	2	5.7 %	97.1 %
Especialização	1	2.9 %	100.0 %

Renda	Contagens	% do Total	% acumulada
Até 1 salário mínimo	19	54.3 %	54.3 %
De 1 a 2 salários mínimos	6	17.1 %	71.4 %
Mais que 2 salários mínimos	9	25.7 %	97.1 %
Sem renda	1	2.9 %	100.0 %

Sexo	Contagens	% do Total	% acumulada
Feminino	26	74.3 %	74.3 %
Masculino	9	25.7 %	100.0 %

Fonte: Dados da pesquisa, elaborados no software JAMOVI

5.2. Intervenções

As intervenções educativas foram desenvolvidas ao longo de cinco encontros presenciais, com duração aproximada de uma hora por encontro, organizadas de forma sequencial e progressiva, com o objetivo de promover o uso seguro, consciente e racional de medicamentos entre pessoas idosas. A estruturação dos encontros baseou-se em pressupostos da Educação em Saúde, com metodologias ativas, dialógicas e centradas no sujeito, conforme propõe Paulo Freire, estimulando a construção coletiva do conhecimento e o protagonismo dos participantes no cuidado com a própria saúde. O conteúdo de cada aula foi previamente planejado com base em evidências científicas, considerando as demandas específicas do público-alvo e os principais desafios enfrentados pela população idosa no manejo da farmacoterapia.

O primeiro encontro teve como tema central a “Polifarmácia e o uso racional de medicamentos”. Foi conduzido por meio de uma exposição dialogada que abordou o conceito de polifarmácia, definida como o uso simultâneo de múltiplos medicamentos e seus potenciais riscos, como reações adversas, interações medicamentosas e queda da adesão ao tratamento. Discutiu-se ainda a importância da avaliação contínua da prescrição médica e da utilização adequada dos fármacos, de forma a evitar práticas de automedicação e uso desnecessário de substâncias. Os participantes foram incentivados a relatar suas experiências com o uso de medicamentos, o que enriqueceu o debate e favoreceu a aproximação entre teoria e prática.

No segundo encontro, aprofundaram-se os conhecimentos sobre “Interações medicamentosas e efeitos adversos”, com ênfase em exemplos práticos extraídos do cotidiano dos próprios idosos. A atividade visou esclarecer os principais mecanismos de interação entre medicamentos, entre medicamentos e alimentos, e entre medicamentos e fitoterápicos, destacando os riscos associados ao uso concomitante de diferentes substâncias. Além disso, foram discutidas estratégias para identificação precoce de efeitos adversos e orientações sobre como proceder em situações de reações indesejadas, reforçando a importância da comunicação com profissionais de saúde e do acompanhamento contínuo do tratamento medicamentoso.

O terceiro encontro abordou a temática da “Segurança no uso e armazenamento de medicamentos”, trazendo à tona aspectos fundamentais sobre a conservação adequada dos produtos, leitura e interpretação de rótulos e bulas, descarte correto de medicamentos

vencidos ou em desuso, e prevenção de intoxicações e acidentes domésticos. A atividade assumiu caráter educativo e preventivo, com demonstrações práticas e orientações sobre como organizar os medicamentos no ambiente domiciliar, levando em conta fatores como luminosidade, temperatura e acessibilidade. Destacou-se também a importância da rotulagem adequada e da separação de medicamentos de uso contínuo e eventual, visando garantir maior controle sobre a farmacoterapia.

Já o quarto encontro foi centrado na valorização da autonomia e do papel ativo da pessoa idosa em seu tratamento, com o tema “O idoso como protagonista do seu tratamento”. A atividade propôs uma reflexão sobre o empoderamento do idoso na tomada de decisões relacionadas à sua saúde, promovendo a compreensão do tratamento como um processo compartilhado entre o paciente, a família e os profissionais de saúde. Foram discutidas estratégias para o fortalecimento da autoconfiança, da responsabilização e da autogestão, além de dinâmicas que estimularam a verbalização de dificuldades enfrentadas no cotidiano com o uso de medicamentos. Essa abordagem permitiu romper com a lógica passiva e paternalista ainda presente em muitos serviços de saúde, promovendo uma perspectiva mais humanizada e centrada na pessoa.

Por fim, o quinto encontro foi estruturado como uma “Oficina de cuidados com medicamentos: colocando em prática”, com foco na aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo dos encontros anteriores. A dinâmica envolveu atividades práticas de organização de medicamentos, identificação e leitura de rótulos, elaboração de um planejamento de horários de administração dos fármacos e discussão de situações-problema. Essa oficina buscou consolidar os saberes construídos, estimular a autonomia dos participantes no manejo da farmacoterapia e reforçar a importância de hábitos seguros e conscientes. Além disso, promoveu o intercâmbio de experiências entre os participantes, fortalecendo os vínculos grupais e o aprendizado coletivo.

A metodologia adotada nos cinco encontros priorizou a escuta ativa, a valorização dos saberes populares e a construção dialógica do conhecimento, permitindo que os idosos se reconhecessem como sujeitos ativos no processo de cuidado. As atividades foram conduzidas de forma acessível, respeitando o ritmo e as limitações dos participantes, e buscaram integrar teoria e prática, favorecendo a internalização dos conteúdos abordados. Dessa forma, as intervenções educativas mostraram-se estratégias eficazes para promover o uso racional de medicamentos, fortalecer a autonomia dos

idosos e prevenir agravos relacionados à polifarmácia e à utilização inadequada de fármacos.

5.3. Escala de Adesão ao Uso de Medicamento

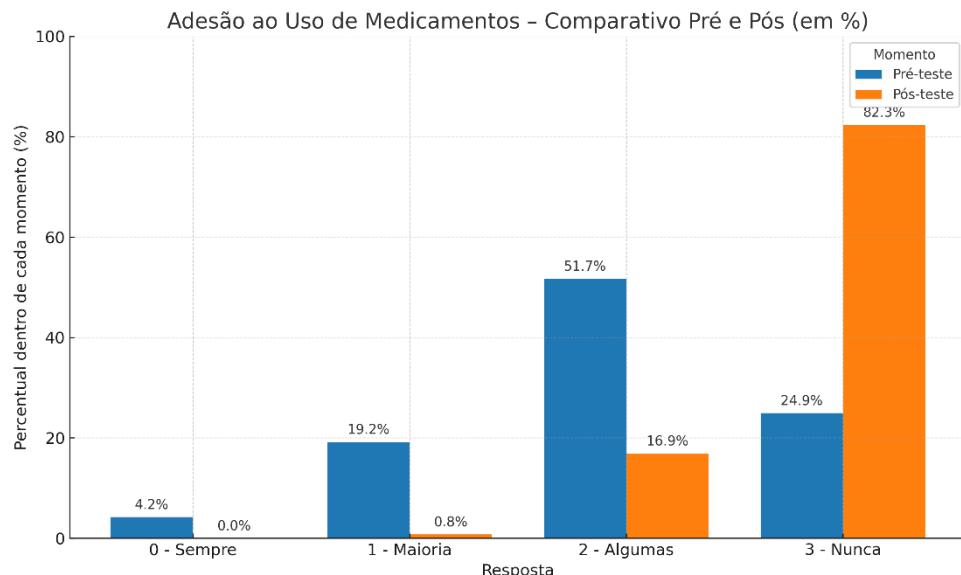
A aplicação da Escala de Adesão ao Uso de Medicamento antes e depois das intervenções revela uma melhora significativa na adesão ao uso de medicamentos após a intervenção educativa. Antes das intervenções revelou um cenário preocupante, indicando baixa adesão ao uso de medicamentos. No pré-teste, a maioria dos participantes aderia ao tratamento apenas “algumas vezes” (51,7%) ou apresentava comportamentos de não adesão (24,9%), com média dos escores da GMAS de $25,8 \pm 4,2$.

Após a realização das atividades, houve uma mudança expressiva nesse panorama: 82,3% dos participantes passaram a marcar a opção “nunca” em relação a práticas de uso inadequado, refletindo uma alteração significativa no padrão comportamental, com média dos escores da GMAS de $29,7 \pm 3,1$.

Esses resultados reforçam a eficácia das ações educativas como estratégia central na promoção do uso racional de medicamentos. Estudos apontam que intervenções baseadas em educação em saúde são capazes de melhorar significativamente a adesão medicamentosa, sobretudo quando abordam não apenas o conhecimento técnico, mas também os aspectos comportamentais e atitudinais dos usuários (Santos et al., 2019; Sabaté, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a baixa adesão ao tratamento é um problema multifatorial, sendo a educação do paciente um dos pilares para o enfrentamento dessa questão. Nesse contexto, o processo formativo adotado, ao integrar informação, reflexão crítica e práticas aplicáveis ao cotidiano, demonstrou ser uma ferramenta eficaz para promover atitudes mais conscientes, seguras e comprometidas com o autocuidado e o tratamento farmacológico.

Figura 2 – Distribuição percentual das respostas no pré e pós-teste da escala de adesão ao uso de medicamentos



Fonte: Dados da pesquisa, elaborados no software JAMOVI

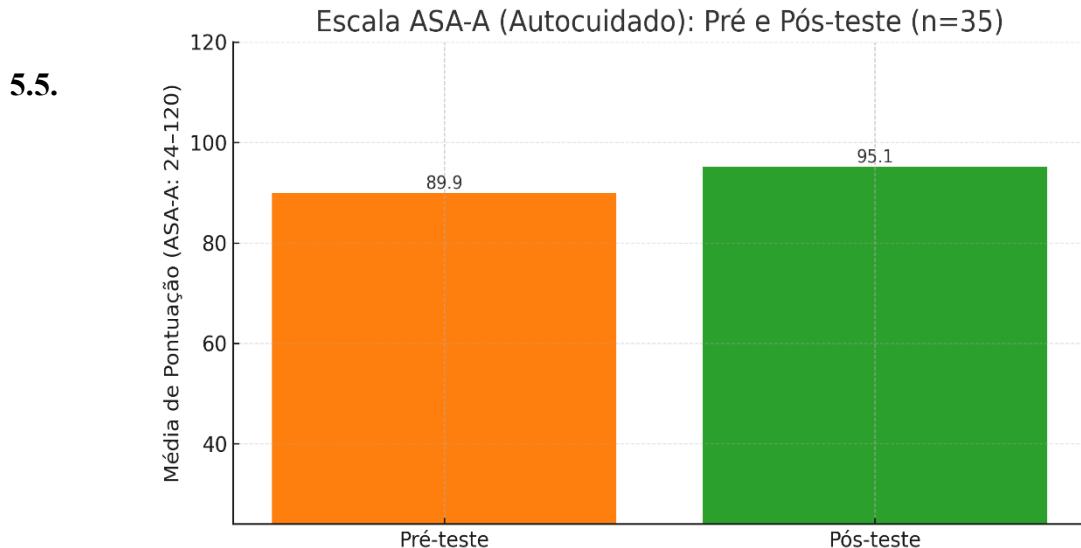
5.4. Escala de Capacidade de autocuidado - ASA-A

A Escala ASA-A (Capacidade de Autocuidado) evidenciou ganho consistente no comportamento de autocuidado dos participantes. No pré-teste, a média foi de 89,9 pontos (em uma faixa de 24–120), indicando que o grupo já apresentava bom nível basal de práticas de autocuidado. No pós-teste, a média elevou-se para 95,1 pontos, resultando em um incremento de +5,2 pontos. Embora o grupo já partisse de um patamar elevado, essa variação positiva sugere consolidação de práticas relacionadas à gestão do tratamento medicamentoso, monitoramento da saúde, busca de informações qualificadas e adoção de estratégias para adesão terapêutica.

A melhoria observada é coerente com a metodologia educativa adotada: encontros temáticos, atividades expositivo-dialogadas, rodas de conversa e oficina prática com retomada de informações pelos participantes (estratégia teach-back), recursos reconhecidos por favorecerem a autonomia e o autocuidado em populações idosas (OREM, 2001; BATISTA; NÓBREGA; CUNHA, 2020). Em termos de implicação prática, os achados reforçam que programas permanentes de educação em saúde voltados ao uso seguro de medicamentos contribuem para um envelhecimento mais ativo, autônomo e saudável, em consonância com as diretrizes da OMS (2015).

Figura 3 – Distribuição percentual das respostas no pré e pós-teste referentes ao autocuidado

Fonte: Dados da pesquisa, elaborados no software JAMOVI



Grau de Satisfação e Entendimento das Aulas

A análise do grau de satisfação e entendimento das aulas foi realizada a partir de um questionário aplicado ao término da intervenção, com o objetivo de avaliar a percepção dos participantes sobre o conteúdo ofertado, a metodologia empregada e a aplicabilidade prática das atividades. Os resultados obtidos, apresentados no gráfico abaixo, evidenciam um cenário amplamente positivo.

Com relação ao entendimento dos conteúdos, observou-se que 43% dos participantes classificaram sua experiência como “muito satisfatória”, enquanto outros 38% relataram estar “satisfeitos”. Esses dados indicam que mais de 80% dos participantes avaliaram positivamente sua compreensão dos temas trabalhados. Esse achado é especialmente relevante, pois reforça a eficácia da abordagem pedagógica adotada, que priorizou uma linguagem acessível, o uso de exemplos do cotidiano e a promoção da autonomia dos indivíduos na gestão do próprio cuidado.

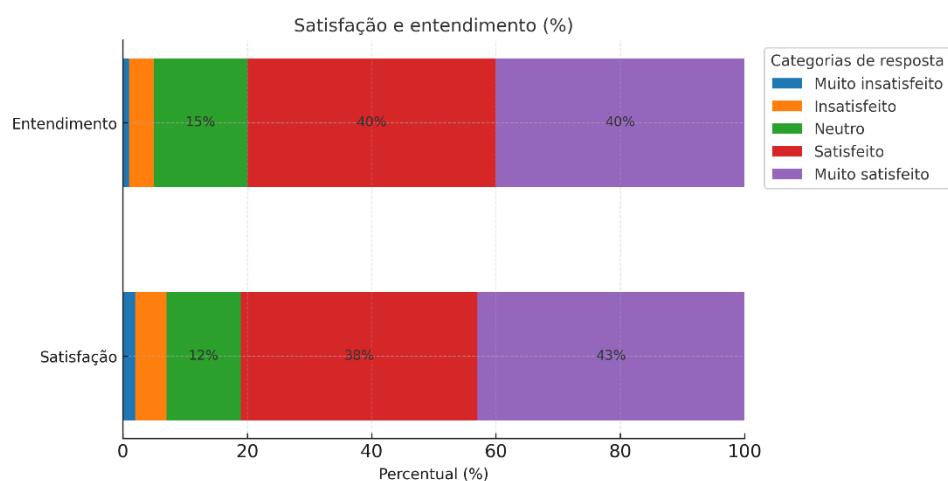
No que se refere à satisfação geral com as aulas, os índices também foram expressivos. Cerca de 40% dos participantes afirmaram estar “muito satisfeitos” e outros 40%, “satisfeitos”, totalizando novamente 80% de aprovação positiva. Tais resultados confirmam que a proposta metodológica foi bem recebida pelo público-alvo, especialmente pela combinação entre exposições dialogadas, dinâmicas práticas e reflexões sobre o papel ativo do idoso no autocuidado medicamentoso.

Ainda que um pequeno percentual tenha se mantido em posição neutra (12% a 15%) e outros tenham indicado insatisfação (aproximadamente 5%), esses valores foram relativamente baixos e não comprometem a tendência geral de aceitação da proposta. A presença dessas respostas pode refletir fatores individuais diversos, como dificuldades cognitivas, limitações sensoriais, ou mesmo barreiras emocionais, comuns na faixa etária atendida.

De forma geral, os dados obtidos permitem concluir que a intervenção educativa foi não apenas eficaz em termos de mudança de comportamento, como também bem avaliada em termos de clareza, relevância e aplicabilidade. Essa percepção positiva por parte dos participantes fortalece a credibilidade da intervenção e sugere que iniciativas semelhantes podem ser replicadas em outros contextos com potencial de impacto semelhante.

Além disso, estudos apontam que o grau de satisfação dos participantes em programas educativos está diretamente relacionado ao engajamento e à retenção dos conteúdos abordados. Segundo Oliveira e col. (2020), “ações educativas bem avaliadas pelos usuários tendem a promover maior impacto na mudança de comportamento e na adoção de práticas de saúde mais seguras e conscientes”.

Figura 4 - Distribuição percentual das respostas sobre compreensão e satisfação com as aulas, antes e depois da intervenção educativa



Fonte: Dados da pesquisa, elaborados no software JAMOVI

6. DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção educativa sobre a adesão ao uso de medicamentos e a capacidade de autocuidado em uma população idosa participante da Universidade da Maturidade (UMA), no município de Palmas – TO. A análise dos resultados evidenciou impactos positivos significativos nas dimensões investigadas, com destaque para a melhora na adesão medicamentosa, o fortalecimento de práticas de autocuidado e elevados níveis de satisfação com as atividades desenvolvidas.

A melhoria observada na GMAS é coerente com estudos que destacam o papel da educação em saúde como ferramenta para reduzir a não adesão terapêutica e fortalecer o protagonismo dos usuários (Silva et al., 2022; Santos et al., 2019). O incremento de 3,9 pontos na média sugere uma mudança significativa no comportamento dos participantes frente ao uso racional de medicamentos. Esses achados dialogam com a literatura, que destaca a educação em saúde como estratégia central para o enfrentamento da não adesão ao tratamento farmacológico (Sabaté, 2003; Santos et al., 2019). A intervenção aplicada, fundamentada em metodologias participativas e dialógicas, contribuiu para ampliar o conhecimento dos participantes sobre o uso correto de medicamentos, bem como para desenvolver competências práticas relacionadas à organização da farmacoterapia e à identificação de riscos, como interações e efeitos adversos.

Quanto à ASA-A, o aumento médio de 5,2 pontos evidencia o fortalecimento de práticas de autocuidado, refletindo não apenas o ganho de conhecimento, mas também a construção de confiança e autonomia. Tais resultados são consistentes com a Teoria do Autocuidado de Orem (2001) e com Batista, Nóbrega e Cunha (2020), que enfatizam o papel da educação na manutenção da independência funcional e na gestão da própria saúde. A variação positiva observada mesmo em um grupo com boa média inicial sugere que intervenções educativas, quando bem estruturadas, têm potencial não apenas para corrigir deficiências, mas também para fortalecer práticas já existentes. Segundo Orem (2001) e Franco et al. (2018), o desenvolvimento da autonomia no cuidado está fortemente vinculado à valorização das experiências dos sujeitos, à escuta ativa e à construção de vínculos, elementos presentes na proposta pedagógica adotada.

A alta taxa de satisfação com as aulas, relatada por mais de 80% dos participantes, reforça a adequação metodológica e o alinhamento do conteúdo às demandas do grupo.

Esse dado é relevante, uma vez que a literatura aponta que a percepção positiva das atividades educativas está diretamente relacionada ao engajamento dos participantes e à efetividade do processo de ensino-aprendizagem (Oliveira et al., 2020). A combinação entre exposições dialogadas, oficinas práticas e dinâmicas coletivas favoreceu a construção de um ambiente educativo acolhedor, fortalecendo o vínculo entre os participantes e ampliando a internalização dos conteúdos.

Outro aspecto importante a ser destacado é a sensibilidade da intervenção diante das necessidades do público-alvo, especialmente no que tange às adaptações para participantes com limitações visuais. A inclusão dessas estratégias reforça o compromisso com a equidade e evidencia a importância de práticas educativas acessíveis e sensíveis à diversidade dos sujeitos.

No entanto, é preciso reconhecer algumas limitações do estudo. A amostra, composta por participantes de um único polo da UMA e selecionada por conveniência, restringe a generalização dos resultados. Além disso, a ausência de grupo controle e o curto período de avaliação pós-intervenção limitam a análise de efeitos de médio e longo prazo. Ainda assim, os achados obtidos oferecem subsídios importantes para o planejamento de ações educativas voltadas à população idosa, especialmente no contexto da atenção básica e de programas de promoção da saúde.

Assim, os resultados desta pesquisa evidenciam que estratégias educativas fundamentadas na pedagogia crítica e adaptadas às especificidades do público idoso podem promover mudanças significativas em comportamentos de saúde, especialmente no que se refere à adesão ao tratamento medicamentoso e ao fortalecimento do autocuidado. Tais intervenções devem ser incentivadas e integradas às políticas públicas de saúde, contribuindo para o envelhecimento ativo, a autonomia e a melhoria da qualidade de vida da população idosa.

7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram o impacto positivo de uma intervenção educativa na adesão ao uso de medicamentos e no fortalecimento da capacidade de autocuidado entre pessoas idosas participantes da Universidade da Maturidade (UMA), no estado do Tocantins. A metodologia adotada, centrada em práticas pedagógicas

participativas e dialógicas, demonstrou-se eficaz para promover mudanças de comportamento, elevar o nível de letramento em saúde e estimular a autonomia dos sujeitos envolvidos.

A melhoria observada tanto nos escores de adesão quanto nos de autocuidado, associada a altos índices de satisfação e compreensão dos conteúdos, reforça a importância de estratégias educativas sensíveis ao contexto sociocultural dos idosos. Os encontros possibilitaram não apenas a apropriação de conhecimentos técnicos, mas também a valorização dos saberes prévios, do protagonismo e da troca de experiências entre os participantes, elementos fundamentais para uma abordagem humanizada e emancipadora da educação em saúde.

Além disso, os achados desta pesquisa contribuem para a ampliação do debate sobre a necessidade de ações contínuas de educação em saúde voltadas à população idosa, em especial em contextos regionais marcados por desigualdades no acesso a serviços especializados, como é o caso de muitos municípios do Tocantins. Tais iniciativas não apenas promovem melhores resultados clínicos, mas também fortalecem a cidadania, o pertencimento social e a dignidade na velhice.

Considera-se que o presente trabalho oferece subsídios relevantes para a formulação de políticas públicas, bem como para a atuação de profissionais de saúde, educação e assistência social que trabalham diretamente com a população idosa. Os resultados reforçam o papel estratégico da universidade pública como agente de transformação social e promotora do envelhecimento ativo.

Por fim, espera-se que esta dissertação possa contribuir com futuras pesquisas e intervenções voltadas à promoção da saúde da pessoa idosa, reiterando a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, ética e comprometida com a construção de uma sociedade mais inclusiva, solidária e responsável às demandas do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. de. *Educação em saúde: uma estratégia para promoção da saúde na atenção básica*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 2, n. 8, p. 5–10, 2005.
- BATISTA, L. K.; NÓBREGA, M. M. L.; CUNHA, G. H. *Educação em saúde com idosos: revisão integrativa*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 2, p. e20180142, 2020.
- BRASIL. *Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. *Estatuto do Idoso*. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília: Presidência da República, 2003.
- DA SILVA, L. M.; RODRIGUES, A. B. *Capacidade de autocuidado de adultos: construção e validação de instrumento*. Revista Enfermagem UERJ, v. 25, n. e28348, 2017.
- ELLIOTT, R. A.; SHINOGLE, J. A. *Medication adherence and health outcomes in the elderly*. Advances in Health Economics and Health Services Research, v. 23, p. 109–146, 2013.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2021.
- INOUYE, J. et al. *Patient-centered education: applying empowerment strategies to improve medication adherence*. Journal of Gerontological Nursing, v. 33, n. 3, p. 24–30, 2007.
- LEHNERT, T. et al. *Health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions*. Medical Care Research and Review, v. 68, n. 4, p. 387–420, 2011.
- MAHER, R. L.; HANLON, J.; HAJJAR, E. R. *Clinical consequences of polypharmacy in elderly*. Expert Opinion on Drug Safety, v. 13, n. 1, p. 57–65, 2014.
- MARENGONI, A. et al. *Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature*. Ageing Research Reviews, v. 10, n. 4, p. 430–439, 2011.
- NAQVI, A. A. et al. *Development and validation of a novel General Medication Adherence Scale (GMAS) for chronic illness patients in Pakistan*. Frontiers in Pharmacology, v. 9, p. 1124, 2018.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. *Medication without harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Geneva: WHO, 2017.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento e saúde*. Genebra: OMS, 2024. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 14 ago. 2025.
- OREM, D. E. *Nursing: concepts of practice*. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2001.

OSÓRIO, N. B.; SILVA NETO, L. S. *Universidade da Maturidade: fundamentos, princípios e práticas*. Palmas: EdUFT, 2021.

PERRY, M. et al. *Pharmaceutical care for the elderly: influencing factors and future perspectives*. Drugs & Aging, v. 28, n. 7, p. 549–558, 2011.

SABATÉ, E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003.

SANTOS, L. C. et al. *Adesão ao tratamento medicamentoso: revisão integrativa da literatura*. Revista de Atenção à Saúde, v. 17, n. 60, p. 98–104, 2019.

SILVA NETO, L. S.; OSÓRIO, N. B. *Educação em saúde com idosos: reflexões a partir da Universidade da Maturidade*. In: OSÓRIO, N. B.; SILVA NETO, L. S. (org.). *Envelhecimento, saúde e cidadania*. Palmas: EdUFT, 2022. p. 45–62.

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante, você está sendo convidado a participar COMO VOLUNTÁRIO de uma pesquisa intitulada “PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO E DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ENTRE IDOSOS: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO POLO UMA DE PALMAS - TO” Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. VOCÊ NÃO É OBRIGADO A PARTICIPAR CONTRA SUA VONTADE e está livre para tomar qualquer decisão. Esta pesquisa tem o objetivo verificar o impacto das intervenções de educação em saúde sobre medicamentos no nível de adesão a medicamentos e do autocuidado da Pessoa Idosa da Universidade da Maturidade do Polo de Palmas – TO. Se decidir participar, esteja ciente de que estará sujeito a riscos e benefícios como: Riscos: 1- possibilidade de estresse, cansaço, impotência ou aborrecimento durante o preenchimento do questionário; 2- constrangimento, baixa-estima; 3- quebra de sigilo e anonimato de informações. Benefícios: 1- melhora do autocuidado em saúde mental; 2- mudanças nos hábitos de vida; 3- melhora da qualidade de vida dos idosos da UMA; 4- ensinar ou aperfeiçoar os conhecimentos educação em saúde. Para sua maior comodidade, asseguro que o sigilo de sua identidade será mantido e tomaremos todas as precauções para evitar quaisquer riscos que trazem danos a sua saúde e integridade mental. Reforço ainda, que a QUALQUER MOMENTO VOCÊ PODERÁ RETIRAR O SEU CONSENTIMENTO, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garanto que as informações concedidas através da sua participação não permitirão a identificação de sua pessoa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo e a outra, com você.

Responsável pela pesquisa: Bianca Jenifer de Sá da Silva

E-mail: bianca.jenifer@mail.uft.edu.br **Telefone:** (63) 98122-1038

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

O abaixo assinado _____, anos _____, RG _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada desse termo.

Palmas - TO, ____/____/_____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do pesquisador

ANEXOS
Anexo 1 – Questionário Socioeconômico

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO			
Data da avaliação: _____ / _____ / _____	DN: _____ / _____ / _____	Idade: _____	
Nome:			
Sexo: () M () F	Estado civil:	Tel. ()	
Você mora com quem?			
() Apenas cônjuge	() Cônjuge e filhos	() Filhos e netos	
() Mora sozinho	() Netos	() Outros	
Situação ocupacional atual?			
() Aposentado	() Dona de casa	() Pensionista	() Aposentado/trabalha
Qual seu nível de escolaridade?			
() Da 1 ^a à 4 ^a série do Ensino Fundamental (antigo primário)			
() Da 5 ^a à 8 ^a série do Ensino Fundamental (antigo ginásio)			
() Ensino Médio (antigo 2º grau)	() Ensino Superior	() Especialização	
() Não estudou			
Faixa de renda			
() Até 1 salário mínimo			
() De 1 a 2 salários mínimos			
() >2 salários mínimos			
() Sem renda			
Você tem acesso à internet? () Sim () Não			
Você consegue acessar a plataforma Zoom pelo celular ou computador?			
() Sim () Não			

Anexo 2 – Questionário de Adesão ao Uso de Medicamentos

Itens	Sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Nunca
1. Você tem dificuldade de lembrar de tomar seus medicamentos?				
2. Você esquece de tomar seu medicamento por causa de compromissos na sua agenda, viagens, reuniões, eventos, festas, casamento, celebrações religiosas, etc?				
3. Você descontinua seu tratamento quando se sente bem?				
4. Você para de tomar seus medicamentos quando sente efeitos adversos como desconforto gástrico, etc?				
5. Você para de tomar seus medicamentos sem informar seu médico?				
6. Você descontinua seus medicamentos por causa de outros medicamentos que tem que tomar que tem que tomar para outras doenças?				
7. Para você, é um problema lembrar de tomar seus medicamentos por causa da complexidade da posologia?				
8. Durante o último mês, houve alguma ocasião em que você deixou de tomar seus medicamentos devido à progressão da doença e inclusão de novos medicamentos?				
9. Você altera a horários, dose ou frequência dos seus medicamentos por conta própria?				
10. Você às vezes, descontinua esses medicamentos porque acha que não vale a pena gastar com eles?				
11. Você acha difícil comprar seus medicamentos por causa do preço?				

Anexo 3 – Escala de Capacidade de Autocuidado – ASA-A

ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (ASA)					
Itens	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1- Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
2- Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	1	2	3	4	5
3- Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4- Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	2	3	4	5
5- Quando necessário, tomo novas providências para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
6- Sempre que posso, cuido de mim.	1	2	3	4	5
7- Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
8- Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	1	2	3	4	5
9- Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	1	2	3	4	5
10- Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	1	2	3	4	5
11- Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia a dia.	1	2	3	4	5
12- Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar	1	2	3	4	5
13- Geralmente durmo o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4	5

14- Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	1	2	3	4	5
15- De tempos em tempos examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5
16- Antes de tomar um remédio novo procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5
17- No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar minha saúde.	1	2	3	4	5
18- Normalmente tomo providências para manter minha segurança e a de minha família.	1	2	3	4	5
19- Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
20- No meu dia a dia, geralmente encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
21- Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22- Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
23- Sempre acho tempo para mim mesmo.	1	2	3	4	5
24- Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo cuidar-me como gostaria.	1	2	3	4	5

Anexo 4 – Questionário de Avaliação da Intervenção Educativa

Questionário de Avaliação da Intervenção Educativa

Instruções:

Por favor, marque com um X a opção que melhor representa a sua experiência com as aulas.

As respostas são anônimas e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos.

1 - Entendimento dos Conteúdos

O conteúdo foi apresentado de forma clara e fácil de entender:

- [] Muito insatisfeito
- [] Insatisfeito
- [] Neutro
- [] Satisfeito
- [] Muito satisfeito

Após as aulas, consegui compreender melhor como usar corretamente meus medicamentos:

- [] Muito insatisfeito
- [] Insatisfeito
- [] Neutro
- [] Satisfeito
- [] Muito satisfeito

Você considera que aprendeu informações novas sobre os medicamentos que utiliza no dia a dia?

- [] Muito insatisfeito
- [] Insatisfeito
- [] Neutro
- [] Satisfeito
- [] Muito satisfeito

2 - Satisfacão Geral com as Aulas

Estou satisfeito(a) com a forma como as aulas foram conduzidas:

- [] Muito insatisfeito
- [] Insatisfeito
- [] Neutro
- [] Satisfeito
- [] Muito satisfeito

A forma como os temas foram explicados me ajudou a aprender melhor:

- [] Muito insatisfeito
- [] Insatisfeito
- [] Neutro
- [] Satisfeito
- [] Muito satisfeito

Você se sentiu respeitado(a) e acolhido(a) durante as aulas?

- [] Muito insatisfeito
- [] Insatisfeito
- [] Neutro
- [] Satisfeito
- [] Muito satisfeito