



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba

LUÍS EDUARDO GENARO

**Atenção domiciliar: percepção de pessoas idosas, cuidadores e
profissionais de saúde**

Araçatuba - SP
2025

LUÍS EDUARDO GENARO

**Atenção domiciliar: percepção de pessoas idosas, cuidadores e
profissionais de saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia
de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Lopez
Rosell

Araçatuba - SP
2025

Catálogo na Publicação (CIP)

Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

Genaro, Luís Eduardo.

G324e Atenção domiciliar: percepção de pessoas idosas, cuidadores e profissionais de saúde/ Luís Eduardo Genaro - Araçatuba, 2025
185 f. : il. ; tab.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba
Orientadora: Profa. Fernanda Lopez Rosell

1. Sistema Único de Saúde 2. Serviços de Assistência
Domiciliar 3. Atenção Primária à Saúde 4. Pesquisa qualitativa
I. T.

Black D5
CDD 617.601

Claudio Hideo Matsumoto CRB-8/5550

Dedicatória

Aos meus pais, que, apesar das dificuldades, me deram a oportunidade de estudar e me apoiaram durante toda a minha vida. Ao meu namorado, meu porto seguro, por estar ao meu lado, apoiando minhas decisões e compartilhando comigo a realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Ana Ruth Pacheco Genaro** e **Eduardo Donizete Genaro**, pelo apoio incondicional, pela força em todos os momentos e pela dedicação incansável em me proporcionar o melhor. Sou eternamente grato por cada incentivo, carinho e exemplo de superação que me ensinaram.

Ao meu namorado, **José Victor Marconato**, meu mais sincero e profundo agradecimento. Sua presença tem sido meu alicerce, oferecendo apoio e segurança em cada etapa da minha jornada. Obrigado por ser meu porto seguro, por acreditar em mim e me incentivar a buscar meus sonhos com coragem. Seu carinho, paciência e companheirismo são fundamentais para cada conquista e para cada desafio que enfrento. Agradeço a você, não apenas por estar ao meu lado, mas por caminhar junto comigo, compartilhando sonhos, alegrias e aprendizados. Com você, sinto-me verdadeiramente completo e fortalecido para enfrentar qualquer obstáculo.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Fernanda Lopez Rosell**, meus mais sinceros e profundos agradecimentos. Sou imensamente grato por cada oportunidade que me proporcionou, sempre oferecendo um ambiente de aprendizado e crescimento que transformou minha trajetória. Seus ensinamentos e orientações foram essenciais para meu desenvolvimento, e é impossível expressar o quanto cada lição contribuiu para minha formação, tanto acadêmica quanto pessoal. Sua paciência e confiança foram fundamentais, especialmente nos momentos de desafio, quando sua orientação sempre me trouxe clareza e motivação para seguir em frente. Agradeço também pelo exemplo de profissionalismo e ética, que me inspira diariamente a ser um profissional melhor e a buscar a excelência. Por fim, sou profundamente grato pela amizade que construímos ao longo dessa jornada. Saber que posso contar com sua parceria e apoio sincero fez toda a diferença, e levo comigo não só os aprendizados, mas também a gratidão por uma relação que transcende o âmbito acadêmico e enriquece minha vida.

Ao **Prof. Aylton Valsecki Júnior**, deixo meus sinceros agradecimentos. Sua amizade e dedicação foram essenciais para o meu crescimento acadêmico e pessoal, sempre transmitindo seus conhecimentos com clareza e disposição. Sou grato pelo apoio e pelo exemplo de compromisso com a excelência que me inspirou ao longo dessa jornada. Obrigado por acreditar no meu potencial e por todo o incentivo que fez diferença em cada etapa da minha formação.

À **Profa. Tânia Adas Saliba**, expresso minha sincera gratidão. Agradeço profundamente pela oportunidade de realizar meu doutorado direto no programa de Saúde Coletiva, que tem sido fundamental para minha formação e desenvolvimento profissional. Sua confiança permitiu que eu explorasse diferentes perspectivas e enriquecesse minha experiência acadêmica ao cursar disciplinas de maneira diversificada, ampliando meu aprendizado. Sou imensamente grato por todo o apoio e pela abertura que demonstrou, permitindo que eu trilhasse esse caminho de forma única e significativa.

Agradeço à **Profa. Titular Suzely Adas Saliba Moimaz** pelos ensinamentos e contribuição ao longo da minha formação.

À **coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Odontologia**, Profa. Tânia Adas Saliba e Profa. Suzely Adas Saliba Moimaz, expresso meus agradecimentos pela liderança competente e pela dedicação que mantêm o programa como uma referência em excelência acadêmica, promovendo um ambiente enriquecedor e de grande relevância para a pós-graduação no Brasil.

À Direção da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, na pessoa do Diretor **Alberto Carlos Botazzo Delbem** e Vice-Diretor **Luciano Tavares Angelo Cintra**.

À **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001) pela concessão da bolsa de mestrado e doutorado direto, e assim possibilitar o desenvolvimento deste estudo.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)**, pelo apoio financeiro, concedido por meio dos Processos nº 23/04975-8 e 2024/20260-1.

À **Pró-Reitoria de Pós-Graduação – PROPG**, pela concessão de auxílio à publicação científica dos programas de pós-graduação da Unesp (PROPG 33/2024).

***“Só se pode alcançar um grande
êxito quando nos mantemos fiéis a
nós mesmos”***

Friedrich Nietzsche

RESUMO

GENARO, L. E. **Atenção domiciliar: percepção de pessoas idosas, cuidadores e profissionais de saúde**. 2025. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2025.

A atenção domiciliar (AD) é essencial para pacientes com necessidade de cuidados contínuos. Este estudo analisou a percepção de pessoas idosas, cuidadores de pessoas idosas acamadas e profissionais de saúde vinculados às equipes de Estratégia Saúde da Família sobre a atenção domiciliar em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com perguntas sobre a assistência domiciliar, aplicação do questionário sociodemográfico, qualidade de vida relacionada à saúde (EQ-5D), valor associado ao estado de saúde (EQ-VAS) e Mini Exame do Estado Mental (MEEM). A maioria dos usuários era do gênero feminino (60,00%), com idade média de 77 anos. A maior parte dos indivíduos era casada (43,40%) e possuía ensino fundamental incompleto (60,00%). A classe econômica predominante foi D/E (90,00%), e o tempo mais comum de recebimento de AD foi de 13 a 24 meses (41,60%). Dentre as condições clínicas, destacaram-se a doença pulmonar obstrutiva crônica (35,00%), insuficiência cardíaca (25,00%) e artrite, artrose ou reumatismo (23,30%). A análise qualitativa revelou que 61,60% dos pacientes recebiam atendimento semanal, 33,40% a cada 15 dias e 5,00% mensalmente. As visitas eram realizadas, sobretudo, por agentes comunitários de saúde (45,00%), técnicos de enfermagem (18,30%), enfermeiros (15,00%) e médicos (15,00%). Os participantes valorizaram a continuidade do tratamento (36,60%) e destacaram a importância da assistência humanizada (25,00%), além da satisfação com o atendimento (31,60%) e o desejo por visitas mais frequentes (6,60%). Na análise do EQ-5D, observou-se que as participantes do gênero feminino apresentaram maior necessidade de assistência para cuidados pessoais ($p = 0,04$) e maior prevalência de ansiedade e depressão ($p = 0,03$). Nas condições clínicas, a presença de neoplasias esteve associada à mobilidade reduzida ($p = 0,04$) e à ansiedade/depressão ($p = 0,01$), enquanto artrite/artrose/reumatismo se associou a limitações nas atividades habituais ($p = 0,01$) e dor/mal-estar ($p = 0,04$). A pontuação média no MEEM foi de 17,52, indicando cognição levemente comprometida, sem diferenças significativas entre os gêneros. Já o escore médio no EQ-VAS foi de 55,30, sugerindo uma percepção de saúde moderadamente boa por parte dos participantes. Entre os cuidadores, a maioria era do gênero feminino (92,03%), com idade acima de 50 anos (49,28%). As entrevistas revelaram que 65,21% destacaram a importância da regularidade das visitas para garantir a continuidade do tratamento, além do fortalecimento do vínculo com os profissionais (34,79%).

Entretanto, 61,60% relataram sentimentos de solidão devido ao isolamento social, e 38,40% apontaram sobrecarga física e emocional, com dificuldades para descansar e presença de dor. Na avaliação do EQ-5D dos cuidadores, gênero feminino apresentaram maior proporção de problemas extremos nas atividades habituais e dor/desconforto, enquanto os homens relataram níveis moderados de ansiedade/depressão. Quanto aos cirurgiões-dentistas, 90,90% eram do gênero feminino, com idade entre 30 e 40 anos (68,20%). As especialidades mais frequentes foram atenção primária e endodontia (ambas com 27,30%). Todos realizavam atendimento domiciliar, geralmente em resposta à solicitação da equipe de saúde (59,10%) ou da família (31,80%), executando procedimentos como restaurações, avaliações orais e orientações de higiene. O atendimento odontológico foi percebido como importante para a redução das desigualdades em saúde (54,50%), promoção da continuidade do cuidado (36,40%) e ampliação do acesso (9,10%). No pós-atendimento, havia comunicação interprofissional (59,10%), documentação (31,80%) e orientação aos familiares (9,10%). A competência técnica, a empatia e a capacitação foram vistas como fundamentais. Destacaram-se como aspectos positivos a identificação precoce de doenças orais (68,20%) e o fortalecimento do vínculo com os pacientes (31,80%). Como desafios, relataram-se limitações estruturais (86,40%) e dificuldades logísticas (13,60%). O estudo contou também com a participação de 14 enfermeiros, majoritariamente pelo gênero feminino (85,70%), especialistas em Saúde da Família e Comunidade (57,00%), que realizavam visitas domiciliares semanais (78,60%). Os profissionais destacaram a importância do cuidado (42,80%), o entendimento da realidade dos pacientes (35,80%) e a prestação de serviços (21,40%). Após os atendimentos, realizavam registros em prontuários (28,50%), discussão com a equipe (35,80%) e agendamentos de novas visitas (21,40%). Valorizavam o atendimento humanizado (57,00%) e o conhecimento técnico (35,80%), sendo a continuidade do cuidado (64,20%) e a formação de vínculo (35,80%) considerados benefícios relevantes. A falta de recursos foi a principal desvantagem relatada. Entre os médicos participantes, a maioria era do gênero feminino (52,90%), com faixa etária de 20 a 30 anos (35,30%), e com até 12 meses de atuação em unidades de saúde da família (52,90%). A maior parte possuía especialização em Medicina de Família e Comunidade (70,60%) e realizava visitas domiciliares semanais (70,60%). De maneira unânime, os médicos destacaram a importância do AD para pessoas idosas e relataram realizar prescrições, exames físicos e solicitações de exames durante as visitas. Após os atendimentos, 47,10% registravam os dados em prontuários e agendavam visitas subsequentes. A continuidade do cuidado (52,90%) e o fortalecimento do vínculo com os pacientes (47,10%) foram apontados como os principais benefícios. Os técnicos de enfermagem também participaram do estudo, sendo 89,20% do

gênero feminino e com faixa etária predominante entre 30 e 40 anos (42,90%). A maioria possuía entre 37 e 60 meses de experiência na Estratégia Saúde da Família (71,40%) e realizava visitas domiciliares semanais (100,00%). Para 57,14%, o atendimento domiciliar era essencial para pacientes com dificuldades de locomoção; 28,57% destacaram a compreensão ampliada da realidade dos usuários, e 14,29% enfatizaram a importância da continuidade do cuidado e do atendimento humanizado. Sobre as competências necessárias, 50,00% mencionaram a escuta ativa e o atendimento humanizado, enquanto 35,71% citaram o conhecimento técnico específico. O trabalho multiprofissional foi lembrado por 14,29%, com interação com fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos. Como pontos positivos, 67,85% destacaram a continuidade do cuidado e 32,14% a formação de vínculo com o paciente. A falta de estrutura e suporte para o atendimento domiciliar foi unanimemente apontada como uma fragilidade. Por fim, participaram do estudo os agentes comunitários de saúde, sendo a maioria do gênero feminino (83,30%) e com idade entre 41 e 50 anos (61,20%). A maior parte atuava na função há entre 49 e 60 meses (85,00%) e possuía formação técnica na área (83,30%). Quase todos realizavam atendimento domiciliar de forma diária (97,20%). A maioria dos profissionais (80,50%) destacaram a formação de vínculo com o paciente como o principal aspecto do atendimento domiciliar. As atividades mais frequentes eram voltadas à orientação e prevenção (77,70%), com os relatos e encaminhamentos geralmente direcionados ao enfermeiro responsável (86,10%). Para atuar no AD, 77,80% consideraram essencial a adoção de uma abordagem humanizada, seguida por conhecimentos gerais em saúde (22,20%). Entre os principais benefícios percebidos, destacaram-se a continuidade do tratamento (52,70%), a promoção da saúde (27,70%) e a redução de riscos à saúde dos pacientes (19,60%). No entanto, 91,70% relataram a falta de apoio como o principal desafio enfrentado no desempenho de suas funções. Conclui-se que a atenção domiciliar é valorizada pelos profissionais e usuários devido à continuidade do tratamento, ao cuidado humanizado e à formação de vínculos, mas enfrenta desafios, como sobrecarga dos cuidadores, carência de recursos e burocratização, exigindo estratégias para aprimorar sua eficácia e acessibilidade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Serviços de assistência domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

GENARO, L. E. **Home care: perceptions of older adults, caregivers, and healthcare professionals.** 2025. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2025.

Home care (HC) is essential for patients who require continuous care. This study analyzed the perceptions and practices of professionals from Family Health Strategy teams and users regarding home care in a medium-sized municipality in the interior of São Paulo State, Brazil. Initially, the theoretical basis and applicability of the Collective Subject Discourse method were addressed. Grounded in Social Representation Theory, this method proved appropriate for analyzing collective values and beliefs. Additionally, sociodemographic questionnaires, health-related quality of life (EQ-5D), perceived health status (EQ-VAS), and the Mini-Mental State Examination (MMSE) were applied. Most users were female (60.00%), with a mean age of 77 years. The majority were married (43.40%) and had incomplete primary education (60.00%). The predominant economic class was D/E (90.00%), and the most common duration of home care was between 13 and 24 months (41.60%). Among clinical conditions, chronic obstructive pulmonary disease (35.00%), heart failure (25.00%), and arthritis/arthrosis/rheumatism (23.30%) were most reported. The qualitative analysis revealed that 61.60% of patients received weekly care, 33.40% every 15 days, and 5.00% monthly. Visits were primarily conducted by community health workers (45.00%), nursing technicians (18.30%), nurses (15.00%), and physicians (15.00%). Participants valued continuity of care (36.60%) and highlighted the importance of humanized assistance (25.00%), satisfaction with care (31.60%), and a desire for more frequent visits (6.60%). In the EQ-5D analysis, female participants showed a greater need for assistance with personal care ($p = 0.04$) and higher prevalence of anxiety and depression ($p = 0.03$). Clinically, the presence of neoplasms was associated with reduced mobility ($p = 0.04$) and anxiety/depression ($p = 0.01$), while arthritis/arthrosis/rheumatism was linked to limitations in usual activities ($p = 0.01$) and pain/discomfort ($p = 0.04$). The mean MMSE score was 17.52, indicating mild cognitive impairment, with no significant gender differences. The average EQ-VAS score was 55.30, suggesting a moderately positive perception of health among participants. Among caregivers, most were female (92.03%) and over 50 years old (49.28%). Interviews showed that 65.21% emphasized the importance of regular visits for ensuring treatment continuity and 34.79% highlighted the strengthening of the bond with professionals. However, 61.60% reported feelings of loneliness due to social isolation, and 38.40% reported physical and emotional overload, including difficulties resting and presence of pain. On EQ-

5D assessment, female caregivers had a higher proportion of extreme problems in usual activities and pain/discomfort, while male caregivers reported moderate levels of anxiety/depression. As for dentists, 90.90% were female, mostly aged between 30 and 40 years (68.20%). The most common specialties were primary care and endodontics (both 27.30%). All provided home dental care, generally upon request from the health team (59.10%) or the family (31.80%), performing procedures such as restorations, oral evaluations, and hygiene guidance. Dental care was perceived as important for reducing health inequalities (54.50%), promoting continuity of care (36.40%), and increasing access (9.10%). After appointments, there was interprofessional communication (59.10%), documentation (31.80%), and family guidance (9.10%). Technical competence, empathy, and professional training were seen as essential. Positive aspects included early identification of oral diseases (68.20%) and bond strengthening with patients (31.80%). Reported challenges included structural limitations (86.40%) and logistical difficulties (13.60%). Fourteen nurses participated in the study, mostly female (85.70%) and specialized in Family and Community Health (57.00%), performing weekly home visits (78.60%). Professionals emphasized the importance of care (42.80%), understanding patient realities (35.80%), and service provision (21.40%). After visits, they recorded information in medical records (28.50%), discussed cases with the team (35.80%), and scheduled follow-up visits (21.40%). Humanized care (57.00%) and technical knowledge (35.80%) were valued, while continuity of care (64.20%) and bond formation (35.80%) were considered major benefits. Lack of resources was the main reported drawback. Among the participating physicians, most were female (52.90%), aged 20 to 30 years (35.30%), and had up to 12 months of experience in family health units (52.90%). Most were specialized in Family and Community Medicine (70.60%) and performed weekly home visits (70.60%). All physicians highlighted the importance of home care for older adults and reported performing prescriptions, physical exams, and test requests during visits. After care, 47.10% recorded data in medical records and scheduled future visits. Continuity of care (52.90%) and bond strengthening with patients (47.10%) were reported as key benefits. Nursing technicians also participated in the study, with 89.20% being female and most aged between 30 and 40 years (42.90%). The majority had between 37 and 60 months of experience in the Family Health Strategy (71.40%) and performed weekly home visits (100.00%). For 57.14%, home care was essential for patients with mobility difficulties; 28.57% highlighted better understanding of users' reality, and 14.29% emphasized the importance of care continuity and humanized service. As for required competencies, 50.00% cited active listening and humanized care, while 35.71% mentioned specific technical knowledge. Multidisciplinary teamwork was mentioned

by 14.29%, including interaction with physical therapists, speech therapists, and psychologists. As positive points, 67.85% emphasized continuity of care and 32.14% the formation of bonds with patients. Lack of structure and support for home care was unanimously reported as a weakness (100.00%). Lastly, community health workers (CHWs) participated, most being female (83.30%) and aged between 41 and 50 years (61.20%). Most had been in the role for 49 to 60 months (85.00%) and had technical training in the field (83.30%). Almost all performed daily home visits (97.20%). Most professionals (80.50%) highlighted bond formation with the patient as the main feature of home care. The most common activities were guidance and prevention (77.70%), with reports and referrals generally directed to the responsible nurse (86.10%). For work in home care, 77.80% considered a humanized approach essential, followed by general health knowledge (22.20%). Key perceived benefits included continuity of treatment (52.70%), health promotion (27.70%), and risk reduction for patients (19.60%). However, 91.70% reported lack of support as the main challenge in performing their duties. In conclusion, home care is valued by professionals and users for ensuring treatment continuity, humanized care, and bond formation. However, it faces challenges such as caregiver overload, lack of resources, and bureaucratization, demanding strategies to improve its effectiveness and accessibility.

Keywords: Unified Health System; Home care services; Primary Health Care; Qualitative research.

LISTA DE FIGURAS

Capítulo 2

Figura 1. Sistema descritivo do EQ-5D 59

Figura 1. Pontuações EQ-VAS de ponto médio para os usuários com necessidade de 68
atendimento domiciliar, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

LISTA DE TABELAS

Capítulo 2

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra 61
usuários (n=60) de acordo com gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, classe
econômica, tempo de acompanhamento em atenção domiciliar e condições clínicas
associadas à indicação para atendimento domiciliar, no município de Itatiba, São
Paulo, Brasil, 2024.

Tabela 2. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra 67
composta por usuários (n=60), segundo as dimensões do instrumento EQ-5D, no
município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Tabela 3. Desempenho médio e variação nas pontuações do MEEM e subitens de 69
acordo com a amostra do estudo, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Capítulo 3

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra 85
composta por cuidadores domiciliares (n=138), de acordo com gênero, faixa etária,
vínculo e tempo de atuação, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Tabela 2. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra 88
composta por cuidadores domiciliares (n=138), segundo as dimensões do instrumento
EQ-5D, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Capítulo 4

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra 102
composta por cirurgiões-dentistas (n=22), de acordo com gênero, faixa etária,
especialização, tempo de atuação e periodicidade do atendimento odontológico
domiciliar no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Capítulo 5

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra 121
composta por enfermeiros (n=14), de acordo com gênero, idade, especialização,
tempo de atuação e periodicidade do atendimento, no município de Itatiba, São Paulo,
Brasil, 2024.

Capítulo 6

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra 139
composta médicos (n=17), de acordo com gênero, idade, especialização, tempo de
atuação e periodicidade do atendimento, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil,
2024.

Capítulo 8

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra 156
composta por técnicos de enfermagem (n=28), de acordo com gênero, faixa etária,
tempo de atuação e periodicidade do atendimento domiciliar, no município de Itatiba,
São Paulo, Brasil, 2024.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Revisão da Literatura sobre Discurso do Sujeito Coletivo	21
Quadro 2 - Revisão da Literatura sobre Atenção Domiciliar	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitários de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EAV	Escala Analógica Visual
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
RS	Representação Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PTS	Programa Terapêutico Singular
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	17
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
4 METODOLOGIA EXPANDIDA	27
5 CAPÍTULO 1 - DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: BASES CONCEITUAIS, ENFOQUES E APLICAÇÕES EM PESQUISAS QUALITATIVAS	34
5.1 RESUMO	34
5.2 ABSTRACT	34
5.3 INTRODUÇÃO	35
5.4 MÉTODO	36
5.5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	37
5.6 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	40
5.7 EXEMPLO DE DSC	42
5.8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
5.9 REFERÊNCIAS	47
6 CAPÍTULO 2 - ATENÇÃO DOMICILIAR PARA PESSOAS IDOSAS: UMA ABORDAGEM INTEGRADA NA PERCEPÇÃO, QUALIDADE DE VIDA E COGNIÇÃO	51
6.1 RESUMO	51
6.2 ABSTRACT	52
6.3 INTRODUÇÃO	54
6.4 METODOLOGIA	56
6.5 RESULTADOS	61
6.6 DISCUSSÃO	70
6.7 CONCLUSÃO	72
6.8 REFERÊNCIAS	72
7 CAPÍTULO 3 - CUIDADORES DOMICILIARES DE PESSOAS IDOSAS: PERCEPÇÕES E QUALIDADE DE VIDA	78
7.1 RESUMO	78

7.2 ABSTRACT	79
7.3 INTRODUÇÃO	80
7.4 METODOLOGIA	81
7.5 RESULTADOS	85
7.6 DISCUSSÃO	89
7.7 CONCLUSÃO	91
7.8 REFERÊNCIAS	91
8 CAPÍTULO 4 - CUIDADO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR: PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DE UMA REGIÃO BRASILEIRA	96
8.1 RESUMO	96
8.2 ABSTRACT	97
8.3 INTRODUÇÃO	98
8.4 METODOLOGIA	99
8.5 RESULTADOS	101
8.6 DISCUSSÃO	108
8.7 CONCLUSÃO	110
8.8 REFERÊNCIAS	111
9 CAPÍTULO 5 - ATENÇÃO DOMICILIAR PARA PESSOAS IDOSAS: PERSPECTIVAS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	115
9.1 RESUMO	115
9.2 ABSTRACT	116
9.3 INTRODUÇÃO	116
9.4 METODOLOGIA	118
9.5 RESULTADOS	120
9.6 DISCUSSÃO	125
9.7 CONCLUSÃO	128
9.8 REFERÊNCIAS	128
10 CAPÍTULO 6 - PERCEPÇÕES MÉDICAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA	133
10.1 RESUMO	133
10.2 ABSTRACT	134
10.3 INTRODUÇÃO	135
10.4 METODOLOGIA	136

10.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	138
10.6 CONCLUSÃO	145
10.7 REFERÊNCIAS	145
11 CAPÍTULO 7 - PERCEPÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE ATENÇÃO DOMICILIAR	150
11.1 RESUMO	150
11.2 ABSTRACT	151
11.3 INTRODUÇÃO	152
11.4 METODOLOGIA	153
11.5 RESULTADO E DISCUSSÃO	155
11.6 CONCLUSÃO	160
11.7 REFERÊNCIAS	160
12.1 CAPÍTULO 8 – PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	165
12.1 RESUMO	165
12.2 ABSTRACT	165
12.3 INTRODUÇÃO	166
12.4 METODOLOGIA	167
12.5 RESULTADOS	169
12.6 DISCUSSÃO	172
12.7 CONCLUSÃO	173
12.8 REFERÊNCIAS	173
13 DISCUSSÃO GERAL	177
14 CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
ANEXOS	183

1 INTRODUÇÃO GERAL¹

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um importante pilar da atenção primária à saúde no Brasil, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde, que promovem a prevenção, promoção e recuperação contínua e integral da saúde dos usuários.¹⁻⁵ Ela abrange diferentes setores, atuando sobre os determinantes do processo saúde-doença e reforçando o vínculo com a população ao longo do tempo.¹

Nesse contexto, a Atenção Domiciliar (AD) emerge como uma estratégia fundamental, sobretudo no cuidado à pessoa idosa domiciliada e/ou acamada, grupos que frequentemente demandam acompanhamento contínuo, integral e humanizado. É importante distinguir esses dois perfis: enquanto a pessoa domiciliada é aquela que, mesmo com alguma limitação de saúde, ainda apresenta certo grau de autonomia ou mobilidade dentro de casa, a pessoa acamada é aquela com restrição total ao leito, geralmente em condição de grande dependência funcional, necessitando de cuidados intensivos e frequentes.⁶

A AD fornece cuidados em saúde no ambiente familiar por equipes multiprofissionais, incluindo médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde e a equipe de saúde bucal.^{6,7} A atuação da equipe de enfermagem é particularmente relevante, uma vez que coordenam o plano de cuidados no domicílio e oferecem suporte tanto aos pacientes quanto aos cuidadores familiares.⁸⁻¹⁰

Com a inserção das Equipes de Saúde Bucal na ESF, desde 2000, a AD passou a incorporar também o cuidado odontológico, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde bucal.¹¹ A Política Nacional de Saúde Bucal reforça a importância de uma atuação territorializada, na qual os profissionais de odontologia devem conhecer as especificidades e as necessidades da população local, promovendo não apenas ações clínicas, mas também de promoção e educação em saúde.¹²⁻¹⁴

Particularmente no campo do envelhecimento, o cuidado adquire uma dimensão ampliada, que transcende a abordagem biomédica tradicional e contempla aspectos subjetivos, relacionais e sociais. Cuidar da pessoa idosa implica reconhecer sua singularidade, sua trajetória de vida e seu contexto familiar e social, o que demanda uma prática que valorize a escuta, a construção de vínculos e a corresponsabilização.^{3,15} Nesse sentido, a AD se configura como uma modalidade privilegiada de cuidado, ao permitir que a atenção ocorra em um espaço de

¹ Referências no Anexo A

maior conforto e significado para o idoso, promovendo o equilíbrio entre o cuidar e o ser cuidado, uma relação que é, ao mesmo tempo, técnica e afetiva.^{3,14}

Paralelamente, a Política Nacional do Idoso orienta a implementação de cuidados que respeitem a dignidade, a autonomia e os direitos das pessoas idosas, promovendo a proteção integral e o envelhecimento ativo.¹⁵ Essa política reconhece a importância da atenção individualizada e interdisciplinar, alinhada aos princípios do Projeto Terapêutico Singular, que orienta a construção de planos de cuidado personalizados e participativos, considerando as especificidades do indivíduo e seu contexto social e familiar, fortalecendo a corresponsabilização entre equipe, paciente e familiares, incentivando a escuta qualificada e a flexibilização das ações em saúde, essenciais para o cuidado à pessoa idosa no domicílio.¹⁶

Embora a AD apresente inúmeros benefícios, como a humanização do atendimento, a continuidade dos cuidados e a valorização da autonomia dos pacientes, ainda enfrentam desafios importantes, incluindo a necessidade de um planejamento mais adequado, uma integração efetiva das equipes e uma maior valorização das demandas específicas dos idosos.¹³ É fundamental avançar na compreensão das práticas de AD e de como estas são percebidas pelos diversos atores envolvidos. Estudos adicionais são necessários para descrever as atividades realizadas e explorar as percepções dos profissionais e dos usuários, de modo a aprimorar essa estratégia e torná-la mais responsiva às necessidades concretas da população idosa.^{13,14}

Este estudo visa aprofundar a compreensão da percepção dos usuários que dependem da AD, um tema amplamente reconhecido na literatura recente.¹⁷⁻²¹ Embora existam abordagens teóricas sobre as demandas e necessidades de pacientes em AD, observa-se uma lacuna metodológica quanto à aplicação de técnicas de análise como o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) no estudo dessas percepções. Dessa forma, a pesquisa justifica-se pela necessidade de se preencher essa lacuna, oferecendo uma perspectiva mais profunda e detalhada sobre as vivências e percepções dos usuários, o que pode guiar o aprimoramento das práticas e políticas de saúde voltadas a esses pacientes.

Para contextualizar esta tese, inicialmente são apresentados dois quadros com dados provenientes da literatura: o Quadro 1 reúne estudos que investigaram o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), enquanto o Quadro 2 compila trabalhos voltados à Atenção Domiciliar. A estrutura da tese compreende oito capítulos que apresentam os resultados da pesquisa. O Capítulo 1 aborda os fundamentos teóricos e metodológicos do DSC. O Capítulo 2 trata da qualidade de vida, cognição e percepção das pessoas idosas em relação ao cuidado domiciliar.

No Capítulo 3, discute-se a qualidade de vida e as percepções dos cuidadores domiciliares. Já os Capítulos 4 a 8 são dedicados à análise das percepções de diferentes profissionais de saúde (cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) sobre a atenção domiciliar no âmbito da ESF.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção de usuários, cuidadores e profissionais sobre atenção domiciliar oferecida pelos profissionais da equipe de ESF, em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e educacionais das pessoas idosas que necessitavam de AD e dos cuidadores;
- Analisar a percepção das pessoas idosas com necessidade de assistência domiciliar e cuidadores sobre a AD;
- Avaliar o estado de saúde geral das pessoas idosas e cuidadores;
- Descrever as características sociodemográficas e educacionais dos profissionais das equipes de ESF;
- Analisar a percepção dos profissionais das equipes de ESF sobre a assistência domiciliar às pessoas idosas;

3 REVISÃO DE LITERATURA²

Quadro 1 - Revisão da Literatura sobre Discurso do Sujeito Coletivo

(continua)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
JODELET, D. ²²	2001	França	Explorar a expansão do campo das representações sociais.	Não especificada	Revisão teórica	A teoria das representações sociais é relevante para entender fenômenos sociais complexos e a construção de significados compartilhados.
ARRUDA, A. ²³	2002	Brasil	Explorar a teoria das representações sociais e teorias de gênero.	Não especificada	Teórico	A teoria das representações sociais fornece uma compreensão das construções sociais de gênero e suas influências no comportamento individual e coletivo.
LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. ²⁴	2003	Brasil	Apresentar o Discurso do Sujeito Coletivo como um novo enfoque em pesquisa qualitativa.	Não especificada	Revisão teórica	O DSC permite o aprofundamento das percepções coletivas, sendo uma abordagem útil para analisar representações sociais e práticas comunicativas.
FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. ²⁵	2004	Brasil	Debater a transição da fala para o texto negociado em entrevistas qualitativas.	Pesquisadores qualitativos	Estudo qualitativo	A técnica de entrevistas qualitativas deve considerar a negociação e a interpretação conjunta dos discursos, aprimorando a validade dos dados coletados.
LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. ²⁶	2005	Brasil	Analisar depoimentos e discursos em pesquisas qualitativas.	Não especificada	Revisão teórica	Propõe o uso do DSC para análise de depoimentos e discursos, proporcionando uma visão integrada das falas individuais e do coletivo.

² Referências no Anexo A

Quadro 1 - Revisão da Literatura sobre Discurso do Sujeito Coletivo

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. D. ²⁷	2009	Brasil	Discutir opções teórico-metodológicas para pesquisas qualitativas.	Pesquisadores e estudantes	Revisão teórica	Ressalta a relevância do Discurso do Sujeito Coletivo e das representações sociais na análise de fenômenos complexos em saúde coletiva.
LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. D. C. ²⁸	2009	Brasil	Examinar o DSC, a complexidade e a auto-organização.	Não especificada	Revisão teórica	O DSC é útil para analisar dados qualitativos complexos, capturando as representações e a auto-organização dos discursos coletivos em saúde.
CRESWELL, J. W. ²⁹	2010	Estados Unidos	Explicar os métodos de pesquisa qualitativa, quantitativa e mista.	Não especificada	Revisão teórica	Destaca a importância de escolher métodos adequados para cada tipo de pesquisa, contribuindo para a robustez dos estudos em diferentes contextos.
LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. ³⁰	2010	Brasil	Introduzir pesquisa de Representação Social com enfoque qualiquantitativo.	Não especificada	Revisão teórica	A metodologia do DSC é apresentada como recurso para investigações que buscam entender fenômenos sociais e as representações coletivas associadas.
BOSI, M. L. M. ³¹	2012	Brasil	Discutir os panoramas e desafios da pesquisa qualitativa em saúde coletiva.	Não especificada	Revisão teórica	Identifica desafios metodológicos na pesquisa qualitativa em saúde, ressaltando a importância do rigor científico e da compreensão contextual.
LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. ³²	2012	Brasil	Revisitar a metodologia do DSC como ferramenta qualiquantitativa.	Não especificada	Revisão teórica	A segunda edição consolida o DSC como um método valioso para estudos que investigam representações sociais e opiniões coletivas.
FIGUEIREDO, M. Z.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. ³³	2013	Brasil	Introduzir o Discurso do Sujeito Coletivo como ferramenta de pesquisa qualiquantitativa.	Não especificada	Revisão teórica	Aponta o DSC como método eficiente para capturar e interpretar discursos e representações em pesquisas qualitativas e quantitativas.

Quadro 1 - Revisão da Literatura sobre Discurso do Sujeito Coletivo

(conclusão)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
LEFEVRE, F., e LEFEVRE, A. M. C. ³⁴	2014	Brasil	Explorar o DSC nas representações sociais e intervenções comunicativas.	Não especificada	Revisão teórica	O DSC oferece subsídios para intervenções em saúde, facilitando a compreensão de demandas e percepções em contextos comunicativos e de saúde coletiva.
COSTA-MARINHO, M. L. ³⁵	2015	Espanha	Apresentar o Discurso do Sujeito Coletivo como uma abordagem para pesquisa social.	Não especificada	Revisão teórica	A abordagem do Discurso do Sujeito Coletivo permite um olhar aprofundado sobre as dinâmicas sociais, especialmente nas representações coletivas.
CARVALHO, S. A. ³⁶	2016	Brasil	Analisar o uso do Discurso do Sujeito Coletivo em pesquisas na interface comunicação e saúde.	Pesquisadores e pacientes	Estudo qualitativo	O Discurso do Sujeito Coletivo facilita a análise de percepções e sentimentos, valorizando a individualidade e o coletivo no campo da saúde.
OLIVEIRA, S. X.; OLIVEIRA, M. D.; CAMBOIM, F. E. F.; NÓBREGA, M. M. S.; LIMA, A. B.; MELO, A. C. ³⁷	2018	Brasil	Utilizar representações sociais e DSC em pesquisas qualitativas.	Participantes de estudos qualitativos	Revisão teórica	As teorias de representações sociais e DSC são recursos valiosos para explorar e compreender percepções em saúde e comunicação.
BUENO, M. B. T.; BROD, F. A. T. ³⁸	2021	Brasil	Explorar o uso do lúdico na saúde por meio do Discurso do Sujeito Coletivo.	Participantes de atividades lúdicas	Estudo qualitativo	O lúdico contribui para a formação e para o bem-estar, favorecendo a humanização e engajamento em práticas de saúde.

Fonte: Autor, 2024

Quadro 2 - Revisão da Literatura sobre Atenção Domiciliar

(continua)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Oliveira, S. G., KRUSE, M. H. L.; ECHEVARRÍA- GUANILO, M. E. ³⁹	2013	Internacional	Revisar a atenção domiciliar no cenário global.	20 estudos	Revisão Narrativa	A atenção domiciliar é reconhecida como uma estratégia eficaz, mas há variações significativas em sua implementação ao redor do mundo.
STALL, N.; NOWACZYNSKI, M.; SINHA, S. K. ⁴⁰	2013	Canadá	Discutir o cuidado primário domiciliar para idosos.	Não especificada	Descritivo	O cuidado domiciliar é uma solução eficaz para atender a população idosa que está se tornando cada vez mais comum.
KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. ⁴¹	2014	Brasil	Explorar a visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde.	Enfermeiros e agentes comunitários de saúde	Estudo Qualitativo	A visita domiciliar é fundamental para a promoção da saúde e gestão de doenças, sendo um espaço de interação e vínculo com os pacientes.
SANTOS, E. E. P.; PERIN, C. B.; CALZA, D.; AZEVEDO, D.; OLIVEIRA, S. S. Z.; AMTHAUER, C. ⁴²	2017	Brasil	Refletir sobre a visita domiciliar como estratégia de cuidado.	Profissionais de saúde	Estudo Qualitativo	A visita domiciliar é uma estratégia eficaz para o cuidado qualificado e integral de indivíduos e famílias.
SILVA, K. L.; SILVA, Y. C.; LAGE, É. G.; PAIVA, P. A.; DIAS, O. V. ⁴³	2017	Brasil	Investigar a percepção de usuários e cuidadores sobre a preferência pela atenção domiciliar.	Usuários e cuidadores	Estudo qualitativo	A atenção domiciliar é percebida como mais confortável e personalizada, promovendo melhor qualidade de vida.
JONES, C.; BROWN, S.; HENDERSON, E. ⁴⁴	2018	Internacional	Revisar o impacto das visitas domiciliares nos resultados de saúde.	25 estudos	Revisão Sistemática	As visitas domiciliares melhoraram os resultados de saúde, especialmente em populações vulneráveis.
PAMUNGKAS, R. A.; CHAMROONSAW ASDI, K. ⁴⁵	2019	Internacional	Revisar intervenções domiciliares para tratar e prevenir obesidade infantil.	30 estudos	Revisão Sistemática	Intervenções domiciliares mostraram-se eficazes na prevenção e tratamento da obesidade infantil.

Quadro 2 - Revisão da Literatura sobre Atenção Domiciliar

(continuação)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
PROCÓPIO, L. C. R.; SEIXAS, C. T.; AVELLAR, R. S.; SANTOS, M. L. D. M. D. ⁴⁶	2019	Brasil	Avaliar a atenção domiciliar no SUS.	Não especificada	Descritivo	A atenção domiciliar apresenta desafios, mas também potencialidades significativas para a saúde pública.
WOLFF-BAKER, D.; ORDONA, R.B. ⁴⁷	2019	Internacional	Explorar o papel crescente dos enfermeiros em cuidados domiciliares.	Não especificada	Descritivo	A crescente demanda por cuidados domiciliares oferece oportunidades e desafios significativos para enfermeiros.
LOPES, F. R. P.; VASCONCELOS, M. V. L.; PEDROSA, C. M. S.; FREIRE, C. J. ⁴⁸	2020	Brasil	Analisar a contribuição da pesquisa-ação na inserção do atendimento domiciliar em odontologia.	10 estudantes	Estudo Qualitativo	A pesquisa-ação facilita a inserção do atendimento domiciliar na educação em odontologia, promovendo um aprendizado mais significativo.
BARBOSA, L. C. ; Garbin, C. A. S.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, T. A. ⁴⁹	2021	Brasil	Avaliar a autopercepção da qualidade de vida dos cuidadores domiciliares de idosos	Cuidadores de pessoas idosas	Estudo Qualitativo	Predominância de cuidadoras do sexo feminino. A sobrecarga decorrente da imposição familiar, do acúmulo de funções contribuiu para a percepção negativa de seu estado de saúde.
OLIVEIRA, C. M. V.; MACIEL, M. E. B.; LIMA, C. G.; SANTOS, S. C. ⁵⁰	2021	Brasil	Analisar os entraves na assistência domiciliar ao idoso.	60 artigos revisados	Revisão da Literatura	Há vários entraves na assistência domiciliar ao idoso, incluindo falta de recursos e articulação entre os serviços de saúde.
SILVA, J. L. D.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S.; ARRUDA, B. C. C. G.; RAMOS, A. R.; BATISTON, A. P. ¹⁹	2021	Brasil	Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre cuidados compartilhados.	Profissionais de saúde	Estudo Qualitativo	A falta de comunicação e colaboração entre os serviços de saúde prejudica o cuidado integrado entre a atenção primária e domiciliar.

Quadro 2 - Revisão da Literatura sobre Atenção Domiciliar

(conclusão)

Autores	Ano	País	Objetivos	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
DRUMONT, E.; ALVES, M. S.; LICOR, D. P. A.; TORMEN, D. ⁵¹	2023	Brasil	Analisar o cotidiano dos enfermeiros em visitas domiciliares a serviços terapêuticos.	Enfermeiros	Estudo Qualitativo	A visita domiciliar é uma prática desafiadora, mas essencial para o cuidado integral dos pacientes.

Fonte: Autor, 2024

4 METODOLOGIA EXPANDIDA

Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa.

O desenho da amostra neste estudo foi não probabilístico.

Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Itatiba - SP, localizado no interior do Estado de São Paulo/Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município é considerado de médio porte (<500 mil), faz parte da Região Metropolitana de Campinas, sua população estimada é de aproximadamente 121.590 habitantes. (2022).

O município apresenta 12 Unidades de Saúde da Família, as quais foram os cenários para a aplicação do estudo.

Capítulos

O presente estudo foi estruturado em oito capítulos, cada um com uma abordagem metodológica específica.

O Capítulo 1 apresentou os fundamentos teóricos e metodológicos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O Capítulo 2 concentrou-se na qualidade de vida, cognição e percepção das pessoas idosas em relação ao cuidado domiciliar.

No Capítulo 3, buscou-se analisar a qualidade de vida e percepção dos cuidadores domiciliares.

Os Capítulos 4 a 8 foram dedicados à compreensão das percepções de diferentes profissionais de saúde (cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) a respeito da atenção domiciliar no contexto da ESF.

Capítulo 1

Este capítulo configurou-se como ensaio teórico, desenvolvido com o objetivo de compreender e interpretar as representações sociais dos sujeitos envolvidos no contexto da atenção domiciliar em saúde. Para tanto, adotou-se como principal referencial metodológico do DSC, que se revelou uma ferramenta analítica potente para captar e sistematizar o pensamento coletivo a partir de discursos individuais.

A escolha por essa abordagem justificou-se pela sua capacidade de articular elementos qualitativos - relacionados à subjetividade, percepção e vivência dos indivíduos - com a estruturação quantitativa dos dados obtidos, promovendo uma análise abrangente e fundamentada das narrativas. O DSC fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais, cuja premissa central é a de que os indivíduos, ao interagirem socialmente, constroem e compartilham sentidos sobre os fenômenos vivenciados. Essas representações expressam-se por meio de discursos que, mesmo emitidos individualmente, guardam semelhanças estruturais e conceituais, permitindo sua síntese em discursos representativos do grupo social analisado.^{24,26,28}

Dessa forma, este primeiro capítulo não apenas introduz os fundamentos teóricos da investigação, como também delinea o papel do discurso como meio legítimo de acesso à realidade socialmente construída, proporcionando uma leitura crítica e interpretativa dos sentidos atribuídos ao cuidado domiciliar.

Capítulo 2

Teve como foco o impacto percebido por pessoas idosas em relação ao cuidado domiciliar recebido, bem como em seu estado de saúde física e mental.

Inicialmente, foram identificados 95 indivíduos com 60 anos ou mais, todos vinculados a equipes da ESF e em atendimento domiciliar. Para assegurar que os participantes teriam capacidade cognitiva adequada para responder às questões propostas, aplicou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM)^{52,53} como instrumento de triagem. Aqueles que obtiveram pontuação satisfatória no MEEM e demonstraram capacidade para compreender e responder aos questionamentos foram selecionados para a fase seguinte. Dessa forma, 60 pessoas idosas foram consideradas aptas e participaram integralmente da coleta de dados.

A coleta de informações ocorreu em dois momentos complementares. Primeiro, realizou-se a análise de prontuários clínicos, cujos dados — referentes às enfermidades, condições socioeconômicas, gênero e idade — foram obtidos por meio de solicitação dos registros aos enfermeiros responsáveis de cada Unidade de Saúde da Família (USF). Essa etapa permitiu contemplar o perfil de saúde dos participantes e garantir a fidedignidade dos dados, integrando-os posteriormente às informações subjetivas coletadas nas entrevistas.

Em seguida, conduziram-se entrevistas semiestruturadas presenciais nas residências das pessoas idosas. O agendamento de cada visita foi organizado com o apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS) responsáveis por cada área, assegurando o consentimento e a

logística adequada. A cada encontro, o pesquisador explicava novamente os objetivos do estudo e aplicava o roteiro de perguntas, garantindo a neutralidade ao não manter vínculo prévio com os entrevistados. Cada entrevista teve duração média de 40 minutos, tempo suficiente para que os participantes expressassem detalhadamente suas percepções, sem pressões externas. O ambiente de coleta foi cuidadosamente escolhido para ser acolhedor e livre de interferências, de modo que as falas registradas refletissem de forma autêntica as vivências das pessoas idosas.

Todas as entrevistas foram transcritas integralmente e analisadas por meio da técnica do DSC, utilizando o software Qualiquantisoft®. Fundamentado na Teoria das Representações Sociais, o DSC parte do princípio de que, dentro de um grupo social, indivíduos compartilham ideias, crenças e opiniões que podem ser sintetizadas em um discurso-síntese. Assim, cada depoimento individual foi cuidadosamente examinado, identificando-se as expressões-chave e ideias centrais que se repetiam entre diferentes participantes. Esse processo gerou discursos coletivos, capazes de representar a percepção compartilhada sobre o atendimento domiciliar.

Para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes, utilizou-se o EQ-5D,⁵⁴ um instrumento de autorrelato amplamente validado e disponível em versão transcultural para o Brasil. O EQ-5D é composto por duas partes: (1) um sistema descritivo que avalia cinco dimensões — mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão — cada uma com três níveis de gravidade (1: sem problemas; 2: alguns problemas; 3: muitos problemas), gerando 243 possíveis combinações de estados de saúde; e (2) a Escala Visual Analógica (EQ-VAS),⁵⁵ que varia de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável). Por exemplo, o código “21132” descreve um indivíduo com alguns problemas de mobilidade, sem dificuldades para autocuidado e atividades usuais, com dor ou mal-estar intenso e ansiedade/depressão moderada. Além disso, para que cada participante pudesse comparar sua condição atual com a percebida nos últimos 12 meses, solicitou-se que classificassem seu estado de saúde como “melhor”, “igual” ou “pior”.

O processo de atribuição de valor aos estados de saúde no EQ-5D inclui ainda uma medida direta pelo respondente: a indicação de sua posição na escala EQ-VAS, traçando uma linha entre a “caixa” que representa seu estado naquele momento e o termômetro de 0 a 100. Esse recurso fornece uma estimativa rápida e intuitiva dos ganhos ou perdas em saúde, sendo útil em avaliações iniciais e em análises econômicas de incorporação de tecnologias em saúde.

Por fim, o estado de saúde mental dos participantes foi avaliado novamente com o MEEM,⁵² instrumento dividido em cinco categorias: orientação (tempo e espaço), registro de memória, evocação de memória, cálculo e atenção, e linguagem. A parte de orientação incluiu

perguntas sobre data e local, totalizando até 10 pontos. Em seguida, os sujeitos realizaram a recordação de três itens não relacionados para avaliar o registro de memória, e depois foram solicitados a recuperar esses mesmos itens em outro momento da entrevista. A atenção e o cálculo foram medidos por meio do teste de subtração de sete em sete a partir de 100, repetido cinco vezes. Por fim, as tarefas de linguagem envolveram nomear objetos, repetir frases, seguir comandos de três etapas, ler, escrever e copiar um desenho. A pontuação total do MEEM varia de 0 (pior desempenho) a 30 (melhor desempenho), permitindo identificar alterações cognitivas que possam influenciar a compreensão e a participação no atendimento domiciliar.

Capítulo 3

Neste capítulo o objetivo foi analisar a percepção dos cuidadores de saúde sobre a assistência domiciliar oferecida e avaliar a qualidade de vida.

Inicialmente, foram consultados os prontuários das pessoas idosas em necessidade de AD, a fim de identificar os contatos dos cuidadores domiciliares registrados no município e vinculados às equipes da ESF. Por meio de contato telefônico, foram convidados 156 cuidadores de pessoas idosas dependentes para participar da pesquisa; desse total, 138 aceitaram voluntariamente integrar o estudo. No município cenário do estudo, teve-se a facilidade de constar no prontuário clínico o contato telefônico do cuidador, assim foi possível convidá-lo para participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão contemplaram cuidadores com capacidade cognitiva preservada para compreender e responder aos instrumentos de pesquisa. Como critério de exclusão, consideraram-se aqueles que apresentavam comprometimentos cognitivos ou comunicacionais que impedissem entendimento adequado dos questionamentos, bem como os cuidadores que recusaram ou desistiram da participação durante o processo de coleta de dados.

Para a coleta de dados sociodemográficos, foi aplicado um questionário autoaplicável contendo: condição socioeconômica, gênero, idade, tempo de atuação como cuidador e grau de parentesco com a pessoa idosa assistida. Esse instrumento permitiu traçar o perfil dos participantes antes das etapas qualitativas.

Em seguida, procedeu-se às entrevistas semiestruturadas presenciais na residência de cada cuidador. O agendamento concreto das visitas foi organizado com o apoio dos ACS responsáveis por cada microárea, garantindo o consentimento prévio pelas pessoas idosas e/ou seus familiares e estruturando o cronograma de entrevistas. Cada encontro durava, em média, 40 minutos, permitindo aos cuidadores expor de forma detalhada suas experiências,

dificuldades e percepções em relação ao cuidado domiciliar. Importa destacar que o pesquisador responsável pelas entrevistas não mantinha vínculo prévio com estes profissionais, assegurando neutralidade durante a coleta de dados e minimizando influências externas sobre os relatos.

As entrevistas foram transcritas na íntegra para posterior análise pelo método do DSC, que se fundamenta na Teoria das Representações Sociais. Por meio do DSC,^{24,26} cada depoimento individual foi examinado em busca de ideias centrais e expressões-chave, reunindo-se fragmentos semelhantes em um discurso-síntese que representasse a visão coletiva dos cuidadores sobre a assistência domiciliar. Essa técnica permite interpretar não apenas a frequência de menções a determinados temas, mas também a profundidade com que são abordadas, revelando os valores, crenças e sentimentos compartilhados pelo grupo.

Para investigar a qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores, utilizou-se o EQ-5D,⁵⁴ instrumento de autorrelato validado transculturalmente para diversas populações, inclusive a brasileira. O EQ-5D é composto por duas partes:

- a) Sistema descritivo com cinco dimensões (mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão), cada uma com três níveis de gravidade (1: sem problemas, 2: alguns problemas, 3: muitos problemas), resultando em 243 possíveis estados de saúde.
- b) Escala Visual Analógica (EQ-VAS),⁵⁵ que varia de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável), permitindo ao participante avaliar subjetivamente seu estado de saúde atual.

Os cuidadores assinalaram, em cada dimensão, o nível que melhor descrevia sua condição no momento da entrevista. Em seguida, posicionaram-se na escala EQ-VAS, traçando uma linha entre a “caixa” que representava seu estado de saúde e o termômetro de 0 a 100. Além disso, para capturar a percepção de mudança, solicitou-se que comparassem seu estado atual com o dos últimos 12 meses, escolhendo entre as opções “melhor”, “igual” ou “pior”. Essa combinação de avaliação descritiva e analógica proporcionou um panorama quantitativo da qualidade de vida dos cuidadores.⁵⁴

Capítulos 4 a 8

Os capítulos de 4 a 8 tiveram por objetivo compreender as percepções de diferentes profissionais de saúde, incluindo cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde sobre a atenção domiciliar prestada no âmbito da ESF. A amostragem do estudo foi delineada de forma não probabilística.

Para compor a amostra da pesquisa, foram incluídos apenas os profissionais que estavam formalmente vinculados à ESF há, no mínimo, seis meses no momento da coleta de dados. Esse critério foi adotado com o intuito de garantir que os participantes tivessem vivência suficiente com as rotinas, desafios e particularidades da unidade de saúde, proporcionando, assim, relatos mais consistentes e embasados em experiências reais e contínuas no serviço.

Foram excluídos do estudo os profissionais que, durante o período da coleta de dados, encontravam-se afastados de suas funções, independentemente do motivo. Isso incluiu ausências temporárias por férias, licenças médicas, licenças maternidade ou paternidade, bem como outros afastamentos administrativos ou pessoais.

No que se refere à categoria dos cirurgiões-dentistas, todos os profissionais vinculados às Equipes de Saúde Bucal da ESF foram convidados a participar da pesquisa por meio de contato telefônico. Ao todo, 22 cirurgiões-dentistas foram contatados e todos aceitaram participar, compondo integralmente essa etapa da amostra.

Em seguida, convidaram-se 26 enfermeiros; desses, cinco estavam atuando apenas temporariamente (substituindo profissionais em férias ou licença) e foram excluídos. Outros sete recusaram-se a participar, resultando em uma amostra final de 14 enfermeiros efetivos.

Quanto aos médicos, 26 profissionais vinculados às equipes da ESF foram convidados e 17 médicos aceitaram compor a pesquisa. Em relação aos técnicos de enfermagem, 41 foram convidados, dos quais 28 aceitaram participar voluntariamente.

Por fim, foram convidados 45 agentes comunitários de saúde; 36 aceitaram e atenderam aos critérios de elegibilidade.

A coleta de dados foi realizada entre julho e outubro de 2023, por meio de entrevistas presenciais e individuais gravadas em dispositivo digital.

Cada categoria profissional teve suas entrevistas conduzidas em ambiente reservado na própria unidade de saúde — por exemplo, na sala de cada enfermeiro ou em sala previamente designada — para minimizar interferências externas e garantir confidencialidade.

Os entrevistadores não mantinham vínculo prévio com os participantes, assegurando neutralidade e evitando possíveis vieses. Cada encontro durou em média 40 minutos, tempo suficiente para que os profissionais respondessem de forma detalhada e reflexiva às questões relativas ao atendimento domiciliar.

Durante as entrevistas, utilizou-se um roteiro semiestruturado composto por perguntas abertas. As questões incluíam: percepção sobre a importância das visitas domiciliares a pessoas idosas; procedimentos realizados durante as consultas domiciliares; condutas adotadas após

cada visita; competências profissionais consideradas necessárias para atuar na atenção domiciliar a pessoas idosas; aspectos positivos do atendimento domiciliar voltado às pessoas idosas; e aspectos negativos desse tipo de atendimento.

Ao término das entrevistas, as gravações foram transferidas para o computador e transcritas de forma integral.

Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de um questionário autoaplicável preenchido pelos próprios participantes, complementando as informações obtidas durante os relatos.

Adotou-se a técnica do DSC, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. O DSC parte do pressuposto de que, em qualquer grupo social, indivíduos compartilham ideias, crenças e opiniões que podem ser reunidas em um único discurso-síntese, redigido em primeira pessoa do singular para dar a impressão de uma “voz coletiva”. Esse procedimento requer, primeiramente, a extração das expressões-chave — trechos dos depoimentos que revelam a essência de cada conteúdo individual. Em seguida, selecionam-se e agrupam-se as ideias centrais, que sintetizam o que o indivíduo quis dizer, e, finalmente, as expressões-chave relacionadas a cada ideia central são compiladas em um discurso-síntese representativo daquele grupo de depoimentos.^{24,26,28}

Análise Estatística

Os dados coletados foram submetidos a uma análise qualiquantitativa, utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, auxiliada pelo software Qualiquantisoft®. Os resultados foram apresentados em análise descritiva. Os dados quantitativos foram analisados com auxílio do teste qui-quadrado com nível de significância de 0,05, por meio do software IBM SPSS Statistics 19.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de Araraquara (CAAE: 69122923.6.0000.5416).

O consentimento livre e esclarecido por escrito foi obtido dos participantes deste estudo. Para garantir a integridade ética, os participantes foram identificados nos resultados como "p" seguido de um número cardinal.

5 CAPÍTULO 1 - DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: BASES CONCEITUAIS, ENFOQUES E APLICAÇÕES EM PESQUISAS QUALITATIVAS³

5.1 Resumo

Devido à sua abordagem qualiquantitativa, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) destaca-se como uma metodologia de grande importância em pesquisas voltadas para a saúde pública, permitindo análise qualiquantitativa com base nos dados coletados. O propósito deste artigo foi apresentar a fundamentação teórica e a aplicabilidade do DSC para o desenvolvimento e a análise de pesquisas qualiquantitativas. No estudo, discutem-se os conceitos sobre o DSC, a utilização dessa metodologia revela-se de maneira apropriada através de dados qualiquantitativos, fundamentados na Teoria da Representação Social, que possui a capacidade de revelar pensamentos, representações, valores e crenças de uma coletividade sobre um tema específico, empregando métodos científicos. Acredita-se que este estudo convida o leitor para a reflexão metodológica do DSC, apresentando relevância como instrumento ou ferramenta prática no contexto das pesquisas qualiquantitativas.

Palavras-chave: Pesquisa qualitativa; Representação Social; Saúde Pública.

5.2 Abstract

Due to its qualitative-quantitative approach, the Discourse of the Collective Subject (DCS) stands out as a methodology of great importance in public health research, allowing qualitative-quantitative analysis based on collected data. The purpose of this article was to present the theoretical foundation and applicability of the DCS for the development and analysis of qualitative-quantitative research. In the study, concepts about the DCS are discussed, and the use of this methodology is appropriately demonstrated through qualitative-quantitative data, grounded in the Theory of Social Representation, which has the capacity to reveal thoughts, representations, values, and beliefs of a community about a specific topic, employing scientific

³ Normatizado segundo a Revista Pesquisa Qualitativa - <https://editora.sepq.org.br/rpq/about/submissions> (ANEXO B)

methods. It is believed that this study invites the reader to a methodological reflection on the DCS, presenting relevance as an instrument or practical tool in the context of qualitative-quantitative research.

Keywords: Qualitative research; Social Representation; Public Health.

5.3 Introdução

A pesquisa qualitativa se diferencia da abordagem quantitativa ao não se concentrar na mensuração dos eventos estudados, mas sim em obter uma descrição robusta que contenha uma argumentação substancial, incorporando a perspectiva dos participantes por meio do contato direto e pessoal entre o pesquisador e os agentes sociais (Souza *et al.* 2020). Seu objetivo é analisar respostas que escapam à mensuração, concentrando-se na compreensão da linguagem e de seus significados em diversas formas e contextos de expressão. Além disso, explora simbologias, motivações e dinâmicas das relações nas estruturas (Bosi, 2012; Zermiani *et al.* 2021).

No âmbito da pesquisa qualitativa, quando se busca desvendar a complexidade da dinâmica social vinculada ao fenômeno saúde/doença, os profissionais da área da saúde deparam-se com a delicada tarefa de escolher métodos e técnicas para a coleta de informações. Diante dessas escolhas, muitas vezes, encontram-se em uma encruzilhada, ponderando sobre os caminhos a seguir (Creswell, 2010; Zermiani *et al.* 2021).

O interesse peculiar na interação face a face adquire destaque, configurando-se como um momento singular de mobilização recíproca de intenções, opiniões e ações, conforme apontado por Fraser e Gondim (2004). Este contato direto propicia uma riqueza de dados qualitativos que são fundamentais para compreender as nuances e contextos específicos envolvidos nas experiências relacionadas à saúde e doença.

Quando o enfoque recai sobre questões que tangenciam o coletivo, a metodologia qualitativa desponta como uma abordagem particularmente apropriada. Esse método revela-se especialmente eficaz quando a intenção é explorar as percepções gerais das pessoas sobre um tema específico, notadamente as percepções dos pacientes sobre sua condição de saúde e as implicações em suas vidas (Figueiredo; Chiari; Goulart, 2013).

Assim, a pesquisa qualitativa, ao incorporar a interação face a face e focar nas percepções individuais e coletivas, emerge como uma ferramenta valiosa para desvendar as

complexidades inerentes à dinâmica social no contexto da saúde. Através dessa abordagem, os profissionais da saúde podem captar nuances significativas que contribuem para uma compreensão mais holística e empática das experiências dos pacientes e, por conseguinte, informar práticas mais eficazes e centradas no indivíduo.

No âmbito da pesquisa coletiva, os participantes são indivíduos inseridos em condições sociais específicas e em grupos sociais distintos, carregando consigo suas próprias crenças, valores e significados (Julião; Pordeus, 2021). O objeto de estudo desse tipo de pesquisa é notável por sua intrincada complexidade, apresentando contradições, inacabamento e uma constante propensão à transformação (Duarte; Mamede; Andrade, 2009; Figueiredo; Chiari; Goulart, 2013).

Diante desse contexto desafiador, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) emerge como um método perspicaz de tabulação e organização de dados qualitativos, concebida por Lefevre e Lefevre (2003) no final da década de 90, fundamentada na teoria da Representação Social. O DSC, essencialmente, se configura como um discurso-síntese elaborado a partir de segmentos de discursos que compartilham significados similares, empregando procedimentos sistemáticos e padronizados (Figueiredo; Chiari; Goulart, 2013).

Ao adotar essa abordagem, torna-se possível a compreensão aprofundada dos pensamentos, representações, crenças e valores que permeiam uma coletividade em relação a um tema específico, tudo isso embasado em métodos científicos (Maciel *et al.* 2019; Piloni *et al.* 2022; Santos; Hiittener; Thieme, 2022). A estruturação metódica do DSC possibilita uma análise minuciosa e contextualizada, contribuindo para a apreensão das nuances que caracterizam as percepções coletivas e, assim, enriquecendo o entendimento sobre a dinâmica social em questão. Em última análise, o DSC se revela como uma ferramenta valiosa no desvelar das complexidades inerentes às representações coletivas em pesquisas que abrangem múltiplas perspectivas (Maciel *et al.* 2019; Santos; Hiittener; Thieme, 2022).

Dessa forma, o objetivo do estudo é apresentar a fundamentação teórica e a aplicabilidade do DSC para o desenvolvimento e a análise de pesquisas qualitativas.

5.4 Método

Este estudo consistiu em um ensaio teórico que explorou a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como uma abordagem qualiquantitativa para analisar representações sociais. Para ilustrar a aplicação do DSC, o estudo investigou a percepção de auxiliares de saúde

bucal sobre o oferecimento do atendimento domiciliar em um município no interior de São Paulo. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, e as respostas foram analisadas utilizando o software Qualiquantisoft®.

5.5 Representações sociais

O DSC tem como base os princípios das Teorias das Representações Sociais, nos quais, por meio de métodos sistemáticos e padronizados, depoimentos são agregados sem serem reduzidos a quantidade (Lefevre; Lefevre, 2010). Dessa forma, o DSC apresenta-se como um método destinado a resgatar as Representações Sociais, buscando reconstruir essas representações enquanto preserva sua dimensão pessoal articulada com a coletividade (Lefevre; Lefevre, 2014).

A Teorias das Representações Sociais teve origem na obra intitulada "La psychanalyse: son image et son public" do psicólogo Serge Moscovici (2009), surgindo na década de 50, na França. Seu propósito inicial era compreender como a psicanálise era percebida na sociedade francesa da época. Moscovici, reconhecido como o "criador das teorias das representações sociais", estabeleceu que as RS não estão restritas a um único campo de conhecimento, tendo raízes na sociologia, influências na psicanálise de Freud e desenvolvendo-se na psicologia social de Moscovici (Arruda, 2002; Oliveira *et al.* 2018).

As Representações Sociais são conjuntos de conceitos, proposições e explicações que emergem do cotidiano, moldando-se nas comunicações interpessoais (Oliveira *et al.* 2018). Minayo (2007) a define como a linguagem do senso comum, atuando como um campo de conhecimento e interação social, sendo fundamental para a compreensão da realidade por meio de falas, atitudes e condutas.

Definir as Representações Sociais não é tarefa fácil, dada sua composição polimorfa. Entretanto, adota-se a conceituação dada por Moscovici, em que se entende por um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana no desenrolar das comunicações interpessoais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podendo, também, serem vistas como a versão contemporânea do senso comum (Oliveira *et al.* 2018).

Recomenda-se que a mesma, seja estudada articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais, integrando-os, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, às relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual eles vão

intervir. Podem, ainda, ser definidas como modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias) (Duarte; Mamede; Andrade, 2009).

São reconhecidas como sistemas de interpretação que guiam nossa relação com o mundo, influenciando condutas e comunicações sociais, além de desempenharem papéis em processos como a difusão e assimilação do conhecimento, desenvolvimento individual e coletivo, definição de identidades pessoais e sociais, expressão de grupos e transformações sociais (Lefevre; Lefevre; Marques, 2009).

Funcionam como um sistema de interpretação da realidade, atuando nas relações estabelecidas pelos indivíduos no meio em que estão inseridos, orientando, assim, seus comportamentos e práticas. Embora as Representações Sociais não determinem inteiramente as decisões tomadas pelos indivíduos, elas limitam e orientam o universo de possibilidades colocadas à sua disposição (Duarte; Mamede; Andrade, 2009; Vergara; Ferreira, 2005).

Na abordagem da Teoria das Representações Sociais, adota-se uma perspectiva abrangente, fazendo uso de conceitos relacionados a atitudes, opiniões e imagens para aprofundar a compreensão da realidade circundante, conforme destacado por Oliveira *et al.* (2018). Essa teoria, que permeia diversas áreas de estudo, desdobra-se em duas facetas essenciais: a figurativa e a significativa.

A face figurativa da Teoria das Representações Sociais está intrinsecamente ligada à atribuição de sentido, estabelecendo uma relação simbiótica entre a imagem percebida e sua interpretação. Nesse contexto, a figura, enquanto representação visual ou conceitual, torna-se um veículo crucial para a compreensão mais profunda do objeto em questão. Por sua vez, a face significativa engloba a carga semântica, os valores e as significações atribuídas ao objeto representado, ampliando a compreensão do fenômeno social em análise. Essa dualidade, proposta por Moscovici (2009), proporciona uma abordagem mais holística e detalhada na análise das representações sociais.

Ao reconhecer a interdependência entre a figura e o sentido na construção das representações sociais, a teoria oferece uma ferramenta analítica valiosa para decifrar as dinâmicas subjacentes à percepção coletiva. Dessa maneira, a Teoria das Representações Sociais se revela como um arcabouço teórico que transcende a mera descrição, permitindo uma compreensão mais profunda das complexidades inerentes às representações que moldam nossa visão da realidade.

Duarte, Mamede e Andrade (2009) destaca que as Representações Sociais, por meio da atividade psíquica, conferem uma nova forma às coisas, envolvendo uma relação dinâmica entre o sujeito e o objeto- mundo. O sujeito não apenas se insere em uma comunidade concreta e simbólica, mas, crucialmente, não está predestinado a meramente reproduzir essa realidade. Constantemente, o indivíduo está imerso em uma tensão, onde seus esforços para se constituir como sujeito ocorrem na interação entre o mundo e a construção de sua identidade social, mediada pelas Representações Sociais. Esse processo não só implica na recriação da realidade social e de suas representações, mas também na modificação da própria relação do sujeito com o mundo. Assim, os objetos presentes no meio social se manifestam como representações, perpetuamente recriados pelos sujeitos (Siman, 2005).

Conforme Moscovici (2009), as RS não são homogêneas para todos os membros da sociedade, pois dependem tanto do conhecimento do senso comum quanto do contexto sociocultural no qual os indivíduos estão inseridos. Diante de novas situações ou objetos, o processo de representação segue uma sequência lógica: tornar familiares objetos desconhecidos por meio de um duplo mecanismo inicialmente denominado de "amarramento" – uma metáfora que evoluiu para "ancoragem" – e objetivação. O primeiro consiste em tornar conhecidos objetos desconhecidos ancorando-os a conceitos familiares, enquanto o segundo envolve acoplar imagens reais, concretas e compreensíveis do cotidiano a novos esquemas conceituais (Oliveira, 2004).

O processo de objetivação, que ilustra a estruturação do conhecimento do objeto, compreende três etapas. Primeiramente, o indivíduo seleciona e descontextualiza elementos do objeto, fragmentando informações com base no conhecimento prévio, experiência e valores. Em seguida, os fragmentos são recompostos, tornando-se o centro figurativo das representações, levando ao núcleo da representação – o objeto antes misterioso é desmembrado e recomposto, tornando-se objetivo e tangível, adquirindo um sentido natural. A naturalização conclui a fase de objetivação. O processo de ancoragem, por sua vez, é o meio pelo qual o conhecimento se enraíza no social e retorna a ele, proporcionando sentido ao objeto (Duarte; Mamede; Andrade, 2009; Moscovici, 2009).

Em resumo, as Representações Sociais podem ser compreendidas como um processo social de dialética, envolvendo comunicação e discurso. Considera-a como atributos pessoais, estruturas de conhecimento individuais que são, no entanto, compartilhadas (Duarte; Mamede; Andrade, 2009).

Sob essa perspectiva, são consideradas conteúdos mentais estruturados, abrangendo dimensões cognitivas, avaliativas, afetivas e simbólicas sobre fenômenos sociais relevantes, expressando-se por meio de imagens ou metáforas compartilhadas conscientemente no grupo social. Durante esse processo, o sujeito busca elementos familiares para realizar a conversão do novo e participa na legitimação de comportamentos, atitudes, crenças e valores junto aos demais membros do grupo ou sociedade em que está inserido (Jodelet, 2001).

A incorporação das Representações Sociais como referencial teórico em pesquisas qualitativas, tem contribuído para a identificação de conhecimentos singulares, fornecendo fundamentos para a compreensão e estruturação de comportamentos e ações diante de eventos relacionados à sociedade.

5.6 Discurso do Sujeito Coletivo

A metodologia do DSC representa uma abordagem qualiquantitativa amplamente empregada em pesquisas sociais. Essa metodologia foi concebida na década de 90 por Ana Maria Lefevre e Fernando Lefevre, conforme destacado por Costa-Marinho (2015). Um marco inicial dessa abordagem foi estabelecido quando os mencionados autores conduziram uma pesquisa entre os servidores públicos da cidade de São Paulo, com o intuito de explorar suas opiniões em relação ao Programa de Gerenciamento Integrado.

No decorrer desse estudo, durante a fase de coleta de dados, observou-se uma notável similaridade nas respostas obtidas, embora algumas variações tenham sido identificadas em determinados critérios específicos, sem, no entanto, afetar substancialmente o resultado geral (Duarte; Mamede; Andrade, 2009). Essa consistência nas respostas aponta para a robustez da metodologia DSC, evidenciando sua capacidade de capturar nuances qualitativas sem abdicar da precisão quantitativa. Este método, ao integrar abordagens qualitativas e quantitativas, proporciona uma compreensão mais holística e aprofundada das complexidades inerentes aos fenômenos sociais investigados.

De acordo com seus autores, o DSC se alinha às correntes do pensamento contemporâneo que valorizam o múltiplo, o complexo e o diferente, considerando, com igual importância, que esses elementos coexistem em tensão dialética com o semelhante, o uno e o simples. O DSC representa uma técnica de construção do pensamento coletivo, revelando como as pessoas pensam, atribuem significados e expressam suas posições sobre determinado tema.

Trata-se de um compartilhamento de ideias em um grupo social, onde o discurso reflete o coletivo, permitindo que os indivíduos se vejam como são (Lefevre; Lefevre, 2005).

A técnica do DSC consiste na elaboração de discursos que compõem um panorama de RS, buscando resgatar o pensamento coletivo de maneira menos arbitrária. No método do DSC, os depoimentos coletados são tratados metodologicamente por meio do software Qualiquantisoft. Esse software possibilita trabalhar com amostras relativamente extensas de indivíduos, permitindo ao pesquisador segmentar ou filtrar os resultados com base nas variáveis do cadastro embutido no programa. Essa funcionalidade oferece ao pesquisador uma ampla gama de respostas categorizadas (Carvalho, 2016).

Como método, o DSC propõe a organização e tabulação de dados qualitativos verbais, provenientes de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, papers, revistas especializadas, entre outros. Para sua composição, são utilizadas expressões-chave, ideias centrais e ancoragens como figuras metodológicas (Lefevre; Lefevre, 2005). Baseando-se no pensamento individual, que ocorre por meio de um processo de internalização anterior e construído socialmente, Lefevre e Lefevre (2005) propõem quatro operações para produzir o DSC: 1) Expressões-Chave; 2) Ideias Centrais; 3) Ancoragens; e 4) Discursos do Sujeito Coletivo.

No processo de análise, as expressões-chave destacam-se como fragmentos verbais fundamentais presentes em cada depoimento, constituindo-se como descrições literais que capturam a essência e a riqueza do conteúdo das representações individuais. Essas expressões, ao serem extraídas dos depoimentos, representam unidades significativas que proporcionam uma visão autêntica das percepções e experiências compartilhadas pelos participantes.

Junto a isso, a ideia central assume um papel crucial no processo de síntese e descrição das representações. Ela se manifesta como o nome ou expressão linguística que condensa, de maneira precisa, o sentido inerente aos depoimentos, utilizando as palavras exatas do entrevistado sem acréscimos interpretativos. As ideias centrais, quando reunidas pelo pesquisador, compõem o DSC, proporcionando uma visão consolidada e representativa das percepções coletivas emergentes.

É importante ressaltar que, em uma mesma fala, podem coexistir diversas ideias centrais, exigindo do pesquisador a habilidade de reagrupá-las de forma coesa em discursos distintos. Esse processo de análise e categorização requer sensibilidade e rigor metodológico para garantir a fidedignidade e a fidelidade às nuances presentes nos depoimentos dos participantes. Assim, as expressões-chave e as ideias centrais, ao serem habilmente

manipuladas e organizadas, convertem-se em ferramentas essenciais para a compreensão profunda e abrangente das representações sociais delineadas pelos participantes da pesquisa.

A prática da ancoragem se caracteriza pela formulação de afirmações positivas, as quais encapsulam as ideologias, crenças, teorias e valores individuais. Essa técnica intrínseca à comunicação reflete a tendência natural das pessoas em expressar suas perspectivas, incorporando, assim, a essência da sustentabilidade ao discurso. Em essência, a ancoragem atua como um veículo que reflete não apenas as palavras proferidas, mas também os princípios fundamentais que subjazem às convicções do indivíduo.

A inserção consciente de expressões alinhadas às convicções pessoais durante a ancoragem confere ao discurso uma dimensão particularmente significativa. Esse fenômeno se traduz na representação social subjacente ao objeto de estudo, revelando os contornos do senso comum vigente sobre o tema em questão. Ao delinear as ideias fundamentais, a ancoragem emerge como uma ferramenta valiosa para identificar e compreender as Representações Sociais associadas ao tema de pesquisa, proporcionando uma visão mais profunda e contextualizada das percepções coletivas. Assim, a ancoragem não apenas reflete a expressão individual, mas também desvenda camadas mais profundas de compreensão social que permeiam o discurso.

O DSC é uma reunião num só discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular de Expressões-Chave que têm Ideais Centrais ou Ancoragens semelhantes, ou complementares (Figueiredo; Chiari; Goulart, 2013).

Estes conteúdos de mesmo sentido, reunidos num único discurso, por estarem redigidos na primeira pessoa do singular, buscam produzir no leitor um efeito de “coletividade falando”; além disso, dão lugar a um acréscimo de densidade semântica nas representações sociais, fazendo com que uma ideia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo “encorpado”, desenvolvido, enriquecido, desdobrado (Lefevre; Lefevre; Marques, 2009, p. 1194)

5.7 Exemplo de DSC

A pesquisa contou com a participação de cinco auxiliares de saúde bucal, pertencentes a cinco diferentes Unidades de Saúde da Família do município de Itatiba, São Paulo.

Embora vinte dois auxiliares bucais tenham sido convidados, número total do município, apenas, cinco aceitaram participar do estudo.

As entrevistas foram conduzidas com um roteiro semiestruturado sobre atuação profissional no atendimento domiciliar. Os critérios de inclusão foram: auxiliares de saúde

bucal vinculados à ESF. Foram excluídos os participantes que estavam afastados por motivos de licença, férias ou outros impedimentos durante o período da coleta de dados.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade responsável pelo estudo (CAAE: 69122923.6.0000.5416). O participante era encaminhado a uma sala reservada, previamente designada na unidade de saúde correspondente à sala de espera ou a um horário específico agendado para a aplicação do questionário. No momento inicial, o pesquisador compartilhava os objetivos do estudo e iniciava o preenchimento de um cadastro que contemplava informações essenciais, tais como idade, tempo de trabalho e gênero do participante.

Com o propósito de preservar a confidencialidade e garantir o anonimato, cada participante era numerado de 01 a 05 no cadastro. Posteriormente, procedia-se à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e, uma vez obtido o consentimento, solicitava-se a assinatura do participante. Todas as respostas eram então transcritas integralmente para possibilitar análise por meio do DSC.

Essa abordagem qualiquantitativa contribuiu para a compreensão do fenômeno investigado, garantindo uma interpretação ampla e robusta dos dados coletados, como demonstrado a seguir:

Pergunta da entrevista: *Qual o seu ponto de vista em relação a fazer visitas domiciliares?*

Resposta usuário 01 – *“Muito bom por ser uma forma de entrar no dia a dia do paciente, conseguindo a sua confiança e auxiliando a continuidade do cuidado”*

ECH: forma de entrar no dia a dia do paciente

IC: continuidade do cuidado

AC: Muito bom

Resposta usuário 02 – *“Acho importante, permite a continuidade do tratamento, realizo com o dentista que trabalho”*

ECH: realizo com o dentista que trabalho

IC: continuidade do tratamento

AC: Acho importante

Resposta usuário 03 – *“Acho muito importante para darmos valor na vida e conhecer a realidade de cada paciente que precisa desse tipo desse atendimento”*

ECH: darmos valor na vida, precisa desse tipo desse atendimento

IC: realidade

AC: Acho muito importante

Resposta usuário 04 – “Muito importante para continuar o tratamento do paciente que não consegue ir ao posto de saúde”

ECH: paciente que não consegue ir ao posto de saúde

IC: continuar o tratamento

AC: Muito importante

Resposta usuário 05 – “*Muito interessante para entender a realidade do paciente, saber como está a saúde bucal*”

ECH: saber como está a saúde bucal

IC: entender

AC: Muito interessante

Resultados de acordo com o DSC:

Categoria A – continuidade do tratamento (60,00%)

“Muito bom por ser uma forma de entrar no dia a dia do paciente, conseguindo a sua confiança e auxiliando a continuidade do cuidado”, “...permite a continuidade do tratamento, realizo com o dentista que trabalho”, “...continuar o tratamento do paciente que não consegue ir ao posto de saúde” (p. 01, 02 e 04).

Categoria B – entendimento da realidade (40,00%)

“Acho muito importante para darmos valor na vida e conhecer a realidade de cada paciente que precisa desse tipo desse atendimento”, “...para entender a realidade do paciente, saber como está a saúde bucal” (p. 03 e 05).

O discurso-síntese é meticulosamente editado para formar o produto, o qual representa a opinião coletiva de uma pessoa coletiva, sendo formulado na primeira pessoa do singular (Serpa; Oliveira; Medeiros, 2023). As Representações Sociais acerca do tema investigado são delineadas pelo conjunto de discursos do sujeito coletivo referentes aos temas e subtemas em estudo. Com base no DSC obtido e seu contexto, é possível analisar os motivos subjacentes aos pensamentos das pessoas, bem como suas consequências e implicações práticas. Uma vez qualificado qualitativamente o caráter coletivo do pensamento social, procede-se à coletivização dos resultados pela dimensão quantitativa. Os dados são estruturados em gráficos

que representam a frequência com que cada opinião surge em relação ao número total de opiniões (Figueiredo; Chiari; Goulart, 2013).

A aplicação do método do DSC ganhou destaque crescente, especialmente em pesquisas no âmbito da saúde, como por exemplo o estudo de Bueno e Brod (2021), os autores conduziram uma análise que evidenciou a percepção e compreensão voltadas para a incorporação do lúdico nas práticas clínicas. O lúdico, nesse contexto, se configura como uma ferramenta integrada às técnicas fisioterapêuticas, promovendo resultados eficazes em prol da saúde dos pacientes.

Da mesma forma, Pacheco, Hermida e Rodrigues (2023) adotaram o método do DSC ao investigarem a dinâmica da interconsulta médico-enfermeiro na atenção primária à saúde. A escolha por essa abordagem metodológica possibilitou uma análise abrangente e aprofundada da interação entre médico e enfermeiro nesse contexto específico. Esses exemplos ressaltam a aplicação consistente e vantajosa do método DSC em estudos que abordam diversos aspectos relacionados à interação profissional-paciente e práticas clínicas nas áreas da saúde.

O DSC, enquanto método, destaca-se pela elaboração da síntese das expressões-chave presentes nos depoimentos, englobando ideias centrais e/ou ancoragens com sentido semelhante ou complementar. É importante ressaltar que o DSC é redigido sempre na primeira pessoa do singular, conforme destacado por Benites e Bonamigo (2023) e Serpa, Oliveira e Medeiros (2023). A construção sistemática do DSC proporciona não apenas uma visão organizada das Representações Sociais, mas também se configura como um espelho coletivo para o pesquisador.

Ao fornecer uma visão coletiva, o DSC oferece dados valiosos que enriquecem o entendimento das representações sociais presentes na interação profissional-paciente e nas práticas clínicas. Essas informações não apenas contribuem para o desenvolvimento teórico da pesquisa, mas também desempenham um papel crucial no aprimoramento do processo de cuidado em saúde. Assim, a aplicação do método DSC não apenas revela nuances significativas nas percepções dos participantes, mas também se torna uma ferramenta essencial para promover práticas mais informadas e centradas no paciente.

O método do DSC apresenta uma série de pontos fortes que o tornam uma ferramenta robusta para a pesquisa qualitativa, especialmente na síntese e análise das representações sociais sobre diferentes temas. Primeiramente, permite a síntese de múltiplos discursos individuais em um discurso coletivo, oferecendo uma visão integrada e abrangente das percepções compartilhadas por um grupo de participantes. Isso facilita uma compreensão mais profunda e contextualizada das representações sociais sobre um tema específico.

Além disso, o método é capaz de capturar nuances qualitativas significativas ao organizar as expressões-chave e ideias centrais dos discursos individuais. Isso não apenas enriquece a análise, mas também ajuda na identificação de padrões e temas emergentes dentro dos dados qualitativos. A integração qualitativa e quantitativa é outro ponto forte, pois permite uma análise robusta que vai além da simples descrição, incorporando elementos de mensuração numérica às interpretações qualitativas.

Em termos de aplicabilidade, o DSC demonstra ser adequado para uma ampla gama de áreas de estudo. Ele pode ser aplicado com sucesso em pesquisas que buscam entender percepções coletivas sobre temas complexos e dinâmicos, como saúde pública, práticas de cuidado e outras questões sociais importantes. Essa versatilidade faz do DSC uma ferramenta valiosa para investigar e sintetizar representações sociais em contextos variados de pesquisa qualitativa.

Apesar de suas vantagens, o método DSC não está isento de limitações. Uma das principais limitações está na interpretação subjetiva necessária para analisar e sintetizar os discursos individuais em um discurso coletivo. Esse processo de interpretação pode introduzir vieses e subjetividade na organização das representações sociais, afetando a objetividade dos resultados obtidos.

Outra questão importante é a complexidade envolvida na análise dos dados, especialmente na manipulação de expressões-chave e ideias centrais dos discursos. Essa etapa requer habilidade técnica e rigor metodológico para garantir que a síntese reflita fielmente as percepções dos participantes, sem distorções ou simplificações excessivas que possam comprometer a validade dos resultados.

Além disso, a generalização dos resultados obtidos por meio do DSC pode ser limitada, embora o método proporcione uma compreensão profunda das RS dentro do grupo estudado, sua aplicabilidade a outras populações ou contextos pode ser comprometida devido à natureza específica das amostras e discursos analisados.

Em resumo, o DSC representa uma ferramenta valiosa para investigar e sintetizar as RS em pesquisas qualitativas. Ele oferece uma visão detalhada e integrada das percepções coletivas sobre temas relevantes, mas é essencial considerar suas limitações para interpretar corretamente os resultados e aplicar o método de maneira eficaz na prática científica.

5.8 Considerações finais

O estudo abordou a fundamentação teórica e a aplicabilidade do DSC no desenvolvimento e na análise de pesquisas qualitativas como método fundamental, proporcionando abordagem sistemática e eficaz na análise de dados. Ao aplicar este método, que se fundamenta na Teoria das Representações Sociais, os pesquisadores podem construir discursos que capturam as representações compartilhadas pelos indivíduos estudados, conferindo maior confiabilidade e objetividade às pesquisas. Essa prática não apenas enriquece a compreensão nos dados, mas também funciona como ferramenta valiosa para articular discursos que refletem perspectivas coletivas. Alinhado aos padrões da pesquisa científica, o DSC promove uma análise aprofundada das complexidades subjacentes às RS, transcendendo o âmbito acadêmico ao oferecer dados que embasam intervenções sociais, contribuindo assim para práticas transformadoras e baseadas em evidências.

Além disso, a reflexão sobre a relevância do DSC transcende o âmbito acadêmico, assumindo uma dimensão prática ao considerar seu potencial para intervenções sociais subsequentes. Ao compreender e organizar as Representações Sociais por meio desse método, os pesquisadores podem gerar dados valiosos que informam e embasam ações voltadas para a transformação social. Dessa forma, a aplicação do DSC não apenas se destaca como uma técnica analítica, mas também como um instrumento estratégico para impulsionar a eficácia das intervenções e práticas sociais baseadas em evidências.

5.9 Referências

- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 117, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.
- BENITES, D.; BONAMIGO, A. W. Roda de conversa sobre as práticas integrativas e complementares, resgatando o conhecimento popular. **REVISE-Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, Três Lagoas, v. 11, n. 2, p. 284-307, jul./dez. 2023.
- BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panoramas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012.

BUENO, M. B. T.; BROD, F. A. T. O lúdico para a área da saúde: Perspectivas por meio do discurso do sujeito coletivo (DSC). **Ensino de Ciências e Tecnologia em Revista– ENCITEC**, Ponta Grossa, v. 11, n. 3, p. 152-165, set./dez. 2021.

CARVALHO, S. A. **O uso da metodologia discurso do sujeito coletivo (DSC) nas pesquisas com interface entre comunicação e saúde.** 2016. Disponível em: <https://portalintercom.org.br/anais/pensacom2016/textos/simone-carvalho.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2024.

COSTA-MARINHO, M. L. O Discurso do sujeito coletivo: uma abordagem qualiquantitativa para a pesquisa social. **Trabajo Social Global-Global Social Work**, Murcia, v. 5, n. 8, p. 90-115, jul./dez. 2015.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. D. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 620-626, dez. 2009.

FIGUEIREDO, M. Z.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 151-157, mar. 2013.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, jul./dez. 2004.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais.** Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.

JULIÃO, A. O. R.; PORDEUS, M. P. Habitus e representação social dos mestrados cearenses em Ciências da Educação em uma instituição de ensino superior na cidade de Assunção-PY. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 12, p. 116129-116144, dez. 2021.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa.** Cuiabá: Educs, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE A.M.C. **Pesquisa de representação social**. São Paulo: Liberlivro, 2010.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 502-507, jul./set. 2014.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. D. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, out. 2009.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Depoimentos e discursos**. São Paulo: Liberlivro; 2005.

MACIEL, J. A. C.; CASTRO-SILVA, I. I.; FARIAS, M. R.; VASCONCELOS, M. I. O.; DIAS, M. S. A. ; QUEIROZ, M. V. O. Discurso do sujeito coletivo das concepções sobre educação permanente em saúde de gestores e cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 7, n. 13, p. 117-134, jul./dez. 2019.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2009.

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 180-186, abr. 2004.

OLIVEIRA, S. X.; OLIVEIRA, M. D.; CAMBOIM, F. E. F.; NÓBREGA, M. M. S.; LIMA, A. B.; MELO, A. C. Teorias das representações sociais e o discurso do sujeito coletivo como ferramentas para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas. **Temas Saúde**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 126-135, jan./jun. 2018.

PACHECO, R. C. D. P.; HERMIDA, P. M. V.; RODRIGUES, M. S. Interconsulta médico-enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: discursos do sujeito coletivo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, n. 1, p. e230153, jan./mar. 2023.

PILONI, M. L.; KREBS, J. P.; SILVA, E. D. G. D.; ZILLY, A.; SILVA, R. M. M. Orientações realizadas em unidade de terapia intensiva neonatal aos pais. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 10, n. 23, p. 136-149, jan./jun. 2022.

SANTOS, M. C.; HIITTENER, A. S.; THIEME, R. D. Percepção de nutricionistas acerca da atuação no núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 10, n. 24, p. 253-275, jul./dez. 2022.

SERPA, A. M.; OLIVEIRA, F. C.; MEDEIROS, D. A não maternidade: caminhos possíveis para a mulher contemporânea. **Revista da Faculdade Paulo Picanço**, Recife, v. 3, n. 1, p. 1-15, jan./jun. 2023.

SIMAN, L. M. D. C. Representações e memórias sociais compartilhadas: desafios para os processos de ensino e aprendizagem da história. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 25, n. 65, p. 348-364, jul./dez. 2005.

SOUZA, D. L. D.; ZAMBALDE, A. L.; MESQUITA, D. L.; SOUZA, T. A. D.; SILVA, N. L. C. D. A perspectiva dos pesquisadores sobre os desafios da pesquisa no Brasil. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 1-20, jan./abr. 2020.

VERGARA, S. C.; FERREIRA, V. C. P. Social representation of NGOs according to opinion formers in Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 1137-1156, set./out. 2005.

ZERMIANI, T. C.; FREITAS, R. S.; DITTERICH, R. G.; GIORDANI, R. C. F. Discurso do sujeito coletivo e análise de conteúdo na abordagem qualitativa em saúde. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 1-16, jan. 2021.

6 CAPÍTULO 2 - ATENÇÃO DOMICILIAR PARA PESSOAS IDOSAS: UMA ABORDAGEM INTEGRADA NA PERCEPÇÃO, QUALIDADE DE VIDA E COGNIÇÃO⁴

6.1 Resumo

Introdução: O atendimento domiciliar caracteriza-se por um conjunto de ações e serviços de promoção à saúde, permitindo continuidade aos cuidados. Apesar de ser relevante como estratégia de formação humanizada, vínculo e acesso, há poucas evidências científicas sobre a percepção dos usuários das equipes de Estratégia Saúde da Família sobre a AD. Objetivo: Foi analisar a percepção e estado de saúde dos usuários com mais de sessenta anos que necessitavam de atenção domiciliar. Metodologia: Utilizou-se abordagem descritiva qualitativa, com amostra de 60 usuários que necessitavam de atendimento domiciliar. Foi realizada entrevista por meio de um roteiro semiestruturado contendo questões relacionadas aos serviços de saúde e aplicação de questionários autoaplicável. A análise empregou o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), qualidade de vida relacionada à saúde (EQ-5D), valor associado ao estado de saúde (EQ-VAS) e Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Os dados coletados foram submetidos a uma análise qualiquantitativa, utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, auxiliada pelo software Qualiquantisoft®. Os resultados foram apresentados em análise descritiva. Os dados quantitativos foram analisados com auxílio do teste qui-quadrado com nível de significância de 0,05, por meio do software IBM SPSS Statistics 19.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA). Resultados: A maioria dos participantes foi do gênero feminino (60,00%), com idade média de 77 anos. A maioria dos indivíduos são casados (43,40%) e possuía ensino fundamental incompleto (60,00%). A classe econômica predominante foi D/E (90,00%), e o tempo de atenção domiciliar predominante foi de 41,60% pelo período de 13 a 24 meses. As principais condições clínicas incluíram doença pulmonar obstrutiva crônica (35,00%), insuficiência cardíaca (25,00%) e artrite/artrose/reumatismo (23,30%). A análise das entrevistas, utilizando o DSC, revelou que 61,60% dos participantes recebiam atendimento domiciliar semanalmente, 33,40% a cada 15 dias, e 5,00% mensalmente. Os agentes comunitários de saúde realizavam a maioria das visitas domiciliares (45,00%), seguidos por técnicos de enfermagem (18,30%), enfermeiros (15,00%) e médicos (15,00%). A continuidade do tratamento foi valorizada por 36,60% dos participantes, enquanto 25,00% destacaram a assistência humanizada, 31,60% estavam satisfeitos com a qualidade do atendimento, e 6,60%

desejavam visitas mais frequentes. A dimensão do EQ-5D de acordo com o gênero, mostrou que as mulheres têm maior necessidade de assistência em cuidados pessoais ($p = 0,04$) e maior prevalência de ansiedade/depressão ($p = 0,03$). As características condições clínicas com as dimensões do EQ-5D, revelou que a neoplasia está associada à mobilidade reduzida ($p = 0,04$) e ansiedade/depressão ($p = 0,01$), enquanto artrite/artrose/reumatismo está associada a limitações em atividades habituais ($p = 0,01$) e dor/mal-estar ($p = 0,04$). A média de pontuação no MEEM foi de 17,52, indicando cognição levemente comprometida, sem diferenças significativas entre os gêneros. A análise das pontuações do EQ-VAS demonstrou uma média de 55,30 pontos, indicando que os participantes consideram seu estado de saúde como moderadamente bom. Conclusão: Os participantes valorizaram a continuidade do tratamento e a qualidade da assistência recebida, com as visitas domiciliares sendo realizadas com maior frequência pelos agentes comunitários de saúde. As condições crônicas mais comuns, como doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca e artrite/artrose/reumatismo, impactavam diretamente a qualidade de vida dos pacientes, refletindo-se em limitações de mobilidade, dificuldades em atividades habituais e presença de dor. A avaliação da cognição indicou um comprometimento leve, sem diferenças significativas entre os gêneros.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Saúde da família; Usuários.

6.2 Abstract

Introduction: Home care is characterized by a set of health promotion actions and services that ensure continuity of care. Although it is an important strategy for fostering humanized care, building patient-provider relationships, and improving access to services, there is still limited scientific evidence regarding the perceptions of users of Family Health Strategy (FHS) teams about home care (HC). **Objective:** This study aimed to analyze the perceptions and health status of users aged over sixty who required home care services. **Methodology:** A descriptive, mixed-methods (qualitative-quantitative) approach was employed, involving a sample of 60 users in need of home care. Data were collected through semi-structured interviews addressing healthcare services, along with self-administered questionnaires. The analysis included Collective Subject Discourse (CSD), health-related quality of life (EQ-5D), health state value (EQ-VAS), and Mini-Mental State Examination (MMSE). The collected data underwent mixed analysis, with the CSD technique supported by Qualiquantisoft® software. The results were

presented through descriptive analysis. Quantitative data were analyzed using the chi-square test with a significance level of 0.05, processed with IBM SPSS Statistics 19.0 software (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Results: The majority of participants were female (60.00%), with an average age of 77 years. Most participants were married (43.40%) and had incomplete primary education (60.00%). The predominant economic class was D/E (90.00%), and the most common duration of home care was 13 to 24 months (41.60%). The most frequent clinical conditions included chronic obstructive pulmonary disease (35.00%), heart failure (25.00%), and arthritis/osteoarthritis/rheumatism (23.30%). Analysis of the interviews using CSD revealed that 61.60% of participants received weekly home care, 33.40% biweekly, and 5.00% monthly. Community health agents conducted the majority of home visits (45.00%), followed by nursing technicians (18.30%), nurses (15.00%), and physicians (15.00%). Continuity of care was valued by 36.60% of participants, while 25.00% highlighted humanized assistance, 31.60% expressed satisfaction with the quality of care, and 6.60% wished for more frequent visits. Analysis of the EQ-5D dimensions by gender showed that women had a greater need for assistance with personal care ($p = 0.04$) and a higher prevalence of anxiety/depression ($p = 0.03$). The analysis of clinical conditions in relation to the EQ-5D dimensions indicated that neoplasms were associated with reduced mobility ($p = 0.04$) and anxiety/depression ($p = 0.01$), while arthritis/osteoarthritis/rheumatism was associated with limitations in usual activities ($p = 0.01$) and pain/discomfort ($p = 0.04$). The average MMSE score was 17.52, indicating mildly impaired cognition, with no significant differences between genders. Analysis of EQ-VAS scores showed an average of 55.30 points, suggesting that participants perceived their health status as moderately good. Conclusion: Participants valued the continuity of care and the quality of the services received, with home visits being most frequently conducted by community health agents. The most common chronic conditions, such as chronic obstructive pulmonary disease, heart failure, and arthritis/osteoarthritis/rheumatism, had a direct impact on patients' quality of life, reflected in mobility limitations, difficulties with usual activities, and pain. Cognitive assessment indicated mild impairment, with no significant differences between genders.

Keywords: Home care; Family health; Users.

6.3 Introdução

Globalmente, a tendência de envelhecimento da população está em ascensão, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que a proporção da população com mais de 60 anos aumentará de 12% para 22% entre 2015 e 2050 [1]. Com o envelhecimento populacional, há uma crescente demanda por cuidados de suporte para pessoas idosas dependentes [1,2]. O aumento da expectativa de vida e o crescimento do número de pessoas idosas com doenças crônicas destacam a necessidade de cuidados de longo prazo, tornando-se um grande desafio para os sistemas de saúde em muitos países [3].

Recentemente, foi divulgado um plano de ação intitulado “Década do Envelhecimento Saudável 2020–2030”. Esse plano exige uma colaboração coordenada, catalisadora e sustentada ao longo de um período de dez anos [4–6]. Seus objetivos específicos incluem a prevenção da pobreza entre as pessoas idosas e a oferta de educação de qualidade, oportunidades de emprego e infraestrutura inclusiva para todas as faixas etárias. A proposta visa reunir esforços de governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, academia, mídia e setor privado para melhorar a qualidade de vida desse grupo [5,6].

O Brasil, maior país da América do Sul e quinto mais populoso do mundo, enfrenta significativas disparidades sociais e econômicas. Com uma população superior a 200 milhões de habitantes, o envelhecimento no país está ocorrendo rapidamente. Apesar das recentes melhorias nos indicadores socioeconômicos e de saúde, estudos mostram que as desigualdades em saúde entre as pessoas idosas permaneceram inalteradas nos últimos 10 anos [7,8].

No contexto brasileiro, envelhecer com dignidade é reconhecido como um direito humano fundamental, respaldado pelos princípios do Estado Social Democrático de Direito. O artigo 230 da Constituição de 1988 assegura que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e assegurando seu direito à vida” [9]. Atualmente, três principais instrumentos legais – a Constituição, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso – estabelecem e protegem os direitos da população idosa no país [8,10].

Em 1976, a primeira Política Social para o Idoso propôs a participação da comunidade para auxiliar as pessoas idosas a permanecerem com suas famílias, revisando os critérios de licenciamento para instituições de longa permanência e antecipando a criação de serviços médicos especializados. Além disso, a política sugeriu uma revisão do sistema previdenciário,

programas de preparação para a aposentadoria, treinamento profissional para o cuidado de pessoas idosas e a coleta sistemática de dados sobre a população idosa [8,11].

Uma política de cuidados de longo prazo para pessoas idosas deve orientar o desenvolvimento de modelos que considerem o suporte contínuo necessário para indivíduos com diferentes níveis de dependência. Isso inclui cuidados domiciliares e comunitários coordenados, serviços em residências assistidas e instituições de longa permanência, cuidados diurnos e cuidados paliativos. Reconhecendo a importância do cuidado familiar, é essencial fornecer maior suporte instrumental, emocional e financeiro aos cuidadores. Essa política também deve regulamentar a profissão de cuidador, aliando treinamento abrangente e suporte adequado, em resposta à crescente demanda por esses profissionais [12,13].

No que diz respeito ao cuidado domiciliar para pessoas idosas, as pesquisas atuais têm se concentrado em atender às necessidades, mas têm dado menos ênfase à qualidade do atendimento [14–17]. A qualidade do cuidado prestado pelos cuidadores é crucial para garantir o bem-estar das pessoas idosas e a qualidade de suas vidas. Estudos também indicam que a qualidade do cuidado oferecido às pessoas idosas está diretamente relacionada à satisfação profissional dos cuidadores [18,19].

No contexto do cuidado domiciliar para pessoas idosas, existem lacunas significativas na oferta de serviços assistenciais, incluindo atendimento médico, programas de fisioterapia, suporte espiritual, atividades culturais e outros serviços além dos cuidados básicos da vida diária [20]. Muitas vezes, os familiares não possuem conhecimento profissional de enfermagem e ferramentas adequadas de cuidado, tornando-se incapazes de fornecer tratamento médico de emergência para pessoas idosas com deficiência [21].

As “boas práticas” no Brasil foram oficialmente estabelecidas por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 25/11/2011. Essa resolução reconhece o cuidado domiciliar para pessoas idosas como um recurso que humaniza, controla a transmissão de doenças e contribui para a manutenção da saúde dessas pessoas em seu ambiente, garantindo um cuidado próximo à família [22]. Os profissionais de saúde devem atuar como agentes de transformação na sociedade, envolvendo a família no cuidado. Uma abordagem eficaz para a promoção da saúde é engajar as pessoas idosas em diversas atividades, como grupos de interação e educação em saúde [23].

No entanto, ainda há incertezas quanto ao impacto do cuidado domiciliar nos resultados de saúde da população idosa. Embora haja evidências substanciais de que o cuidado domiciliar pode melhorar a saúde, promovendo um senso de comunidade e mantendo redes sociais durante

o envelhecimento no próprio lar [24–27], existem preocupações sobre o menor controle da qualidade e quantidade desse tipo de cuidado em comparação com outras formas de assistência [18,27]. O cuidado domiciliar de baixa qualidade pode resultar em problemas médicos e depressão nos pacientes idosos [27,28].

Portanto, estimar com precisão o impacto do cuidado domiciliar na saúde das pessoas idosas, identificar seus efeitos em diferentes populações e analisar os mecanismos de influência são questões cruciais. É de grande importância avaliar o sistema atual de cuidado domiciliar [29,30]. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar o impacto relatado pelas pessoas idosas sobre o cuidado domiciliar recebido, estado de saúde e mental.

6.4 Metodologia

Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, de natureza qualiquantitativa.

O desenho da amostra neste estudo foi não probabilístico.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de Araraquara (CAAE: 69122923.6.0000.5416).

O consentimento livre e esclarecido por escrito foi obtido dos participantes deste estudo. Para garantir a integridade ética, os participantes foram identificados nos resultados como "p" seguido de um número cardinal.

Seleção da amostra

Inicialmente, o estudo realizou uma triagem com 95 participantes acima de sessenta anos vinculadas às equipes de ESF que recebiam atendimento domiciliar, após uma análise da capacidade cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para responderem às questões propostas, foram selecionadas 60 pessoas idosas que conseguiram participar integralmente da coleta de dados.

Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Itatiba - SP, localizado no interior do Estado de São Paulo/Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o

município é considerado de médio porte, faz parte da Região Metropolitana de Campinas, sua população estimada é de aproximadamente 121.590 habitantes.

O município apresenta 12 Unidades de Saúde da Família, as quais foram os cenários para a aplicação do estudo.

Coleta de dados

Foram realizadas análises dos prontuários clínicos e entrevistas presenciais na residência dos participantes. Essas entrevistas foram previamente agendadas com o auxílio do agente comunitário de saúde responsável por aquela residência, garantindo o consentimento e a organização adequada do cronograma. Cada entrevista teve uma duração média de aproximadamente 40 minutos, proporcionando um tempo suficiente para a obtenção de respostas detalhadas e reflexivas. Importante destacar que o pesquisador responsável pela realização das entrevistas não mantinha vínculo prévio com os participantes, o que assegurou a neutralidade durante a condução da coleta de dados e evitou possíveis interferências nos relatos obtidos. Essa abordagem buscou assegurar um ambiente acolhedor e livre de influências externas, garantindo que as percepções e vivências relatadas pelos participantes fossem autênticas e fidedignas.

Instrumentos de análise

Dados sociodemográficos

Os dados relativos à enfermidade, condição socioeconômica, gênero e idade foram coletados a partir da análise dos prontuários clínicos. Esses prontuários foram solicitados por cada enfermeiro responsável pela respectiva USF, garantindo o acesso às informações pertinentes e a fidedignidade dos registros.

Essa etapa foi essencial para complementar os dados obtidos nas entrevistas, possibilitando uma visão abrangente do perfil de saúde e das condições sociais dos participantes

Discurso do Sujeito Coletivo

Foi utilizado o DSC para análise das entrevistas sobre o atendimento domiciliar, esse método tem como fundamento a teoria da Representação Social [31,32] seus pressupostos sociológicos e a análise do material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos.

Baseia-se na crença de que em qualquer grupo social os indivíduos compartilham ideias, opiniões, crenças e expressões sendo que essas opiniões compartilhadas são reunidas em um discurso- síntese.

Esse discurso reflete os conteúdos e argumentações semelhantes entre os indivíduos sobre uma determinada problemática, ou seja, parte-se de vários depoimentos individuais e chega-se a um depoimento coletivo. Assim, a matéria prima desta técnica é proveniente das entrevistas realizadas.

Qualidade de vida relacionada à saúde

Foi utilizado o EQ-5D para analisar a qualidade de vida relacionada à saúde, o qual consiste em um instrumento de medição de autopreenchimento.

A descrição do estado de saúde do respondente, conseguida através do sistema classificatório composto pelas cinco escalas com valores de 1 a 3, e o termómetro EQ-VAS para obtenção de informação sobre o impacto do estado de saúde na vida e na qualidade de vida dos indivíduos [33].

O questionário possui tradução transcultural e validação dos estados de saúde em diversos países, para utilização nas análises econômicas de incorporação de tecnologias em saúde.

O EQ-5D é um instrumento com fácil compreensão e rápido preenchimento; é formado por duas partes um sistema descritivo, com cinco dimensões e uma escala analógica visual (EAV), que vai do zero (pior estado de saúde imaginável) ao 100 (melhor estado de saúde imaginável). O sistema descritivo é composto por 5 dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar, ansiedade/depressão, cada uma com 3 níveis de gravidade, gerando 243 estados de saúde.

O quadro 1 apresenta as dimensões e os níveis do sistema descritivo do EQ- 5D. Para cada indivíduo, o resultado desta descrição é representado através de um número de cinco dígitos. Assim, por exemplo, o estado 21132 corresponde ao estado de saúde de uma pessoa com alguns problemas em andar, sem problemas em cuidar de si e em desempenhar as suas atividades habituais, com dores ou mal-estar extremos e moderadamente ansiosa ou deprimida. Para além desta descrição, e para garantir uma primeira aproximação dos ganhos em saúde, em especial quando se trata de uma primeira avaliação, o EQ-5D permite ainda que o respondente forneça, comparando com o seu nível geral de saúde nos 12 meses

anteriores, uma percepção do seu estado de saúde. Nesta comparação, é pedido que escolha entre as opções de resposta ‘melhor’, ‘o mesmo’ e ‘pior’.

Dimensão	Nível
Mobilidade	(1) Não tenho problemas em andar (2) Tenho alguns problemas em andar (3) Tenho de estar na cama
Cuidados pessoais	(1) Não tenho problemas em cuidar de mim (2) Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me (3) Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a
Atividades habituais	(1) Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais (2) Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais (3) Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais
Dor/mal-estar	(1) Não tenho dores ou mal-estar (2) Tenho dores ou mal-estar moderados (3) Tenho dores ou mal-estar extremos
Ansiedade/depressão	(1) Não estou ansioso/a ou deprimido/a (2) Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a (3) Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

Figura 1. Sistema descritivo do EQ-5D.

Fonte: EuroQol Group [33].

O EQ-5D pressupõe duas formas de associar valor a um estado de saúde de uma pessoa. A primeira, a completar a descrição do estado de saúde, oferece ao respondente a possibilidade de localizar o seu próprio estado de saúde numa escala visual analógica.

Utilizando a técnica de medição direta é solicitado ao respondente que trace uma linha entre a ‘caixa’ que representa o seu estado de saúde nesse momento e o termómetro EQ-VAS de 0 a 100, considerando 0 o pior estado de saúde imaginável e 100 o melhor estado de saúde imaginável [34].

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O estado de saúde mental dos participantes, foi avaliado pelo MEEM [36,37] que é constituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos.

Os valores mais altos do escore indicam maior desempenho cognitivo. Aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem - afasia, apraxia e habilidade construcional.

Os eventuais erros cometidos durante a prova não foram corrigidos, de modo a evitar qualquer inibição.

As perguntas referentes à orientação foram realizadas, incluindo o nome do local onde a entrevista foi conduzida, bem como os demais itens deste tópico. A cada resposta correta, atribuiu-se um ponto; respostas incorretas ou não respondidas receberam zero.

Iniciou-se a avaliação da memória com a pergunta do tipo: “Posso testar sua memória?”, a fim de tornar a entrevista mais informal e tranquilizar o participante. Em seguida, foi solicitado que ele repetisse três palavras, sendo atribuído um ponto para cada resposta correta, e zero para respostas incorretas ou na ausência de repetição.

Durante a etapa de cálculo, mesmo que o participante tenha cometido erros em contas intermediárias, os resultados corretos foram considerados. Contudo, caso ele subtraísse corretamente 7 a partir de um resultado incorreto, a resposta foi registrada como incorreta. Um ponto foi atribuído para cada resposta correta. Se o desempenho nessa prova não foi satisfatório, foi solicitado ao participante que soletrasse a palavra “mundo” de trás para frente.

Posteriormente, foi solicitado que o participante lesse a frase "FECHE OS OLHOS" e executasse o comando. Um ponto foi atribuído quando o comando foi corretamente realizado na ordem escrita.

Na sequência, o participante foi convidado a escrever uma frase espontânea, sendo consideradas válidas apenas frases completas — palavras soltas ou o nome completo não foram aceitos.

Na tarefa de cópia do desenho, a reprodução foi considerada correta quando o participante desenhou os 10 lados e respectivos ângulos, garantindo a interseção adequada das figuras.

Descrição dos Itens Avaliados:

Orientação: Avaliou-se a memória recente, a atenção e a orientação têmporo-espacial.

Memória: Testou-se a atenção e a memória imediata (de curto prazo ou primária), com duração aproximada de 30 segundos e capacidade limitada a 10 itens.

Atenção e cálculo: Avaliou-se a capacidade de cálculo, a atenção e a memória imediata e operacional, essencial para a realização de cálculos matemáticos.

Retenção de dados: Verificou-se a memória recente (secundária), cuja duração varia de minutos a semanas ou meses.

Linguagem: Avaliou-se a fala espontânea, compreensão oral, repetição, nomeação, leitura e escrita.

Nomeação: Avaliou-se a capacidade de nomeação, compreensão e entendimento, verificando a presença de afasia nominativa ou agnosia visual.

Repetição: Foram avaliadas a discriminação auditiva, memória imediata e atenção.

Comando verbal: Avaliou-se principalmente a compreensão oral, considerando a exclusão de hipoacusia, além da memória imediata, praxia, coordenação e motricidade.

Leitura e ordem escrita: Avaliou-se a capacidade de leitura, compreensão e memória.

Cópia do desenho: Avaliou-se a orientação visuoespacial, programação motora e praxia construtiva.

Análise estatística

Os dados qualitativos foram analisados por meio do DSC com o auxílio do Qualiquantisoft®. Os dados quantitativos foram submetidos a um teste de normalidade utilizando o teste de Shapiro-Wilk. Devido à ausência de distribuição normal, o teste qui-quadrado foi utilizado para avaliação. Um nível de significância de 0,05 foi adotado para todas as análises realizadas. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o IBM SPSS Statistics 19.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

6.5 Resultados

A Tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas e enfermidades dos participantes.

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra usuários (n=60) de acordo com gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, classe econômica, tempo de acompanhamento em atenção domiciliar e condições clínicas associadas à indicação para atendimento domiciliar, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Dados sociodemográficos		
Variáveis	n	%
Gênero		
Masculino	24	40,00
Feminino	36	60,00
Total	60	100,00
Faixa Etária (anos)		
65 – 70 anos	12	20,00
71 – 85 anos	27	45,00
> 86 anos	21	35,00
Total	60	100,00
Estado Civil		

Solteiro(a)	2	3,30
Casado(a)	26	43,40
Divorciado(a)	6	10,00
Viúvo(a)	8	13,30
União estável	18	30,00
Total	60	100,00
Escolaridade		
Sem escolaridade	5	8,30
Ensino Fundamental Incompleto	36	60,00
Ensino Fundamental Completo	16	26,70
Ensino Médio Incompleto	3	5,00
Total	60	100,00
Classe econômica		
C	6	10,00
D/E	54	90,00
Total	60	100,00
Tempo de atenção domiciliar		
1 – 12 meses	13	21,60
13 – 24 meses	25	41,60
25 – 36 meses	14	23,40
37 – 48 meses	8	13,40
Total	60	100,00
*Condições clínicas que ocasionaram o atendimento domiciliar		
Doença pulmonar obstrutiva	21	35,00
Insuficiência Cardíaca	15	25,00
Neoplasia	9	15,00
Acidente vascular encefálico	10	16,60
Artrite/artrose/reumatismo	14	23,30
Total	69	115,00

*Os participantes puderam relatar mais de uma condição clínica, por isso os totais nesta variável podem exceder 100%.

Fonte: Autores, 2024.

A amostra apresentou uma distribuição com predominância do gênero feminino (60,00%) entre 71 e 85 anos (45,00%), com média de idade de 77 anos (45,00%), com considerável 35,00% acima de 86 anos.

Na análise do estado civil, observou-se que a maioria é casado(a) (43,40%), seguida por união estável (30,00%), enquanto os solteiros(as) representou apenas 3,30% da amostra.

Em relação à escolaridade, 60,00% possuíam ensino fundamental incompleto, contrastando com os 26,70% que concluíram o ensino fundamental e os 5,00% com ensino médio incompleto.

A distribuição econômica destacou uma predominância na classe D/E (90,00%).

Quanto ao tempo de atenção domiciliar, a análise revelou uma distribuição variada, com 41,60% recebiam assistência por 13-24 meses, 21,60% por 1-12 meses e 23,40% por 25-36 meses, destacando a complexidade das necessidades de assistência domiciliar. Essas diferenças puderam surgir devido às variações nas condições de saúde apresentadas pelos usuários.

Por fim, a presença de características clínicas específicas, como doença pulmonar obstrutiva (35,00%), insuficiência cardíaca (25,00%), artrite/artrose/reumatismo (23,30%), acidente vascular encefálico (16,60%) e neoplasia (15,00%).

A seguir, apresenta-se os dados de acordo com as categorias e subcategorias do DSC:

Periodicidade do atendimento domiciliar

Semanalmente (61,60%)

O atendimento domiciliar apresenta variação na frequência conforme a gravidade da condição de saúde dos pacientes. A maioria dos participantes (61,60%) recebia atendimento semanalmente. Eles descreveram que profissionais de saúde os visitavam regularmente, semanalmente, para fornecer cuidados, verificar sua condição e oferecer orientações sobre medicamentos e autocuidado. A seguir estão alguns relatos:

“Normalmente é toda semana, eles vêm e atendem, pergunta se está tomando o remédio” (p.25). *“Toda semana eles aparecem em casa, ficam vendo minha pressão e me orientam como me cuidar”* (p.48).

Quinzenalmente (33,40%)

Cerca de 33,40% dos entrevistados relataram receber atendimento domiciliar dos profissionais de saúde em visitas regulares a cada duas semanas, fornecendo suporte contínuo e verificando seu estado de saúde de forma consistente. Relatos de alguns participantes:

“Olha, eles aparecem pelo menos uma vez a cada 15 dias” (p.15). *“A cada 15 dias eles passam aqui em casa pra perguntar se está tudo bem”* (p.32).

Uma vez ao mês (5,00%)

Pequeno percentual, 5,00%, dos participantes, mencionou receber atendimento domiciliar uma vez ao mês. Explicaram que, após se recuperarem de uma condição mais grave, as visitas eram menos frequentes, se reduzindo a uma vez por mês, pois havia melhores condições de saúde.

“Agora que não estou mais internado eles aparecem uma vez por mês aqui em casa, quando eu tava muito ruim, eles vinham mais, mas agora está tudo bem” (p.08). *“De vez em quando o doutor vem aqui, acho que é uma vez por mês”* (p.11).

Essa análise demonstrou uma adaptação na frequência do atendimento domiciliar de acordo com a evolução do quadro clínico dos pacientes. A maioria recebia atendimento semanalmente, seguida por visitas a cada 15 dias e, por fim, uma proporção menor recebia atendimento mensalmente.

Profissional que realiza o maior número de atendimentos domiciliares

Agentes comunitários de saúde (45,00%)

Os dados do estudo revelaram a distribuição dos profissionais de saúde que participaram do atendimento domiciliar, conforme relatado pelos entrevistados, pôde-se observar que os agentes comunitários de saúde foram os profissionais que mais ofereceram o atendimento (45,00%), conforme os relatos dos entrevistados:

"A pessoa que mais frequenta nossa casa é a agente de saúde; ela ajuda a explicar como tomar os remédios" (p.19). *"Todas as semanas, os agentes vêm aqui perguntar se precisamos de algo do centro de saúde, até mesmo questionando se temos comida suficiente"* (p.56).

Técnicos de enfermagem (18,30%)

Em seguida, destacam-se os técnicos de enfermagem (18,30%) profissionais relatados: *"Quem mais vem aqui em casa é o técnico de enfermagem, ele que tá sempre passando pra ver como a gente tá"* (p.13).

Enfermeiros (15,00%)

Os enfermeiros representam 15,00% dos profissionais, na assistência domiciliar prestada:

“O pessoal do postinho que vêm até aqui são geralmente uma enfermeira” (p.06). “Normalmente vem uma enfermeira fazer visita aqui em casa, para garantir que esteja tudo em ordem com minha saúde” (p.17).

Médicos (15,00%)

Os médicos têm representação equivalente à dos enfermeiros, sendo 15,00%.

“O doutor que vem sempre em casa pra saber se tá tudo bem”(p.04), “É o médico que vem mais em casa, pra arrumar a receita do remédio” (p.52).

Fisioterapeutas (3,30%)

Por fim, os dentistas e fisioterapeutas são mencionados em menor proporção, com apenas 3,30% do total para cada categoria.

“Agora tá vindo mais o dentista pra fazer limpeza nos dentes, tava bastante sujo aí ele vem limpar” (p.09). “Das últimas vezes foi o dentista do posto que veio em casa” (p.11). “O fisioterapeuta tá vindo aqui pra ajudar a andar” (p.15). “É mais o doutor que ajuda a levantar que vem em casa” (p.14).

Essa análise oferece dados importantes sobre a composição da equipe de saúde que atua no atendimento domiciliar, evidenciou a predominância dos agentes comunitários de saúde, seguidos pelos técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, com uma participação proporcionalmente menor de dentistas e fisioterapeutas.

Consideração sobre o atendimento domiciliar

Continuidade do tratamento (36,60%)

A maioria dos participantes, 36,60%, ressaltou a importância da continuidade do tratamento durante as visitas domiciliares. Isso sugere que os usuários valorizaram a consistência e a regularidade no cuidado recebido em casa.

“Ah, a visita deles ajuda pra gente manter o tratamento né, eu fiz cirurgia semana passada e a meninas vem fazer curativo” (p.18). “Tá sendo bom pra continuar a consulta né... eu não consigo ir no posto porque olha, to de cama, sem andar” (p.13).

Satisfação quanto ao atendimento recebido (31,60%)

Parcela significativa (31,60%) expressou satisfação com a qualidade do atendimento recebido. Isso indica que a maioria está contente com o serviço prestado.

“Eu acho que tá bom, toda semana eles tão vindo aqui” (p.05), “Olha, eu não tenho do que reclamar, na outra cidade que eu morava, ninguém ia em casa, aqui eles vêm, atende muito bem” (p.43).

Assistência humanizada (25,00%)

Cerca de 25,00% dos participantes destacaram a importância da assistência humanizada, enfatizando o aspecto emocional e a qualidade do relacionamento com os profissionais de saúde.

“O pessoal do posto tá sendo uns anjos, tava com dificuldade em andar e eles já arrumaram um doutor pra me ajudar a levantar” (p.22). “Eles sabem o que fazem e sempre perguntam se podem ajudar, dá pra ver o carinho deles pela gente, sabe?” (p.60).

Insatisfação com a periodicidade das visitas (6,60%)

Por outro lado, correspondendo a 6,60% dos participantes, expressaram o desejo de que o atendimento domiciliar fosse mais frequente.

“Eu gosto que eles vem aqui em casa, mas poderia vir mais, só de vez em quando eles aparecem” (p.60). “Poderia vir mais vezes, o doutor passa de vez em quando e é muito rápido, aí eu fico cheia de dívida” (p.53).

Essa análise proporciona uma visão abrangente das percepções dos participantes sobre diferentes aspectos do atendimento domiciliar, como continuidade do tratamento, assistência humanizada, qualidade do atendimento e frequência das visitas.

A tabela 2 a seguir, apresenta uma análise das dimensões do EQ-5D.

Tabela 2. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra composta por usuários (n=60), segundo as dimensões do instrumento EQ-5D, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Dimensões do EQ-5D	Gênero				p
	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
Mobilidade					
1	4	11,10	6	25,00	0,45
2	16	44,40	8	33,30	
3	16	44,40	10	41,70	
Total	36	100,00	24	100,00	
Cuidados pessoais					
1	8	22,20	3	12,50	0,04*
2	12	33,40	9	37,50	
3	16	44,40	12	50,00	
Total	36	100,00	24	100,00	
Atividades habituais					
1	8	22,20	4	16,60	0,42
2	13	36,10	6	25,00	
3	15	41,70	14	58,30	
Total	36	100,00	24	100,00	
Dor/mal-estar					
1	2	5,60	0	0,00	0,12
2	21	58,30	10	41,70	
3	13	36,10	14	58,30	
Total	36	100,00	24	100,00	
Ansiedade/depressão					
1	15	41,70	6	25,00	0,03*
2	11	30,60	12	50,00	
3	10	27,70	6	25,00	
Total	36	100,00	24	100,00	

*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) de acordo com o teste de qui-quadrado.

Fonte: Autoria própria, 2024.

Na dimensão de Mobilidade, observou-se que as proporções de participantes nos diferentes níveis (1, 2 e 3) variaram conforme o gênero. Indivíduos do gênero feminino apresentaram maior frequência nos níveis 2 e 3, embora essa diferença não tenha sido significativa ($p = 0,45$).

Na dimensão de Cuidados Pessoais, houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,04$). Participantes do gênero feminino apresentaram maior necessidade de assistência, sendo mais frequentemente classificados nos níveis 2 e 3.

Resultado semelhante foi encontrado na dimensão de Atividades Habituais, com predominância do gênero feminino também nos níveis mais altos de limitação.

Quanto à dimensão Dor/Mal-estar, não foi observada diferença entre os gêneros ($p = 0,12$). Por outro lado, na dimensão de Ansiedade/Depressão, verificou-se uma diferença significativa ($p = 0,03$), com maior prevalência de sintomas entre os participantes do gênero feminino com predominância nos níveis 2 e 3.

A relação entre condições clínicas e dimensões do EQ-5D revelou associações significativas, como a presença de neoplasia associada a mobilidade reduzida ($p = 0,04$), e artrite/artrose/reumatismo associada a limitações em atividades habituais ($p = 0,01$). A presença de ansiedade/depressão é estatisticamente significativa em casos de neoplasia ($p = 0,01$), artrite/artrose/reumatismo ($p = 0,006$) e acidente vascular encefálico ($p = 0,04$).

É igualmente esclarecedor apresentar a distribuição completa dos pontos de dados individuais do EQ-VAS, principalmente por meio de representação gráfica, como na Figura 1.

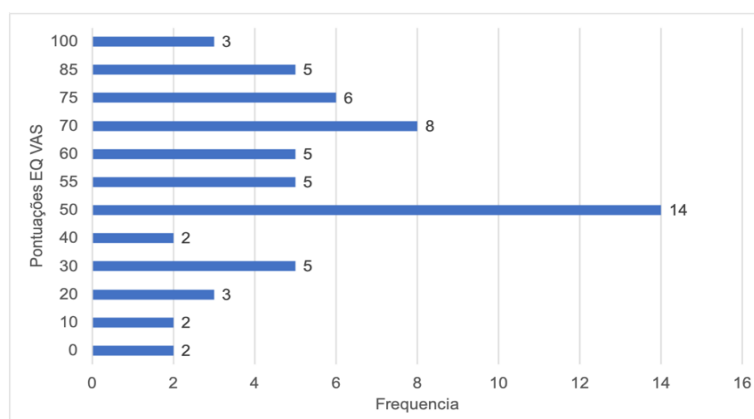


Figura 1. Pontuações EQ-VAS de ponto médio para os usuários com necessidade de atendimento domiciliar, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Fonte: Autores, 2024.

Na figura 1, pode-se visualizar a forma e a centralidade da tendência da distribuição. Observa-se uma média de 55,3 pontos, evidenciou que o estado de saúde autorreferido pelos participantes é predominantemente considerado como moderadamente bom.

A seguir, na Tabela 3, são apresentados o desempenho médio e a variação nas pontuações obtidas pelos participantes no MEEM. Os dados refletem a avaliação da capacidade cognitiva das pessoas idosas incluídas no estudo, considerando as médias, os desvios-padrão e possíveis diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros.

Tabela 3. Desempenho médio e variação nas pontuações do MEEM e subitens de acordo com a amostra do estudo, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

	Pontuação		Masculino	Feminino	
	Média	Desvio-padrão	Média	Média	p
MEEM	17,52	2,77	17,52	17,50	0,75
Subitens					
Orientação temporal	3,54	0,97	3,52	3,51	0,67
Orientação espacial	3,32	1,14	3,27	3,25	0,58
Memória imediata	2,34	0,70	2,32	2,32	0,88
Atenção e cálculo	2,10	1,30	2,00	2,01	0,97
Memória de evolução	1,12	0,74	1,13	1,08	0,38
Nomeação	1,44	0,49	1,40	1,43	0,93
Repetição	0,60	0,49	0,59	0,56	0,13
Comando	1,82	0,70	1,80	1,79	0,39
Leitura	0,54	0,50	0,47	0,50	0,45
Frase	0,52	0,50	0,50	0,51	0,53
Desenho	0,45	0,52	0,47	0,48	0,75

Fonte: Autores, 2024.

A faixa de 18-23 no MEEM é associada a uma cognição levemente comprometida, enquanto pontuações abaixo de 17 sugerem um comprometimento cognitivo significativo.

Dessa forma, a média de 17,52 encontra-se nessa zona limítrofe entre a cognição levemente comprometida e a cognição significativamente comprometida. Isso indica que, em média, os participantes podem apresentar sinais iniciais de declínio cognitivo, merecendo atenção e consideração mais aprofundada. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros.

6.6 Discussão

Foi percebido que as pessoas idosas reconheceram a importância do atendimento, destacando a continuidade do tratamento. Esses atendimentos normalmente ocorrem semanalmente, conduzidos predominantemente por agentes comunitários de saúde.

Os resultados sugerem que as intervenções realizadas no ambiente domiciliar têm como objetivo atender às necessidades humanas fundamentais, proporcionando conforto, satisfação e restabelecendo o equilíbrio das funções biopsicossociais. Essas necessidades são vitais para a manutenção da vida e são compartilhadas por todos os indivíduos. No entanto, a abordagem para satisfazê-las varia de acordo com o contexto no qual os sujeitos estão inseridos, e sua implementação não se limita à dimensão individual [30].

Na amostra, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em duas das cinco dimensões de qualidade de vida, conforme mensurado pela componente descritiva do EQ-5D. As dimensões relacionadas aos cuidados pessoais abrangem componentes básicos e instrumentais das atividades diárias. A capacidade de autogerenciamento é um fator crucial para a saúde e bem-estar das pessoas idosas, como corroborado por alguns autores [37].

É previsível que a perda de capacidades funcionais impacte a realização das atividades diárias, gerando sentimentos de esforço adicional, com implicações nos níveis pessoais, sociais e econômicos. Estudos indicam discrepâncias entre os gêneros, um fenômeno também observado em nossa pesquisa. Uma possível explicação para a maior incapacidade no gênero feminino está associada à maior prevalência de condições incapacitantes não fatais, resultando em uma sobrevivência mais prolongada e tornando-as mais propensas aos desafios mencionados [38].

A dimensão ansiedade/depressão também revela diferenças significativas nas pontuações entre homens e mulheres, corroborando resultados de estudos anteriores. Essas pesquisas apontam que o gênero feminino, doenças somáticas, declínio cognitivo e funcional, falta ou perda de contato social e histórico de depressão anterior são indicadores-chave relacionados a distúrbios e sintomas depressivos [38,39].

Evidências indicam disparidades na saúde mental, com destaque na questão do gênero o qual é uma construção psicossocial que inevitavelmente influencia a expressão da saúde mental [40]. Uma possível explicação é que o gênero feminino é socializado a internalizar o sofrimento, contribuindo para distúrbios associados à depressão, ansiedade e ideação suicida. Em contrapartida, o gênero masculino é encorajado a agir e expressar seu sofrimento [38,40].

Ao avaliar as condições clínicas em relação ao EQ-5D, houve diferenças significativas, especialmente no caso de neoplasia, mobilidade e ansiedade/depressão. Esses fatores emergem como fontes significativas de comprometimento da qualidade de vida em pessoas idosas. A mobilidade pode estar correlacionada ao envelhecimento [41], enquanto sintomas neurocomportamentais, como a depressão, muitas vezes permanecem subdiagnosticados ou subtratados em usuários com câncer [42-44]. Além disso, o acidente vascular encefálico também está associado a diferenças significativas na dimensão de ansiedade/depressão, sendo a ansiedade após o acidente vascular encefálico ocorre em uma proporção substancial de pacientes ao longo do tempo [45-47].

A artrite/artrose/reumatismo também apresentou diferenças significativas na dimensão de atividades habituais ($p=0,010$), dor/mal-estar ($p=0,040$) e ansiedade/depressão ($p=0,006$), uma enfermidade degenerativa prevalente que normalmente causa dor, deformidade articular, incapacidade funcional e comprometimento da qualidade de vida [48-50].

A EQ-VAS registrou uma média de 55,3 pontos, indicando que os participantes geralmente percebiam seu estado de saúde como moderadamente bom. Até o momento, não foi viável comparar este resultado com estudos anteriores envolvendo pacientes de atenção domiciliar, e essa pontuação pode estar associada às condições de saúde específicas dos participantes.

No âmbito da saúde mental, observa-se um leve comprometimento cognitivo (média = 17,52). O comprometimento cognitivo leve é uma condição frequentemente encontrada em pessoas idosas, caracterizada pela deterioração da memória, atenção e função cognitiva além do que seria esperado com base na idade, sem, contudo, interferir significativamente na capacidade de realizar atividades diárias [51,52].

Dentre as principais condições psiquiátricas que afetam as pessoas idosas, destacam-se a depressão, transtorno bipolar, ansiedade, transtornos psicóticos e demências [53,54]. Alguns dos resultados apresentados nesta análise também se assemelham aos obtidos no estudo conduzido por Quadros Junior et al. [55], no qual a média de idade dos participantes submetidos aos testes cognitivos por meio do MEEM foi de 74,21 anos, e a pontuação média foi de 18 pontos.

A limitação deste estudo pode estar associada à utilização de uma amostra não probabilística, o que pode restringir a generalização dos resultados para a população em geral.

O estudo pode não refletir integralmente a diversidade da população idosa que requer cuidados domiciliares. No entanto, dada a escassez de estudos sobre o tema, a pesquisa atual tem o potencial de contribuir para novos estudos nesta área.

6.7 Conclusão

Os participantes valorizaram a continuidade do tratamento e a qualidade da assistência domiciliar recebida, realizadas com maior frequência pelos agentes comunitários de saúde.

As condições crônicas mais comuns, como doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca e artrite/artrose/reumatismo, impactaram diretamente a qualidade de vida dos usuários, refletindo-se em limitações de mobilidade, dificuldades em atividades habituais e presença de dor.

A avaliação da cognição indicou um comprometimento leve, sem diferenças entre os gêneros.

6.8 Referências

1. Shao, Q.; Yuan, J.; Lin, J.; Huang, W.; Ma, J.; Ding, H. A SBM-DEA based performance evaluation and optimization for social organizations participating in community and home-based elderly care services. *PLoS ONE* **2021**, *16*, e0248474.
2. Girestam Croonquist, C.; Dalum, J.; Skott, P.; Sjögren, P.; Wårdh, I.; Morén, E. Effects of Domiciliary Professional Oral Care for Care-Dependent Elderly in Nursing Homes-Oral Hygiene, Gingival Bleeding, Root Caries and Nursing Staff's Oral Health Knowledge and Attitudes. *Clin. Interv. Aging* **2020**, *15*, 1305–1315.
3. Mobasser, K.; Kousha, A.; Allahverdipour, H.; Matlabi, H. Developing a comprehensive model of home-based formal care for elderly adults in Iran: A study protocol. *PLoS ONE* **2023**, *18*, e0284462.
4. World Health Organization. *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2021.
5. Behr, L.C.; Simm, A.; Kluttig, A.; Grosskopf, A. 60 years of healthy aging: On definitions, biomarkers, scores and challenges. *Ageing Res. Rev.* **2023**, *88*, 101934.
6. World Health Organization. *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020.

7. Braga, L.d.S.; Lima-Costa, M.F.; César, C.C.; Macinko, J. Social inequalities on selected determinants of active aging and health status indicators in a large Brazilian city (2003–2010). *J. Aging Health* **2015**, *28*, 180–196.
8. Tramujas Vasconcellos Neumann, L.; Albert, S.M. Aging in Brazil. *Gerontologist* **2018**, *58*, 611–617.
9. Giacomini, K.C.; Gama Maio, I. A PNI na Área da Saúde. In *Política Nacional do Idoso: Velhas e Novas Questões*; Alcântara, A.O., Camarano, A.A., Giacomini, K.C., Eds.; IPEA: Rio de Janeiro, Brazil, 2016.
10. Gugel, M.A. O Direito ao Trabalho, a Preparação e a Conquista da Aposentadoria. In *Política Nacional do Idoso: Velhas e Novas Questões*; Alcântara, A.O., Camarano, A.A., Giacomini, K.C., Eds.; IPEA: Rio de Janeiro, Brazil, 2016.
11. Oliveira Alcântara, A.; Camarano, A.A.; Giacomini, K.C. *Política Nacional do Idoso: Velhas e Novas Questões*; IPEA: Rio de Janeiro, Brazil, 2016.
12. Duarte, Y.A.D.; Berzins, M.A.V.D.S.; Giacomini, K.C. Política Nacional do Idoso: As Lacunas da Lei e a Questão dos Cuidadores. In *Política Nacional do Idoso: Velhas e Novas Questões*; Alcântara, A.O., Camarano, A.A., Giacomini, K.C., Eds.; IPEA: Rio de Janeiro, Brazil, 2016; pp. 457–478.
13. Gugel, M. A. O direito ao trabalho, a preparação e a conquista da aposentadoria. In *Política Nacional do Idoso: Velhas e Novas Questões*; Alcântara, A.O., Camarano, A.A., Giacomini, K.C., Eds.; IPEA: Rio de Janeiro, Brazil, 2016.
14. Fu, Y.Y.; Chui, E.W.T. Determinants of patterns of need for home and community-based care services among community-dwelling older people in urban China: The role of living arrangement and Filial Piety. *J. Appl. Gerontol.* **2020**, *39*, 712–721.
15. Séchaud, L.; Goulet, C.; Morin, D.; Mazzocato, C. Advance care planning for institutionalised older people: An integrative review of the literature. *Int. J. Older People Nurs.* **2014**, *9*, 159–168.
16. Zhu, Y.; Österle, A. Rural-urban disparities in unmet long-term care needs in China: The role of the hukou status. *Soc. Sci. Med.* **2017**, *191*, 30–37.
17. Meng, D.; Xu, G.; Davidson, M. Perceived unmet needs for community-based long-term care services among urban older adults: A cross sectional study. *Geriatr. Nurs.* **2021**, *42*, 740–747.
18. Hu, B. Projecting future demand for informal care among older people in China: The road towards a sustainable long-term care system. *Health Econ. Policy Law.* **2019**, *14*, 61–81.

19. Zeng, Y.; Hu, X.; Li, Y.; Zhen, X.; Gu, Y.; Sun, X.; Dong, H. The quality of caregivers for the elderly in long-term care institutions in Zhejiang Province, China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 21.
20. Rong, X.; Zhou, Z.; Su, Y. Factors Affecting the Job Satisfaction of Caregivers in a Home-Based Elderly Care Program. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 9332.
21. Wu, D.; Gao, X.; Xie, Z.; Xu, Z. Understanding the Unmet Needs among Community-Dwelling Disabled Older People from a Linkage Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 389.
22. Zhang, R.; Zhang, Z.; Peng, Y.; Zhai, S.; Zhou, J.; Chen, J. The multi-subject cooperation mechanism of home care for the disabled elderly in Beijing: Qualitative research. *BMC Prim. Care* **2022**, *23*, 186.
23. Rodrigues, R.A.P.; Bueno, A.A.; Casemiro, F.G.; Cunha, A.N.D.; Carvalho, L.P.N.; Almeida, V.C.; Reis, N.A.D.; Seredynskyj, F.L. Assumptions of good practices in home care for the elderly: A systematic review. *Rev. Bras. Enferm.* **2019**, *72* (Suppl. S2), 302–310.
24. Wichmann, F.M.A.; Couto, A.N.; Areosa, S.V.C.E.; Montañés, M.C.M. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* **2013**, *16*, 821–832.
25. Ormsby, J.; Stanley, M.; Jaworski, K. Older Men's participation in community-based Men's sheds programs. *Health Soc. Care Community* **2010**, *18*, 607–613.
26. Prieto-Flores, M.E.; Fernandez-Mayoralas, G.; Forjaz, M.J.; Rojo-Perez, F.; Martinez-Martin, P. Residential satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities. *Health Place* **2011**, *17*, 1183–1190.
27. Sereny, M.D.; Gu, D. Living arrangement concordance and its association with self-rated health among institutionalized and community-residing older adults in China. *J. Cross Cult. Gerontol.* **2011**, *26*, 239–259.
28. He, Y.; Wei, B.; Li, Y. The impact of using community home-based elderly care services on older adults' self-reported health: Fresh evidence from China. *Front. Public Health* **2023**, *11*, 1257463.
29. Dick, A.W.; Murray, M.T.; Chastain, A.M.; Madigan, E.A.; Sorbero, M.; Stone, P.W.; Shang, J. Measuring quality in home healthcare. *J. Am. Geriatr. Soc.* **2019**, *67*, 1859–1865.

30. Silva, K.L.; Silva, Y.C.; Lage, É.G.; Paiva, P.A.; Dias, O.V. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enferm.* **2017**, *4*, e49660.
31. Lefevre, F.; Lefevre, A.M.C. *Pesquisa de Representação Social: Um Enfoque Qualiquantitativo*, 2nd ed.; Liber Livro Editora: Brasília, Brazil, 2012.
32. Lefevre, F.; Lefevre, A.M.C.; Teixeira, J.J.V. *O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma Nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa*; Educs: Caxias do Sul, Brazil, 2000.
33. EuroQol Group. EuroQol—A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* **1990**, *16*, 199–208.
34. Devlin, N.J.; Brooks, R. EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future. *Appl. Health Econ. Health Policy* **2017**, *15*, 127–137.
35. Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; McHugh, P.R. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* **1975**, *12*, 189–198.
36. Brucki, S.M.; Nitrini, R.; Caramelli, P.; Bertolucci, P.H.; Okamoto, I.H. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq. Neuropsiquiatr.* **2003**, *61*, 777–781.
37. Fillenbaum, G.G. *The Wellbeing of the Elderly: Approaches to Multidimensional Assessment*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 1984; pp. 1–99.
38. Daniel, F.; Monteiro, R.; Antunes, S.; Fernandes, R.; Ferreira, P.L. Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspectiva de género. *Port. J. of Public Health* **2019**, *36*, 59–65.
39. Bird, C.E.; Rieker, P.P. Gender matters: An integrated model for understanding men’s and women’s health. *Soc. Sci. Med.* **1999**, *48*, 745–755.
40. Rabasquinho, C.; Pereira, H. Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Aná Psicológica* **2007**, *5*, 439–454.
41. El Tumi, H.; Johnson, M.I.; Dantas, P.B.F.; Maynard, M.J.; Tashani, O.A. Age-related changes in pain sensitivity in healthy humans: A systematic review with meta-analysis. *Eur. J. Pain* **2017**, *21*, 955–964.
42. Pranckeviciene, A.; Bunevicius, A. Depression screening in patients with brain tumors: A review. *CNS Oncol.* **2015**, *4*, 71–78.

43. Bunevicius, A. Reliability and validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with brain tumors: A cross-sectional study. *Health Qual. Life Outcomes* **2017**, *15*, 92.
44. Bunevicius, A.; Lavezzo, K.; Shabo, L.; McClure, J.; Sheehan, J.P. Quality-of-life trajectories after stereotactic radiosurgery for brain metastases. *J. Neurosurg.* **2020**, *134*, 1791–1799.
45. Franzén-Dahlin, A.; Billing, E.; Näsman, P.; Martensson, B.; Wredling, R.; Murray, V. Post-stroke depression-effect on the life situation of the significant other. *Scand. J. Caring Sci.* **2006**, *20*, 412–416.
46. Hama, S.; Yamashita, H.; Yamawaki, S.; Kurisu, K. Post-stroke depression and apathy: Interactions between functional recovery, lesion location, and emotional response. *Psychogeriatrics* **2011**, *11*, 68–76.
47. Ayerbe, L.; Ayis, S.A.; Crichton, S.; Wolfe, C.D.; Rudd, A.G. Natural history, predictors and associated outcomes of anxiety up to 10 years after stroke: The South London Stroke Register. *Age Ageing* **2014**, *43*, 542–547.
48. Marshall, M.; Watt, F.E.; Vincent, T.L.; Dziedzic, K. Hand osteoarthritis: Clinical phenotypes, molecular mechanisms and disease management. *Nat. Rev. Rheumatol.* **2018**, *4*, 641–656.
49. Zhang, W.; Doherty, M.; Leeb, B.F.; Alekseeva, L.; Arden, N.K.; Bijlsma, J.W.; Dincer, F.; Dziedzic, K.; Hauselmann, H.J.; Kaklamanis, P.; et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: Report of a task force of ESCISIT. *Ann. Rheum. Dis.* **2009**, *68*, 8–17.
50. Kim, S.K.; Jung, U.H.; Choe, J.Y. Functional index for hand osteoarthritis (FIHOA) is associated with pain, muscle strength, and EQ-5D in hand osteoarthritis. *Adv. Rheumatol.* **2021**, *61*, 19.
51. Eshkoor, S.A.; Hamid, T.A.; Mun, C.Y.; Ng, C.K. Mild cognitive impairment and its management in older people. *Clin. Interv. Aging* **2015**, *10*, 687–693.
52. Jia, X.; Wang, Z.; Huang, F.; Su, C.; Du, W.; Jiang, H.; Wang, H.; Wang, J.; Wang, F.; Su, W.; et al. A comparison of the Mini-Mental State Examination (MMSE) with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) for mild cognitive impairment screening in Chinese middle-aged and older population: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* **2021**, *21*, 485.
53. Naranjo, C.A.; Herrman, N.; Mittmann, N.; Bremner, K.E. Recent advances in geriatric pharmacology. *Drugs Aging* **1995**, *7*, 184–202.

54. Mello, B.L.D.; Haddad, M.D.C.L.; Dellaroza, M.S.G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Sci. Health Sci.* **2012**, *34*, 95–102.
55. Quadros Junior, A.C.; Santos, R.F.; Lamonato, A.C.C.; Toledo, N.A.S.; Coelho, F.G.M.; Gobbi, S. Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: Análise por gênero. *Braz. J. Biomotricity* **2008**, *2*, 39–50.

7 CAPÍTULO 3 - CUIDADORES DOMICILIARES DE PESSOAS IDOSAS: PERCEPÇÕES E QUALIDADE DE VIDA⁴

7.1 Resumo

Objetivo: Neste estudo, objetivou-se identificar os principais fatores que influenciam a qualidade de vida de cuidadores no contexto do cuidado domiciliar de pessoas idosas. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo misto, com abordagem quali-quantitativa, realizado com 138 cuidadores domiciliares do município de Itatiba, São Paulo, Brasil. Foram realizadas entrevistas individuais e os dados qualitativos foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Simultaneamente, a abordagem quantitativa envolveu a aplicação do questionário EQ-5D para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, e os dados foram analisados por estatística descritiva e testes de significância. **Resultados:** A maioria dos cuidadores era do gênero feminino, representando 92,03% do total, com faixa etária predominante acima de 50 anos (49,28%). As entrevistas destacaram a regularidade das visitas domiciliares dos profissionais de saúde, os cuidadores (65,21%) enfatizaram a importância dessa assistência para a continuidade do tratamento em domicílio, além do vínculo com os profissionais (34,79%). Entretanto, a maioria dos cuidadores (61,60%) expressaram sentimentos de solidão devido ao isolamento social, além da sobrecarga física e emocional (38,40%), relataram dificuldades para descansar à noite e dor. Na avaliação da qualidade de vida, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em várias dimensões do EQ-5D. As participantes do gênero feminino apresentaram maior proporção de problemas extremos nas atividades habituais e dor/desconforto, enquanto os homens relataram problemas mais moderados com ansiedade/depressão. **Conclusão:** Houve uma percepção satisfatória sobre o atendimento domiciliar oferecido pelos profissionais de saúde. A maioria dos cuidadores relataram sentimentos de solidão, privação de sono e dores físicas, devido ao esforço constante de cuidar de usuários debilitados, essas condições impactaram diretamente a qualidade de vida, destacando a necessidade de apoio físico, psicológico e educacional.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Idoso, Cuidadores.

⁴ Normatizado segundo a Geriatrics - <https://www.mdpi.com/journal/geriatrics/instructions> (ANEXO D)

7.2 Abstract

Objective: This study aimed to identify the main factors influencing the quality of life of caregivers in the context of home care for older adults. **Methodology:** This is a mixed-method study with a qualiquantitative approach, conducted with 138 home caregivers in the municipality of Itatiba, São Paulo, Brazil. Individual interviews were conducted, and qualitative data were analyzed using the Collective Subject Discourse (CSD) technique. Simultaneously, the quantitative approach involved the application of the EQ-5D questionnaire to assess health-related quality of life, with data analyzed using descriptive statistics and significance tests. **Results:** The majority of caregivers were female (92.03%), with a predominant age group above 50 years (49.28%). The interviews highlighted the regularity of home visits by healthcare professionals; caregivers (65.21%) emphasized the importance of this assistance for continuity of care at home, as well as the bond with professionals (34.79%). However, most caregivers (61.60%) expressed feelings of loneliness due to social isolation, along with physical and emotional overload (38.40%), reporting difficulties sleeping at night and experiencing pain. In the quality of life assessment, statistically significant differences were identified in several dimensions of the EQ-5D. Female participants reported a higher proportion of extreme problems in usual activities and pain/discomfort, while men reported more moderate issues with anxiety/depression. **Conclusion:** Caregivers expressed a satisfactory perception of the home care services provided by health professionals. However, most caregivers reported feelings of loneliness, sleep deprivation, and physical pain due to the constant effort of caring for frail individuals. These conditions directly impact their quality of life, highlighting the need for physical, psychological, and educational support.

Keywords: Home care; Elderly, Caregivers

7.3 Introdução

A nível mundial, prevê-se que o número de indivíduos com 65 anos ou mais duplique entre 2000 e 2030, com uma esperança média de vida a aproximar-se dos 80 anos [1,2]. Consequentemente, à medida que a esperança de vida aumenta, o número de pessoas idosas que necessitam de cuidados domiciliários de longa duração também aumenta [1,3].

O papel do cuidador representa um fator de risco relevante para a saúde, especialmente quando há sobrecarga excessiva. Nesses casos, é comum a presença de níveis significativamente mais elevados de sintomas depressivos, ansiedade e uma percepção negativa da própria saúde [4]. A saúde do cuidador é fundamental para o bem-estar dos pacientes, uma vez que a deterioração da saúde está diretamente associada ao aumento do risco de institucionalização de pessoas idosas [2]. Nesse contexto, fatores de proteção como o apoio social e emocional exercem um papel essencial, contribuindo para a redução do estresse e da sobrecarga vivenciados pelos cuidadores [2,5–7].

Os cuidadores são definidos como profissionais remunerados ou familiares que prestam assistência a indivíduos com condições crônicas ou incapacitantes [7]. Desempenham um papel vital no cuidado de indivíduos doentes ou incapazes de satisfazer suas próprias necessidades [7,8]. Dada essa dinâmica, a saúde física e emocional dos cuidadores surgiu como uma crescente preocupação de saúde pública [2,9].

As responsabilidades de cuidado impactaram significativamente a qualidade de vida dos cuidadores familiares. Devido às exigências constantes da função, muitos deles apresentaram distúrbios do sono, o que comprometeu negativamente tanto a qualidade do descanso quanto a saúde física e mental de forma geral [10]. As tarefas de cuidado também demandaram grande parte do tempo dos cuidadores, limitando suas oportunidades de participação em atividades de lazer. Mais da metade dos cuidadores familiares relataram ter sacrificado interações sociais em razão das responsabilidades associadas ao cuidado [10,11].

Esta situação tem uma influência substancial na vida social dos cuidadores, restringindo a sua participação em eventos sociais, interações com a família e amigos [12]. Por conseguinte, é essencial fornecer estratégias eficazes tanto para os cuidadores familiares como para os receptores de cuidados, de modo a aumentar a independência destes últimos, reduzindo simultaneamente a sobrecarga do cuidador e o tempo despendido em tarefas de cuidado. A implementação de melhorias e intervenções para criar um ambiente doméstico acessível representa uma estratégia fundamental para abordar esta questão [13].

No Brasil, o atendimento domiciliar tornou-se uma estratégia fundamental dentro do Sistema Único de Saúde. Um estudo exploratório de 2020 analisou a implementação e a utilização desses serviços, revelando que entre 2008 e 2016, foram registradas 94.754 internações domiciliares e, de 2012 a 2016, foram realizados um total de 4.008.692 procedimentos ambulatoriais domiciliares [14]. Os autores destacaram as disparidades regionais, indicando desigualdades no acesso e na disponibilidade de serviços de atendimento domiciliar. Além disso, uma pesquisa de 2016 sobre a prevalência de atendimento domiciliar entre a população idosa no Brasil constatou que 11,7% das pessoas idosas recebiam esse tipo de atendimento. Fatores como idade avançada, menor escolaridade e menor status socioeconômico foram associados a uma maior probabilidade de receber atendimento domiciliar [15].

Pesquisas envolvendo cuidadores são cruciais, dada a tendência global de envelhecimento demográfico e a crescente demanda por cuidados domiciliares de longa duração. Com o aumento da expectativa de vida e o aumento do número de pessoas idosas que necessitam de assistência, compreender os impactos físicos e emocionais sobre os cuidadores torna-se imperativo. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção sobre a assistência domiciliar oferecida pelos profissionais de saúde e qualidade de vida dos cuidadores domiciliares de pessoas idosas.

7.4 Metodologia

Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, de natureza qualiquantitativa.

O desenho da amostra neste estudo foi não probabilístico.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de Araraquara (CAAE: 69122923.6.0000.5416). O consentimento livre e esclarecido por escrito foi obtido dos participantes deste estudo. Para garantir a integridade ética, os participantes foram identificados nos resultados como "p" seguido de um número cardinal.

Seleção da Amostra

Inicialmente, todos os cuidadores domiciliares do município foram convidados a participar do estudo por meio de contato telefônico, viabilizado a partir dos cadastros realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde. Ao todo, 156 indivíduos foram contatados, dos quais 138 aceitaram participar. Foram incluídos no estudo os cuidadores domiciliares de pessoas idosas dependentes que atuam no município, que apresentavam capacidade cognitiva adequada para responder às questões propostas e que concordaram voluntariamente em participar da pesquisa. Foram excluídos os cuidadores que apresentavam comprometimentos cognitivos ou comunicacionais que impedissem a compreensão e resposta adequada ao questionário, bem como aqueles que recusaram ou desistiram da participação durante o processo de coleta de dados.

Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Itatiba - SP, localizado no interior do Estado de São Paulo/Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município é considerado de médio porte, faz parte da Região Metropolitana de Campinas, sua população estimada é de aproximadamente 121.590 habitantes.

O município apresenta 12 Unidades de Saúde da Família, as quais foram os cenários para a aplicação do estudo.

Coleta de Dados

Na etapa de coleta de dados, foram realizadas entrevistas presenciais na residência dos participantes. Essas entrevistas foram previamente agendadas com o auxílio do agente comunitário de saúde responsável por aquela residência, garantindo o consentimento e a organização adequada do cronograma. Cada entrevista teve uma duração média de aproximadamente 40 minutos, proporcionando um tempo suficiente para a obtenção de respostas detalhadas e reflexivas. Importante destacar que o pesquisador responsável pela realização das entrevistas não mantinha vínculo prévio com os participantes, o que assegurou a neutralidade durante a condução da coleta de dados e evitou possíveis interferências nos relatos obtidos. Essa abordagem buscou assegurar um ambiente acolhedor e livre de influências externas, garantindo que as percepções e vivências relatadas pelos participantes fossem autênticas e fidedignas.

Instrumentos de análise

Dados sociodemográficos

A coleta dos dados sociodemográficos foi realizada por meio de um questionário autopreenchido pelos participantes, contendo informações sobre condição socioeconômica, gênero, idade, tempo de atuação como cuidador e grau de parentesco com o receptor de cuidados.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

A análise dos dados qualitativos foi realizada utilizando a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Conforme descrito por Lefevre et al. [16], essa abordagem fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais, incorporando princípios sociológicos e examinando as narrativas verbais coletadas durante este estudo. Esse método permite que as declarações individuais sejam sintetizadas em uma expressão representativa do pensamento coletivo com base no entendimento de que, dentro de um grupo social, os indivíduos compartilham crenças, ideias e opiniões sobre tópicos específicos.

Neste processo, as várias narrativas individuais foram combinadas em um único discurso coletivo, que reflete as semelhanças entre os participantes. A principal fonte para a construção deste discurso coletivo é o conteúdo das entrevistas. Para criar um senso de unidade no pensamento coletivo, o discurso é escrito na primeira pessoa do singular, como se falado por um único sujeito social, mesmo que represente um coletivo. Essa construção é possível pela fundamentação teórica das Representações Sociais, que vê o discurso como uma externalização de experiências sociais internalizadas pelos indivíduos [17,18].

Após a coleta de dados, cada depoimento individual foi cuidadosamente analisado para construir o pensamento coletivo. A etapa inicial envolveu a identificação de expressões-chave, trechos contínuos ou descontínuos das narrativas individuais que revelassem a essência do conteúdo. Essas expressões foram rigorosamente selecionadas para garantir que apenas os elementos mais representativos fossem preservados, evitando-se tanto a inclusão excessiva quanto a omissão de informações relevantes.

Em seguida, as ideias centrais foram derivadas das expressões-chave, representando o significado central do que os entrevistados pretendiam transmitir. Quando as ideias centrais se mostraram semelhantes ou complementares, elas foram agrupadas em categorias comuns, cada uma correspondendo a uma pergunta específica do guia de entrevista.

Por fim, com base nas expressões-chave e nas ideias centrais de cada categoria, foi elaborado um discurso-síntese, na primeira pessoa do singular, representando o DSC. Esse discurso sintetiza a percepção coletiva dos participantes, como se todos expressassem a mesma opinião em uma única voz. Para cada categoria identificada ao longo do estudo, foi construído um DSC [18].

Qualidade de vida relacionada à saúde medida com EQ-5D

A avaliação EQ-5D envolveu a análise de cinco dimensões principais do estado de saúde de um indivíduo: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão. Cada uma dessas dimensões apresenta três níveis de resposta, indicando a presença de problemas em diferentes graus [19]. Os participantes são solicitados a fornecer respostas para cada dimensão, atribuindo um código numérico à sua condição. Por exemplo, o código 1 pode representar “nenhum problema”, o código 2 pode indicar “alguns problemas” e o código 3 pode corresponder a “muitos problemas” [20,21].

Valor Associado ao Estado de Saúde

O EQ-5D apresenta duas abordagens para avaliar o valor associado ao estado de saúde de um indivíduo. Em primeiro lugar, para complementar a descrição do estado de saúde, oferece aos entrevistados a oportunidade de localizar seu próprio estado de saúde em uma escala visual analógica. Por meio da técnica de medição direta, os participantes são convidados a traçar uma linha que representa seu estado de saúde atual e o termômetro EQ-VAS, que varia de 0 a 100. Nessa escala, 0 representa o pior estado de saúde imaginável e 100 o melhor estado de saúde imaginável [20].

Análise dos Dados

Os dados qualitativos foram analisados por meio do DSC com o auxílio do Qualiquantisoft®. Os dados quantitativos foram submetidos a um teste de normalidade utilizando o teste de Shapiro-Wilk. Devido à ausência de distribuição normal, o teste qui-quadrado foi utilizado para avaliação. Um nível de significância de 0,05 foi adotado para todas as análises realizadas. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o IBM SPSS Statistics 19.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

7.5 Resultados

A Tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra composta por cuidadores domiciliares (n=138), de acordo com gênero, faixa etária, vínculo e tempo de atuação, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Dados sociodemográficos		
Variáveis	n	%
Gênero		
Masculino	11	7,97
Feminino	127	92,03
Total	138	100,00
Faixa etária (anos)		
18 – 25 anos	6	4,35
26 – 30 anos	15	10,87
31 – 35 anos	22	15,93
40 – 50 anos	27	19,57
> 50 anos	68	49,28
Total	138	100,00
Raça/cor		
Branca	78	56,52
Preta	39	28,26
Parda	21	15,22
Total	138	100,00
Vínculo com o paciente		
Nenhum	35	25,36
Esposo(a)	17	12,32
Filho(a)	62	44,93
Neto(a)	13	9,42
Sobrinho(a)	11	7,97
Total	138	100,00
Tempo de atuação como cuidador		
1 – 12 meses	14	10,14
13 – 24 meses	38	27,54
25 – 36 meses	22	15,95
37 – 48 meses	16	11,59
> 50 meses	48	34,78
Total	138	100,00

Fonte: Autores, 2024.

Observou-se predominância do gênero feminino (92,03%). Quanto à faixa etária, nota-se que a maior parte dos cuidadores possuíam mais de 50 anos (49,28%). As faixas etárias de 31 a 35 anos e de 40 a 50 anos também se mostraram relevantes, com 15,94% e 19,57%, respectivamente. No quesito raça/cor, a predominância é de cuidadores brancos (56,52%).

Quanto ao vínculo com o paciente, percebe-se que a maioria dos cuidadores têm uma relação específica, os filhos constituem o grupo mais numeroso (44,93%). No tocante ao tempo de trabalho como cuidador, observou-se predominância na atuação há mais de quatro anos (34,78%).

A seguir, estão as informações referentes ao DSC:

Periodicidade da atenção domiciliar

Os cuidadores (100,00%) descreveram um padrão consistente em que as visitas domiciliares são conduzidas semanalmente. Muitos compartilharam relatos que destacaram essa regularidade, como:

"É uma rotina ver os profissionais do posto, toda semana por aqui; raramente eles faltam" (p.121), ou ainda, *"Os profissionais do posto de saúde aparecem sempre todas as quintas-feiras"* (p.08).

Potencialidades da atenção domiciliar oferecida pelos profissionais da ESF

Importância das visitas para continuidade do tratamento em casa (65,21%)

Muitos participantes (65,21%) do estudo enfatizaram a importância dessas visitas, citando exemplos como:

"É um alívio tê-los por perto; sempre oferecem ajuda quando precisamos. Lembro que uma vez em que meu pai caiu e machucou a perna; a enfermeira vinha aqui para fazer curativos" (p.37). Outro cuidador acrescentou: *"A presença deles em casa é muito boa, pois minha mãe não consegue andar até o posto de saúde, porque ela tá acamada"* (p.42).

Vínculo humano e sensibilidade dos profissionais (34,79%)

Alguns cuidadores (34,79%) ainda destacaram a atenção e o cuidado dedicados pelos profissionais durante o atendimento, ressaltaram o vínculo humano e a sensibilidade demonstrada pelos profissionais no desempenho de suas funções. Comentários como:

"Eles são muito educados, sempre nos tratam com gentileza" (P.09), ou "Às vezes, parecem fazer parte da família; posso até mandar mensagem pelo WhatsApp, e a enfermeira sempre está lá pra ajudar" (p.11).

Desafios e dificuldades enfrentados pelos cuidadores

Sentimento de Solidão e Isolamento Social (61,60%)

Quando questionados sobre o trabalho, a maioria dos participantes (61,60%) responderam que a "solidão" é a principal causa de insatisfação, esse sentimento foi definido pelo afastamento de pessoas e inexistência de vida social, levando a uma sobrecarga emocional, sentimentos que prejudicam sua qualidade de vida:

"Faz tempo que nem sei o que é sair pra me divertir, tenho que ficar o tempo todo cuidado dele" (p.15), "Os meus amigos me chamam pra sair, mas com meu pai assim de cama, não tem como" (p.13), outro participante ainda afirmou: "Olha, eu tenho vontade de sair, viajar sabe? Mas a minha mãe desse jeito, nem tem como... só sobra eu pra cuidar dela" (p.126).

Sobrecarga física e emocional (38,40%)

Durante a entrevista, alguns cuidadores (38,40%) relataram dificuldade em descansar devido às interrupções durante a noite e mencionou dores, especialmente nos braços devido ao transporte de pacientes debilitados.

"Eu não consigo dormir mais de três horas seguidas, sempre tenho que levantar minha mãe pra ir no banheiro, quando não é isso, é os remédios que não posso descuidar" (p.132), "Faz tempo que não sei o que é descansar, tô até com olheira, mas fazer o que né" (p.87), quanto as dores os cuidadores afirmaram: "O meu braço dói bastante, mas é por causa do peso dele né, eu preciso dar banho, trocar... e ele não aguenta se apoiar em nada" (p.75), "...vivo na base de remédio por causa de dor aqui ó" (paciente apontando para o antebraço) (p.23).

A Tabela 2 apresenta uma análise da dimensão EQ-5D, explorando categorias de gênero, mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão.

Tabela 2. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra composta por cuidadores domiciliares (n=138), segundo as dimensões do instrumento EQ-5D, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Dimensão EQ-5D	Gênero				p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Mobilidade					
Nenhum problema	4	36,36	38	29,92	0,003*
Problemas moderados	5	45,45	49	38,58	
Problemas extremos	2	18,19	40	31,50	
Total	11	100,00	127	100,00	
Cuidados pessoais					
Nenhum problema	3	27,28	32	25,20	0,52
Problemas moderados	5	45,46	52	40,94	
Problemas extremos	3	27,26	43	33,86	
Total	11	100,00	127	100,00	
Atividades habituais					
Nenhum problema	5	45,45	45	35,43	<0,001*
Problemas moderados	4	36,36	39	30,71	
Problemas extremos	2	18,19	43	33,86	
Total	11	100,00	127	100,00	
Dor/mal-estar					
Nenhum problema	3	27,27	33	25,98	0,02*
Problemas moderados	6	54,55	58	45,67	
Problemas extremos	2	18,18	36	28,35	
Total	11	100,00	127	100,00	
Ansiedade/depressão					
Nenhum problema	2	18,19	46	36,22	0,03*
Problemas moderados	6	54,55	60	47,24	
Problemas extremos	3	27,26	21	16,54	
Total	11	100,00	127	100,00	

*O teste Qui-quadrado revelou diferença estatisticamente significativa ($\alpha=0,05$).

Fonte: Autores, 2024.

Foram identificadas diferenças significativas entre os gêneros em diversas dimensões do EQ-5D. Na mobilidade, especificamente na categoria de problemas extremos, observou-se uma estatística significativa entre os gêneros ($p = 0,03$).

No que diz respeito aos cuidados pessoais, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros. Ambos os gêneros apresentaram uma frequência maior na categoria de problemas moderados. Já em relação às atividades habituais, houve uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), gênero feminino apresentaram uma proporção significativamente maior de problemas extremos (33,86%) em comparação com o gênero masculino (18,19%).

Quanto à dor/mal-estar, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros ($p = 0,02$). Na dimensão de ansiedade/depressão, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,03$), gênero feminino apresentaram uma proporção significativamente maior de nenhum problema (36,22%) em comparação com o gênero masculino (18,18%). Na dimensão de problemas extremos, foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre os gêneros ($p = 0,03$).

Enquanto o EQ-VAS, demonstrou média de 60,20; o que sugere que o estado de saúde autorreferido pelos participantes é predominantemente considerado moderadamente bom. Essa média sugere uma qualidade de vida percebida que, embora não seja excepcional, está em um nível satisfatório para a maioria dos participantes.

7.6 Discussão

O aumento da longevidade e o envelhecimento populacional têm impactado significativamente os sistemas de saúde, gerando uma demanda crescente por cuidados domiciliares prolongados. Nesse contexto, os cuidadores desempenham um papel crucial, prestando assistência a indivíduos com condições crônicas ou incapacitantes [21]. No entanto, esse papel pode ser desafiador e estressante, com potenciais consequências adversas para a saúde física e emocional dos cuidadores [22].

Os resultados demonstraram que a maioria dos cuidadores eram do gênero feminino (92,03%), com mais de 50 anos de idade e, principalmente, filhos dos usuários (44,93%). Visitas semanais de profissionais de saúde foram altamente valorizadas, enfatizando a importância do cuidado domiciliar contínuo e personalizado.

Esses achados estão alinhados com a literatura, que destaca consistentemente a feminização do cuidado e a predominância de familiares de primeiro grau nessa função [23-25]. Cuidadoras, especialmente filhas, frequentemente assumem essa responsabilidade em contextos de doença crônica e deficiência, frequentemente sem apoio formal.

Poucos estudos avaliaram especificamente a saúde de cuidadores; os achados desse estudo contribuem para trabalhos futuros, observando que a saúde física e mental dos cuidadores está em risco [23-25]. Barbosa et al. [25], utilizando o EQ-5D, observaram que as cuidadoras domiciliares de pessoas idosas do gênero feminino são a maioria e apresentam problemas moderados ou graves em todas as cinco dimensões. Isso pode ser atribuído ao fato de que as participantes frequentemente estão em situação imposta pelos familiares, acumulando múltiplos papéis no domicílio e, na maioria das vezes, sem apoio financeiro e assistência familiar [25-28].

Cuidadores dedicados a longos períodos geralmente enfrentam resultados de saúde comprometidos, incluindo maiores taxas de mortalidade e prevalência de doenças [29]. Cuidados prolongados impõem um desgaste físico significativo e testam a resiliência psicológica dos cuidadores, conforme os relatos dos participantes. Entretanto, melhorias no ambiente físico podem reduzir o estresse e melhorar a qualidade de vida [30].

Muitos cuidadores são pessoas idosas que enfrentam seus próprios problemas de saúde e sintomas relacionados [31], que podem ser exacerbados pela prestação de cuidados [32]. Embora alguns estudos abordem os sintomas psicológicos dos cuidadores, como ansiedade, depressão ou tristeza [33,34], poucos se concentram nos sintomas físicos, como distúrbios do sono, fadiga e dor [35-37]. O sono prejudicado relatado pelos participantes pode estar associado à inquietação noturna dos receptores de cuidado [25,28].

Além disso, comportamentos desafiadores exibidos pelas pessoas idosas que recebem cuidado, como agressão, agitação e resistência aos cuidados, também foram frequentemente relatados pelos cuidadores. Esses sintomas comportamentais e psicológicos tendem a intensificar a sobrecarga do cuidador e devem ser abordados por meio de estratégias de cuidado integradas [38,39].

É importante destacar que alguns cuidadores neste estudo eram pessoas idosas que já enfrentavam limitações de saúde, o que pode complicar ainda mais seu papel de cuidador. Essa dupla vulnerabilidade — ser cuidador e idoso — reforça a necessidade de estratégias de suporte personalizadas [28,32].

Os resultados deste estudo sugerem a necessidade de recursos educacionais e apoio emocional para os cuidadores, a fim de aliviar as atividades autônomas de seus cuidados individuais e evitar a interpretação errônea de seus esforços para lidar e acomodar sua condição [40-42].

Atualmente, os cuidadores familiares, embora bem-intencionados, não recebem apoio adequado na aquisição do conhecimento e das habilidades necessárias para abordar as atividades autônomas inerentes aos cuidados domiciliares [43,44].

Considerando o envelhecimento populacional e a crescente demanda por cuidados domiciliares, garantir o bem-estar dos cuidadores é essencial para a manutenção de um cuidado integral, humanizado e sustentável.

7.7 Conclusão

A maioria dos cuidadores domiciliares são do gênero feminino com mais de 50 anos, enfrentando desafios físicos e emocionais devido à sobrecarga de cuidados.

A presença constante de profissionais de agentes comunitários de saúde é valorizada pelos participantes.

Muitos cuidadores relataram sentimentos de solidão, privação de sono e dores físicas, devido ao esforço constante de cuidar de usuários debilitados, essas condições impactam diretamente a qualidade de vida, destacando a necessidade de apoio físico, psicológico e educacional.

7.8 Referências

1. Bloom, D. E.; Luca, D. L. The global demography of aging: facts, explanations, future. *In: Handbook of the economics of population aging*. North-Holland, **2016**.
2. Wool, E.; Shotwell, J.L.; Slaboda, J.; Kozikowski, A.; Smith, K.L.; Abrashkin, K.; Rhodes, K.V.; Norman, G.J.; Pekmezaris, R. A Qualitative Investigation of the Impact of Home-Based Primary Care on Family Caregivers. *J Frailty Aging* **2019**, 8, 210–214.
3. Mosquera, I.; Vergara, I.; Larrañaga, I.; Machón, M.; del Río, M.; Calderón, C. Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. *Qual. Life Res.* **2015**, 25(5), 1059–1092.
4. Donnellan, W. J.; Bennett, K.M.; Soulsby, L.K. What are the factors that facilitate or hinder resilience in older spousal dementia carers? A qualitative study. *Aging Ment. Health.* **2014**, 19(10), 932–939.
5. Stall, N.; Nowaczynski, M.; Sinha, S.K. Systematic Review of Outcomes from Home-Based Primary Care Programs for Homebound Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* **2014**, 62(12):2243-51.

6. Shafir, A.; Garrigues, S.K.; Schenker, Y.; Leff, B.; Neil, J.; Ritchie, C. Homebound Patient and Caregiver Perceptions of Quality of Care in Home-Based Primary Care: A Qualitative Study. *J Am Geriatr Soc.* **2016**, *64*(8), 1622–1627.
7. Bekdemir, A.; Ilhan, N. Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. *J. Nurs. Res.* **2019**, *27*(3), e24.
8. Ohara, Y.; Iwasaki, M.; Motokawa, K.; Hirano, H. Preliminary investigation of family caregiver burden and oral care provided to homebound older patients. *Clin. Exp. Dent. Res.* **2021**, *7*(5), 840-844.
9. Schulz, R.; Beach, S. R. Caregiving as a Risk Factor for Mortality. *Jama* 1999, *282*(23), 2215.
10. Yang, S.-Y.; Fu, S.H.; Hsieh, P.L.; Lin, Y.L.; Chen, M.C.; Lin, P.H. Improving the care stress, life quality, and family functions for family-caregiver in long-term care by home modification. *Ind. Health.* **2022**, *60*(5), 485–497.
11. Omiya, T.; Kutsumi, M.; Fukui, S. Work, Leisure Time Activities, and Mental Health among Family Caregivers of the Elder People in Japan. *Healthcare.* **2021**, *9*(2):129.
12. Mandani, B.; Hosseini, S.A.; Hosseini, M.A.; Noori, A.K.; Ardakani, M.R.K. Perception of family caregivers about barriers of leisure in care of individuals with chronic psychiatric disorders: a qualitative study. *Electron Physician.* **2018**, *10*(3):6516-6526.
13. Singh, R.; Kaur, H. *Barrier free environment and universal design: approaches to enhance the functioning of people at old age*. Book Age, New Delhi, **2015**, 391.
14. Rajão, F. L.; Martins, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet.* **2020**, *25*(5), 1863-1877.
15. Wachs, L. S.; Nunes, B. P.; Soares, M. U.; Facchini, L. A.; Thumé, E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad. Saude Publica.* **2016**, *32*, e00048515.
16. Lefèvre, F.; Lefèvre, A. M. C.; Teixeira, J. J. V. O Discurso do Sujeito Coletivo. *Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Educs, Caxias do Sul, **2000**.
17. Lefèvre, F.; Lefèvre, A. M. C. *Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo*. Liber Livro Editora, Brasília, **2012**, 2nd Ed. EuroQol Group.
18. Genaro, L. E.; Marconato, J.V.; Tagliaferro, E.P.D.S.; Pinotti, F.E.; Valsecki Júnior, A.; Adas Saliba, T.; Rosell, F.L. Home Care for the Elderly: An Integrated Approach to

- Perception, Quality of Life, and Cognition. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2024**, *21*, 539.
19. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* **1990**, *16*, 199–208.
 20. Devlin, N. J.; Brooks, R. EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future. *Appl. Health Econ. Health Policy* **2017**, *15*, 127–137.
 21. Santos, M.; Cintra, M.A.C.T.; Monteiro, A.L. Brazilian Valuation of EQ-5D-3L Health States: Results from a Saturation Study. *Med Decis Making* **2015**; *36*(2):253–263.
 22. Cassidy, T.; McLaughlin, M. Psychological distress of female caregivers of significant others with cancer. *Cogent Psychol.* **2015**; *2*(1).
 23. Haley, W. E.; LaMonde, L.A.; Han, B.; Narramore, S.; Schonwetter, R. Family Caregiving in Hospice: Effects on Psychological and Health Functioning Among Spousal Caregivers of Hospice Patients with Lung Cancer or Dementia. *Hosp. J.* **2000**, *15*, 1–18.
 24. Williams, A. L.; McCorkle, R. Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature. *Palliat. Support. Care* **2011**, *9*, 315–325.
 25. Barbosa, L. C.; Garbin, C. A. S.; Moimaz, S. A. S.; Saliba, T. A. Cuidadores domiciliares de idosos: qualidade de vida e práticas no processo de cuidar. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.* **2021**, *26*(3), 291–313.
 26. Ascef, B. D. O.; Haddad, J. P. A.; Álvares, J.; Guerra Junior, A. A.; Costa, E. A.; Acurcio, F. D. A.; Silveira, M. R. Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. *Rev. Saude Publica* **2017**, *51*, 22s.
 27. N’Goran, A. A.; Déruaz-Luyet, A.; Haller, D. M.; Zeller, A.; Rosemann, T.; Streit, S.; Herzig, L. Comparing the self-perceived quality of life of multimorbid patients and the general population using the EQ-5D-3L. *PLoS ONE* **2017**, *12*(12), e0188499.
 28. dos Reis, E.; Dourado, V. Z.; Guerra, R. L. F. Qualidade de vida e fatores de riscos à saúde de cuidadoras formais de idosos. *Estud. Interdiscip. Envelhec.* **2019**, *24*(1).
 29. Schulz, R.; Sherwood, P. R. Physical and mental health effects of family caregiving. *J. Soc. Work Educ.* **2008**, *44*, 105–113.
 30. Carnemolla, P.; Bridge, C. A scoping review of home modification interventions—Mapping the evidence base. *Indoor Built Environ.* **2020**, *29*(3), 299–310.

31. Sambasivam, R.; Liu, J.; Vaingankar, J. A.; Ong, H. L.; Tan, M. E.; Fauziana, R.; ...; Subramaniam, M. The hidden patient: chronic physical morbidity, psychological distress, and quality of life in caregivers of older adults. *Psychogeriatrics* **2019**, *19*(1), 65–72.
32. Shaffer, K. M.; Kim, Y.; Carver, C. S.; Cannady, R. S. Effects of caregiving status and changes in depressive symptoms on development of physical morbidity among long-term cancer caregivers. *Health Psychology* **2017**, *36*(8), 770.
33. Adelman, R. D.; Tmanova, L. L.; Delgado, D.; Dion, S.; Lachs, M. S. Caregiver burden: a clinical review. *Jama* **2014**, *311*(10), 1052-1060.
34. Geng, H. M.; Chuang, D. M.; Yang, F.; Yang, Y.; Liu, W. M.; Liu, L. H.; Tian, H. M. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine* **2018**, *97*(39), e11863.
35. Fletcher, B. A. Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. *Oncol. Nurs. Forum* **2008**, *35*(2), E23–44.
36. Washington, K. T.; Parker Oliver, D.; Smith, J. B.; McCrae, C. S.; Balchandani, S. M.; Demiris, G. Sleep problems, anxiety, and global self-rated health among hospice family caregivers. *Am. J. Hosp. Palliat. Med.* **2018**, *35*(2), 244–249.
37. Oechsle, K.; Ullrich, A.; Marx, G.; Benze, G.; Wowretzko, F.; Zhang, Y.; Dickel, L. M.; Heine, J.; Wendt, K. N.; Nauck, F.; Bokemeyer, C.; Bergelt, C. Prevalence and predictors of distress, anxiety, depression, and quality of life in bereaved family caregivers of patients with advanced cancer. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* **2020**, *37*(3), 201–213.
38. Grand, J.H.; Caspar, S.; Macdonald, S.W. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *J Multidiscip Healthc.* **2011**, *4*:125-47.
39. Vostrý, M.; Lanková, B.; Pešatová, I.; Fleischmann, O.; Jelínková, J. Nonpharmacological Compensation of Aggressive Behavior of Individuals with Moderate Intellectual Disability and Behavioral Disorders-A Case Study. *Int J Environ Res Public Health.* **2022**, *19*(15):9116.
40. de Araújo Reis, L.; de Souza Rocha, T.; Duarte, S. F. P. Quedas: risco e fatores associados em idosos institucionalizados. *Rev. Baiana Enferm.* **2014**, *28*(3).
41. Cott, C. A.; Tierney, M. C. Acceptable and unacceptable risk: balancing everyday risk by family members of older cognitively impaired adults who live alone. *Health Risk Soc.* **2013**, *15*(5), 402–415.

42. Tudor Car, L.; El-Khatib, M.; Perneczky, R.; Papachristou, N.; Atun, R.; Rudan, I.; Car, J.; Vincent, C.; Majeed, A. Prioritizing problems in and solutions to homecare safety of people with dementia: supporting carers, streamlining care. *BMC Geriatr.* **2017**, *17*(1), 26.
43. Häikiö, K.; Sagbakken, M.; Rugkåsa, J. Dementia and patient safety in the community: a qualitative study of family carers' protective practices and implications for services. *BMC Health Serv. Res.* **2019**, *19*(1), 635.
44. Hung, L.; Hudson, A.; Gregorio, M.; Jackson, L.; Mann, J.; Horne, N.; Berndt, A.; Wallsworth, C.; Wong, L.; Phinney, A. Creating Dementia-Friendly Communities for Social Inclusion: A Scoping Review. *Gerontol. Geriatr. Med.* **2021**, *7*, 23337214211013596.
45. Seng, B.K.; Luo, N.; Ng, W.Y.; Lim, J.; Chionh, H.L.; Goh, J.; Yap, P. Validity and reliability of the Zarit Burden Interview in assessing caregiving burden. *Ann Acad Med Singap.* **2010**, *39*(10):758-63.
46. Carod-Artal, F.J.; Mesquita, H.M.; Ziomkowski, S.; Martinez-Martin, P. Burden and health-related quality of life among caregivers of Brazilian Parkinson's disease patients. *Parkinsonism Relat Disord.* 2013 Nov;19(11):943-8.

8 CAPÍTULO 4 - CUIDADO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR: PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DE UMA REGIÃO BRASILEIRA⁵

8.1 Resumo

Introdução: O atendimento domiciliar realizado por dentistas é crucial para garantir cuidados adequados de saúde bucal. No entanto, os profissionais de saúde bucal enfrentam desafios ao fornecer tratamento nas residências dos pacientes devido à falta de recursos. Nosso objetivo foi explorar as perspectivas e experiências dos dentistas sobre o atendimento odontológico domiciliar e os potenciais desafios para sua implementação. **Metodologia:** O estudo seguiu uma abordagem qualitativa. Guiados por um roteiro de entrevista semiestruturado, os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas com 22 cirurgiões-dentistas. Após a transcrição, os dados foram analisados tematicamente utilizando o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), com o auxílio do Qualiquantisoft. **Resultados:** A maioria dos participantes era do gênero feminino (90,90%), com idade entre 30 e 40 anos (68,20%), e predominantemente especializada em atenção primária (27,30%) ou endodontia (27,30%). Todos os participantes realizavam atendimento domiciliar, executando procedimentos odontológicos gerais, geralmente respondendo a solicitações da equipe de trabalho (59,10%) ou da família (31,80%). O estudo explorou as percepções de cirurgiões-dentistas sobre o atendimento odontológico domiciliar, destacando sua importância na redução de disparidades em saúde (54,50%), promoção da continuidade do tratamento (36,40%) e ampliação do acesso aos serviços odontológicos (9,10%). Os profissionais relataram realizar condutas clínicas essenciais, como procedimentos restauradores, avaliações orais e orientações de higiene bucal, sempre com foco na atenção humanizada e centrada no paciente. O pós-atendimento envolveu comunicação interprofissional (59,10%), documentação (31,80%) e orientação aos familiares (9,10%). A competência técnica, empatia e capacitação profissional foram apontadas como fundamentais para o cuidado qualificado. Como aspectos positivos, destacaram-se a identificação precoce de condições orais (68,20%) e o fortalecimento do vínculo com os pacientes (31,80%). Os principais desafios referiram-se às limitações estruturais para a realização de procedimentos (86,40%) e a questões logísticas de transporte e planejamento (13,60%). **Conclusão:** Este estudo destaca o papel fundamental, embora complexo,

⁵ Normatizado segundo a Gerodontology – <https://onlinelibrary.wiley.com/page/journal/17412358/homepage/forauthors.html> (ANEXO E)

do atendimento domiciliar na odontologia. A continuidade do tratamento por meio da adaptabilidade e de uma abordagem centrada no paciente são aspectos importantes.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; Odontólogos; Pesquisa qualitativa.

8.2 Abstract

Introduction: Home care provided by dentists is crucial to ensuring adequate oral health care. However, oral health professionals face challenges in delivering treatment at patients' homes due to a lack of resources. Our objective was to explore dentists' perspectives and experiences regarding home dental care and the potential challenges to its implementation. **Methodology:** The study followed a qualitative approach. Guided by a semi-structured interview script, data were collected through recorded interviews with 22 dentists. After transcription, the data were thematically analyzed using the Collective Subject Discourse (CSD) method, with the aid of Qualiquantisoft. **Results:** The majority of participants were female (90.90%), aged between 30 and 40 years (68.20%), and predominantly specialized in primary care (27.30%) or endodontics (27.30%). All participants provided home dental care, performing general dental procedures, usually in response to requests from the healthcare team (59.10%) or the family (31.80%). The study explored dentists' perceptions of home dental care, highlighting its importance in reducing health disparities (54.50%), promoting continuity of care (36.40%), and expanding access to dental services (9.10%). Professionals reported performing essential clinical procedures such as restorative treatments, oral evaluations, and oral hygiene instructions, always focusing on patient-centered and humanized care. Post-treatment activities included interprofessional communication (59.10%), documentation (31.80%), and providing guidance to family members (9.10%). Technical competence, empathy, and professional training were identified as key to delivering high-quality care. Positive aspects included the early identification of oral conditions (68.20%) and the strengthening of bonds with patients (31.80%). The main challenges were related to structural limitations for performing procedures (86.4%) and logistical issues concerning transportation and planning (13.60%). **Conclusion:** This study highlights the fundamental yet complex role of home care in dentistry. Continuity of treatment through adaptability and a patient-centered approach are key aspects.

Keywords: Home care services; Dentists; Qualitative research.

8.3 Introdução

A saúde bucal é de extrema importância para a qualidade de vida e bem-estar,^{1,2} sendo essencial para isso uma boa higiene bucal.^{3,4} No entanto, indivíduos que necessitam de cuidados domiciliares enfrentam desafios para acessar serviços odontológicos e tratamentos devido às suas condições restritas,^{5,6} falta de apoio social e/ou recursos financeiros, ausência de familiares para acompanhá-los às consultas ou recursos financeiros para fazer modificações de acessibilidade em suas casas.⁷⁻⁹ Além disso, encontram mais dificuldades para realizar o cuidado dental necessário devido à falta de habilidades visuais e motoras.^{5,6}

Uma consulta de cuidado domiciliar realizada por um dentista é essencial para a boa saúde bucal do paciente.¹⁰ A inflamação oral crônica promove a progressão de doenças neurodegenerativas e a ocorrência de pneumonia, uma causa comum de mortalidade em pacientes que necessitam de cuidados prolongados.¹¹ A higiene oral adequada pode prevenir uma em cada dez mortes relacionadas à pneumonia.^{12,13}

A Estratégia Saúde da Família é a principal política de saúde do Brasil, voltada para a organização e entrega de serviços de atenção primária dentro dos sistemas locais de saúde, alinhada aos princípios da Atenção Primária à Saúde.^{14,15} Em 2000, Equipes de Saúde Bucal foram integradas às Equipes de Saúde da Família no Brasil, impulsionadas pela necessidade de ampliar os serviços de saúde bucal para a população brasileira.¹⁶

A incorporação de ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família foi um passo significativo para observar um dos princípios do Sistema Único de Saúde - a integralidade das ações de saúde.¹⁷ Essa integração permite que as equipes de saúde bucal trabalhem em coordenação com outras áreas da saúde e abordem até 85% dos problemas de saúde da comunidade,¹⁸ prevenindo doenças bucais, oferecendo tratamento precoce para problemas dentários, reduzindo hospitalizações desnecessárias relacionadas à saúde bucal e, em última análise, melhorando a qualidade de vida da população atendida. Além disso, a equipe de saúde bucal desempenha um papel vital nos serviços de cuidados domiciliares, proporcionando benefícios diretamente aos pacientes em suas próprias residências, a maioria dos quais são pessoas idosas com condições crônicas.^{19,20}

A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil, conhecida como "Brasil Sorridente", abrange uma série de atividades nos níveis individual e coletivo envolvendo promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação.²¹⁻²³ Ela orienta ações e serviços de saúde bucal, enfatizando a importância de os dentistas compreenderem a realidade

da população. No que diz respeito à expansão e melhoria das ações de saúde bucal, o cuidado domiciliar destaca-se pela continuidade do tratamento odontológico.^{21,23}

A maioria dos estudos que investigam as experiências dos dentistas na prestação de cuidados odontológicos a pessoas idosas foca em pesquisas realizadas em instituições de longa duração.^{24,25} Resultados desses estudos indicam que os profissionais encontram restrições significativas em realizar tratamentos odontológicos devido ao espaço inadequado e à falta de equipamentos disponíveis, limitando suas opções de tratamento.²⁶⁻²⁸ Além disso, os cirurgiões-dentistas demonstram pouco interesse e falta de confiança em atender os residentes de lares de pessoas idosas.²⁹

São necessárias mais pesquisas para investigar as práticas atuais de entrega de cuidados odontológicos e aconselhamento preventivo para população idosa nos serviços de saúde domiciliar, bem como os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde bucal na prestação de cuidados odontológicos domiciliares.²⁹

Este estudo teve como objetivo avaliar as percepções e experiências de cirurgiões-dentistas que trabalhavam na Estratégia Saúde da Família para fornecer cuidados odontológicos domiciliares.

8.4 Metodologia

Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).^{30,31} O desenho da amostra neste estudo foi não probabilístico.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de Araraquara (CAAE: 69122923.6.0000.5416). O consentimento livre e esclarecido por escrito foi obtido dos participantes deste estudo. Para garantir a integridade ética, os participantes foram identificados nos resultados como "p" seguido de um número cardinal.

Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Itatiba - SP, localizado no interior do Estado de São Paulo/Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o

município é considerado de médio porte, faz parte da Região Metropolitana de Campinas, sua população estimada é de aproximadamente 121.590 habitantes.

O município apresenta 12 Unidades de Saúde da Família, as quais foram os cenários para a aplicação do estudo.

Seleção da Amostra

Todos os cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde Bucal pertencentes as equipes de ESF foram convidados a participar por meio de contato telefônico. Para inclusão, foram considerados cirurgiões-dentistas qualificados no Brasil e com pelo menos seis meses de experiência clínica em cuidados odontológicos domiciliares. Cirurgiões-dentistas não envolvidos na Estratégia Saúde da Família foram excluídos. Ao todo, 22 cirurgiões-dentistas foram convidados e todos aceitaram participar do estudo, compondo integralmente a amostra da pesquisa.

Coleta de Dados

As entrevistas foram conduzidas por um pesquisador treinado, utilizando um guia de entrevista semiestruturado, composto por uma série de perguntas abertas para explorar abrangentemente as perspectivas e experiências dos participantes. Além das questões qualitativas, também foram coletados dados sociodemográficos e educacionais, com o objetivo de contextualizar melhor os perfis dos entrevistados. As entrevistas ocorreram em ambiente tranquilo e confortável, a fim de garantir a privacidade dos participantes. A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 40 minutos. As entrevistas foram gravadas com a devida permissão, e, após sua realização, as gravações foram transcritas para análise subsequente.

Instrumento de Coleta de Dados

O desenvolvimento do roteiro de entrevista foi informado por Lefevre et al. (2012) As perguntas feitas foram: 1) Você realiza visitas domiciliares? 2) Se sim, quando são realizadas essas visitas? 3) Qual é a sua perspectiva sobre a realização de visitas domiciliares, especialmente para pessoas idosas? 4) Quais procedimentos odontológicos você realiza durante as visitas domiciliares? 5) Após realizar as visitas, qual é a sua ação de acompanhamento? 6) Quais habilidades profissionais você considera necessárias para fornecer cuidados domiciliares? 7) Quais são os aspectos positivos do cuidado domiciliar? 8) Quais são os

aspectos negativos do cuidado domiciliar? Também foram coletadas informações sobre a idade, gênero, tempo de atuação na equipe da Estratégia Saúde da Família e qualquer especialização ou residência dos participantes.

Análise de Dados

Os dados foram analisados seguindo os princípios delineados por Lefevre et al.,³⁰ que enfatizam o embasamento do DSC na teoria da Representação Social. O software Qualiquantisoft® facilitou o exame sistemático do material verbal coletado, permitindo a extração de expressões-chave e ideias centrais de cada depoimento.³⁰

Quatro pesquisadores revisaram individualmente as transcrições. Realizaram essa revisão de forma independente, sem consultar uns aos outros inicialmente. Cada pesquisador teve como objetivo identificar temas, padrões ou elementos significativos nos dados que foram relevantes para as perguntas ou objetivos da pesquisa. Essa análise independente é crucial, pois ajuda a mitigar o viés individual—cada pesquisador trouxe suas perspectivas, experiências e informações únicas para a interpretação dos dados.

Ao fazer com que vários pesquisadores analisassem os dados de forma independente, o processo busca aumentar a confiabilidade geral das descobertas. Quando diferentes pesquisadores chegaram a conclusões semelhantes ou identificaram temas consistentes nos dados, isso fortalece a validade dessas descobertas. Uma vez concluída a fase inicial de codificação, os pesquisadores puderam se reunir para comparar seus achados. Este passo colaborativo permitiu discussão, esclarecimento e resolução de quaisquer discrepâncias ou interpretações divergentes que surgiram durante a análise individual. Através desse esforço coletivo, os pesquisadores buscaram alcançar um consenso sobre os temas finais ou interpretações derivadas dos dados.

8.5 Resultados

A seguir está na tabela 1 estão os dados sociodemográficos dos participantes do estudo.

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra composta por cirurgiões-dentistas (n=22), de acordo com gênero, faixa etária, especialização, tempo de atuação e periodicidade do atendimento odontológico domiciliar no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Dados sociodemográficos	n	%
Variáveis		
Gênero		
Feminino	20	90,90
Masculino	2	9,10
Total	22	100,00
Faixa etária		
30 - 40	15	68,20
41 - 50	7	31,80
Total	22	100,00
Tempo de atuação na unidade de saúde		
6 - 12 meses	3	13,60
37 - 48 meses	6	27,30
49 - 60 meses	7	31,80
61 - 72 meses	6	27,30
Total	22	100,00
Especialização		
Atenção primária – Saúde coletiva	6	27,30
Cirurgia oral menor	4	18,10
Endodontia	6	27,30
Odontologia hospitalar	4	18,20
Ortodontia	2	9,10
Total	22	100,00
Periodicidade do atendimento domiciliar odontológico		
Quinzenal	2	9,10
Quando solicitado pela equipe	13	59,10
Quando solicitado pela família	7	31,80
Total	22	100,00

Fonte: Autores, 2024.

No total, 22 profissionais de saúde bucal participaram. A maioria dos participantes eram mulheres (n = 20), com idades entre 30 e 40 anos, estavam em seus empregos atuais há 49 a 60

meses (n = 7), predominantemente especializados em atenção primária (n = 6) ou endodontia (n = 6). Todos os dentistas fornecem serviços de atendimento domiciliar (n = 22) e, normalmente, esse atendimento é prestado a pedido de um membro da equipe multidisciplinar (n = 13) ou quando solicitado pela família (n = 7), realizando procedimentos odontológicos gerais.

Em seguida, são apresentadas as categorias e subcategorias identificadas, com citações dos participantes.

Importância do atendimento odontológico domiciliar

Redução das disparidades na saúde (54,50)

Reduzir disparidades na saúde foi a subcategoria mais relevante (54,50%).

"O atendimento domiciliar é absolutamente crucial para alcançar comunidades com desafios significativos no acesso aos cuidados de saúde. Serve como uma ponte para a saúde, especialmente para aqueles frequentemente deixados para trás devido às dificuldades em acessar instalações médicas tradicionais. Nossa dedicação ao atendimento domiciliar aborda ativamente e combate essas disparidades" (p. 08).

Continuidade do tratamento (36,40%)

Outra subcategoria frequentemente enfatizada pelos dos participantes (36,40%) foi que o atendimento domiciliar garante a continuidade do tratamento.

"A importância do atendimento domiciliar não pode ser subestimada, especialmente ao considerar a continuidade ininterrupta do tratamento. Não é apenas um serviço; é um salva-vidas para pacientes que necessitam de cuidados contínuos. O atendimento domiciliar é um pilar, garantindo que a jornada do tratamento permaneça ininterrupta e focada no paciente." (p. 05).

Acesso à saúde odontológica (9,10%)

Alguns cirurgiões-dentistas comentaram que o atendimento domiciliar é essencial e que a remoção de barreiras proporciona acesso crucial para aqueles com alta necessidade de saúde.

"O atendimento domiciliar desempenha um papel fundamental na quebra de barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. Sua importância está em facilitar o acesso para aqueles que mais precisam. Proporcionar cuidados diretamente onde são necessários aborda a lacuna de

equidade na saúde, fazendo uma diferença tangível na vida de indivíduos que podem ter dificuldade em alcançar instalações de saúde tradicionais." (p. 16).

Conduta profissional durante o atendimento odontológico domiciliar

Os participantes (100,00%) relataram realizar uma série de procedimentos durante as visitas domiciliares. Os cirurgiões-dentistas afirmaram que isso é essencial para atender às necessidades imediatas de saúde bucal dos pacientes, garantindo-lhes alívio rápido e adequado. *"Em minha prática de atendimento domiciliar, realizo uma série de procedimentos clínicos, incluindo raspagem e restaurações temporárias. Essas intervenções são cruciais para atender às necessidades imediatas de saúde bucal e proporcionar alívio rápido aos pacientes" (p.21).*

Ainda relataram fornecer tratamento restaurador atraumático durante a consulta odontológica no atendimento domiciliar.

"Um aspecto significativo da minha abordagem envolve o tratamento restaurador atraumático durante as visitas domiciliares. Esta técnica garante um tratamento eficaz, minimizando o desconforto, alinhando-se com o contexto único de fornecer cuidados fora do consultório odontológico" (p.18).

A realização de uma avaliação abrangente da condição oral dos pacientes também foi relatada:

"No contexto do atendimento domiciliar, o primeiro passo envolve uma análise detalhada da condição oral do paciente. Esta avaliação é crucial para determinar o curso de ação apropriado, considerando as restrições inerentes ao fornecimento de cuidados odontológicos fora do ambiente tradicional do consultório" (p.09).

Todos os cirurgiões-dentistas disseram que fornecem orientação abrangente sobre higiene bucal.

"Além dos procedimentos clínicos, uma parte significativa da minha prática de atendimento domiciliar envolve fornecer orientação completa sobre higiene bucal. Isso inclui educar os pacientes sobre como manter a saúde bucal em seu ambiente doméstico, considerando os desafios únicos apresentados fora do consultório odontológico" (p.01).

Pós-atendimento odontológico domiciliar

As condutas pós-atendimento domiciliares envolveram a colaboração e coordenação interprofissional, garantindo um cuidado abrangente. Os participantes enfatizaram a importância da comunicação dentro das equipes de saúde, o planejamento proativo do

tratamento e a informação aos pacientes e famílias sobre a transição para os tratamentos no consultório odontológico.

Comunicação dentro das equipes de saúde e colaboração interdisciplinar (59,10%)

Alguns participantes descreveram o aspecto colaborativo de sua rotina pós-atendimento domiciliar, afirmaram:

"Discuto o caso com a equipe de saúde, agendo consultas na unidade de saúde para procedimentos invasivos ou encaminhamentos para especialistas, se necessário." [participante 07].

Este testemunho destaca a importância da colaboração interprofissional, mostrando como os cirurgiões-dentistas se envolveram ativamente com equipes de saúde mais amplas para garantir um cuidado abrangente e especializado para seus pacientes.

Documentação dos casos (31,80%)

Outra subcategoria que surgiu detalhou a documentação do atendimento realizado seu compromisso com a comunicação eficaz dentro da equipe de saúde, dizendo: *"Comunico-me com a equipe e faço anotações no prontuário do paciente" (p.06)*. Isso enfatizou a documentação meticulosa das informações do paciente e a tomada de decisões colaborativa, garantindo que todos os membros da equipe estejam bem-informados e alinhados em sua abordagem ao cuidado do paciente.

Informação sobre o caso (9,10%)

Alguns participantes compartilharam suas dedicações à educação do paciente e da família, revelando:

"Informo a família sobre a necessidade de levar o paciente ao consultório odontológico, explicando a situação" (p.18).

Isso exemplifica o estilo de comunicação transparente e centrado no paciente, garantindo que as famílias estivessem bem-informadas sobre a razão por trás da transição para os tratamentos no consultório odontológico, promovendo um processo de tomada de decisão colaborativa.

Competência profissional e cuidado centrado no paciente

Intervenções odontológicas de forma rápida e objetiva (63,60%)

A maioria dos participantes (63,60%) enfatizaram a importância da capacidade de realizar uma série de intervenções odontológicas de forma rápida e objetiva.

"Como profissional odontológico, minha capacidade de realizar procedimentos simples e objetivos é crucial. Ser ágil e dinâmico me permite adaptar rapidamente às diversas necessidades dos pacientes. Fornecer orientação didática às famílias garante que elas compreendam a importância das práticas de saúde bucal em casa. Cada caso é único, e minha proficiência reside em adaptar os tratamentos a cada circunstância individual" (p.12).

Compreender as condições dos pacientes (22,70%)

Outros participantes (22,70%) relataram a importância de compreender as condições clínicas de saúde geral das pessoas idosas para sua atuação profissional efetiva. Eles destacaram o papel da empatia como um alicerce na construção de conexões significativas com os pacientes, ressaltando a importância de explorar tanto os aspectos pessoais quanto clínicos de suas vidas para fornecer atendimento domiciliar.

"Compreender a morbidade clínica dos pacientes é fundamental para minha prática. A empatia não é apenas uma virtude, mas um alicerce na construção de uma conexão com aqueles sob meus cuidados. Trata-se de explorar os aspectos pessoais e clínicos da vida do paciente para fornecer cuidados odontológicos holísticos e compassivos" (p.19).

Os cirurgiões-dentistas destacaram a importância de reconhecer os pacientes como indivíduos com experiências, preocupações e objetivos únicos. Independentemente do procedimento odontológico específico realizado, adotar uma abordagem humanizada melhora a experiência geral do paciente, priorizando cuidados personalizados e compreensivos.

"Estou comprometido em ser um profissional humanizado, disposto a atender às necessidades dos pacientes além dos limites da minha área profissional. Trata-se de reconhecer que os pacientes são indivíduos com histórias, preocupações e aspirações únicas. Independentemente do procedimento odontológico em questão, uma abordagem humanizada melhora a experiência geral do paciente" (p.11).

Capacitação profissional (13,70%)

Alguns participantes (13,70%) enfatizaram a importância de receberem treinamento em odontologia hospitalar. Destacaram o valor inestimável dessa experiência de aprendizado,

especialmente porque as características daqueles que recebem atendimento domiciliar frequentemente se assemelham às observadas em hospitais.

"Defendo o desenvolvimento profissional contínuo. Todos os dentistas envolvidos no atendimento domiciliar devem passar por treinamento em odontologia hospitalar. Essa experiência de aprendizado tem sido inestimável para mim, especialmente porque os perfis dos pacientes no atendimento domiciliar muitas vezes refletem os de um ambiente hospitalar. A especialização em pacientes com necessidades especiais é um testemunho adicional de nosso compromisso com a evolução da expertise" (p.13).

Aspectos positivos do atendimento odontológico domiciliar

Identificação de condições e problemas orais em estágio inicial (68,20%)

A maioria dos participantes (68,20%) relataram a oportunidade de identificar condições e problemas orais em estágio inicial por meio da assistência domiciliar, demonstrando um compromisso com o cuidado preventivo.

"Nossa busca ativa por lesões orais e problemas em estágio inicial visa prevenir o agravamento dessas questões, contribuindo, em última análise, para a melhoria da qualidade de vida dos nossos pacientes" (p.04).

Esta abordagem proativa reflete a dedicação a medidas preventivas, abordando possíveis preocupações com a saúde bucal antes que se agravem.

"A orientação sobre higiene bucal é o aspecto mais importante, pois muitas pessoas negligenciam sua saúde bucal, o que serve como uma porta de entrada para várias infecções sistêmicas" (p.03).

Através de orientação abrangente em saúde, os participantes visavam não apenas abordar as preocupações imediatas de saúde bucal dos pacientes, mas também prevenir possíveis implicações sistêmicas, sublinhando o aspecto preventivo de seus cuidados.

Criação de um ambiente acolhedor e vínculo (31,80%)

Além disso, foram relatados pelos cirurgiões-dentistas (31,80%) a criação de ambiente acolhedor para todos os pacientes, especialmente aqueles restritos ou acamados.

"Acolher o paciente em todos os aspectos e construir relações próximas com as famílias e a comunidade é nosso compromisso" (p.02). "O vínculo criado com o paciente e sua família vai além do cuidado médico; trata-se de entender suas circunstâncias únicas" (p.13).

Desafios do atendimento odontológico domiciliar

Limitações na prática de procedimentos (86,40%)

Os cirurgiões-dentistas (86,40%) abordaram os desafios associados à realização de procedimentos durante o atendimento domiciliar.

"Realizar procedimentos nas casas dos pacientes apresenta desafios. A dificuldade está durante os procedimentos, frequentemente prejudicados por fatores como a posição do paciente e iluminação inadequada em casa" (p.10).

Esta observação lança luz sobre as dificuldades práticas encontradas pelos profissionais em garantir condições ideais para procedimentos no ambiente domiciliar.

"Iluminação insuficiente e ergonomia inadequada são aspectos negativos da realização do atendimento domiciliar" (p.06).

Transporte e planejamento (13,60%)

Desafios de transporte e planejamento também foram trazidos à tona por alguns participantes (13,60%).

"Dificuldade em viajar para as casas dos pacientes" (p.12) e "Falta de planejamento, muitas vezes resultando em falta de transporte para a casa do paciente" (p.10).

Esses desafios logísticos destacaram a necessidade de planejamento estratégico e apoio para garantir que os profissionais possam alcançar os pacientes de forma eficiente.

8.6 Discussão

Os participantes destacaram a função crítica do atendimento domiciliar como uma ponte para comunidades que enfrentam desafios no acesso a instalações odontológicas convencionais, expressando um compromisso resolutivo em abordar ativamente essas disparidades por meio de serviços dedicados de atendimento domiciliar. As descobertas fornecem informações essenciais para orientar coordenadores e profissionais a melhorar o atendimento odontológico domiciliar, destacando a importância do acesso ao cuidado, continuidade do tratamento, colaboração interprofissional e superação de desafios logísticos e de infraestrutura.³²⁻³⁷

As descobertas também abordaram uma lacuna na literatura sobre o acesso aos cuidados de pessoas idosas e com deficiência.

Embora a amostra seja pequena, ela cumpriu os padrões estabelecidos em nosso campo e alcançamos a saturação dos dados.³²

Os participantes enfrentaram uma variedade de condições ao realizar suas atividades, justificando a escolha do DCS, um método qualitativo que usa o pensamento coletivo para explorar o campo do trabalho social, as diferenças e semelhanças entre as perspectivas dos participantes.^{30,31}

Os cirurgiões-dentistas enfatizaram que o atendimento domiciliar transcende ser um mero serviço. Segundo Feuerwerker & Merhy³⁸ compreender a realidade vivida pelo usuário/família contribui para uma abordagem que se concentra em suas necessidades primárias de saúde, o atendimento domiciliar promove um vínculo entre profissionais e usuários.

Em um ambiente domiciliar, os pacientes podem se sentir mais confiantes e confortáveis para abordar questões que raramente discutiriam em uma instalação de saúde, e podem se sentir mais valorizados com a presença de um profissional em sua casa. No entanto, é essencial não confundir esse vínculo com a dependência do usuário na presença de um profissional de saúde.¹⁰

Os profissionais relataram um amplo espectro de procedimentos realizados durante as visitas domiciliares. Enquanto alguns se envolveram em procedimentos clínicos invasivos, como raspagem e restaurações temporárias, a maioria focou em medidas preventivas e menos invasivas, incluindo orientação em saúde bucal e exames clínicos. Esta versatilidade demonstrou uma abordagem personalizada para atender às diversas necessidades dos pacientes em um ambiente de atendimento domiciliar, resultados encontrados em outros estudos.³⁹

As discussões pós-atendimento domiciliares sublinharam a importância da colaboração e coordenação interprofissional. Os participantes se envolveram ativamente com equipes de saúde mais amplas, discutindo casos, agendando consultas e comunicando-se efetivamente dentro da equipe. Esta abordagem colaborativa garantiu cuidados abrangentes e especializados, refletindo uma compreensão holística da saúde além das preocupações médicas imediatas.

O compromisso com a continuidade do cuidado e o planejamento do tratamento estava presente, com os participantes agendando ativamente tratamentos de acompanhamento em consultórios odontológicos quando necessário.

A ênfase na educação do paciente e da família demonstrou um estilo de comunicação transparente e centrado no paciente, promovendo um processo de tomada de decisão colaborativa.

A competência profissional emergiu como um aspecto crucial, com os profissionais de odontologia destacando sua capacidade de se adaptar rapidamente às diversas necessidades dos pacientes, compreender a morbidade clínica e abordar os cuidados odontológicos com empatia

e profissionalismo humanizado. A importância do desenvolvimento profissional contínuo e do trabalho em equipe multiprofissional foi ressaltada, refletindo um compromisso com a evolução da expertise e práticas colaborativas de saúde.

Enquanto isso, alguns autores afirmam que os cirurgiões-dentistas podem valorizar mais os aspectos técnicos do que os aspectos humanos dos cuidados, ainda apontam que o investimento da educação odontológica em habilidades manuais poderia resultar em uma atitude de negligência em relação aos aspectos humanos e sociais dos cuidados, favorecendo seus aspectos técnicos.⁴⁰⁻⁴²

Os aspectos positivos do atendimento domiciliar incluíram a identificação proativa de problemas de saúde bucal e o papel vital da orientação em higiene bucal na manutenção da saúde geral. Os participantes enfatizaram a importância de criar ambientes acolhedores e construir fortes vínculos com os pacientes e suas famílias.

Os desafios relacionados ao atendimento domiciliar foram abordados de forma franca, incluindo dificuldades na realização de procedimentos devido à posição do paciente e à iluminação em casa. Desafios de recursos e infraestrutura, como iluminação insuficiente e ergonomia inadequada, foram reconhecidos, sublinhando a necessidade de condições ideais para garantir qualidade e segurança.^{43,44}

Os desafios de transporte e planejamento foram destacados, enfatizando a necessidade de planejamento estratégico e apoio logístico para alcançar os pacientes de forma eficiente. Além disso, há uma demanda excessiva por cuidados curativos em consultórios odontológicos, dificultando a saída dos profissionais para realizar atendimento domiciliar.^{45,46}

8.7 Conclusão

Os achados deste estudo evidenciaram a complexidade do atendimento odontológico domiciliar, destacando seu papel essencial na redução das disparidades em saúde e na garantia da continuidade do cuidado para comunidades que enfrentam barreiras no acesso aos serviços de saúde convencionais

As potencialidades, como a identificação proativa de problemas de saúde bucal e o papel vital da orientação em higiene bucal, destacaram o foco preventivo do atendimento domiciliar. No entanto, desafios, incluindo dificuldades na realização de procedimentos e limitações de recursos, enfatizaram a necessidade de condições ideais para garantir qualidade dos serviços de saúde prestados e segurança ocupacional dos cirurgiões-dentistas.

8.8 Referências

1. Van De Rijte LJM, Stoop CC, Weijenberg RAF, et al. The influence of oral health factors on the quality of life in older people: a systematic review. *Gerontologist*. 2019;60:378-394.
2. Zenthöfer A, Ehret J, Zajac M, Kilian S, Rammelsberg P, Klotz AL. The effects of dental status and chewing efficiency on the oral-health-related quality of life of nursing-home residents. *Clin Interv Aging*. 2020;15:2155-2164.
3. Griffin S, Regnier E, Griffin P, Huntley V. Effectiveness of fluoride in preventing caries in adults. *J Dent Res*. 2007;86:410-415.
4. Lertpimonchai A, Rattanasiri S, Vallibhakara S, Attia J, Thakkestian A. The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Int Dent J*. 2017;67:332-343.
5. Islas-Granillo H, Borges-Yañez SA, Navarrete-Hernández JDJ. Indicators of oral health in older adults with and without the presence of multimorbidity: a cross-sectional study. *Clin Interv Aging*. 2019;14:219-224.
6. Zimmermann T, Koenig A, Porzelt S, et al. Interaction of systemic morbidity and oral health in ambulatory patients in need of home care (InSEMaP): an observational study at the sector boundary between dental and general practice care in Germany. *BMJ Open*. 2023;13(3):063685.
7. Janto M, Iurcov R, Daina CM, et al. Oral health among elderly, impact on life quality, access of elderly patients to oral health services and methods to improve oral health: a narrative review. *J Pers Med*. 2022;12(3):372.
8. Montini T, Tseng TY, Patel H, Shelley D. Barriers to dental services for older adults. *Am J Health Behav*. 2014;38(5):781-788.
9. Mishu MP, Faisal MR, Macnamara A, et al. A qualitative study exploring the barriers and facilitators for maintaining oral health and using dental service in people with severe mental illness: perspectives from service users and service providers. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(7):4344.
10. Ankuda CK, Husain M, Bollens-Lund E, et al. The dynamics of being homebound over time: a prospective study of Medicare beneficiaries, 2012–2018. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69:6.
11. Besimo CE, Besimo-Meyer RH. Orale Gesundheit von Menschen mit Demenz. *Schweiz Z Ganzheitsmed*. 2015;27:44-49.

12. Müller F. Oral hygiene reduces the mortality from aspiration pneumonia in frail elders. *J Dent Res*. 2015;94:14S-16S.
13. Czwikla J, Herzberg A, Kapp S, et al. Effectiveness of a dental intervention to improve oral health among home care recipients: a randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:9339.
14. Pereira CR, Roncalli AG, Cangussu MC, Noro LR, Patricio AA, Lima KC. Impact of the family health strategy: an analysis in cities in Northeast Brazil with more than 100,000 inhabitants. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):449-462.
15. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-2181.
16. Pinto LF, Giovanella L. The family health strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Cienc Saude Colet*. 2018;23:1903-1914.
17. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família no município de Paranavaí, PR. *Saúde Coletiva*. 2007;4(11):2238-2244.
18. Santos AMD, Assis MMA, Rodrigues AÁAD, Nascimento MAAD, Jorge MSB. Conflicting situations in the reception of oral health teams from the family health program in Alagoinhas, Bahia, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2007;23:75-85.
19. do Carmo Lourenço E, Silva ACB, de Castro Meneghin M, Pereira AC. The insertion of oral health services in the family health program at Minas Gerais state, Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2009;14:1367.
20. Palacio DDC, Vazquez FDL, Ramos DVR, et al. Evolution of post-deployment indicators of oral health on the family health strategy. *Einstein (Sao Paulo)*. 2014;12:274-281.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília; 2004.
22. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Cienc Saude Colet*. 2017;24(5):1809-1820.
23. Silva RMD, Peres ACO, Carcereri DL. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Cienc Saude Colet*. 2020;25:2259-2270.
24. Ho BV, van der Maarel-Wierink CD, Rollman A, Weijenberg RAF, Lobbezoo F. Don't forget the mouth! A process evaluation of a public oral health project in community-dwelling frail older people. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):536.

25. Uhlen-Strand MM, Hovden EAS, Schwendicke F, Ansteinsson VE, Mdala I, Skudutyte-Rysstad R. Dental care for older adults in home health care services – practices, perceived knowledge and challenges among Norwegian dentists and dental hygienists. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):222.
26. Bots-Vant Spijker PC, Vanobbergen JN, Schols JM, Schaub RM, Bots CP, de Baat C. Barriers of delivering oral health care to older people experienced by dentists: a systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;42(2):113-121.
27. Nihtilä A, Tuuliainen E, Komulainen K, et al. Preventive oral health intervention among old home care clients. *Age Ageing*. 2017;46(5):846-851.
28. Patel J, Wallace J, Doshi M, et al. Oral health for healthy ageing. *Lancet Healthy Longev*. 2021;2(8):e521-e527.
29. Rabbo MA, Mitov G, Gebhart F, Pospiech P. Dental care and treatment needs of elderly in nursing homes in Saarland: perceptions of the homes' managers. *Gerodontology*. 2012;29(2):e57-e62.
30. Lefevre F, Lefevre AMC. *Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo*. 2nd ed. Liber Livro Editora; 2012.
31. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. *O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educs; 2000.
32. Sim J, Saunders B, Waterfield J, Kingstone T. Can sample size in qualitative research be determined a priori? *Int J Soc Res Methodol*. 2018;21(5):619-34.
33. Hermida PMV, Nascimento ERPD, Echevarría-Guanilo ME, Andrade SR, Ortega ÂMB. Counter-referral in emergency care units: discourse of the collective speech. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):143-50.
34. Costa ED, Martins LAC, Cral WG, Peroni LV, Freitas DQ, Oliveira ML. Assessment of dentists' behaviour on the use of patients' images. *Eur J Dent Educ*. 2020;24(3):513-7.
35. Genaro LE, Marconato JV, Tagliaferro EPS, et al. Home care for the elderly: an integrated approach to perception, quality of life, and cognition. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(5):539.
36. Asakawa T, Kawabata H, Kisa K, Terashita T, Murakami M, Otaki J. Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. *J Multidiscip Healthc*. 2017;10:399-407.

37. Hovlin L, Hallgren J, Dahl Aslan AK, Gillsjö C. The role of the home health care physician in mobile integrated care: a qualitative phenomenographic study. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):1-11.
38. Feuerwerker LC, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica.* 2008;24(3):180-8.
39. Girestam Croonquist C, Dalum J, Skott P, Sjögren P, Wårdh I, Morén E. Effects of domiciliary professional oral care for care-dependent elderly in nursing homes – oral hygiene, gingival bleeding, root caries and nursing staff's oral health knowledge and attitudes. *Clin Interv Aging.* 2020;15:1305-15.
40. Nash DA. Ethics, empathy, and the education of dentists. *J Dent Educ.* 2010;74(6):567-78.
41. Fathi H, Rousseau J, Makansi N, et al. What do we know about portable dental services? A scoping review. *Gerodontology.* 2021;38(3):276-88.
42. Fathi H, Rousseau J, Bedos C. How do dentists perceive portable dentistry? A qualitative study conducted in Quebec. *Gerodontology.* 2023;40(2):231-7.
43. Hoben M, Clarke A, Huynh KT, et al. Barriers and facilitators in providing oral care to nursing home residents, from the perspective of care aides: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2017;73:34-51.
44. Villacorta-Siegal N, Joseph K, Gardner S, et al. Integration of a dental hygienist into the interprofessional long-term care team. *Gerodontology.* 2023;41:125-40. doi:10.1111/ger.12734.
45. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Colet.* 2006;11(1):219-27.
46. Turrioni APS, Salomão FGD, Monti JFC, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Pereira AC. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(7):1841-8.

9 CAPÍTULO 5 - ATENÇÃO DOMICILIAR PARA PESSOAS IDOSAS: PERSPECTIVAS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA⁶

9.1 Resumo

Objetivo: Analisar a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à Atenção Domiciliar oferecida às pessoas idosas. Metodologia: Tratou-se de um estudo qualitativo descritivo, foram empregadas entrevistas semiestruturadas para aprofundar a compreensão da percepção desses profissionais sobre o tema. Combinando a abordagem do Discurso do Sujeito Coletivo com a Representação Social. Resultados: Participaram do estudo 14 enfermeiros, sendo a maioria do gênero feminino (85,70%), especialistas em Saúde da Família e Comunidade (57,00%), que normalmente realizavam atendimento domiciliar semanalmente (78,60%). Os participantes relacionaram a importância do cuidado (42,80%), compreender a realidade do paciente (35,80%) e a prestação dos serviços de saúde (21,40%). Além disso, relataram de maneira unânime a realização de diversos tipos de procedimentos durante o atendimento. Após os atendimentos domiciliares, os profissionais realizavam as anotações nos prontuários (28,50%), discutem com a equipe multidisciplinar (35,80%) ou agendavam as próximas visitas (21,40%). A maioria dos participantes enfatizaram a importância do atendimento humanizado (57,00%) e do conhecimento técnico (35,80%). A continuidade do tratamento (64,20%) e a formação de vínculo (35,80%) foram aspectos positivos. Quanto às desvantagens, a falta de recursos foi a mais prevalente entre os relatos. Conclusão: Os participantes reconheceram a importância da Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família oferecida para pessoas idosas, essa prática promove a compreensão profunda do paciente e continuidade do tratamento, entretanto, ainda permanecem desafios para atuação.

Palavras-chave: Enfermagem domiciliar; Saúde da família; Idoso.

⁶ Normatizado segundo a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia - <https://www.scielo.br/journal/rbagg/about/#instructions> (ANEXO F)

9.2 Abstract

Objective: To analyze the perception of Family Health Strategy nurses regarding Home Care provided to older adults. **Method:** This is a descriptive qualitative study, employing semi-structured interviews to deepen the understanding of these professionals' perceptions on the topic. The study combined the Collective Subject Discourse (CSD) approach with Social Representation Theory. **Results:** Fourteen nurses participated in the study, the majority being female (85.70%), specialists in Family and Community Health (57.00%), and usually performing home visits weekly (78.60%). Participants emphasized the importance of care (42.80%), understanding the patient's reality (35.80%), and providing health services (21.40%). Additionally, all participants unanimously reported performing various types of procedures during home visits. After visits, professionals made notes in medical records (28.50%), discussed with the multidisciplinary team (35.80%), or scheduled the next visits (21.40%). Most participants highlighted the importance of humanized care (57.00%) and technical knowledge (35.80%). Continuity of treatment (64.20%) and the formation of bonds (35.80%) were seen as positive aspects. As for disadvantages, the lack of resources was the most frequently reported issue. **Conclusion:** Participants recognize the importance of Home Care within the Family Health Strategy for older adults. This practice promotes a deeper understanding of the patient and continuity of treatment; however, challenges for implementation still remain.

Keywords: Home health nursing; Family health; Aged.

9.3 Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil desempenha um papel fundamental na reestruturação dos serviços de atenção básica, visando expandir e aprimorar o acesso aos cuidados de saúde. Essa abordagem coloca ênfase na proximidade com as famílias, promovendo uma relação mais próxima e facilitando o acesso aos serviços de saúde¹. A ESF funciona por meio de equipes multidisciplinares, que incluem profissionais como médicos generalistas ou de família, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa composição reflete uma abordagem abrangente para atender às diversas necessidades da população^{2,3}.

Uma estratégia abrangente para os cuidados de longo prazo para pessoas idosas deve ser desenvolvida, considerando modelos que ofereçam suporte contínuo aos usuários com necessidades diversas de atenção^{4,5}. Reconhecendo a importância dos cuidados familiares, é crucial ampliar o apoio aos cuidadores, cobrindo aspectos instrumentais, emocionais e financeiros. Além disso, essa estratégia deve abordar a regulamentação do cuidado como profissão, com ênfase em treinamentos completos e suportes adequados para atender à crescente demanda por profissionais nesta área^{5,6}.

A Atenção Domiciliar (AD) destaca-se como uma prática essencial realizada no território de atuação, especificamente nas residências dos usuários, consolidando o compromisso da ESF em levar cuidados de saúde de forma personalizada e acessível, principalmente para pessoas idosas^{1,2}. Desempenha a garantia de cuidados abrangentes e de qualidade para todas as pessoas^{7,8}.

No Brasil, a AD teve seu início com as enfermeiras que atendiam pacientes com tuberculose por volta de 1920^{9,10}. Essa prática é benéfica para grupos vulneráveis, principalmente pessoas idosas e com doenças crônicas. Esses pacientes muitas vezes enfrentam dificuldades de mobilidade, limitações financeiras e barreiras culturais que afetam seu acesso aos serviços de saúde¹¹.

A AD, composta por diversas ações e serviços que promovem a saúde, previnem doenças, tratam enfermidades e auxiliam nas reabilitações, que se destacam por estabelecer vínculos humanizados com os pacientes¹². Essa modalidade não apenas facilita o acesso contínuo do usuário aos serviços de saúde, como também contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes bem como a satisfação dos cuidadores. Ademais, reduz as idas ao pronto-socorro, hospitalizações e reinternações¹³.

Os profissionais de enfermagem que realizam a AD são preparados para abordar aspectos da saúde integral, incluindo os domínios médico-psicossocial e de qualidade de vida¹⁴. Essa abordagem fornece uma compreensão mais completa das condições de vida do paciente, fortalecendo o vínculo com o profissional, resultando em melhores tratamentos e satisfações¹⁵.

Embora haja evidências sólidas sobre os benefícios da AD, é importante reconhecer os desafios associados à implementação dessa prática. Dificuldades logísticas, falta de recursos adequados e a necessidade de treinamento específico para os profissionais são alguns dos obstáculos enfrentados^{16,17}. É crucial superar essas barreiras e investir na valorização da AD como uma estratégia eficaz para fortalecer a atenção primária à saúde, principalmente para pessoas idosas.

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros que compõem as equipes de ESF sobre a AD oferecida para pessoas idosas.

9.4 Metodologia

Tratou-se de um estudo qualitativo descritivo. O desenho da amostra neste estudo foi não probabilístico¹⁸.

O estudo foi realizado no município de Itatiba - SP, localizado no interior do Estado de São Paulo/Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município é considerado de médio porte, faz parte da Região Metropolitana de Campinas, sua população estimada é de aproximadamente 121.590 habitantes.

O município apresenta 12 Unidades de Saúde da Família, as quais foram os cenários para a aplicação do estudo.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de Araraquara (CAAE: 69122923.6.0000.5416). O consentimento livre e esclarecido por escrito foi obtido dos participantes deste estudo. Para garantir a integridade ética, os participantes foram identificados nos resultados como "p" seguido de um número cardinal.

Foram convidados todos os enfermeiros (n=26) das unidades de Saúde da Família do município. Eram elegíveis para participar os profissionais vinculados às equipes atuantes nas regiões selecionadas, foram excluídos profissionais que estavam atuando em período temporário enquanto os definitivos estão afastados devido férias ou licenças.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas pessoais e individuais, as quais foram gravadas digitalmente, por meio de celular. Essa coleta foi realizada em cada unidade de saúde, com as entrevistas ocorrendo nas salas de cada enfermeiro. Essa abordagem foi adotada para assegurar um ambiente tranquilo, minimizando interferências locais.

Adicionalmente, é relevante observar que os profissionais entrevistados não tinham prévio conhecimento do entrevistador, visando evitar conflitos de interesse. A escolha deste método de entrevista garante a interação face a face para que os profissionais expressem espontaneamente seus pensamentos e argumentos de forma detalhada e livre de qualquer interferência.

As perguntas foram formuladas de forma aberta e objetiva, conforme recomendado por Lefevre¹⁸. Foram pré-testadas em um estudo piloto e aplicadas por apenas um entrevistador, previamente treinado. A seguir estão as perguntas realizadas:

1) Qual a sua idade? 2) Qual o seu gênero? 3) Quanto tempo você trabalha nesta equipe de ESF? 4) Você possui alguma especialização? 5) Você realiza visitas domiciliares a pessoas idosas? 6) Em caso afirmativo, quando essas visitas são realizadas? 7) Qual o seu ponto de vista em relação a fazer visitas domiciliares para pessoas idosas? 8) Quais os procedimentos que você realiza durante as visitas domiciliares nesses pacientes? 9) Após a realização de visitas, qual sua atitude? 10) Quais as competências profissionais que você julga necessárias para atuar na atenção domiciliar a pessoas idosas? 11) Quais os aspectos positivos da atenção domiciliar voltada para as pessoas idosas? 12) Quais os aspectos negativos da atenção domiciliar a pessoas idosas?

A análise dos dados foi realizada por meio de análise descritiva e análise baseada na técnica quali-quantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁹ e realizada com o auxílio do software *Qualiquantisoft*®, de acesso livre, para facilitar a análise dos dados provenientes das pesquisas qualitativas.

De acordo com Lefevre¹⁸ o DSC tem como fundamento a teoria da Representação Social, seus pressupostos sociológicos e a análise do material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos. Ele baseia-se na crença de que em qualquer grupo social os indivíduos compartilham ideias, opiniões, crenças e expressões sendo que essas opiniões compartilhadas são reunidas em um discurso-síntese. Esse discurso reflete os conteúdos e argumentações semelhantes entre os indivíduos sobre uma determinada problemática, ou seja, parte-se de vários depoimentos individuais e chega-se a um depoimento coletivo. Assim, a matéria prima desta técnica é proveniente das entrevistas realizadas.

O discurso-síntese, ou depoimento coletivo, é redigido na primeira pessoa do singular para criar no receptor a impressão de um pensamento coletivo, expressado diretamente pela "voz" de um único sujeito coletivo¹⁹. Ao utilizar o software, isso implica na ausência de identificação codificada dos entrevistados. Essa apresentação do discurso é possível, pois na teoria da Representação Social o discurso coletivo é a externalização das entidades sociais internalizadas e incorporadas pelos indivíduos, vividas por eles, nas interações correntes como coisas suas¹⁸. Após a coleta dos dados, cada depoimento escrito individual foi analisado para que se obtenha o pensamento da coletividade. Inicialmente foram selecionadas as expressões-chave.

As Expressões-Chave são trechos contínuos ou descontínuos do discurso individual que revelam a essência do conteúdo do depoimento. Elas são fundamentais para a elaboração do DSC e, portanto, devem ser cuidadosamente coletadas, removendo do discurso o que não é essencial para obter apenas a essência do pensamento. A seleção deve ser feita com discernimento, evitando a tendência de selecionar quase tudo ou quase nada do discurso individual. A partir das expressões-chave, foram selecionadas as ideias centrais^{18,19}.

A Ideia Central é um nome ou expressão que resume de maneira precisa o que o indivíduo quis dizer sobre o assunto. Após a seleção, ideias centrais semelhantes ou complementares foram agrupadas em uma única ideia central, correspondendo a uma categoria de resposta à pergunta feita na entrevista. Com a obtenção da ideia central, que representa uma categoria de pensamento, as expressões-chave relacionadas foram reunidas em um discurso síntese. Este discurso síntese, elaborado na primeira pessoa do singular, representará o DSC, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um só. O DSC deve ser construído para cada uma das categorias (ideias centrais) identificadas pelo pesquisador^{18,19}.

Além da análise qualitativa de dados, uma análise quantitativa foi realizada usando estatísticas descritivas, a fim de obter uma distribuição de frequência relativa dos resultados organizados pelas categorias de cada pergunta.

9.5 Resultados

Um total de 14 enfermeiros participou do estudo, contribuindo com suas experiências e percepções acerca da prática da atenção domiciliar e do cuidado voltado às necessidades da população idosa.

As características sociodemográficas dos enfermeiros estão apresentadas a seguir na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra composta por enfermeiros (n=14), de acordo com gênero, idade, especialização, tempo de atuação e periodicidade do atendimento, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Dados sociodemográficos	n	%
Variáveis		
Gênero		
Feminino	12	85,70
Masculino	2	14,30
Total	14	100,00
Faixa etária		
20 - 30	2	14,30
31 - 40	5	35,80
41 - 50	4	28,50
51- 60	3	21,40
Total	14	100,00
Tempo de atuação na unidade saúde da família		
6 - 12 meses	3	21,40
25 - 36 meses	6	42,90
37 - 48 meses	3	21,40
49 - 60 meses	2	14,30
Total	14	100,00
Especialização		
Obstetrícia	1	7,20
Saúde Pública	5	35,80
Saúde da Família e Comunidade	8	57,00
Total	14	100,00
Periodicidade da atenção domiciliar		
Semanalmente	11	78,60
Quinzenalmente	3	21,40
Total	14	100,00

Fonte: Autores, 2024.

A maioria dos participantes eram do gênero feminino (85,70%), 31 - 40 anos de idade 35,80%, possuíam 25 a 36 meses no emprego atual (42,90%), especialistas em Saúde da Família e Comunidade (57,00%), todos os enfermeiros realizavam atendimento domiciliar (100,00%) e normalmente o atendimento ocorria semanalmente (78,60%).

Ponto de vista em relação a assistência domiciliar para pessoas idosas***Importante (42,80%)***

A maioria dos profissionais (42,80%) relataram a importância do atendimento domiciliar:

"De suma importância na estratégia de saúde da família, a assistência domiciliar se faz necessária quando o paciente não consegue se deslocar" (p.03). "Muito importante para os pacientes e para a família, para os pacientes restritos" (p.11).

Entendimento da realidade do paciente (35,80%)

O entendimento da realidade do paciente (35,80%), também foi relatado:

"Acho uma estratégia necessária, onde conseguimos entender o local onde o paciente está inserido e quais suas dificuldades e fraquezas" (p.08). "Com esse tipo de atendimento conseguimos entender como é a vida daquele paciente, entendemos todo o seu contexto de vida e suas dificuldades" (p.13).

Oferta do cuidado (21,40%)

Além desses aspectos, a oferta do cuidado (21,40%) também foi expressada:

"Ofertar o cuidado e qualidade de vida a pacientes com alguma restrição de maneira igualitária aos demais pacientes" (p.07), "...esse atendimento consegue levar a continuidade do tratamento, tendo uma acessibilidade a população com vulnerabilidades (mobilidade reduzida, social, necessidades de saúde)" (p.12).

Procedimento durante a atenção domiciliar (100,00%)

Os enfermeiros (100,00%) relataram realizar vários tipos de procedimentos durante o atendimento, dentre eles aferição de pressão arterial, avaliação geral do paciente, laserterapia, troca de sonda, curativo, aconselhamento aos pacientes/famíliares:

"Normalmente realizo curativo, laserterapia, troca de sonda, controle pressórico e glicêmico, orientações em geral" (p.03).

Pós-atendimento domiciliar***Reunião com a equipe (35,80%)***

Os participantes após atendimento domiciliar solicitam discussão sobre o atendimento com alguns profissionais da equipe para definição da atuação em alguns casos:

"Depois do atendimento costumo realizar uma reunião com a equipe de saúde para definir o papel de cada profissional, assim saberemos o que fazer e como atendê-lo melhor", "A discussão em equipe é fundamental após a visita, muito importante para informar o que está acontecendo com o paciente e cobrar a equipe para resolver os problemas."

Anotações no prontuário (28,50%)

Após o atendimento domiciliar há diferentes atitudes, alguns profissionais (28,50%) realizavam anotações no prontuário do paciente atendido:

"Realizo a evolução no prontuário, para que nenhuma informação possa ser perdida" (p.05).

"Anoto todos os procedimentos e instruções que realizei no prontuário do paciente" (p.07).

Programação para próximo atendimento (21,40%)

Além dessas atitudes, alguns enfermeiros relataram que realizavam a programação para o próximo atendimento (21,40%), para que assim conseguisse atender todos os pacientes de forma organizada:

"Realizo a programação da próxima visita, solicito transporte e comunico a família para que não haja nenhum imprevisto" (p.01). "Sempre depois do atendimento eu já converso com a família para programar a próxima visita domiciliar, assim eu consigo acompanhar de perto o caso do paciente" (p.10).

Acompanhamento do desfecho (14,30%)

Enquanto alguns enfermeiros relataram acompanhar o desfecho do atendimento (14,30%):

"Costumo acompanhar o desfecho do caso, alguns pacientes necessitam de atendimento especializado de outros profissionais, então é importante saber se o paciente foi atendido e como ele está" (p.02).

Competências profissionais necessárias para atuar na atenção domiciliar às pessoas idosas ***Atendimento humanizado (57,00%)***

A maioria dos participantes (57,00%) relataram que o atendimento humanizado é uma competência para atuar na AD:

"Acredito que o atendimento humanizado, saber a realidade social daquele paciente é a principal competência" (p.012), "Ter empatia, paciência com o paciente e com a família,

muitas das vezes são pessoas simples que necessitam de maior atenção, pois possuem dificuldade em entender" (p.06).

Conhecimento técnico (35,80%) e atuação de equipe multiprofissional (7,20%)

O conhecimento técnico (35,80%) e a atuação de uma equipe multiprofissional (7,20%), também foram relatados como competências para atuar no atendimento:

"O conhecimento técnico para atender esses pacientes é muito importante, porque cada paciente é de um jeito, então é necessário conhecermos muito bem cada técnica", "... o conhecimento profissional, pois na casa do paciente já é muito difícil de realizar alguns procedimentos, então temos que conhecer muito bem para nos adaptar" (p.04), "Acho importante de vários profissionais atuando nesse atendimento, pois nunca sabemos de tudo, poderiam até incluir alguns profissionais como fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo" (p.09).

Potencialidades da atenção domiciliar para as pessoas idosas

Continuação do tratamento (64,20%)

A continuação do tratamento foi o aspecto positivo mais relatado pelos enfermeiros (64,20%):

"Prestar assistência ao paciente restrito, que não consegue ir até a unidade básica de saúde, assim conseguimos ter continuidade do tratamento" (p.03). "O atendimento domiciliar permite ter uma continuidade do tratamento do paciente" (p.07).

Formação de vínculo (35,80%)

A formação de vínculo (35,80%) foi outro ponto positivo com relação a AD:

"Formação de vínculo, identificar e atender demandas de saúde com maior brevidade" (p.14) "A residência é o local onde conseguimos enxergar a realidade do paciente e construímos um vínculo com o paciente" (p.04).

Desafios da AD para pessoas idosas

Falta de recursos/infraestrutura (57,10%)

A falta de recursos/infraestrutura (57,10%) foi a desvantagem mais citada:

"Falta de estrutura, falta de funcionários e dificuldade de auxílio após essas visitas" (p.01) "O recurso é a maior desvantagem da visita domiciliar, algumas vezes falta transporte e equipamentos adequados para realizar o atendimento" (p.09).

Falta de tempo (21,40%)

Falta de tempo (21,40%) também foi relatado como aspecto negativo dentro do atendimento domiciliar:

"A grande demanda na unidade de saúde atrapalha um pouco na visita domiciliar, falta tempo para realizar todas as atividades do dia a dia" (p.04)

Resistência familiar (14,30%)

Além disso, algumas famílias são resistentes durante a AD (14,30%):

"Um ponto negativo são algumas famílias que não colaboram para o atendimento, não seguem as instruções e parece que não se importam" (p.10).

Nenhum desafio (7,20%)

Em contrapartida, foi informado que a AD não possui aspectos negativos (7,20%):

"Acho que não possui desvantagem, um atendimento essencial para alguns pacientes" (p.13).

9.6 Discussão

Os participantes do estudo enfrentam diversas condições no exercício de suas atividades, justificando a escolha de método qualitativo que emprega o pensamento coletivo para explorar a área da saúde, destacando as diferenças e semelhanças entre as perspectivas dos sujeitos participantes¹⁸. Particularmente indicado para aprofundar a compreensão dos comportamentos de grupos específicos.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na AD, pois são capacitados para abordar os aspectos da saúde de maneira holística, considerando os domínios médicos, psicossociais e de qualidade de vida^{16,20}. Essa abordagem mais completa fortalece o vínculo entre o profissional e o paciente, resultando em tratamentos mais eficazes e maior satisfação do paciente^{15,21,22}.

Alguns autores também observaram uma predominância do gênero feminino entre os enfermeiros que compõem a ESF²³. O tempo de atuação dos profissionais observados no estudo

varia predominantemente entre 25 e 36 meses. Esse dado pode indicar que esses enfermeiros são capazes de tomar decisões assertivas com maior autonomia e de estabelecer uma relação longa e estreita com a comunidade, resultando no desenvolvimento de um cuidado integral^{23,24}.

Além disso, é imprescindível associar a educação permanente como uma competência essencial do enfermeiro na ESF. Foi observado que a maioria dos enfermeiros são especialistas em Saúde da Família e Comunidade, o que lhes permite implementar mudanças nas práticas de saúde, orientadas para a melhoria da qualidade do serviço, aprimoramento pessoal e atualização constante diante das exigências do trabalho²⁴.

É interessante observar que a maioria dos profissionais entrevistados reconhece a importância da AD para pessoas idosas. Isso está alinhado com a literatura, que destaca a relevância do atendimento domiciliar para atender às necessidades de pacientes que não podem se deslocar facilmente para unidades de saúde²⁵⁻²⁷. Além disso, permite uma compreensão mais profunda da realidade do paciente e de suas dificuldades, o que pode levar a uma oferta de cuidado mais individualizada e de qualidade²⁰.

Os procedimentos realizados durante o atendimento demonstram a diversidade de serviços oferecidos pela equipe de enfermagem, desde aferições de pressão arterial até cuidados especializados como laserterapia e troca de sonda. Essa amplitude de atendimento destaca a capacidade dos enfermeiros de abordar as necessidades variadas dos pacientes em seu ambiente domiciliar^{14,28,29}.

As atitudes após o atendimento, como anotações detalhadas no prontuário do paciente, acompanhamento do desfecho do caso, discussão com a equipe e programação para o próximo atendimento, refletem a importância dada à continuidade e coordenação do cuidado. Essas práticas são essenciais para garantir que os pacientes recebam a assistência adequada ao longo do tempo, mesmo após a visita domiciliar inicial.

O acompanhamento do desfecho do caso é uma prática que se estende além da visita domiciliar inicial³⁰. Isso envolve a avaliação de como o paciente está respondendo ao tratamento ou às orientações fornecidas durante a visita anterior. É particularmente importante quando se trata de condições crônicas ou situações complexas, onde a evolução do paciente pode ser gradual e requer acompanhamento contínuo. O acompanhamento do desfecho do caso permite ajustar o plano de cuidados conforme necessário, garantindo uma abordagem adaptativa e centrada no paciente²⁰.

A discussão com a equipe é um componente fundamental da coordenação do cuidado na AD³¹. Após a visita domiciliar, os profissionais de saúde envolvidos devem se reunir para

compartilhar informações, avaliar o progresso do paciente e definir os próximos passos. Essa comunicação eficaz entre os membros da equipe multidisciplinar é essencial para garantir que todas as dimensões da saúde do paciente sejam abordadas de maneira integrada³². A discussão com a equipe também ajuda a evitar lacunas no cuidado e a garantir que todas as necessidades do paciente sejam atendidas de forma abrangente¹⁴.

A programação para o próximo atendimento é uma medida preventiva que contribui para a organização eficiente da assistência domiciliar. Isso envolve a definição de datas e horários para futuras visitas, bem como o planejamento de recursos necessários, como transporte e equipamentos. A programação ajuda a evitar atrasos ou interrupções no cuidado e garante que o paciente continue recebendo assistência de forma regular e consistente^{21,22}.

A maioria dos participantes destacou o atendimento humanizado como uma competência fundamental para atuar na AD. Isso ressalta a importância de compreender não apenas as necessidades clínicas dos pacientes, mas também suas realidades sociais e emocionais. A empatia e a paciência são características cruciais para lidar com pacientes que podem estar passando por desafios complexos em suas vidas.

O conhecimento técnico também foi mencionado como uma competência essencial. O ambiente domiciliar pode apresentar desafios únicos, e os enfermeiros precisam estar preparados para adaptar seus conhecimentos e habilidades a diferentes situações. Além disso, a sugestão de envolvimento de uma equipe multiprofissional destaca a importância da colaboração interdisciplinar para abordar as complexidades das necessidades dos pacientes.

Em relação aos aspectos positivos, a continuidade do tratamento e a formação de vínculo com o paciente foram ressaltados como benefícios significativos, resultados que corroboram com a literatura^{15,33-35}.

Os resultados deste estudo refletem a complexidade da AD na perspectiva da equipe de enfermagem. Enquanto os benefícios são claros, os desafios práticos não devem ser subestimados. É fundamental reconhecer a importância do atendimento domiciliar como uma extensão vital da atenção primária à saúde e investir em recursos, treinamento e estrutura para garantir a sua eficácia contínua. Portanto, ações que promovam sua implementação efetiva e sustentável são essenciais para o avanço da saúde pública.

A limitação deste estudo está relacionada ao desenho amostral não probabilístico, onde foram incluídos apenas profissionais de Itatiba. É possível que indivíduos de localidades diferentes percebam outras dificuldades com relação nas práticas de atendimento domiciliar.

Porém, considerando a escassez de trabalhos sobre o tema, este estudo traz uma importante contribuição para a área.

9.7 Conclusão

A percepção dos enfermeiros sobre a Atenção Domiciliar oferecida para pessoas idosas reflete o reconhecimento claro de sua relevância na Estratégia Saúde da Família, permitindo uma compreensão mais profunda da realidade do paciente e proporcionando continuidade no tratamento.

A competência profissional, incluindo o atendimento humanizado e o conhecimento técnico, foram os mais citados.

Entretanto, o estudo também destaca os desafios, sendo fundamental que políticas e práticas sejam desenvolvidas para promover a implementação efetiva e sustentável da Atenção Domiciliar, visando melhorar o acesso aos cuidados, a qualidade dos serviços e os resultados de saúde das pessoas idosas.

9.8 Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [internet]; 2020 [acesso 15 nov 2023]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf>
2. Pereira IC, Oliveira MADCO. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2013;66:412-419. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300017>
3. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. Rev Eletr Enferm. 2014;16(1):161-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>
4. Genaro LE, Marconato JV, Tagliaferro EPDS, et al. Home Care for the elderly: an integrated approach to perception, quality of life, and cognition. Int J Environ Res Public Health. 2014;21(5):539. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph21050539>

5. Duarte YAD, Berzins MAVDS, Giacomini KC. Política Nacional do Idoso: As Lacunas da Lei e a Questão dos Cuidadores. Política Nacional do Idoso: Velhas e novas questões. Rio de Janeiro, Brazil: IPEA; 2016.
6. Gugel MA. O direito ao trabalho, a preparação e a conquista da aposentadoria. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro, Brazil: IPEA; 2016.
7. White F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Med Princ Pract*. 2015;24(2):103-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000370197>
8. Behera BK, Prasad R, Shyambha VEE. Primary health-care goal and principles. In: *Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development*. 2022:39. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-90446-9.00008-3>
9. Oliveira SG, Kruse MHL, Sartor SF, et al. Enunciados sobre la atención domiciliar en el panorama mundial: revisión narrativa. *Enfermería Global*. 2013;14(3):360-389. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.3.202571>
10. Silva JL, Teston EF, Marcon SS, et al. Perception of health professionals about shared care between primary care and home care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200410>
11. Jones C, Brown S, Henderson E, et al. The impact of home visits on health outcomes: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2018;68(675):844-851. Disponível em: <https://doi.org/10.31128/AJGP-07-20-5512>
12. Rosenberg T. Acute hospital use, nursing home placement, and mortality in a frail community-dwelling cohort managed with Primary Integrated Interdisciplinary Elder Care at Home. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(7):1340-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03965.x>
13. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians. Part 2: where we are going. *Can Fam Physician*. 2013;59:243-5.
14. Wolff-Baker D, Ordoná RB. The expanding role of nurse practitioners in home-based primary care: opportunities and challenges. *J Gerontol Nurs*. 2019;45(1):9-14. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00989134-20190422-01>

15. Lopes FRP, Vasconcelos MVL, Pedrosa CMS, et al. Contribuição da pesquisa-ação educacional (pesquisa-ensino) para a inserção do atendimento domiciliar na matriz curricular em odontologia. *New Trends in Qualitative Research*. 2020;3:56-67. Disponível em: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.56-67>
16. Pamungkas RA, Chamroonsawasdi K. Home-based interventions to treat and prevent childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Behav Sci*. 2019;9(4):38. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/bs9040038>
17. Volpintesta EJ. Ensuring the future of primary care. *Acad Med*. 2011;86(12):1484-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182358b2c>
18. Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo. Brasília: Liber Livro Editora; 2012.
19. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2000.
20. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Debate*. 2019;43:592-604. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>
21. Drumont E, Alves MS, Licor DP, et al. Visitas domiciliares aos serviços residenciais terapêuticos: cotidiano dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. *Res Soc Dev*. 2023;12(9):e3412943132. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i9.43132>
22. Voltolini BC, Andrade SRD, Piccoli T, et al. Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>
23. Santos EEP, Perin CB, Calza D, et al. Reflexões sobre visita domiciliar: estratégia para o cuidado qualificado e integral de indivíduos e famílias. *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste*. 2017;2:e14084. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/14084>
24. Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, et al. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. *Anna Nery School J Nurs*. 2020;24(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>

25. Silva KMR, Sampaio D. Atuação fonoaudiológica em home care. *Res Soc Dev.* 2021;10(1):e21010111600. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11600>
26. Oliveira CMV, Maciel MEB, Lima CG, et al. Entraves na assistência domiciliar ao idoso: análise da produção científica. *Braz J Health Rev.* 2021;4(1):411-429. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-033>
27. Ribeiro SP, Cavalcanti MDLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25:1799-1808. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
28. Keller JA, Cruz TC, Gomes CT. Atendimento humanizado do enfermeiro diante dos serviços de urgência e emergência. *Rev Multidiscip Nordeste Mineiro.* 2022;1(1). Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/880/856>
29. Costa CCP, Souza NVDO, Peres EM, et al. Os sentidos de ser enfermeiro estomaterapeuta: complexidades que envolvem a especialidade. *Estima–Brazil J Enterostomal Ther.* 2020;18. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v18.825_PT
30. Chagas FM, Sales LGS, Nascimento EG, et al. A importância da visita domiciliar no período puerperal pelos profissionais de enfermagem da Unidade Básica de Saúde. *Res Soc Dev.* 2022;11(17):e199111735391. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i17.35391>
31. Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Ações do enfermeiro para continuidade do cuidado na atenção primária em saúde: estudo de validação. *Texto Contexto Enferm.* 2023;32:e20230058. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0058pt>
32. Barbosa TMS, Silva FS, Silva GJ, et al. Abordagem multidisciplinar na atenção primária à saúde: potencializando a colaboração para cuidados de qualidade. *Rev Contemporânea.* 2023;3(9):14675-14687. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV3N9-066>
33. Sato DM, Marcon SS, Arruda BCCG, et al. Preparo de cuidadores para desospitalização de pacientes dependentes de tecnologia: perspectiva de profissionais da Atenção Domiciliar. *Rev Rene.* 2022;23:11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20222378658>
34. Souza MCA, Alves Junior VD, Vilagra LW, et al. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: percepção de médicos. *Braz J Health Rev.* 2020;10(1):2-8. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RFEU/article/view/2555>

35. Langaro F, Weinrich AP, Madureira E. A experiência de cuidar de pacientes em cuidados paliativos durante a formação médica. Monumenta Rev Estud Interdiscipl. 2020;1(2):136-163.

Disponível em: <<https://monumenta.emnuvens.com.br/monumenta/article/view/32/22>>

10 CAPÍTULO 6 - PERCEPÇÕES MÉDICAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA ⁷

10.1 Resumo

A atenção domiciliar, que engloba atividades de saúde realizadas no ambiente pessoal, surge como um campo de estudo essencial para aprimorar os serviços de saúde e fornecer dados relevantes tanto para gestores quanto para profissionais da área. Este estudo teve como objetivo explorar a percepção de médicos (n=17) sobre o tema. A pesquisa foi realizada em uma cidade de médio porte no interior paulista, por meio de entrevistas semiestruturadas, e uma análise descritiva dos dados foi realizada, integrando a abordagem do Discurso do Sujeito Coletivo. A maioria dos participantes era, do gênero feminino (52,90%). A faixa etária predominante foi de 20 a 30 anos (35,30%), em relação ao tempo de atuação na unidade de saúde da família, 52,90% estavam no serviço há entre 6 e 12 meses. Quanto à formação, a maioria dos médicos possuía especialização em Medicina de Família e Comunidade (70,60%), Todos os participantes realizavam visitas domiciliares (100,00%), sendo a periodicidade semanal a mais comum (70,60%). As percepções dos médicos destacaram a importância da AD para pessoas idosas, os médicos relataram que durante as visitas realizavam prescrições, solicitavam exames, avaliavam o histórico e realizavam exame físico dos pacientes. Após as consultas, 47,10% dos profissionais registravam as informações nos prontuários e agendavam a próxima visita, garantindo a continuidade do cuidado. A comunicação entre os membros da equipe também foi enfatizada como fundamental para a definição dos planos de cuidado, com relatos de discussão dos casos, divisão de tarefas e compartilhamento de informações com os demais profissionais. Quanto às competências consideradas essenciais para o trabalho na AD, os médicos mencionaram não apenas habilidades técnicas, mas também competências emocionais e sociais. Em relação aos benefícios da AD, 52,90% dos participantes enfatizaram a continuidade do cuidado e a facilidade de acesso para o paciente e seus familiares. Já 47,10% ressaltaram o vínculo estabelecido com a pessoa e a familiaridade com seu ambiente como fatores que contribuem para um tratamento mais adequado e individualizado. Dessa forma, conclui-se que os médicos enfatizaram a importância da atenção domiciliar na prestação de serviços de saúde,

⁷ Normatizado segundo a revista Medicina - <https://www.revistas.usp.br/revistadc/about/submissions> (ANEXO G)

destacando seus inegáveis benefícios. No entanto, também foram destacados desafios significativos associados a essa prática, enfatizando a necessidade de abordagens mais abrangentes e de recursos adequados para otimizar a efetividade do cuidado domiciliar na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Médicos; Serviços de assistência domiciliar; Atenção Primária à Saúde.

10.2 Abstract

Home care, which encompasses healthcare activities carried out in the personal environment, emerges as an essential field of study for improving health services and providing relevant data for both managers and healthcare professionals. This study aimed to explore the perception of physicians (n=17) on the topic. The research was conducted in a medium-sized city in the countryside of São Paulo State through semi-structured interviews, and a descriptive analysis of the data was performed using the Collective Subject Discourse (CSD) approach. Most participants were female (52.90%). The predominant age group was 20 to 30 years (35.30%). Regarding time working in the Family Health Unit, 52.90% had been in the service for between 6 and 12 months. As for professional training, the majority of physicians held a specialization in Family and Community Medicine (70.60%). All participants performed home visits (100.00%), with weekly visits being the most common frequency (70.60%). The physicians' perceptions highlighted the importance of home care for older adults. They reported that during home visits, they prescribe medications, request tests, review patient histories, and perform physical examinations. After consultations, 47.10% of professionals recorded the information in the medical records and scheduled the next visit, ensuring continuity of care. Communication among team members was also emphasized as fundamental for care planning, with reports of case discussions, task sharing, and information exchange among professionals. Regarding essential competencies for working in home care, physicians mentioned not only technical skills but also emotional and social competencies. In terms of the benefits of home care, 52.90% of participants emphasized continuity of care and easier access for patients and their families. Additionally, 47.10% highlighted the bond established with the patient and familiarity with their environment as factors that contribute to more appropriate and individualized treatment. Thus, it is concluded that physicians emphasized the importance of home care in the provision of health services, underlining its undeniable benefits. However, they also pointed out

significant challenges associated with this practice, stressing the need for more comprehensive approaches and adequate resources to optimize the effectiveness of home care within the Family Health Strategy.

Keywords: Doctors; Home care services; Primary Health Care.

10.3 Introdução

A atenção domiciliar (AD) refere-se aos serviços de saúde prestados no domicílio da pessoa^{1,2}. Historicamente, esse tipo de atendimento predominou na medicina ocidental até o início do século XX. No entanto, com o desenvolvimento de sistemas hospitalocêntricos na maioria dos países, houve uma drástica redução das visitas domiciliares. Atualmente, devido à transição demográfica e à crescente demanda por serviços de saúde no domicílio, observa-se uma retomada significativa dessa assistência, reforçando sua relevância na prestação de cuidados^{3,4}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, na Atenção Primária à Saúde (APS), os médicos ofereçam serviços de saúde centrados na pessoa, de forma abrangente e colaborativa, garantindo a continuidade do cuidado ao longo da vida. Esse conceito amplia a visão tradicional do "médico de família" e enfatiza a necessidade de uma abordagem integrada².

O atendimento domiciliar na APS permite transferir parte dos cuidados realizados em clínicas ambulatoriais para o ambiente domiciliar^{5,6}. Com o envelhecimento populacional, há um aumento na prevalência de condições crônicas sistêmicas, muitas das quais geram limitações funcionais que dificultam o acesso aos serviços de saúde, principalmente quando a pessoa não possui suporte social adequado, enfrenta restrições financeiras, carece de apoio de familiares para auxiliá-la nas consultas médicas ou não dispõe de recursos para adaptar sua residência às suas necessidades^{7,9}.

Garantir o acesso aos serviços de saúde é um dos princípios fundamentais da APS e do Sistema Único de Saúde (SUS)^{10,11}. Segundo Starfield¹⁰, a unidade de saúde deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, sendo o primeiro local de referência para as pessoas receberem atendimento.

Nesse contexto, a atenção domiciliar apresenta-se como uma assistência à saúde que possibilita um cuidado contínuo e integrado, realizado por uma equipe multidisciplinar que atende a pessoa em sua residência. Esse acompanhamento prolongado não apenas melhora a

qualidade de vida do usuário^{12,13}, mas também aumenta a satisfação dos cuidadores^{14,15} e contribui para a redução de visitas desnecessárias ao pronto-socorro, internações hospitalares e admissões em instituições de longa permanência^{12,13,18-20}.

Além de garantir a assistência, o cuidado domiciliar transforma a experiência do serviço de saúde e permite uma construção mais sólida de vínculos entre profissionais, pessoas que necessitam desse serviço de saúde e cuidadores, promovendo uma relação mais humanizada. O atendimento nesse ambiente possibilita a identificação de aspectos que poderiam passar despercebidos em um ambiente clínico convencional, como o armazenamento inadequado de medicamentos, riscos de queda no trajeto até o banheiro, a ausência de alimentos em casa que pode explicar uma perda de peso não intencional ou o impacto emocional sobre um familiar que precisou deixar o trabalho para assumir integralmente o papel de cuidador⁸.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo compreender as percepções dos profissionais médicos sobre a atenção domiciliar oferecida no contexto da Estratégia Saúde da Família.

10.4 Metodologia

Desenho do Estudo

Realizou-se de um estudo descritivo, de natureza qualiquantitativa.

O desenho da amostra neste estudo foi não probabilístico.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de Araraquara (CAAE: 69122923.6.0000.5416). O consentimento livre e esclarecido por escrito foi obtido dos participantes deste estudo. Para garantir a integridade ética, os participantes foram identificados nos resultados como "p" seguido de um número cardinal.

Seleção da Amostra

Foram convidados a participar do estudo 26 médicos vinculados às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município.

Os critérios de inclusão foram aqueles com atuação ativa no serviço e com, no mínimo, seis meses de experiência na ESF, a fim de garantir maior familiaridade com a dinâmica do atendimento.

Após os convites, 17 médicos aceitaram participar da pesquisa.

Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Itatiba - SP, localizado no interior do Estado de São Paulo/Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município é considerado de médio porte, faz parte da Região Metropolitana de Campinas, sua população estimada é de aproximadamente 121.590 habitantes.

O município apresenta 12 Unidades de Saúde da Família, as quais foram os cenários para a aplicação do estudo.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, presenciais, gravadas em um gravador digital. Esse método foi escolhido por garantir interação direta, permitindo que os profissionais expressassem seus pensamentos e argumentos de forma espontânea e sem interferências.

As entrevistas seguiram um roteiro com questões relacionadas ao AD. Para garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes, os questionários foram identificados numericamente.

A coleta de dados ocorreu entre julho e outubro de 2023.

Após as entrevistas, as gravações foram transferidas do gravador para o computador para transcrição e análise subsequente.

Análise dos Dados

A análise dos dados foi conduzida por meio da análise descritiva e da abordagem qualiquantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)^{20,21}, utilizando o software Qualiquantisoft® para a interpretação dos dados qualitativos.

Segundo Lefevre et al.²¹, o DSC fundamenta-se na teoria das Representações Sociais, adotando pressupostos sociológicos e a análise do material verbal coletado. Essa técnica permite extrair, de cada depoimento individual, uma síntese representativa do pensamento coletivo. Parte-se do princípio de que, em qualquer grupo social, os indivíduos compartilham

ideias, opiniões e crenças, possibilitando a construção de um discurso coletivo que reflete argumentos e conteúdos semelhantes entre os participantes sobre determinado tema. Assim, múltiplos depoimentos individuais são integrados em um único testemunho coletivo, sendo a matéria-prima dessa técnica o conteúdo das entrevistas realizadas.

O discurso síntese, ou testemunho coletivo, é redigido na primeira pessoa do singular para criar o efeito de um pensamento coletivo expresso diretamente pela "voz" de um único sujeito coletivo²⁰. Esse formato é viabilizado pela teoria das Representações Sociais, na qual o discurso coletivo é entendido como a exteriorização de entidades sociais internalizadas pelos indivíduos e vivenciadas como próprias no cotidiano²¹.

Após a coleta de dados, cada depoimento individual foi analisado para a construção do pensamento coletivo. Inicialmente, foram selecionadas as expressões-chave, que são trechos contínuos ou descontínuos dos discursos individuais que evidenciam a essência do conteúdo do depoimento. Essas expressões são fundamentais para a elaboração do DSC, devendo ser extraídas cuidadosamente para remover elementos não essenciais e preservar apenas o núcleo do pensamento. O processo de seleção requer criteriosa análise, evitando tanto a inclusão excessiva de trechos quanto a omissão de informações relevantes.

A partir das expressões-chave, foi identificada a ideia central, um termo ou expressão que sintetiza, de maneira precisa, o significado do que o entrevistado quis transmitir sobre determinado tema. Em seguida, ideias centrais semelhantes ou complementares foram agrupadas em uma única categoria de resposta para cada questão da entrevista.

Com a consolidação da ideia central, as expressões-chave associadas foram organizadas em um discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular, representando o DSC. Dessa maneira, o pensamento do grupo é apresentado como se fosse um único depoimento. O DSC foi elaborado para cada uma das categorias (ideias centrais) identificadas na pesquisa.

Além da análise qualitativa, foi realizada uma análise quantitativa por meio de estatística descritiva, permitindo a obtenção da distribuição de frequência relativa dos resultados, organizados conforme as categorias de cada questão.

10.5 Resultados e Discussão

A seguir estão apresentadas na Tabela 1 as informações sociodemográficas dos participantes do estudo.

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra composta médicos (n=17), de acordo com gênero, idade, especialização, tempo de atuação e periodicidade do atendimento, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Dados sociodemográficos		
Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	9	52,90
Masculino	8	47,10
Total	17	100,00
Faixa etária		
20 - 30	6	35,30
31 - 40	5	29,40
41 - 50	5	29,40
51 - 60	1	5,90
Total	17	100,00
Tempo de atuação na unidade saúde da família		
6 - 12 meses	9	52,90
25 - 36 meses	1	5,90
37 - 48 meses	1	5,90
49 - 60 meses	6	35,30
Total	17	100,00
Especialização ou residência médica		
Endocrinologia	1	5,90
Clínico geral	3	17,60
Medicina da Saúde e Comunidade	12	70,60
Medicina interna	1	5,90
Total	17	100,00
Periodicidade da atenção domiciliar		
Semanalmente	12	70,60
Quinzenalmente	2	11,80
Quando solicitado pela equipe	3	17,60
Total	17	100,00

Fonte: Autores, 2024.

Os participantes tinham idades entre 20 e 30 anos (35,30%) e, em sua maioria, possuíam menos de 12 meses no emprego atual (52,90%). A especialização predominante era em Medicina de Família e Comunidade (70,60%). Todos os médicos realizavam visitas domiciliares (100,00%), geralmente de forma semanal (70,60%).

Pode-se observar uma longitudinalidade com relação aos participantes, ou seja, a existência de uma fonte regular de atenção, sendo utilizada ao longo do tempo, independentemente da presença de problemas de saúde específicos. A presença do atributo de longitudinalidade tende a gerar diagnósticos e tratamentos mais precisos, o que reduz os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade^{10,22}.

A AD é um recurso fundamental para oferecer cuidados acessíveis a indivíduos que enfrentam dificuldades no acesso às unidades de saúde convencionais^{9,14}. Diferente do modelo centrado exclusivamente no médico, essa abordagem considera não apenas as condições de vida das pessoas, mas também suas necessidades, potencialidades e limitações, por meio de uma assistência multiprofissional²³.

Todos os médicos (100,00%) ressaltaram a importância desse tipo de atendimento, especialmente para pessoas com restrições de mobilidade, assegurando a continuidade do cuidado médico.

“São importantes para atender pacientes com dificuldade de locomoção” (p.03). “Para aqueles que não conseguem se locomover, com dificuldades motoras ou muito idosos,” (p.08). “Uma necessidade, pois muitos pacientes têm dificuldade de ir até a unidade devido às dificuldades motoras,” (p.12). “Garantem um melhor tratamento tanto para o paciente quanto para a família em que está inserido, proporcionando uma compreensão individual e mais aprofundada das necessidades do paciente,” (p.15). “Atendimento individual e necessária para as demandas epidemiológicas do cenário em que o paciente se encontra” (p.05).

O cuidado no ambiente familiar redefine o foco do tratamento, afastando-o de uma abordagem centrada na doença e direcionando-o para a promoção da saúde e a prevenção de complicações clínicas. Entre os atributos da APS descritos, destaca-se a orientação familiar, que ressalta a relevância do contexto familiar no atendimento ao paciente. Esse princípio reconhece o papel fundamental da família na manutenção da saúde e do bem-estar dos indivíduos^{22,24}. Os atendimentos domiciliares tornaram-se fundamentais ao oferecer suporte às pessoas, possibilitando que o tratamento se inicie a partir da avaliação da dinâmica familiar. Esse processo facilita o estabelecimento de rotinas de cuidado, recuperação e reabilitação, contando com o apoio das equipes de AD^{23,25}. Essa abordagem integral, que considera tanto o indivíduo quanto a família, está vinculada a um valor a ser preservado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, refletindo-se na maneira como esses profissionais atendem às necessidades daqueles que os procuram²².

Nesse contexto, os profissionais que atuam na AD também devem dedicar atenção ao cuidador, reconhecendo suas vulnerabilidades e atendendo às suas necessidades físicas, sociais e emocionais, tornando-o, assim, um usuário dos serviços de saúde²⁶. Os diversos procedimentos realizados durante a AD demonstram que essa prática vai além do cuidado básico, abrangendo também a prestação de serviços médicos e terapêuticos no domicílio dos pacientes¹⁷.

A seguir, são apresentados relatos das consultas realizadas pelos profissionais durante as visitas domiciliares. Todos os participantes relataram a realização de diversos procedimentos durante essas consultas:

“Faço prescrições, solicito exames, histórico do paciente, exame físico,” (p.13). *“Realizo consultas, avaliando as necessidades do paciente, exame físico e possíveis queixas que possam surgir e ser demandadas pelos pacientes,”* (p.01). *“Renovação de receitas, exames físicos, encaminhamentos para outras especialidades”* (p.03).

A documentação das informações e dados gerados pela atenção domiciliar é essencial tanto para a organização da prestação desse serviço de saúde quanto para a avaliação e formulação de políticas públicas. Além disso, esses registros possibilitam pesquisas que promovem avanços na gestão, no cuidado e na formação de profissionais qualificados para atuar na AD^{27,28}.

No presente estudo, foram observadas diferentes práticas após as visitas domiciliares.

Aproximadamente 47,1% dos profissionais realizam anotações nos prontuários e programam a próxima visita. Esse registro inclui detalhes sobre as ações realizadas durante a consulta, como a renovação de receitas e encaminhamentos para especialistas, garantindo a continuidade e qualidade do atendimento.

“Registro no prontuário e agendo o retorno da consulta,” (p.09). *“Anotação no prontuário do paciente, relatando o que foi feito na consulta domiciliar,”* *“Notas nos prontuários médicos, renovação de receitas, encaminhamento para especialistas quando necessário”* (p.02).

A gestão do cuidado observada no estudo é um dos pilares essenciais da APS, a equipe da ESF, que tem a função de atuar como centros de comunicação, permite a conexão entre diferentes pontos de atenção, por meio de sistemas logísticos e de governança, através de comissões intergestoras. Essa integração das unidades de saúde da família à rede assistencial é crucial para assegurar uma oferta abrangente de serviços e coordenar as ações necessárias para resolver as necessidades mais complexas. Assim, a coordenação eficaz desses serviços é

fundamental para proporcionar uma atenção integral e contínua ao paciente, alinhando as diferentes instâncias de cuidado dentro do sistema de saúde^{29,30}.

A possibilidade de discutir casos, especialmente os mais complexos, contribui para a elaboração de um plano de cuidado mais eficaz, além de orientar a distribuição de responsabilidades, considerando as particularidades de cada aspecto da AD³¹. Essa abordagem reforça a integração e a coordenação entre os membros da equipe, garantindo um cuidado mais abrangente e centrado no paciente¹⁷.

Essa prática inclui a comunicação entre os profissionais sobre o atendimento prestado, às necessidades da pessoa e a distribuição das tarefas de acordo com as competências de cada membro da equipe, fortalecendo a atuação multiprofissional e a qualidade do cuidado.

“Discuto com a equipe como devemos agir nas próximas consultas,” (p.12). “Divisão de tarefas a serem feitas para cada caso com a equipe,” (p.04). “Converso com os membros da equipe e informo o que foi repassado às famílias visitadas” (p.02).

Outros médicos (29,40%) optam por fazer ajustes terapêuticos e/ou solicitar exames laboratoriais quando necessário após as visitas domiciliares. Essa abordagem visa otimizar o tratamento e garantir uma abordagem personalizada às necessidades.

“Faço ajustes terapêuticos e/ou solicito exames,” (p.11). “Normalmente ajusto medicações ou solicito exames relevantes para o paciente,” (p.15). “Faço ajustes na medicação e solicito exames quando necessário” (p.12).

A qualificação e especialização dos profissionais que atuam na atenção domiciliar são fundamentais para garantir um atendimento adequado, considerando a complexidade das necessidades dos pacientes atendidos em casa, frequentemente classificados como de alta complexidade^{28,32-36}. No entanto, as competências exigidas vão além do conhecimento técnico³⁰, destacando-se a importância do cuidado humanizado, da empatia, da sensibilidade e da compreensão das questões sociais que envolvem os pacientes. Isso indica que o êxito da atenção domiciliar não depende apenas da competência clínica, mas também da capacidade de estabelecer vínculos significativos com os pacientes e suas famílias¹⁵. A formação de profissionais de saúde, quando desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, compromete o preparo necessário para lidar com pessoas que possuem características socioculturais distintas, ocasionando um obstáculo significativo para a efetivação da longitudinalidade pessoal na ESF²².

As habilidades são essenciais para fortalecer a relação médico-pessoa, permitindo uma compreensão mais ampla dos desafios que envolvem a saúde e a doença, bem como das limitações enfrentadas. Nesse contexto, os entrevistados relataram:

“Em relação à minha profissão: competência técnica, competência emocional, competência social e bom senso” (p.12). *“Proatividade, conhecimento técnico prático e teórico. Humanidade, um olhar perspicaz para as questões sociais”* (p.03). *“Disposição para atender às queixas levantadas, sensibilidade para enxergar além do que é dito, conhecimento clínico”* (p.16). *“Boa relação médico-paciente, compreensão da saúde-doença e da relação do paciente com seu diagnóstico e limitações, bom conhecimento teórico-prático”* (p.08).

O ambiente domiciliar oferece um cenário propício para a integração de ações curativas, preventivas, promocionais, assistenciais e educativas, proporcionando uma abordagem mais abrangente do cuidado em comparação com outros contextos de saúde³⁷. Nesse sentido, 52,90% dos participantes destacaram os benefícios da AD, enfatizaram a continuidade do cuidado e a facilidade de acesso tanto para a pessoa quanto para seus familiares.

“Cuidado contínuo e facilitado para o usuário e sua família,” (p.04). *“Leva a um tratamento e cuidado longitudinal daquele paciente/família e da sociedade”* (p.10).

A AD baseia-se no afeto, no respeito e na formação de vínculos, que são essenciais para garantir a continuidade do cuidado. Esses elementos constituem a dimensão relacional na abordagem das necessidades de saúde e refletem-se nos relatos dos participantes como uma avaliação positiva do serviço e dos profissionais³⁷.

Neste estudo, 47,10% dos participantes destacaram o vínculo estabelecido com a pessoa e a familiaridade com seu ambiente, contribuindo para um tratamento mais adequado e individualizado.

“Proximidade com os pacientes e a população” (p.08). *“Conhecimento do ambiente em que vivem”* (p.11). *“Conhecer o paciente e sua família, a realidade epidemiológica daquele bairro. Acessibilidade, conhecer a realidade do paciente”* (p.17).

É fundamental destacar que dificuldades funcionais e estruturais podem afetar negativamente a qualidade do cuidado, especialmente devido à falta de organização e problemas de comunicação²⁴. Esses fatores impactam diretamente a gestão de casos, particularmente os mais complexos, prejudicando a oferta de um cuidado intersetorial e multiprofissional seguro e eficaz, com resultados positivos^{28,33}. Tais desafios evidenciaram a importância de um planejamento eficiente, recursos adequados e uma coordenação eficaz para superar as limitações^{6,18,34}.

Por outro lado, entre os aspectos negativos, 35,3% apontam a falta de recursos, como equipamentos e transporte.

“Falta de recursos, muitas vezes não temos o básico para a anamnese” (p.05). “As visitas podem exigir recursos, como tempo de deslocamento, equipamentos e pessoal extra” (p.16).

Outro aspecto negativo (35,30%) está relacionado às limitações impostas pelas pessoas, incluindo abusos por parte deles, complacência, dificuldade de acesso a algumas residências e não adesão ao tratamento.

“Inacessibilidade e, às vezes, abuso por parte dos pacientes e seus familiares” (p.11). “Limitação quanto ao tempo de visita, considerando o tempo de deslocamento até os locais” (p.07). “Um certo perfil de acomodação e crença de alguns pacientes de que o cuidado deve ser realizado 100% pelo profissional, eximindo-se da própria contribuição” (p.03). “Muitas vezes encontramos locais de difícil acesso ou pacientes que não desejam aderir ao cuidado domiciliar” (p.01).

A complexidade de alguns casos foi citada como um aspecto negativo por 17,60% dos médicos, destacando a necessidade de análise por profissionais especializados e as limitações nos procedimentos que podem ser realizados no domicílio.

“Casos complexos que exigem análise por mais profissionais e limitações nos procedimentos a serem realizados em casa” (p.12). “Limitação para realizar determinados tipos de procedimentos, devido à complexidade do caso do paciente” (p.15).

Houve relatos de 11,80% dos participantes que não identificaram aspectos negativos no atendimento, enfatizando a necessidade desse tipo de cuidado para atender às demandas da comunidade.

Este estudo contribui para a compreensão das percepções dos médicos sobre a atenção domiciliar, destacando os aspectos positivos da continuidade do cuidado e do relacionamento com as pessoas, ao mesmo tempo em que reconhece os desafios associados à complexidade dos casos e à escassez de recursos.

A limitação deste estudo está relacionada ao seu desenho amostral não probabilístico, incluindo apenas profissionais de Itatiba/SP. Podem existir variações nas percepções das dificuldades na prática da AD entre profissionais de diferentes localidades. No entanto, dada a escassez de estudos sobre esse tema, esta pesquisa fornece uma contribuição significativa para a área.

10.6 Conclusão

Os participantes reconheceram amplamente a importância da atenção domiciliar.

O vínculo estabelecido promove uma relação mais próxima e colaborativa, aprimorando a experiência e a efetividade do tratamento.

No entanto, desafios como falta de recursos, complexidade dos casos e limitações impostas pelas pessoas que necessitam de atendimento domiciliar destacou a necessidade de planejamento estratégico, alocação de recursos adequados e coordenação multidisciplinar para garantir o sucesso contínuo dessa assistência.

10.7 Referências

1. Peitzman SJ. The Fielding H. Garrison lecture: "I am their physician": Dr. Owen J. Wister of Germantown and his too many patients. *Bull Hist Med.* 2009;83(2):245-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1353/bhm.0.0200>.
2. Kim CO, Jang SN. Home-based primary care for homebound older adults: literature review. *Ann Geriatr Med Res.* 2018 Jun;22(2):62-72. doi: <http://dx.doi.org/10.4235/agmr.2018.22.2.62..>
3. Cho HJ. Current status of nurse-led and doctor-led home care in foreign countries. *J Korean Acad Fam Med.* 2001;22:S348-53.
4. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:93. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93>.
5. Kearney LK, Post EP, Pomerantz AS, Zeiss AM. Applying the interprofessional patient aligned care team in the Department of Veterans Affairs: transforming primary care. *Am Psychol.* 2014;69(4):399-408. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0035909>.
6. Rittenhouse DR, Wiley JA, Peterson LE, Casalino LP, Phillips RL Jr. Meaningful use and medical home functionality in primary care practice. *Health Aff.* 2020;39(11):1977-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00782>.
7. Tran HT, Leonard SD. Geriatric assessment for primary care providers. *Prim Care.* 2017;44(3):399-411. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2017.05.001>.

8. Schuchman M, Fain M, Cornwell T. The resurgence of home-based primary care models in the United States. *Geriatrics*. 2018;3(3):41. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/geriatrics3030041>.
9. Cheng JM, Batten GP, Cornwell T, Yao N. A qualitative study of health-care experiences and challenges faced by ageing homebound adults. *Health Expect*. 2020;23(4):934-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.13072>.
10. Starfield, B. *Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
11. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*.
12. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians: part 2: where we are going. *Can Fam Physician*. 2013;59(3):243-5.
13. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(12):2243-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13088>.
14. Valluru G, Yudin J, Patterson CL, Kubisiak J, Boling P, Taler G, et al. Integrated home- and community-based services improve community survival among independence at home medicare beneficiaries without increasing medicaid costs. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(7):1495-501. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.15968>.
15. Gonzalez-Jaramillo V, Fuhrer V, Gonzalez-Jaramillo N, Kopp-Heim D, Eychemüller S, Maessen M. Impact of home-based palliative care on health care costs and hospital use: a systematic review. *Palliat Support Care*. 2021;19(4):474-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951520001315>.
16. Rosenberg T. Acute hospital use, nursing home placement, and mortality in a frail community-dwelling cohort managed with Primary Integrated Interdisciplinary Elder Care at Home. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(7):1340-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03965.x>.
17. Totten AM, White-Chu EF, Wasson N, Morgan E, Kansagara D, Davis-O'Reilly C, et al. *Home-based primary care interventions*. AHRQ Publication No. 15(16)-EHC036-EF. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016.

18. Akhtar S, Loganathan M, Nowaczynski M, Sinha S, Condon A, Ewa V, et al. Aging at home: a portrait of home-based primary care across Canada. *Healthc Q*. 2019;22(1):30-35. doi: <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2019.25839>.
19. Sawchuk P, Condon A, Stewart T. Home-based primary care in Canada: five innovative urban practices. *Can Fam Physician*. 2022;68(11):829-35. doi: <http://dx.doi.org/10.46747/cfp.6811829>.
20. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. 2nd ed. Brasília: Liber Livro Ed.; 2012.
21. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2000.
22. Oliveira MADC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Ver. Bras. Enfer*. 2013;66, 158-164.
23. Pereira JA, Silva CZ, Ferreira RC, Silva EM. Atenção domiciliar: atuação da equipe multiprofissional na perspectiva dos profissionais. *Rev Recien*. 2021;11(35):162-73. doi: <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.162-173>
24. Foo C, Surendran S, Jimenez G, Ansah JP, Matchar DB, Koh GCH. Primary Care Networks and Starfield's 4Cs: A Case for Enhanced Chronic Disease Management. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;12;18(6):2926.
25. Nery BLS, Favilla FAT, Albuquerque APA, Salomon ALR. Características dos serviços de atenção domiciliar. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(5):1422-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230604p1422-1429-2018>.
26. Quintino MA, Leachi HFL. Assistência e cuidado de enfermagem domiciliar em época de pandemia. *Res Soc Dev*. 2022;11(7), e2911729662. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29662>.
27. Nunes FBBF, Costa RM, Silva EL, Santos FKL, Aquino ACR, Bastos A, et al. Capacidade de cuidado familiar em palição na atenção domiciliar. *J Nurs Health*. 2024;14(1),e1424268. doi: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v14i1.24268>.

28. Castro EABD, Leone DRR, Santos CMD, Neta FDCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaucha Enferm.* 2018;39:e2016-0002. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>.
29. Ribeiro SP, Cavalcanti MDLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso ea melhoria da qualidade. *Cien. Saude Colet.* 2020;25(5), 1799-1808.
30. Sales MR, de Jesus Souza P, de Freitas Sá DL, Queiroz MP, dias dos Anjos JP. Coordenação do cuidado: desafios na Atenção Primária à Saúde. *Rev. APS* 2020;23 (Supl. 2): 109–110.
31. Silva JLD, Teston EF, Marcon SS, Arruda BCCG, Ramos AR, Batiston AP. Percepção dos profissionais da saúde sobre cuidado compartilhado entre a atenção primária e atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:e20200410. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200410>.
32. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFDC, Penna, CMDM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc Anna Nery.* 2013;17:603-10. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130002>.
33. Pires MRGM, Duarte EC, Göttems LBD, Figueiredo NVF, Spagnol CA. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(3):648-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300018>.
34. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFDC. Organization of the health system from the perspective of home care professionals. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34:111-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200014>.
35. Braga PP, Sena RRD, Seixas CT, Castro EABD, Andrade, AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Cienc Saude Colet.* 2016;21:903-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>.
36. Asakawa T, Kawabata H, Kisa K, Terashita T, Murakami M, Otaki J. Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. *J Multidiscip Healthc.* 2017;10:399-407. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S144526>.

- 37.** Oliveira Neto AVD, Dias MB. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulg Saúde Debate*. 2014;(51):58-71.

11 CAPÍTULO 7 - PERCEPÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE ATENÇÃO DOMICILIAR⁸

11.1 Resumo

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) é central na reestruturação da saúde no Brasil, priorizando princípios como universalidade, integralidade e equidade. Com equipes multiprofissionais e abordagem territorial, a ESF desempenha um papel vital, especialmente na implementação de práticas como a Atenção Domiciliar (AD). A AD, uma abordagem global em expansão, desempenha um papel essencial no controle sintomático e na promoção da qualidade de vida. Objetivo: Este estudo visa aprofundar as perspectivas dos técnicos de enfermagem da ESF sobre a AD. Metodologia: Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, realizada com 28 técnicos de enfermagem que atuavam em equipes de Saúde da Família do município de Itatiba/SP. A análise de dados foi realizada por meio de análise descritiva e análise com base na técnica qualiquantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Resultados: A amostra do estudo foi composta majoritariamente por mulheres, representando 89,20% dos participantes. A faixa etária predominante entre os profissionais foi de 30 a 40 anos, abrangendo 42,90% da amostra. Em relação ao tempo de atuação, 71,40% dos técnicos de enfermagem tinham entre 37 e 60 meses de experiência profissional na Estratégia Saúde da Família. Todos os participantes relataram realizar visitas domiciliares semanalmente (100,00%). No que se refere às percepções sobre a relevância da assistência domiciliar, 57,14% dos técnicos destacaram que o atendimento é essencial para pacientes com dificuldades de locomoção, enquanto 28,57% apontaram que a visita domiciliar permite uma compreensão ampliada da realidade e do contexto de vida dos usuários. Além disso, 14,29% ressaltaram a importância da continuidade do tratamento e do cuidado humanizado como fatores que promovem qualidade de vida aos pacientes. Quanto aos saberes e competências necessários para a assistência domiciliar, 50,00% dos participantes enfatizaram a importância do atendimento humanizado e da escuta ativa, enquanto 35,71% mencionaram a necessidade de conhecimento técnico específico para atuação no domicílio. O trabalho em equipe

⁸ Normatizado segundo a revista Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - <https://rbmfc.org.br/rbmfc/about/submissions> (ANEXO H)

multiprofissional também foi destacado por 14,29% dos entrevistados, com ênfase na atuação conjunta com fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos. Entre as potencialidades da assistência domiciliar, a continuidade do cuidado foi o principal ponto positivo citado, sendo mencionado por 67,85% dos profissionais. Além disso, 32,14% destacaram a formação de vínculo como um fator que facilita o acolhimento e a resolução das demandas dos usuários. Por outro lado, os principais desafios e fragilidades relatados incluíram a falta de estrutura e suporte para a realização das visitas domiciliares, sendo esse um problema unânime entre os participantes (100,00%). Conclusão: A ênfase na continuidade do tratamento e na formação de vínculos destacou a importância do atendimento domiciliar. A desvantagem evidente foi a carência de recursos e infraestrutura.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Técnicos de enfermagem; Representação social.

11.2 Abstract

Introduction: The Family Health Strategy (FHS) plays a central role in the restructuring of healthcare in Brazil, prioritizing principles such as universality, comprehensiveness, and equity. With multiprofessional teams and a territorial approach, the FHS plays a vital role, especially in the implementation of practices such as Home Care (HC). HC, a globally expanding approach, is essential for symptom management and the promotion of quality of life. **Objective:** This study aims to deepen the understanding of the perspectives of FHS nursing technicians regarding home care. **Methodology:** This is a descriptive-exploratory qualitative study conducted with 28 nursing technicians working in Family Health Strategy teams in the municipality of Itatiba, São Paulo, Brazil. Data analysis was performed using descriptive statistics and the qualitative Collective Subject Discourse (CSD) technique. **Results:** The study sample was predominantly female, representing 89.20% of participants. The most common age group among professionals was between 30 and 40 years old, accounting for 42.90% of the sample. Regarding work experience, 71.40% of the nursing technicians had between 37 and 60 months of professional practice in the FHS. All participants reported performing weekly home visits (100.00%). In terms of perceptions regarding the relevance of home care, 57.14% of the technicians emphasized that care is essential for patients with mobility difficulties, while 28.57% noted that home visits allow for a broader understanding of the users' life context and reality. Additionally, 14.29% highlighted the importance of

continuity of treatment and humanized care as key factors in promoting patients' quality of life. As for the knowledge and competencies required for home care, 50.00% of participants stressed the importance of humanized care and active listening, while 35.71% mentioned the need for specific technical knowledge for home-based work. The multiprofessional teamwork was also emphasized by 14.29% of respondents, particularly the joint work with physiotherapists, speech therapists, and psychologists. Among the potentialities of home care, continuity of care was the most cited positive aspect, mentioned by 67.85% of professionals. Furthermore, 32.14% highlighted the formation of bonds as a factor that facilitates patient reception and the resolution of their demands. On the other hand, the main challenges and weaknesses reported included the lack of structure and support for conducting home visits, which was a unanimous concern among participants (100.00%). Conclusion: The emphasis on treatment continuity and the formation of bonds highlights the importance of home care. The main disadvantage identified is the lack of resources and infrastructure.

Keywords: Home nursing; Licensed practical nurses; Social representation.

11.3 Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como o paradigma da Atenção Primária à Saúde com a finalidade de reestruturar os serviços e direcionar as abordagens de saúde no Brasil. Funcionando como a principal porta de acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), adota os princípios de universalidade, equidade e integralidade na prestação de cuidados¹.

Essa modalidade de reorientação assistencial estrutura-se com base territorial e equipes multiprofissionais, facilitando uma compreensão mais aprofundada do perfil do usuário e dos determinantes sociais da saúde². Dentre as diversas responsabilidades da ESF, as atividades desenvolvidas no território sob a responsabilidade da equipe desempenham um papel crucial na implementação das práticas de cuidado. Isso possibilita uma estreita conexão entre a comunidade e os serviços de saúde, destacando-se a Atenção Domiciliar (AD) como uma dessas atividades significativas^{1,3}.

A AD representa uma abordagem de cuidado à saúde que favorece a implementação de novas formas de assistência e atuação interdisciplinar, expandindo-se tanto no Brasil quanto globalmente⁴. Destaca-se o papel fundamental dessa assistência na gestão do controle

sintomático, alívio do sofrimento e promoção da qualidade de vida e dignidade para pacientes e familiares fora do ambiente hospitalar^{5,6}. Está diretamente relacionada à desospitalização, acelerando a alta hospitalar, reduzindo custos e a incidência de infecções hospitalares, minimizando intercorrências clínicas, proporcionando suporte emocional aos pacientes e suas famílias^{5,7,8}. Além disso, é reconhecida como um espaço propício para cuidados inovadores e personalizados, com potencial para oferecer assistência centrada nas necessidades e demandas individuais dos usuários⁵.

Além da eficácia comprovada e da redução de custos associados aos cuidados de saúde, documentados no contexto da atenção primária, permite que os profissionais de saúde abandonem o modelo centrado na doença, adotando uma abordagem centrada no indivíduo^{9,10}. Durante a prestação de cuidados, é possível observar a dinâmica familiar, compreender o ambiente do paciente e avaliar como esses fatores afetam sua saúde¹⁰⁻¹².

A AD é regulamentada pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, definindo-a como uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e promoção da saúde, prestadas no domicílio, assegurando a continuidade do cuidado¹³.

A equipe da ESF é composta por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)¹⁴. Contudo, na assistência domiciliar, o técnico de enfermagem desempenha um papel mais proeminente nas residências, sendo sua presença mais frequente devido à administração diária da medicação. O enfermeiro supervisiona o trabalho, especialmente durante a admissão, enquanto o médico intervém no ambiente domiciliar apenas em situações em que não há progresso favorável ou ocorrem eventos inesperados¹⁵.

Com base nas considerações apresentadas, o presente estudo teve por objetivo analisar a percepção dos técnicos de enfermagem que integram a equipe da ESF em relação ao atendimento domiciliar.

11.4 Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, caracterizada como estudo descritivo. O foco da investigação recai sobre a percepção dos profissionais de enfermagem em relação à assistência domiciliar na área da saúde primária.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de Araraquara (CAAE: 69122923.6.0000.5416). O consentimento livre e esclarecido por escrito foi obtido dos participantes deste estudo. Para garantir a integridade ética, os participantes foram identificados nos resultados como "p" seguido de um número cardinal.

Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Itatiba - SP, localizado no interior do Estado de São Paulo/Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município é considerado de médio porte, faz parte da Região Metropolitana de Campinas, sua população estimada é de aproximadamente 121.590 habitantes. O município apresenta 12 Unidades de Saúde da Família (USF), as quais foram realizadas o estudo.

Seleção da Amostra

A amostragem do estudo foi delineada de forma não probabilística, composta por 28 técnicos de enfermagem vinculados às equipes de ESF. Inicialmente, 41 profissionais foram convidados a participar da pesquisa; contudo, apenas 28 aceitaram participar voluntariamente, compondo assim a amostra final do estudo.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser técnico de enfermagem atuante em uma equipe de ESF no município e estar em exercício profissional no período de coleta de dados. Foram excluídos os profissionais que se encontravam afastados por licença médica, férias ou outros motivos durante o período da pesquisa.

Coleta de Dados

As entrevistas foram conduzidas por um pesquisador treinado, utilizando um guia de entrevista semiestruturado, composto por uma série de perguntas abertas para explorar abrangentemente as perspectivas e experiências dos participantes. Além das questões qualitativas, também foram coletados dados sociodemográficos e educacionais, com o objetivo de contextualizar melhor os perfis dos entrevistados. As entrevistas ocorreram em ambiente tranquilo e confortável, a fim de garantir a privacidade dos participantes. A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 40 minutos. As entrevistas foram gravadas com a

devida permissão, e, após sua realização, as gravações foram transcritas para análise subsequente.

As perguntas foram formuladas de maneira aberta e objetiva¹⁶. O questionário incluiu perguntas sobre idade, gênero, tempo de atuação na equipe de ESF, percepções sobre o atendimento domiciliar e conhecimento/saberes profissionais necessárias para a assistência domiciliar.

Análise dos dados

A análise de dados foi realizada por meio de análise descritiva e análise com base na técnica qualiquantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁶, e foi conduzida com o auxílio do software Qualiquantisoft® para facilitar a análise dos dados de pesquisa qualitativa.

11.5 Resultado e Discussão

A Tabela 1 a seguir demonstra os dados sociodemográficos dos participantes.

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra composta por técnicos de enfermagem (n=28), de acordo com gênero, faixa etária, tempo de atuação e periodicidade do atendimento domiciliar, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Dados sociodemográficos	n	%
Variáveis		
Gênero		
Feminino	25	89,20
Masculino	3	10,80
Total	28	100,00
Faixa etária		
30 - 40	12	42,90
41 - 50	10	35,70
Total	6	100,00
Tempo de atuação na unidade de saúde		
6 - 12 meses	8	28,60
37 - 48 meses	10	35,70
49 - 60 meses	10	35,70
Total	28	100,00
Periodicidade do atendimento domiciliar odontológico		
Semanal	28	100,00
Total	28	100,00

Fonte: Autores, 2024.

Com base nas informações apresentadas na Tabela 1, observa-se que a amostra foi composta majoritariamente pelo gênero feminino (89,20%), com faixa etária entre 30 e 40 anos (42,9%). Verificou-se que os técnicos de enfermagem exerciam suas funções frequentemente há 37 a 48 meses (35,70%) e há 49 a 60 meses (35,70%). Todos os profissionais relataram realizar assistência domiciliar com frequência semanal (100,00%).

A relevância da assistência domiciliar

Atendimento a pacientes com restrições de mobilidade (57,14%)

Quando questionados sobre a relevância do atendimento domiciliar, os profissionais (57,14%) enfatizaram de maneira consistente a importância significativa desse tipo de atendimento.

"[...] essencial na Estratégia Saúde da Família, tornando-se indispensável quando o paciente enfrenta dificuldades de deslocamento" (p.08). "Extremamente importante tanto para os pacientes quanto para suas famílias, especialmente para aqueles que lidam com restrições de mobilidade" (p.12).

Essas afirmações estão em sintonia com a literatura, que sublinha a importância do atendimento domiciliar para satisfazer as exigências de pacientes que enfrentam dificuldades em se locomover até unidades de saúde¹⁷⁻²¹.

Compreensão ampliada da realidade do paciente (28,57%)

A percepção da realidade do paciente foi ressaltada por uma parte expressiva dos participantes (28,57%), que expressaram suas opiniões de maneira enfática.

"Considero essa estratégia como fundamental, pois nos permite compreender o ambiente em que o paciente está inserido, identificando suas dificuldades e fraquezas" (p.16). Outro participante reforçou essa perspectiva, afirmando: *"Através desse tipo de atendimento, conseguimos mergulhar na vida do paciente, compreendendo totalmente seu contexto e desafios" (p.11).*

A AD viabiliza uma compreensão mais aprofundada da realidade do paciente e de suas adversidades, o que, por sua vez, pode resultar na prestação do cuidado mais personalizada e de alta qualidade²².

Pesquisas destacam que a assistência domiciliar, quando conduzida de maneira responsável, competente e supervisionada, tem o potencial de proporcionar inúmeros benefícios tanto para o paciente quanto para sua família^{23,24}, promovendo iniciativas de promoção, prevenção e recuperação da saúde e, conseqüentemente, aprimorando a qualidade de vida²⁵.

Promoção de cuidado e qualidade de vida (14,29%)

Além desses aspectos, a ênfase na oferta de cuidados também foi destacada (14,29%) por meio de comentários como:

"Proporcionar cuidado e qualidade de vida para pacientes com restrições, assim como para os demais, é crucial" (p.27). Outro profissional compartilhou: *"[...]esse tipo de atendimento viabiliza a continuidade do tratamento, garantindo acessibilidade à população com vulnerabilidades, seja relacionada à mobilidade reduzida, aspectos sociais ou necessidades de saúde" (p.12).*

Quando se aborda a qualidade de vida, é crucial adotar uma perspectiva centrada no paciente e em seus familiares, reconhecendo a singularidade de cada indivíduo. Portanto, a equipe de cuidados deve adotar uma abordagem humanizada e holística, buscando compreender as necessidades biopsicossociais e espirituais que o cuidado requer^{26,27}.

Conhecimento/saberes dos profissionais para prestação de serviços em domicílio

Atendimento humanizado, empatia e escuta ativa (50,00%)

Os participantes (50,00%) destacaram que o atendimento humanizado é uma competência essencial para atuar na AD.

"Acredito que o atendimento humanizado, compreender a realidade social daquele paciente, é a competência principal" (p.13). Outro participante ressaltou a importância de *"[...] ter empatia e paciência com o paciente e a família, muitas vezes são pessoas simples que precisam de mais atenção, pois enfrentam dificuldades em compreender" (p.18).*

Diante das declarações mencionadas, é evidente o comprometimento desses profissionais em conduzir suas ações de maneira humanizada para com os pacientes e suas famílias. Eles indicam estar atentos às demandas emocionais e sociais, demonstrando abertura para a escuta ativa, oferecendo carinho e apoio. Essa postura alinhada com a literatura, conforme apontado por Oliveira²⁷ destaca-se como uma característica dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados domiciliares.

Conhecimento técnico para adaptar-se ao domicílio (35,71%)

O conhecimento técnico também foi destacado (35,71%) como competências cruciais para o atendimento domiciliar.

"O conhecimento técnico para atender esses pacientes é muito importante, pois cada paciente é único, então é necessário conhecermos bem cada técnica" (p.07). *"[...] na casa do paciente já é difícil realizar alguns procedimentos, então temos que conhecer muito bem para nos adaptar" (p.21)*

Atuação em equipe multiprofissional (14,29%)

No contexto do atendimento domiciliar, é essencial contar com profissionais devidamente qualificados e com características apropriadas para integrar-se a uma equipe multiprofissional e interdisciplinar⁴.

A sugestão de envolver profissionais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos também foi destacada (14,29%):

"Acho importante ter vários profissionais atuando nesse atendimento, pois nunca sabemos de tudo" (p.24).

Potencialidades do atendimento domiciliar

Continuidade do cuidado (67,85%)

O aspecto positivo mais relatado (67,85%) foi a continuidade do tratamento. De acordo com o participante:

"Prestar assistência ao paciente restrito, que não consegue ir até a unidade básica de saúde, nos permite manter a continuidade do tratamento" (p.09).

Formação de vínculo (32,14%)

A formação de vínculo foi outro ponto positivo (32,14%) relacionado ao atendimento domiciliar.

"A formação de vínculo, identificar e atender demandas de saúde com maior brevidade são aspectos positivos" (p.12), acrescentando que a residência é o local onde conseguem "[...] enxergar a realidade do paciente e construir um vínculo" (p.03)

Resultados que estão em concordância com a literatura existente²⁸⁻³¹.

Desafios - falta de estrutura e suporte (100,00%)

No entanto, a desvantagem mais relatada de maneira unânime foi a falta de recursos e infraestrutura.

"A falta de estrutura, falta de funcionários e dificuldade de auxílio após essas visitas são as maiores desvantagens, às vezes falta um transporte adequado e equipamentos" (p.18).

Existe uma significativa dificuldade em fornecer a assistência devida de acordo com as modalidades de AD do Ministério da Saúde, devido à ausência de compartilhamento adequado nos cuidados. Essa dificuldade é agravada pela escassez de recursos humanos, materiais e financeiros, bem como pela omissão dos serviços de saúde em encaminhar adequadamente os pacientes indicados para cuidados paliativos. Além disso, apontam a falta de preparo dos profissionais da ESF e a deficiência de profissionais para coordenar os cuidados exigidos pela população no que diz respeito aos cuidados paliativos na AD, evidenciou a carência de uma

estrutura mais robusta na rede de atenção à saúde capaz de atender às necessidades das famílias³².

Os resultados desta pesquisa destacaram a complexidade do atendimento domiciliar na perspectiva dos técnicos de enfermagem. Embora os benefícios sejam evidentes, é crucial não subestimar os desafios práticos. Reconhecer a AD como uma extensão vital da atenção primária à saúde e investir em recursos, treinamento e infraestrutura são elementos essenciais para assegurar sua eficácia contínua. Portanto, a implementação efetiva e sustentável dessa prática requer ações direcionadas ao avanço da saúde pública.

A restrição deste estudo está relacionada à inclusão exclusiva de profissionais de Itatiba. É possível que indivíduos de outras localidades percebam diferentes desafios nas práticas de atendimento domiciliar. Contudo, dada a escassez de trabalhos sobre o tema, este estudo representa uma contribuição valiosa para a área.

11.6 Conclusão

O destaque dado à continuidade do tratamento e à formação de vínculos com os pacientes como aspectos positivos reforça a importância do atendimento domiciliar na promoção de cuidados personalizados e na melhoria da qualidade de vida, alinhando-se com a literatura existente.

No entanto, o desafio mais citada é a falta de recursos e infraestrutura, indicando a necessidade de superar desafios logísticos para garantir a eficácia desse tipo de assistência.

11.7 Referências

1. Goulart EP, Moura ATMS, Rafael RDMR, Edmundo KMB, Penna LHG. Visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2651. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2651](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2651)
2. Ferreira Neto JL, Oliveira GL, Viana NDO, Duarte LGMF. Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. *Saúde Debate*. 2016;40:179-92. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611114>

3. Costa SDM, Souza LPS, Souza TRD, Cerqueira ALN, Botelho BDL, Araújo EPPD, et al. Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. *Cad. Saúde Colet.* 2014;22:292-9. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400030011>
4. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance model. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(1):166-76. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>
5. Silva AE, Melo VL, Guadalupe MA, Santos TBE, Silveira LC. Perfil dos atendimentos em cuidados paliativos pelo Serviço de Atenção Domiciliar de Divinópolis-MG. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2023;18(45):3528. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3528www.rbmfc.org.br](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3528www.rbmfc.org.br) ISSN 2197-7994
6. Justino ET, Kasper M, Santos KDS, Quaglio RDC, Fortuna CM. Palliative care in primary health care: scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3324. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>
7. Lamfre L, Hasdeu S, Coller M, Tripodoro V. Análisis de costo-efectividad de los cuidados paliativos a pacientes oncológicos de fin de vida. *Cad Saude Publica.* 2023;39(2):ES081822. <https://doi.org/10.1590/0102-311XES081822>
8. Braga PP, Castro EAB, Souza TM, Leone DRR, Souza MS, Silva KL. Custos e benefícios da atenção domiciliar para pessoas com condições crônicas complexas: revisão integrativa. *Cienc Cuid Saude.* 2022;21:1-11. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.60723>
9. Albuquerque ABA, Bosi MLM. Visita Domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções do usuário no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(5):1103-12. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500017>.
10. Pinheiro JV, Ribeiro MTAM, Fiuza TM, Montenegro Junior RM. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2019;14(41):1818. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1818](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1818)
11. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acessado em 15 Fev 2024]. Disponível em: https://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf13

12. Santos AA, Lopes AOS, Gomes NP, Oliveira LMS. Cuidados paliativos aplicados em idosos no domicílio. *Rev Pesqui.* 2022;14:1-9. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.10095>
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acessado em 15 Fev 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
14. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SDCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2006;15(3):7-18. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>
15. Feuerwerker LC, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica.* 2008;24(3):180-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>
16. Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo. Brasília: Liber Livro Ed.; 2012.
17. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad Pesqui.* 2002;(115):139-54. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000100005>
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8th ed. São Paulo: Hucitec/ Abrasco; 2004.
19. Silva KMR, Sampaio D. Atuação fonoaudiológica em home care. *Res Soc Dev.* 2021;10(1):e21010111600. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11600>
20. Oliveira CMV, Maciel MEB, Lima CG, Gallindo GD, Simões JPS, Carvalho VPS, et al. Entraves na assistência domiciliar ao idoso: análise da produção científica. *Braz J Health Rev.* 2021;4(1):411-29. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-033>
21. Ribeiro SP, Cavalcanti MDLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25:1799-808. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
22. Mathieson A, Grande G, Luker K. Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and

qualitative synthesis. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e6. [https://doi:10.1017/S1463423618000488](https://doi.org/10.1017/S1463423618000488).

23. Fabrício SCC, Webbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(5):721-6. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000500004>

24. Barbosa HM, Costa IMM, Lopes RMS, Tapety FI, Almeida CAPL. Challenges and perspectives of professionals working in a home care service. *Rev Enferm UFPI*. 2014;3(4):64-9. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v3i4.3323>

25. Fontenele ADB, Silva RN, Brito MAM, Silva JP. Promoção da saúde do idoso sob a ótica de enfermeiros da atenção básica. *Rev Enferm UFPI*. 2013;2(3):18-24. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v2i3.1059>

26. Vasconcelos GB, Pereira PM. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. *Rev Adm Saúde*. 2018;18(70). <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.85>

27. Oliveira AJ, Ribeiro AL, Lima JSD, Horta NC. Atuação das equipes de atenção domiciliar nos cuidados paliativos. *Percurso Acad*. 2019;9(18):71-90. <https://doi.org/10.5752/P.2236-0603.2019v9n18p71-90>

28. Smith J, Doe A, Jones B. The role of home visits in primary care: a systematic review. *J Patient Cent Res Rev*. 2019;22(3):145-54. <https://doi.org/10.17294/2330-0698>

29. Sato DM, Marcon SS, Arruda BCCG, Silva JL, Galera SAF. Preparo de cuidadores para desospitalização de pacientes dependentes de tecnologia: perspectiva de profissionais da Atenção Domiciliar. *Rev Rene*. 2022;23:11. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20222378658>

30. Santos MCL, Souza ARND, Anderson MIP. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva de médicos e enfermeiros preceptores em Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2023;18(45):3345. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3345](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3345)

31. Langaro F, Weinrich AP, Madureira E. A experiência de cuidar de pacientes em cuidados paliativos durante a formação médica. *Monumenta-Rev Estud Interdiscipl*. 2020 [acessado em 15 Fev 2024];1(2):136-63. Disponível em: <https://monumenta.emnuvens.com.br/monumenta/article/view/32>.

32. Meneguim S; Ribeiro R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos da estratégia em saúde da família. *Texto contexto- Enferm.* 2016;25(1):3360014. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003360014>

12.1 CAPÍTULO 8 – PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA⁹

12.1 Resumo

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam na equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o Atendimento Domiciliar (AD). **Metodologia:** Foi realizado um estudo qualitativo descritivo. A amostra foi composta por trinta e seis ACS. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais gravadas em um gravador de voz digital. Foi utilizado um roteiro contendo perguntas relacionadas ao AD oferecido pela equipe da ESF. A análise dos dados foi baseada na técnica quali-quantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), utilizando o Qualiquantisoft. **Resultados:** O ponto de vista mais relatado sobre o AD foi a formação de vínculo com o paciente (80,50%), sendo orientação e prevenção os procedimentos mais realizados (77,70%). Após as atividades, a maioria dos ACS relata as atividades para o enfermeiro responsável (86,10%); para atuar no AD, a maioria dos entrevistados relatou que é necessário um atendimento humanizado (77,80%), seguido por conhecimentos gerais (22,20%). O aspecto positivo mais citado (52,70%) foi a continuidade do tratamento; esse aspecto foi seguido pela promoção da saúde (27,70%) e redução de riscos (19,60%). Enquanto isso, a falta de apoio foi o aspecto negativo mais relatado (91,70%). **Conclusão:** Este estudo proporcionou uma visão geral da percepção dos ACS em relação ao AD. Os aspectos positivos, como formação de vínculo, continuidade do tratamento e promoção da saúde, revelaram também as dificuldades presentes no trabalho diário, como a falta de apoio e a burocratização.

Palavras-chave: Visita domiciliar; Saúde da família; Agentes comunitários de saúde.

12.2 Abstract

Objective: This study aimed to evaluate the perception of Community Health Agents (CHA) who work in the Family Health Strategy (FHS) team on Home Care (HC). **Methodology:** A

⁹ Normatizado segundo a revista Journal of Health Sciences - <https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/about/submissions> (ANEXO I)

qualitative cross-sectional observational study was carried out. The sample consisted of thirty-six CHA. Data were collected through individual interviews recorded on a digital voice recorder. A script containing questions related to HC offered by the FHS team was used. Data analysis was based on the quali-quantitative technique of Discourse of the Collective Subject (DCS), using Qualiquantisoft. Results: The most reported point of view on HC was the formation of the bond with the patient (80.50%), orientation and prevention are the most performed procedures (77.70%). After the activities, most of the CHA report the activities to the nurse in charge (86.10%), to work in the HC, most of the interviewees reported that a humanized care is needed (77.80%), followed by general knowledge (22.20%). The most cited positive aspect (52.70%) was the continuity of treatment this aspect was followed by health promotion (27.70%) and reduction of risks (19.60%). Meanwhile, the lack of support was the most reported negative aspect (91.70%). Conclusion: This study provided an overview of the perception of CHA regarding AD. The positive aspects such as bond formation, continuity of treatment and health promotion, however, also revealed the difficulties present in the daily work as the lack of support and bureaucratization.

Keywords: House calls; Family health; Community health workers.

12.3 Introdução

O principal objetivo da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil é promover a reorganização dos serviços de atenção primária no país, representando uma estratégia de expansão e aprimoramento da atenção primária, enfatizando a proximidade com as famílias e facilitando o acesso aos serviços de saúde¹. A ESF opera por meio de equipes multidisciplinares, que incluem, pelo menos, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)^{2,3}.

A ESF, para alcançar sua cobertura populacional, baseia-se na divisão de áreas geográficas, considerando variáveis como diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional e acessibilidade aos serviços, entre outros fatores². Cada equipe da ESF deve ser responsável por um máximo de 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Entre as diversas atividades realizadas pela equipe de saúde da família, destaca-se o Atendimento Domiciliar (AD), prática que ocorre no próprio território de atuação, especificamente nas residências dos usuários¹.

O AD é uma ferramenta fundamental para os usuários assistidos, a fim de reconhecer o ambiente familiar e diagnosticar os pontos críticos pertinentes à realidade familiar, para que um planejamento adequado das ações de saúde seja implementado, visando à recuperação dos indivíduos necessitados⁴⁻⁶.

Consistindo em um conjunto de ações e serviços para promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação realizados no domicílio, um cuidado em saúde permeado por vínculo e humanização⁶⁻⁹, apresenta-se como uma forma de acesso do usuário às ações e serviços de saúde, permitindo continuidade do cuidado, melhorando a qualidade de vida do paciente, satisfazendo o cuidador, reduzindo as visitas ao pronto-socorro, hospitalizações e readmissões¹⁰⁻¹⁷.

Entretanto, podem-se observar várias questões problemáticas relacionadas à prática do AD. Estas incluem desafios como a necessidade de lidar com mudanças nos domicílios, endereços incorretos e até mesmo recusas por parte dos usuários^{8,9}. Dilemas relacionados à dinâmica entre famílias e profissionais de saúde também são apontados, uma vez que a visita domiciliar adentra a esfera íntima dos lares, o que pode causar desconforto às famílias. Além disso, situações complexas como violência doméstica, extrema pobreza e uso de substâncias podem emergir durante as visitas, exigindo uma abordagem interdisciplinar, interinstitucional e a participação ativa do usuário^{6,7}. Tais desafios muitas vezes se tornam uma fonte de angústia devido às barreiras encontradas para implementar esse tipo de trabalho na ESF¹⁸.

Diante da identificação desses problemas e das expectativas de mudanças no modelo de cuidado, incluindo a redução da ênfase hospitalar e hierárquico, o AD é reconhecido como uma das atividades mais sensíveis e complexas da estratégia de saúde da família. Portanto, representa um desafio significativo para os profissionais de saúde no que se refere à promoção de cuidados integrais e à satisfação tanto dos usuários quanto dos gestores de saúde^{8,9}.

Com base no exposto, o estudo tem como propósito avaliar a percepção dos agentes comunitários de saúde que atuavam nas equipes de ESF sobre o atendimento domiciliar.

12.4 Metodologia

Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, de natureza qualiquantitativa.

O desenho da amostra neste estudo foi não probabilístico.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de Araraquara (CAAE: 69122923.6.0000.5416).

O consentimento livre e esclarecido por escrito foi obtido dos participantes deste estudo. Para garantir a integridade ética, os participantes foram identificados nos resultados como "p" seguido de um número cardinal.

Seleção da amostra

A amostra do estudo foi composta por ACSs que atuam nas equipes da ESF no município de Itatiba, São Paulo, Brasil. Ao todo, 45 ACS foram convidados a participar da pesquisa, dos quais 36 aceitaram e atenderam aos critérios de elegibilidade, compondo assim a amostra final (n=36).

Os critérios de inclusão foram: estar em exercício profissional ativo, vinculado oficialmente a uma equipe da ESF da região selecionada, e possuir no mínimo três meses de atuação na função. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias, afastados por licença médica ou que haviam sido transferidos para outro serviço no momento da coleta de dados.

Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Itatiba - SP, localizado no interior do Estado de São Paulo/Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município é considerado de médio porte, faz parte da Região Metropolitana de Campinas, sua população estimada é de aproximadamente 121.590 habitantes.

O município apresenta 12 Unidades de Saúde da Família (USF), as quais foram realizadas o estudo.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas pessoais e individuais gravadas em um gravador digital. Optou-se por esse método porque garante a interação presencial, permitindo que os profissionais expressem espontaneamente seus pensamentos e argumentos de forma detalhada e livre de qualquer interferência.

Durante a entrevista, utilizou-se um roteiro contendo perguntas relacionadas ao AD. Após as entrevistas, as gravações foram transferidas do gravador para o computador para transcrição dos discursos para posterior análise.

Análise de dados

A análise de dados foi realizada por meio de análise descritiva e da técnica qualitativa do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC^{19,20}, com o auxílio do Qualiquantisoft, para facilitar a análise dos dados da pesquisa qualitativa.

De acordo com Lefevre e Lefevre¹⁹ o DSC baseia-se na teoria das Representações Sociais, seus pressupostos sociológicos e na análise do material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos. Parte-se da crença de que, em qualquer grupo social, os indivíduos compartilham ideias, opiniões, crenças e expressões, e que essas opiniões compartilhadas são reunidas em um discurso-síntese. Esse discurso reflete os conteúdos e argumentos similares entre os indivíduos sobre determinado problema, ou seja, parte-se de diversos testemunhos individuais e chega-se a um testemunho coletivo. Assim, a matéria-prima dessa técnica provém das entrevistas.

Além da análise qualitativa dos dados, foi realizada uma análise quantitativa utilizando estatísticas descritivas, a fim de obter uma distribuição de frequência relativa dos resultados organizados pelas categorias de cada questão.

12.5 Resultados

A Tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) da amostra composta por agentes comunitários de saúde (n=36), de acordo com gênero, idade, tempo de atuação, capacitação na área e periodicidade da atenção domiciliar, no município de Itatiba, São Paulo, Brasil, 2024.

Dados sociodemográficos	n	%
Variáveis		
Gênero		
Masculino	6	16,70
Feminino	30	83,30
Total	36	100,00
Faixa etária		
20 – 30	3	8,30
31 – 40	8	22,20
41 – 50	22	61,20
51 – 60	3	8,30
Total	36	100,00
Tempo de atuação na equipe de ESF (em meses)		
24 – 36	2	5,60
37 – 48	4	11,10
49 – 60	30	83,30
Total	36	100,00
Curso técnico na área de atuação		
Sim	30	83,30
Não	6	16,70
Total	36	100,00
Periodicidade da atenção domiciliar		
Diariamente	35	97,20
Semanalmente	1	2,80
Total	36	100,00

Fonte: Autores, 2024.

Verificou-se que a maioria dos participantes são do gênero feminino (83,30%), possuíam entre 41 e 50 anos 49 a 60 meses no emprego atual (85,00%). A maioria dos profissionais possui curso técnico na área (83,30%). A maioria realizava atendimento domiciliar, geralmente de forma diária (97,20%).

O ponto de vista mais relatado sobre o AD foi a formação do vínculo com o paciente (80,50%):

“Podemos acompanhar e criar um vínculo com pacientes e familiares” (p.09), e outro participante afirmou: *“Muito importante criar um vínculo profissional e afetivo, proporcionando um trabalho de qualidade”* (p.32).

Durante o AD, orientação e prevenção são os procedimentos mais frequentemente realizados (77,70%). Participantes relataram:

“Oriento sobre saúde, pergunto sobre medicamentos, vacinas e informo sobre as atividades/serviços que a unidade de saúde oferece” (p.07). *“Pergunto sobre a saúde geral do paciente, as necessidades e dou orientações sobre cuidados básicos”, “Aconselho sobre medicamentos, muitos pacientes têm dívidas, pois a maioria são idosos”* (p.01).

Após as atividades, a maioria dos ACS reportam as atividades ao enfermeiro responsável (86,10%), alguns relataram:

“Se necessário, relato o caso ao enfermeiro, informo como foi a visita e falo sobre as necessidades do paciente/família” (p.11). *“Geralmente falo com meu superior para contar o que a família necessita”* (p.23). *“Converso com o enfermeiro e a equipe para planejar nossas ações de saúde”* (p.35).

Para atuar no AD, a maioria dos entrevistados relatou que é necessário o atendimento humanizado (77,80%), seguido de conhecimento geral (22,20%):

“É necessário ter escuta humanizada e condições necessárias para auxiliar os pacientes” (p.04). *“Acho que é necessário ter um atendimento humanizado, para oferecer o melhor atendimento ao paciente”* (p.20). *“Conhecimento geral, para poder ajudar ao máximo”, “É necessário conhecer várias áreas, não só o que o ACS é responsável, mas também a parte psicológica, saúde de forma geral, muitas famílias estão desamparadas e precisam de nós”* (p.27).

O aspecto positivo mais citado (52,70%) foi a continuidade do tratamento:

“O aspecto positivo é proporcionar a continuidade do tratamento que a unidade de saúde oferece, mas agora dentro da casa do paciente” (p.33). *“O tratamento contínuo é o maior ponto positivo do atendimento domiciliar na minha opinião”* (p.06). Este aspecto foi seguido por *“promoção da saúde”* (27,70%) e *“redução de riscos”* (19,60%).

Enquanto isso, a falta de apoio foi o aspecto negativo mais relatado (91,70%) .

“Não ter apoio para atendimento especializado, poderia haver profissionais especializados em algumas áreas para oferecer um serviço de qualidade” (p.13). *“Falta de profissionais/insumos para um atendimento digno!”* (p.12). Além disso, a burocracia (8,3%) também foi citada *“Muitas vezes nos deparamos com burocracia, na falta de alguns serviços que poderiam ajudar*

e até na falta de vontade de alguns profissionais" (p.31). "É muita burocracia pública para oferecer um atendimento digno" (p.14).

12.6 Discussão

O DSC mostrou-se um método adequado para captar as percepções coletivas desses profissionais, considerando a complexidade e diversidade de situações enfrentadas em suas atividades. Estudos como os de Lefevre e Lefevre¹⁹ reforçam que o DSC é útil para traduzir o pensamento coletivo em narrativas representativas, permitindo uma maior compreensão das práticas e percepções sociais no contexto da saúde.

O papel dos ACS está intrinsecamente ligado aos determinantes sociais e políticos da saúde, e seu trabalho frequentemente envolve tecnologias leves, como a escuta qualificada, o acolhimento e a construção de vínculos. Segundo Cardoso & Nascimento²¹, a formação de laços entre os ACS e os usuários é essencial para a efetividade de suas funções, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, como pobreza, violência doméstica e abuso de substâncias. Esses vínculos promovem a confiança necessária para que os usuários compartilhem questões sensíveis, contribuindo para um cuidado mais abrangente e humanizado.

Os dados deste estudo corroboram achados anteriores, demonstrando que o AD favorece o desenvolvimento de vínculos (80,5%), permitindo que os pacientes se sintam mais valorizados e confiantes para abordar questões difíceis em um ambiente familiar. As visitas domiciliares são ferramentas cruciais para o fortalecimento dos laços entre os ACS e os usuários, além de promoverem maior adesão ao cuidado em saúde. No entanto, é importante enfatizar que o vínculo deve ser compreendido como uma estratégia de engajamento e não como dependência dos serviços de saúde.^{22,23}

A idealização do papel do ACS é frequentemente relatada na literatura, sendo vista como um desafio para a definição de suas funções. Estudos como os de Rosa et al.²⁴ mostram que muitos ACS percebem seu trabalho como uma "vocação" baseada em valores como solidariedade e voluntariado, o que pode levar à sobrecarga emocional e   atribuição de responsabilidades excessivas. Essa percepção, embora nobre, pode dificultar a implementação de práticas em equipe e o uso racional dos recursos comunitários.

No presente estudo, um dos desafios mais citados pelos ACS foi a falta de apoio institucional (91,7%). Esse achado é consistente com a literatura, que aponta m  s condições de trabalho, insuficiência de recursos materiais e falta de reconhecimento por parte dos gestores e

colegas como barreiras para um desempenho eficaz²⁵. Além disso, a burocratização do trabalho, relatada por 8,3% dos participantes, também é amplamente discutida. Os processos de coleta e registro de dados são frequentemente percebidos como tarefas exaustivas e pouco significativas, reforçando a desconexão entre as atividades administrativas e os objetivos finais da ESF.^{26,27}

O aspecto positivo mais destacado na literatura é a continuidade do cuidado proporcionada pelo AD e o impacto positivo na autoestima dos ACS, à medida que percebem sua utilidade para a comunidade. O reconhecimento por parte dos usuários e das famílias atendidas é um importante motivador, contribuindo para a satisfação profissional e para a identidade dos ACS como agentes de transformação social.²⁸

Embora o AD seja uma ferramenta valiosa para o fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais, é fundamental que os gestores forneçam suporte técnico e emocional adequado, além de promoverem a integração dos ACS com os demais membros da equipe de saúde. Isso garantirá a efetividade das ações desenvolvidas no território e a sustentabilidade do modelo proposto pela ESF.

12.7 Conclusão

Este estudo ofereceu uma abordagem abrangente sobre a percepção dos ACS em relação ao AD. Além de destacar os aspectos positivos, como o estabelecimento de vínculo, a continuidade do tratamento e a promoção da saúde, a pesquisa também mostrou as adversidades enfrentadas no dia a dia, como a falta de apoio e os desafios relacionados à burocratização do processo de trabalho.

12.8 Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 15 nov 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
2. Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm 2013;66(3):412-9.
3. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. Rev Eletr Enferm 2014;16(1):161-9.

4. Mendes AO, Oliveira FA. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2007;2(8):253-60. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc2\(8\)64](https://doi.org/10.5712/rbmfc2(8)64)
5. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits-central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2011;12:24.
6. Bizerril DO, Saldanha KDGH, Silva JP, Almeida JRS, Almeida MEL. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015;10(37):1-8.
7. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MDA, Silva AMND. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(1):131-40.
8. Marques FP, Bulgarelli AF. The significance of home care in caring for the elderly in their twilight years: the human perspective of the SUS professional. *Cienc Saude Coletiva* 2018;25(6):2063-72.
9. Rosa SO, Ramirez I, Lima DC, Pereira AA. Atenção do cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família no atendimento domiciliar à pacientes acamados: revisão de literatura. *Arch Health Investig*. 2021;10(8):1330-6.
10. Kobb R, Hoffman N, Lodge R, Kline S. Enhancing elder chronic care through technology and care coordination: report from a pilot. *Telemed J E Health* 2003;9(2):189-95.
11. Palfrey JS, Sofis LA, Davidson EJ, Liu J, Freeman L, Ganz ML. The pediatric alliance for coordinated care: evaluation of a medical home model. *Pediatrics* 2004;113(5):1507-16.
12. Dick K, Frazier SC. An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. *J Am Acad Nurse Pract* 2006;18(7):325-34.
13. Wajnberg A, Wang KH, Aniff M, Kunins HV. Hospitalizations and skilled nursing facility admissions before and after the implementation of a home-based primary care program. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(6):1144-7.
14. Bryant R, Gaspar P. Implementation of a self-care of heart failure program among home-based clients. *Geriatr Nurs* 2014;35(3):188-93.

15. Jones MG, DeCherrie LV, Meah YS, Hernandez CR, Lee EJ, Skovran DM, et al. Using nurse practitioner co-management to reduce hospitalizations and readmissions within a home-based primary care program. *J Healthc Qual* 2017;39(5):249-58.
16. Muramatsu N, Mensah E, Cornwell T. A physician house call program for the homebound. *Jt Comm J Qual Saf* 2004;30(5):266-76.
17. Swartz MK, Meadows-Oliver M. Clinical outcomes of a pediatric asthma outreach program. *Jr Nurse Pract* 2019;15(6):E119-21.
18. Ankuda CK, Husain M, Bollens-Lund E, Leff B, Ritchie CS, Liu SH, et al. The dynamics of being homebound over time: a prospective study of Medicare beneficiaries, 2012–2018. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(6):1609-16.
19. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo. 2nd ed. Brasília: Liber Livro Ed.; 2012.
20. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2000.
21. Cardoso ADS, Nascimento MCD. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Cien Saude Colet*. 2010;15(3):1509-20.
22. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1499-510.
23. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis: Rev Saude Colet*. 2017;27(4):1003-22.
24. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CDS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saude Soc*. 2012;21(1):141-52.
25. Santos ACD, Hoppe ADS, Krug SB. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis: Rev Saude Colet*. 2019;28:e280403.
26. Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saude Soc*. 2019;28(3):309-23.

27. Santos RCD, Ribeiro LF, Amado CF, Mélo LMBD, Santos L. Condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde em um contexto de saúde digital: velhos e novos desafios. *Interface Comum Saude Educ.* 2024;28:e230548.
28. Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet.* 2016;21(7):2537-46.

13 DISCUSSÃO GERAL

O presente estudo evidenciou que os desafios enfrentados pelo sistema de saúde, no processo de adaptação à nova dinâmica populacional marcada pelo envelhecimento e pelo aumento da prevalência de doenças crônicas, suscitaram preocupações pertinentes quanto à adequação da atenção ofertada. Compreender as características específicas da população idosa é fundamental para delinear estratégias e diretrizes mais eficazes na prevenção e manejo condições de saúde,⁵⁶ em consonância com os princípios da APS, que, conforme destaca Starfield,⁵⁷ deve ser centrada na pessoa, integral, acessível e orientada para a continuidade do cuidado.

Com relação aos dados sociodemográficos entre as pessoas idosas, pôde-se observar predominância do gênero feminino (60,00%), com idade média de 77 anos, maioria era casada (43,40%), observou-se também baixa escolaridade, com 60,00% apresentando ensino fundamental incompleto, com predominância das classes econômicas D/E (90,00%). Entre os cuidadores domiciliares, também foi evidente a presença majoritária de mulheres (92,03%), especialmente com idade acima de 50 anos (49,28%).

No grupo dos profissionais de saúde, também prevaleceu o gênero feminino entre os cirurgiões-dentistas (90,90%), enfermeiros (85,70%), médicos (52,90%), técnicos de enfermagem (89,20%) e agentes comunitários de saúde (83,30%), a faixa etária variou entre 30 e 50 anos.

Quanto à percepção sobre o atendimento recebido, verificou-se que os usuários reconheceram a importância da continuidade do cuidado, ressaltando o papel da assistência domiciliar, frequentemente conduzidas pelos agentes comunitários de saúde. Tais intervenções, ao ocorrerem no ambiente domiciliar, tendem a suprir às necessidades humanas fundamentais, proporcionando conforto e equilíbrio biopsicossocial.^{58,59}

Essa abordagem se alinha diretamente aos princípios do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta fundamental da APS e especialmente relevante na AD.⁶⁰ O PTS parte do reconhecimento de que cada usuário possui demandas singulares, que vão além do diagnóstico biomédico e requerem intervenções interdisciplinares e personalizadas. Ao construir um plano terapêutico específico para cada pessoa, com a participação ativa do paciente, da família e da equipe de saúde - o PTS garante que o cuidado seja contínuo, integral e humanizado.^{61,62}

No contexto da AD, as consultas dos profissionais de saúde não são apenas momentos pontuais de cuidado, mas sim ações que se inserem em um itinerário terapêutico articulado,

coerente com os objetivos traçados no PTS.⁶³ O ambiente domiciliar favorece essa prática, pois permite uma compreensão ampliada da realidade de vida do paciente, dos fatores sociais, culturais e familiares que influenciam seu processo de saúde-doença. Isso viabiliza a adequação das metas terapêuticas, respeitando as singularidades e potencializando a efetividade do cuidado.⁶⁰⁻⁶³

No tocante à qualidade de vida, foram observadas diferenças estatisticamente significativas em dimensões mensuradas pelo EQ-5D, particularmente nos cuidados pessoais e na capacidade funcional, aspectos essenciais para a manutenção da autonomia das pessoas idosas.⁶⁴ A perda de capacidades funcionais impactou negativamente a realização das atividades diárias, especialmente entre o gênero feminino, devido à maior prevalência de condições incapacitantes não fatais, corroborando a literatura.⁶⁵

A análise das condições clínicas demonstrou que neoplasias, acidente vascular encefálico e doenças osteoarticulares, como artrite/artrose/reumatismo, comprometeram significativamente a qualidade de vida, impactando negativamente as dimensões de mobilidade, dor/mal-estar e saúde mental.

Quanto aos cuidadores, constatou-se sua predominância feminina (92,03%), com idade superior a 50 anos e vínculo familiar estreito com o paciente - um perfil amplamente relatado na literatura.^{66,67} A sobrecarga física e emocional desses cuidadores emergiu como tema central, com relatos de fadiga, distúrbios do sono e estresse. A carência de suporte institucional agrava tal situação, sendo imperativo o desenvolvimento de programas de apoio e capacitação.⁶⁸

O caráter multiprofissional da AD mostrou-se fundamental, sendo a colaboração entre as diferentes categorias profissionais um fator determinante para a qualidade do cuidado.^{69,70} O envolvimento ativo de enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde permitiu uma abordagem integral, centrada não apenas na doença, mas no contexto familiar e social dos pacientes.

No contexto dos capítulos que abordaram as percepções dos profissionais participantes, foi unânime o reconhecimento da importância da assistência domiciliar. A prática foi percebida não apenas como uma extensão do atendimento tradicional, mas como uma oportunidade de promover um cuidado mais próximo, humanizado e alinhado às necessidades reais dos pacientes e de suas famílias.

Entre os cirurgiões-dentistas, destacou-se a compreensão de que o atendimento domiciliar vai muito além da execução de procedimentos técnicos. Muitos relataram que, no ambiente domiciliar, conseguem estabelecer vínculos mais sólidos com os pacientes,

compreendendo melhor suas rotinas, limitações e expectativas. Entretanto, não deixaram de pontuar desafios recorrentes - entre eles, condições inadequadas de iluminação e limitações ergonômicas que dificultam a realização de procedimentos mais complexos. Além disso, um aspecto frequentemente mencionado foi a carência de insumos básicos: em várias situações, faltaram até mesmo luvas de boa qualidade para garantir a segurança dos procedimentos, o que gerou frustração e sentimento de vulnerabilidade por parte dos profissionais.

Os enfermeiros, por sua vez, desempenharam papel estratégico na coordenação das ações da AD, articulando os diferentes pontos do cuidado e fortalecendo os vínculos terapêuticos com os pacientes. A formação especializada em Saúde da Família, predominante entre os enfermeiros da amostra, foi reconhecida como um diferencial que contribuiu para uma atuação mais qualificada e sensível às singularidades do cuidado no domicílio. Ainda assim, muitos apontaram que a falta de materiais básicos e o acúmulo de demandas burocráticas dificultaram a fluidez das intervenções.

De modo semelhante, os médicos valorizaram a contribuição da AD para a continuidade do cuidado e para a integralidade da atenção, principalmente no caso de pacientes com restrições severas de mobilidade. Contudo, também relataram obstáculos, como a escassez de recursos e limitações estruturais que, na prática, restringem o alcance das ações que poderiam ser desenvolvidas no domicílio. Em alguns relatos, foi mencionada a ausência de materiais simples que inviabilizavam um exame físico mais completo.

Entre os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, foi recorrente a valorização do vínculo com a comunidade e do conhecimento aprofundado do território. Esses profissionais reforçaram que as práticas de registro sistemático, as discussões em equipe e o planejamento estruturado das visitas futuras são estratégias essenciais não apenas para assegurar a continuidade do cuidado, mas também para garantir a segurança dos pacientes e a qualidade das intervenções realizadas.

Apesar dos avanços e do reconhecimento da importância da atenção domiciliar, ficou evidente que desafios estruturais ainda permeiam o cotidiano das equipes. A carência de insumos básicos, de equipamentos adequados e de suporte logístico acaba por limitar o potencial transformador da prática.

A análise integrada dos diferentes capítulos da tese revela uma forte convergência em torno da valorização da AD como estratégia de humanização do cuidado, de promoção da continuidade terapêutica e de garantia de acesso às pessoas idosas. Simultaneamente, emergem de forma transversal desafios estruturais que comprometem a eficácia da modalidade, entre os

quais se destacam a falta de infraestrutura, carência de recursos humanos e logísticos, e ausência de padronização dos processos de trabalho.

Neste contexto, torna-se imprescindível que políticas públicas robustas e estratégias de gestão integrem e fortaleçam a atenção domiciliar como componente vital da APS, para garantir um cuidado sustentável, centrado na pessoa e capaz de responder às demandas de uma população em envelhecimento.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus resultados. Por ter sido realizado em um único município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, suas conclusões refletem uma realidade local específica, o que limita a generalização dos achados para outros contextos com diferentes estruturas de atenção à saúde, perfis populacionais e condições socioeconômicas.

Além disso, o delineamento transversal impede a identificação de relações causais e a compreensão de mudanças ao longo do tempo, sendo recomendados estudos longitudinais para aprofundar tais análises.

14 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, diante das suas características e limitações, permitiu analisar de maneira abrangente, no cenário do estudo, a atenção domiciliar no âmbito da ESF, evidenciando sua relevância como estratégia fundamental para a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, especialmente para populações vulneráveis e em situação de dependência funcional.

Os resultados demonstraram que a AD não se configura apenas como a extensão do cuidado ofertado nas unidades de saúde, mas como uma modalidade que oportuniza o cuidado mais próximo, humanizado e contextualizado às necessidades biopsicossociais dos usuários e de suas famílias.

Os diferentes grupos profissionais que participaram do estudo, de forma convergente, reconheceram a importância da atenção domiciliar como promotora da continuidade terapêutica e da integralidade do cuidado.

A análise das condições de saúde da população atendida revelou a complexidade do perfil dos usuários, marcada pela presença de doenças crônicas, limitações funcionais e demandas de saúde mental, o que reforça a necessidade de abordagens integradas e centradas na pessoa. Da mesma forma, destacou-se a sobrecarga enfrentada pelos cuidadores familiares.

No campo da prática profissional, constatou-se que cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde reconhecem a atenção domiciliar como uma prática intrinsecamente multiprofissional, cuja integração entre os diferentes saberes é fundamental para assegurar a qualidade e a efetividade do cuidado. As experiências compartilhadas evidenciaram que a construção de vínculos, a escuta qualificada, a compreensão do contexto familiar e a articulação entre os membros da equipe contribuem significativamente para melhores desfechos clínicos e para o fortalecimento da adesão ao tratamento. No entanto, como observado há limitações na formação profissional para atuar especificamente no cuidado domiciliar à pessoa idosa, o que evidencia a necessidade de implementação de ações de Educação Permanente em Saúde. Tais ações podem ampliar o repertório técnico e humanístico das equipes, além de favorecer uma atuação mais resolutiva, interdisciplinar e centrada nas necessidades complexas desse público.

Contudo, o estudo também evidenciou desafios significativos que limitam a plena efetividade da atenção domiciliar, tais como a carência de insumos básicos e equipamentos adequados, a insuficiência de suporte logístico e a falta de padronização nos processos de

trabalho. Essas fragilidades podem comprometer a segurança e a qualidade das intervenções, gerando insatisfação entre os profissionais e expondo os usuários a riscos evitáveis.

ANEXOS

ANEXO A - REFERÊNCIAS INTRODUÇÃO GERAL; REVISÃO DE LITERATURA, METODOLOGIA EXPANDIDA E DISCUSSÃO GERAL

1. EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal do Programa de Saúde da Família do município de Mosqueiro, Pará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 35, 2008.
2. ALMEIDA, J. R.; SANTOS VIANINI, M. C.; SILVA, D. M.; MENEGHIN, R. A.; SOUZA, G.; RESENDE, M. A. O enfermeiro frente às práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 18, p. e77, 2019.
3. MALUF, F.; CORDEIRO, A. T.; FREITAS, A. P. P.; OLIVEIRA, J. A. S.; NETA, M. L. S.; AGUIAR SOUZA, M. J. M. A visita domiciliar como prática de ensino em odontologia: revisão de literatura. **Revista Pró-univerSUS**, v. 11, n. 2, p. 152-157, 2020.
4. SOUSA, C. E. G. C. A equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família–esf: revisão de literatura. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 22, p. 34-47, 2021.
5. DIÓGENES JÚNIOR, V. H. S.; MAGALHÃES, G. D. A. P.; PACHECO, R. R.; SILVA, C. H. F.; CARNEIRO, S. V. Relato de experiência de acadêmicos de odontologia durante o programa Brazil MISSION TRIP. **Revista Expressão Católica**, v. 11, n. esp., p. 37-45, 2022.
6. BONFIM, D.; PEREIRA, M. J. B.; PIERANTONI, C. R.; HADDAD, A. E.; GAIDZINSKI, R. R. Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de Saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 25-34, 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
8. CROWLEY, C.; STUCK, A. R.; MARTINEZ, T.; WITTGROVE, A. C.; ZENG, F.; BRENNAN, J. J.; CHAN, T. C.; KILLEEN, J. P.; CASTILLO, E. M. Survey and chart review to estimate medicare cost savings for home health as an alternative to hospital admission following emergency department treatment. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 51, n. 6, p. 643–647, 2016.

9. ANDRADE, A. M.; SILVA, K. L.; SEIXAS, C. T.; BRAGA, P. P. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 210-219, 2017.
10. NEVES, A. C. D. O. J.; SEIXAS, C. T.; ANDRADE, A. M.; CASTRO, E. A. B. D. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. e290214, 2019.
11. CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 12, n. 3, p. 18-23, 2007.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: BRASIL. Ministério da Saúde, 2004.
13. NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2017.
14. SILVA, R. M. D.; PERES, A. C. O.; CARCERERI, D. L. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2259-2270, 2020.
15. Duarte YAD, Berzins MAVDS, Giacomini KC. Política Nacional do Idoso: As Lacunas da Lei e a Questão dos Cuidadores. Política Nacional do Idoso: Velhas e novas questões. Rio de Janeiro, Brazil: IPEA; 2016.
16. CHAGAS, G. D. C. C. et al. Projeto terapêutico singular durante visita domiciliar a um paciente portador de Parkinson: relato de experiência. **Revista Extensão**, v. 7, n. 2, p. 31-38, 2023.
17. GUDNADOTTIR, M.; BJORNSDOTTIR, K.; JONSDOTTIR, S. Perception of integrated practice in home care services. **Journal of Integrated Care**, v. 27, n. 1, p. 73-82, 2018.
18. MOSQUERA-GONZÁLEZ, M.; MARTÍN-GARCÍA, M. C.; SÁNCHEZ-RIQUELME, S.; ALONSO-GARCÍA, M. Hospital medical doctors perception on palliative home care support team. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 53, n. 6, p. 358-359, 2018.

19. SILVA, J. L. D.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S.; ARRUDA, B. C. C. G.; RAMOS, A. R.; BATISTON, A. P. Perception of health professionals about shared care between primary care and home care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200410, 2021.
20. HOVLIN, L.; HALLGREN, J.; DAHL ASLAN, A. K.; GILLSJÖ, C. The role of the home health care physician in mobile integrated care: a qualitative phenomenographic study. **BMC Geriatrics**, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2022.
21. FORSGÄRDE, E. S.; RÖÖST, M.; ELMQVIST, C.; FRIDLUND, B.; SVENSSON, A. Physicians' experiences and actions in making complex level-of-care decisions. **BMC Geriatrics**, v. 23, n. 1, p. 323, 2023.
22. JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.
23. ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, 2002.
24. LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Cuiabá: Educs, 2003.
25. FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.
26. LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**. São Paulo: Liberlivro, 2005.
27. DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. D. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 620-626, 2009.
28. LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. D. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.
29. CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

30. LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social**. São Paulo: Liberlivro, 2010.
31. BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panoramas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.
32. LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2. ed. São Paulo: Liber, 2012.
33. FIGUEIREDO, M. Z.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 1, p. 151-157, 2013.
34. LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 502-507, 2014.
35. COSTA-MARINHO, M. L. O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem qualiquantitativa para a pesquisa social. **Trabajo Social Global-Global Social Work**, v. 5, n. 8, p. 90-115, 2015.
36. CARVALHO, S. A. **O uso da metodologia discurso do sujeito coletivo (DSC) nas pesquisas com interface entre comunicação e saúde**. 2016. Disponível em: <https://portalintercom.org.br/anais/pensacom2016/textos/simone-carvalho.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2024.
37. OLIVEIRA, S. X.; OLIVEIRA, M. D.; CAMBOIM, F. E. F.; NÓBREGA, M. M. S.; LIMA, A. B.; MELO, A. C. Teorias das representações sociais e o discurso do sujeito coletivo como ferramentas para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas. **Temas Saúde**, v. 18, n. 1, p. 126-135, 2018.
38. BUENO, M. B. T.; BROD, F. A. T. O lúdico para a área da saúde: Perspectivas por meio do discurso do sujeito coletivo (DSC). **Ensino de Ciências e Tecnologia em Revista-ENCITEC**, v. 11, n. 3, p. 152-165, 2021.
39. OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L.; SARTOR, S. F.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E. Enunciados sobre la atención domiciliaria en el panorama mundial: revisión narrativa. **Enfermería Global**, v. 14, n. 3, p. 360-389, 2013.

40. STALL, N.; NOWACZYNSKI, M.; SINHA, S. K. Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians. Part 2: where we are going. **Canadian Family Physician**, v. 59, p. 243-245, 2013.
41. KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 161-169, 2014.
42. SANTOS, E. E. P.; PERIN, C. B.; CALZA, D.; AZEVEDO, D.; OLIVEIRA, S. S. Z.; AMTHAUER, C. Reflexões sobre visita domiciliar: estratégia para o cuidado qualificado e integral de indivíduos e famílias. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, v. 2, p. e14084, 2017.
43. SILVA, K. L.; SILVA, Y. C.; LAGE, É. G.; PAIVA, P. A.; DIAS, O. V. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2017.
44. JONES, C.; BROWN, S.; HENDERSON, E.; et al. The impact of home visits on health outcomes: a systematic review. **British Journal of General Practice**, v. 68, n. 675, p. 844-851, 2018.
45. PAMUNGKAS, R. A.; CHAMROONSAWASDI, K. Home-based interventions to treat and prevent childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. **Behavioral Sciences**, v. 9, n. 4, p. 38, 2019.
46. PROCÓPIO, L. C. R.; SEIXAS, C. T.; AVELLAR, R. S.; SILVA, K. L.; SANTOS, M. L. M. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 592-604, 2019.
47. WOLFF-BAKER, D.; ORDONA, R. B. The expanding role of nurse practitioners in home-based primary care: opportunities and challenges. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 45, n. 1, p. 9-14, 2019.
48. LOPES, F. R. P.; VASCONCELOS, M. V. L.; PEDROSA, C. M. S.; FREIRE, C. J. Contribuição da pesquisa-ação educacional (pesquisa-ensino) para a inserção do atendimento domiciliar na matriz curricular em odontologia. **New Trends in Qualitative Research**, v. 3, p. 56-67, 2020.

49. OLIVEIRA, C. M. V.; MACIEL, M. E. B.; LIMA, C. G.; GALLINDO, G. D.; SIMÕES, J. P. S.; CARVALHO, V. P. S.; SANTOS, S. C. Entraves na assistência domiciliar ao idoso: análise da produção científica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 411-429, 2021.
50. DRUMONT, E.; ALVES, M. S.; LICOR, D. P.; TORMEN, D. Visitas domiciliares aos serviços residenciais terapêuticos: cotidiano dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 9, p. e3412943132, 2023.
51. BARBOSA, L. C.; GARBIN, C. A. S.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, T. A. Cuidadores domiciliares de idosos: qualidade de vida e práticas no processo de cuidar. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 26, p. 291-313, 2021.
52. FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, p. 189-198, 1975.
53. BRUCKI, S. M.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H.; OKAMOTO, I. H. Suggestions for utilization of the Mini-Mental State Examination in Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, p. 777-781, 2003.
54. EUROQOL GROUP. EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. **Health Policy**, v. 16, p. 199-208, 1990.
55. DEVLIN, N. J.; BROOKS, R. EQ-5D and the EuroQol Group: past, present and future. **Applied Health Economics and Health Policy**, v. 15, p. 127-137, 2017.
56. SCHENKER, M.; COSTA, D. H. D. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019.
57. STARFIELD, B. **Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
58. PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. D. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, p. 538-541, 2003.

59. BRASIL. **Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.** XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
60. CHAGAS, G. D. C. C. et al. Projeto terapêutico singular durante visita domiciliar a um paciente portador de Parkinson: relato de experiência. **Revista Extensão**, v. 7, n. 2, p. 31-38, 2023.
61. PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, p. 493-502, 2011.
62. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
63. FERREIRA, S. O. et al. Construção de um projeto terapêutico singular durante visita domiciliar: relato de experiência. **Cidadania em Ação: Revista de Extensão e Cultura**, v. 9, n. 1, p. 120-129, 2015.
64. FILLENBAUM, G. G. **The Wellbeing of the Elderly: Approaches to Multidimensional Assessment.** Geneva: World Health Organization, 1984.
65. DANIEL, F. et al. Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspectiva de género. **Portuguese Journal of Public Health**, v. 36, p. 59-65, 2019.
66. FERREIRA, C. G.; ALEXANDRE, T. D. S.; LEMOS, N. D. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 398-409, 2011.
67. SOUZA, I. D.; PEREIRA, J. D. A.; SILVA, E. M. Entre o Estado, a sociedade e a família: o care das mulheres cuidadoras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2720-2727, 2018.
68. ROCHA JÚNIOR, P. R. et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3131-3137, 2011.
69. BÔAS, M. L. D. C. V.; SHIMIZU, H. E. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 32-40, 2015.

70. PEREIRA, J. A. et al. Atenção domiciliar: atuação da equipe multiprofissional na perspectiva dos profissionais. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 35, p. 162-173, 2021.

ANEXO B – PUBLICAÇÃO DO CAPÍTULO 1



Pesquisa

ISSN 2525-8222

DOI: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2024.v.12.n.32.739>

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: BASES CONCEITUAIS, ENFOQUES E APLICAÇÕES EM PESQUISAS QUALITATIVAS

DISCOURSE OF THE COLLECTIVE SUBJECT: CONCEPTUAL FOUNDATIONS, APPROACHES, AND APPLICATIONS IN QUALITATIVE RESEARCH

Luís Eduardo Genaro¹

José Victor Marconato²

Felipe Eduardo Pinotti³

Aylton Valsecki Júnior⁴

Tânia Adas Saliba⁵

Fernanda Lopez Rosell⁶

Resumo: Devido à sua abordagem quali quantitativa, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) destaca-se como uma metodologia de grande importância em pesquisas voltadas para a saúde pública, permitindo análises abrangentes, tanto qualitativa quanto quantitativa com base nos dados coletados. O propósito deste artigo é apresentar a fundamentação teórica e a aplicabilidade do DSC para o desenvolvimento e a análise de pesquisas qualitativas. No texto, discutem-se os conceitos de discurso e análise, estabelecendo relação com a metodologia de análise do DSC. A utilização dessa metodologia revela-se de maneira apropriada através de dados qualitativos, fundamenta-se na Teoria da Representação Social, que têm a capacidade de revelar pensamentos, representações, valores e crenças de uma coletividade sobre um tema específico, empregando métodos científicos. Acreditamos que este estudo convida o leitor para a reflexão metodológica do DSC, apresentando relevância como instrumento ou ferramenta prática no contexto das pesquisas qualitativas.

Palavras-chave: Pesquisa qualitativa; Teoria das Representações Sociais; Discurso do Sujeito Coletivo; Métodos.

Abstract: Due to its quali quantitative approach, the Discourse of the Collective Subject (DCS) stands out as a methodology of great importance in research focused on public health, enabling comprehensive analyses, both qualitative and quantitative, based on the collected data. The purpose of this article is to present the theoretical foundation and applicability of DCS for the development and analysis of qualitative research. In the text, the concepts of discourse and analysis are discussed, establishing a relationship with the DCS analysis methodology. The use of this methodology is appropriately revealed through qualitative

¹ Mestrando em Saúde Coletiva em Odontologia; Universidade Estadual Paulista (UNESP); Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA); Araçatuba, São Paulo, Brasil. E-mail: luiz.genaro@unesp.br

² Graduando em Medicina; Universidade São Francisco (USF); Faculdade de Medicina de Bragança Paulista; Bragança Paulista, São Paulo, Brasil. E-mail: vmarconato@outlook.com

³ Doutorando em Saúde Coletiva em Odontologia; Universidade Estadual Paulista (UNESP); Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA); Araçatuba, São Paulo, Brasil. E-mail: felipe.pinotti@unesp.br

⁴ Doutor em Ciências Odontológicas; Universidade Estadual Paulista (UNESP); Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr); Araraquara, São Paulo, Brasil. E-mail: aylton.valsecki-junior@unesp.br

⁵ Doutora em Odontologia Legal e Deontologia; Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Universidade Estadual Paulista (UNESP); Araçatuba, São Paulo, Brasil. E-mail: tania.saliba@unesp.br

⁶ Doutora em Odontologia; Universidade Estadual Paulista (UNESP); Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr); Araraquara, São Paulo, Brasil. E-mail: fernanda.lopez-rosell@unesp.br

ANEXO C – PUBLICAÇÃO DO CAPÍTULO 2



International Journal of
Environmental Research
and Public Health



Article

Home Care for the Elderly: An Integrated Approach to Perception, Quality of Life, and Cognition

Luis Eduardo Genaro ^{1,*} , José Victor Marconato ², Elaine Pereira da Silva Tagliaferro ³, Felipe Eduardo Pinotti ¹, Aylton Valsecki Júnior ³, Tânia Adas Saliba ⁴ and Fernanda Lopez Rosell ³

¹ Postgraduate Program in Collective Health in Dentistry, School of Dentistry, São Paulo State University, Araçatuba 16.015-050, SP, Brazil; felipe.pinotti@unesp.br

² School of Medicine, San Francisco University, Bragança Paulista 12.916-900, SP, Brazil; vmarconato@outlook.com

³ Department of Community Dentistry, School of Dentistry, São Paulo State University, Araraquara 14.801-903, SP, Brazil; elaine.tagliaferro@unesp.br (E.P.d.S.T.); aylton.valsecki-junior@unesp.br (A.V.J.); fernanda.lopez-rosell@unesp.br (F.L.R.)

⁴ Department of Preventive and Restorative Dentistry, School of Dentistry, São Paulo State University, Araçatuba 16.015-050, SP, Brazil; tania.saliba@unesp.br

* Correspondence: luis.genaro@unesp.br



Citation: Genaro, L.E.; Marconato, J.V.; Tagliaferro, E.P.d.S.; Pinotti, F.E.; Valsecki Júnior, A.; Adas Saliba, T.; Rosell, F.L. Home Care for the Elderly: An Integrated Approach to Perception, Quality of Life, and Cognition. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2024**, *21*, 539. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050539>

Academic Editor: Yoshihisa Hirakawa

Received: 2 February 2024

Revised: 1 March 2024

Accepted: 2 March 2024

Published: 25 April 2024



Copyright: © 2024 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: This study investigated the impact of home care, health status, and cognition. A qualitative and quantitative approach was employed through a cross-sectional study with a sample of 60 elderly individuals in need of home care in the municipality of Itatiba, São Paulo, Brazil. The analysis utilized the Discourse of the Collective Subject (DCS), EQ-5D, EQ VAS, and Mini-Mental State Examination (MMSF). The sample consisted of 40.0% male and 60.0% female individuals. The majority (61.6%) received weekly visits, mainly from community health agents, who were responsible for the majority of the care (45%). Positive considerations were highlighted, with 36.6% emphasizing the contribution to treatment continuity. The EQ VAS assessment indicated a moderately good perception of health. The EQ-5D analysis revealed significant differences between genders in personal care ($p = 0.04$). There were significant differences between clinical characteristics and EQ-5D dimensions, such as neoplasia and reduced mobility ($p = 0.04$), and arthritis/osteoarthritis/rheumatism and a limitation in common activities ($p = 0.01$). The presence of anxiety/depression was significant in cases of neoplasia ($p = 0.006$), arthritis/osteoarthritis/rheumatism ($p = 0.01$), and stroke ($p = 0.04$). The logistic regression analysis showed associations between usual activities and arthritis, osteoarthritis, rheumatism ($p = 0.034$), pain/malaise and arthritis, osteoarthritis, rheumatism ($p = 0.038$), and anxiety/depression and stroke ($p = 0.028$). The average MMSE scores (17.52) suggested a mild cognitive impairment, with no statistical differences between genders. Based on these results, it can be concluded that home care can provide a comprehensive approach and continuous assistance, emphasizing the importance of personalized care based on perceived and clinical differences.

Keywords: home care services; home nursing; mini-mental state examination

1. Introduction

Globally, the aging population trend is on the rise. According to the World Health Organization, it is estimated that the proportion of the population aged over 60 will increase from 12% to 22% between 2015 and 2050 [1]. With an aging population, there is a growing demand for supportive care for dependent elderly individuals, catering to the general public [1,2]. The rise in life expectancy and the increase in elderly individuals with chronic illnesses highlight the need for long-term care, becoming a major challenge for healthcare systems in many countries [3].

Recently, an action plan titled “Healthy Aging Decade 2020–2030” was disclosed. This plan calls for concerted, catalytic, and sustained collaboration over a period of ten

ANEXO D – SUBMISSÃO DO CAPÍTULO 3



geriatrics



Article

Home Caregivers of Elderly People: Perceptions and Quality of Life

Luís Eduardo Genaro ^{1,*} , José Victor Marconato ², Aylton Valsecki Júnior ³, Tânia Adas Saliba ⁴ and Fernanda Lopez Rosell ³

¹ Postgraduate Program in Collective Health in Dentistry, School of Dentistry, São Paulo State University, Araçatuba 16.015-050, São Paulo, Brazil

² School of Medicine, San Francisco University, Bragança Paulista 12.916-900, São Paulo, Brazil; jose.marconato@mail.usf.edu.br

³ Department of Community Dentistry, School of Dentistry, São Paulo State University, Araraquara 14.801-903, São Paulo, Brazil; aylton.valsecki-junior@unesp.br (A.V.J.); fernanda.lopez-rosell@unesp.br (F.L.R.)

⁴ Department of Preventive and Restorative Dentistry, School of Dentistry, São Paulo State University, Araçatuba 16.015-050, São Paulo, Brazil; tania.saliba@unesp.br

* Correspondence: luis.genaro@unesp.br



Academic Editor: Mojtaba Vaismoradi

Received: 16 March 2025

Revised: 15 April 2025

Accepted: 16 April 2025

Published: 29 April 2025

Citation: Genaro, L.E.; Marconato, J.V.; Valsecki Júnior, A.; Adas Saliba, T.; Rosell, F.L. Home Caregivers of Elderly People: Perceptions and Quality of Life. *Geriatrics* **2025**, *10*, 61. <https://doi.org/10.3390/geriatrics10030061>

Copyright: © 2025 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: **Objective:** In this study, we aimed to identify the main factors that influence the quality of life of caregivers in the context of home care for the elderly. **Methodology:** This is a mixed-methods study with a qualitative–quantitative approach, conducted with 138 home caregivers from the city of Itatiba, São Paulo, Brazil. Individual interviews were conducted, and the qualitative data were analyzed using the Collective Subject Discourse technique. Simultaneously, the quantitative approach involved the application of the EQ-5D questionnaire to assess health-related quality of life, and the data were analyzed using descriptive statistics and significance tests. **Results:** The majority of caregivers were female, accounting for 92.03% of the total, with the predominant age group being over 50 years old (49.28%). The interviews highlighted the regularity of home visits by healthcare professionals, emphasizing the importance of these visits for the continuity of treatment at home. However, some caregivers expressed feelings of loneliness due to social isolation and emotional burden, reporting difficulties in resting at night and experiencing pain. In the quality of life assessment, statistically significant differences were identified in various dimensions of the EQ-5D. Women showed a higher proportion of extreme problems in usual activities ($p < 0.001$) and pain/discomfort ($p = 0.02$), while men reported more moderate problems with anxiety/depression ($p = 0.03$). **Conclusions:** This study highlights the importance of personalized and accessible care for patients. It underscores the need for emotional support and educational resources for caregivers to mitigate the negative impacts of prolonged caregiving on their physical and emotional health.

Keywords: home care; elderly; caregivers

1. Introduction

Globally, the number of individuals aged 65 and older is expected to double between 2000 and 2030, with an average life expectancy approaching 80 years [1,2]. Consequently, as life expectancy increases, the number of older adults requiring long-term home care also rises [1,3].

ANEXO E – PUBLICAÇÃO DO CAPÍTULO 4

Accepted: 1 July 2024

DOI: 10.1111/ger.12778

ORIGINAL ARTICLE



Oral health in home care: Perspectives and experiences of dentists in a Brazilian region

Luis Eduardo Genaro¹ | José Victor Marconato² | Elaine Pereira da Silva Tagliaferro³ |
 Felipe Eduardo Pinotti¹ | Aylton Valsecki Júnior³ | Tânia Adas Saliba⁴ |
 Fernanda Lopez Rosell³

¹Postgraduate Program in Collective Health in Dentistry, São Paulo State University (UNESP), School of Dentistry, Araçatuba, Brazil

²School of Medicine San Francisco University (USF), Bragança Paulista, Brazil

³Department of Community Dentistry, São Paulo State University (UNESP), School of Dentistry, Araraquara, Brazil

⁴Department of Preventive and Restorative Dentistry, São Paulo State University (UNESP), School of Dentistry, Araçatuba, Brazil

Correspondence

Luis Eduardo Genaro, Postgraduate Program in Program in Collective Health in Dentistry, São Paulo State University (Unesp), School of Dentistry, Araçatuba, Brazil.
 Email: luis.genaro@unesp.br

Introduction: Home care provided by dentists is crucial for ensuring adequate oral care. However, oral health professionals face challenges in delivering treatment at patients' residences due to a lack of resources. Our objective was to explore dentists' perspectives and experiences of dental home care and potential challenges for its implementation.

Methods: The study took a qualitative approach. Guided by a semi-structured interview schedule, data were gathered using recorded interviews with 22 dental professionals. After transcription, data were analysed thematically using the Discourse of the Collective Subject (DCS) method, using Qualiquantisoft.

Results: The majority of participants were female (n=20), aged between 30 and 40 years old, and predominantly specialising in primary care (n=6) or endodontics (n=6). All participants provided home care, performing general dental procedures, normally responding to requests from the work team (n=13) or family (n=7). Six main categories on the topic emerged: importance and access to home care, procedures performed during home visits, discussions about post-home care, professional competence and patient-centred care, positive aspects of home care, and negative aspects and challenges faced in this type of care.

Conclusion: This study highlights the fundamental, yet complex, role of home care in dentistry. Continuity of treatment through adaptability and a patient-centred approach are important.

KEYWORDS

dentists, family health, home care services, professionals

1 | INTRODUCTION

Oral health is of utmost importance for quality of life and well-being,^{1,2} and for this, good oral hygiene is essential.^{3,4} However, individuals in need of home care face challenges in accessing dental services and treatments due to their restricted condition,^{5,6} lack of social support and/or financial resources, absence of family

members to accompany them to appointments, or financial means to make accessibility modifications in their homes.⁷⁻⁹ Moreover, they find it more difficult to perform the necessary dental care themselves due to a lack of visual and motor skills.^{5,6}

A home care consultation conducted by a dentist is essential for good oral health of the patient.¹⁰ Chronic oral inflammation promotes the progression of neurodegenerative diseases and the

© 2024 Gerodontology Association and John Wiley & Sons Ltd.

Gerodontology. 2024;00:1–10.

wileyonlinelibrary.com/journal/ger | 1

ANEXO F – PUBLICAÇÃO DO CAPÍTULO 5



Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2024;27:e240044

Home care for older adults: perspectives of nurses under the Family Health Strategy

Original Articles

1 of 10

Luís Eduardo Genaro¹
 José Victor Marcondes²
 Felipe Eduardo Pinatti³
 Aylton Valsecki Júnior³
 Tânia Adas Saliba³
 Fernanda Lopez Rosell¹

Abstract

Objective: To analyze the perceptions of nurses under the Family Health Strategy regarding Home Care offered to older adults. **Method:** A descriptive, qualitative study involving semi-structured interviews of nurses to elucidate the perceptions of these professionals about home care was conducted. The Discourse of the Collective Subject method, anchored in Social Representation theory, was employed. **Results:** A sample of 14 nurses, predominantly women, Family and Community Health experts, who made weekly home-care visits, was studied. Participants reported the importance of care, of appreciating the patient's situation and of delivering health services. The nurses also reported performing a range of procedures during visits. After the home visits, the professionals made notes in the patient medical records, discussed cases with the multidisciplinary team or scheduled the next visits. Most participants stressed the importance of humanized care and technical knowledge. Treatment continuity and building ties were positive aspects cited. Regarding drawbacks, lack of resources was the most commonly cited aspect. **Conclusion:** The participants acknowledged the importance of Home Care in the Family Health Strategy offered to older adults, a practice which promotes deeper understanding of patients, provides treatment continuity, but that also faces challenges in practice.

Keywords: Home Health Nursing, Family Health, Aged.

¹ Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Aracatuba, SP, Brasil

² Universidade São Francisco, Faculdade de Medicina, Bragança Paulista, SP, Brasil

³ Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araraquara, SP, Brasil

Funding: This work was carried out with the support of the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES). Process number: 001. Master's scholarship.

The authors declare that there is no conflict in the conception of this work.

Correspondence
 Luís Eduardo Genaro
 luis.genaro@unesp.br

Received by March 4, 2024
 Approved by July 12, 2024

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562024027.240044.en>

ANEXO G – CARTA DE ACEITE DO CAPÍTULO 6

Sua submissão foi aceita para Medicina (Ribeirão Preto)

Externa

Caixa de entrada x



Revista Medicina via Portal de Revistas da USP <portalderrevistas@usp.br>
para mim ▾

seg., 28 de abr., 09:58 (há 7 dias) ☆ ↶ ⋮

Prezado(a) Luís Eduardo Genaro,

Temos o prazer de informá-lo(a) que decidimos **"aceitar a submissão"** sem avaliação adicional. Após uma análise cuidadosa, descobrimos que sua submissão, Médicos em domicílio: a importância do atendimento domiciliar e seus desafios diários, atendeu ou superou nossas expectativas. Estamos entusiasmados em publicar seu artigo em Medicina (Ribeirão Preto) e agradecemos por escolher nosso periódico como local para seu trabalho.

Sua submissão será enviada em uma futura edição de Medicina (Ribeirão Preto) e você será bem-vindo para incluí-la em sua lista de publicações. Reconhecemos o trabalho árduo de cada submissão bem-sucedida e queremos parabenizá-lo(a) por chegar a esse estágio.

Sua submissão agora passará pela etapa de "Edição de Texto" e "Editoração" para prepará-la para publicação.

Em breve você receberá mais instruções.

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco em seu [painel de submissão](#).

Atenciosamente,

Revista Medicina

ANEXO H – SUBMISSÃO DO CAPÍTULO 7

Secretaria da RBMFC via Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade <pen-bounces@emnuvens.com.br>
Responder a: Secretaria da RBMFC <rbmfc@rbmfc.org.br>
Para: Luis Eduardo Genaro <luis.genaro@unesp.br>

6 de março de 2024 às 15:07

Luis Eduardo Genaro,

Agradecemos a submissão do trabalho "Perspectivas dos técnicos de enfermagem da equipe de Estratégia Saúde da Família sobre Atenção Domiciliar" para a revista Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/authorDashboard/submission/4155>
Login: luis0912

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Secretaria da RBMFC

ANEXO I – CARTA DE ACEITE DO CAPÍTULO 8

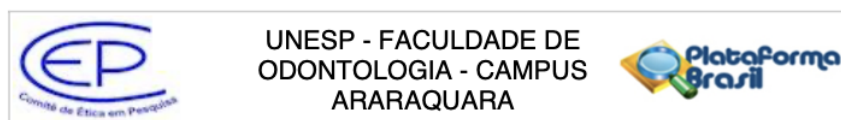
Luís Eduardo Genaro, José Victor Marconato, Aylton Valsecki Júnior, Tânia Adas Saliba, Fernanda Lopez Rosell:

Nós chegamos a uma decisão referente a sua submissão para o periódico Journal of Health Sciences, "Perceptions of community health agents regarding home care provided to the elderly".

Nossa decisão é de: Aceitar a Submissão

Equipe Editorial _____

ANEXO J - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Atenção Domiciliar: Percepção e atuação profissional

Pesquisador: Fernanda Lopez Rosell

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 69122923.6.0000.5416

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.310.045

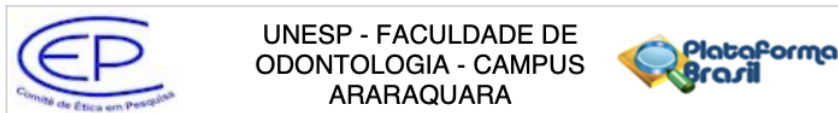
Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda acompanhada de relatório parcial do projeto de pesquisa cujo resumo consta: Introdução: A atenção domiciliar (AD) caracteriza-se por um conjunto de ações e serviços de promoção a saúde, apresenta como uma forma de acesso do usuário as ações e serviços de saúde, permitindo continuidade aos cuidados. Apesar de ser uma relevante estratégia de formação humanizada dos profissionais, há poucas evidências científicas sobre a percepção dos profissionais que compõem a equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e os usuários sobre a AD, dessa maneira, torna-se importante o desenvolvimento de estudos complementares para que a população e os profissionais se beneficiem. Objetivo: Analisar a percepção e a atuação dos profissionais de equipes de Estratégia Saúde da Família e usuários sobre a AD, em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Materiais e Métodos: Para os profissionais (n=122), será disponibilizado um questionário com questões dissertativas e para os usuários (n=150) será aplicado o questionário EQ-5D, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e um questionário dissertativo, os dados serão analisados por meio da técnica quali-quantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, com o auxílio do Microsoft Excel® e para os dados quantitativos será utilizado testes específicos, considerando um nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: HUMAITA 1680, SALA 512
Bairro: CENTRO **CEP:** 14.801-903
UF: SP **Município:** ARARAQUARA
Telefone: (16)3301-6459 **E-mail:** cep.foar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.310.045

O objetivo do presente estudo é analisar a percepção e a atuação dos profissionais de equipes de Estratégia Saúde da Família e usuários sobre a AD, em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

Objetivo Secundário:

1 – Descrever o perfil (socioeducacional) dos profissionais da ESF; 2 - Descrever o perfil (socioeducacional e econômico) e as morbidades dos pacientes atendidos na AD; 3 - Analisar a percepção dos profissionais (ESF) sobre suas competências durante a AD; 2 - Analisar a percepção dos usuários/família sobre a AD; 3 - Analisar os procedimentos realizados pelos profissionais (ESF) na AD.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos desta pesquisa estão relacionados a identificação do participante. Os riscos serão minimizados pela ausência de identificação ao responder o questionário impresso. O anonimato do participante será garantido, mesmo que desista da participação da pesquisa, após ter respondido o questionário, os dados ainda serão utilizados devido a impossibilidade de identificação dos mesmos pelo sistema utilizado.

Benefícios:

Os benefícios estão relacionados ao conhecimento da percepção e atuação dos profissionais e usuários que necessitam de atenção domiciliar, para que se possa planejar estratégias para a melhoria da atuação profissional no cuidado à atenção domiciliar destes pacientes. Os resultados dessa pesquisa também apresenta relevância para os gestores em saúde, todos os profissionais das equipes de saúde da família e população em geral, de forma que auxilie a compreensão e a dimensão das demandas provindas desse grupo de pacientes, ressaltando também a importância e até mesmo modificações necessárias nos programas de assistência das unidades de saúde da família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

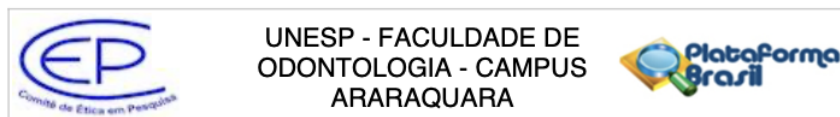
Estudo Nacional e unicêntrico, observacional quanti-qualitativo, com a aplicação de questionário elaborado pelo próprio pesquisador.

Patrocinador: próprio pesquisador

Número de participantes incluídos no Brasil: 272

Não haverá armazenamento de amostras em banco de material biológico

Endereço: HUMAITA 1680, SALA 512
Bairro: CENTRO **CEP:** 14.801-903
UF: SP **Município:** ARARAQUARA
Telefone: (16)3301-6459 **E-mail:** cep.foar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.310.045

Previsão de início: 01/07/2023 e encerramento do estudo: 10/01/2025

Crítérios de inclusão: Os critérios de inclusão serão: os profissionais acima de 18 anos que atuam junto às equipes de ESF do município e pacientes maiores de 18 anos, que são atendidos por meio da atenção domiciliar.

Forma de abordagem dos participantes da pesquisa não foi relatado para os profissionais da área de saúde. Forma de abordagem dos participantes da pesquisa usuários: Será realizado um levantamento, no período de junho/2021 a junho/2023, com o auxílio dos ACS, sobre a quantidade efetiva de pacientes domiciliados maiores de 18 anos, para coleta de dados do perfil socioeducacional, econômico e das morbidades presentes nestes pacientes que levam a atenção domiciliar. Após finalizado o levantamento, serão realizadas visitas, durante o mês de julho/2023, aos domicílios dos pacientes que atenderem os critérios para participar deste estudo. Nestas visitas serão esclarecidos os objetivos, riscos e benefícios do estudo para o paciente, cuidadores e/ou familiares presentes e assim, serão convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, após a assinatura do TCLE. O termo de compromisso e utilização dos dados (TCUD) foi assinado pela equipe envolvida no projeto.

Justificativa de emenda: Foi apresentado relatório parcial com solicitação de emenda para alteração na metodologia. Foi incluído como questionário para o grupo de usuários (n=150) o questionário EQ-5D, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) além do questionário proposto no projeto inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados na solicitação de emenda: protocolo PB, relatório parcial, projeto de pesquisa.

Recomendações:

Vide campo conclusões ou pendências e lista de inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

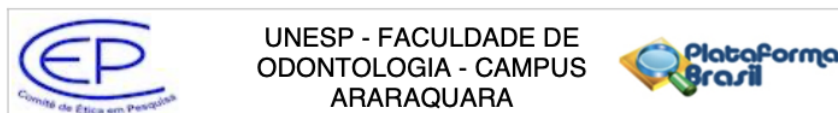
PENDÊNCIA 1

No documento intitulado projeto_alterado, submetido em 15/08/2023, solicita-se incluir como será feita a abordagem aos profissionais de saúde.

PENDÊNCIA 2

No documento intitulado termo_de_consentimento_livre_esclarecido, submetido em 13/05/2023, solicita-se esclarecer sobre o tempo de resposta usado para responder os 3 questionários e

Endereço: HUMAITA 1680, SALA 512
Bairro: CENTRO **CEP:** 14.801-903
UF: SP **Município:** ARARAQUARA
Telefone: (16)3301-6459 **E-mail:** cep.foar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.310.045

informar o participante da pesquisa que serão 3 questionários a serem respondidos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminhe-se ao pesquisador para atender as recomendações acima, com as seguintes orientações da CONEP:

1) Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data da sua emissão.

2) As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (Carta Resposta).

Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer (que estão enumeradas, exemplo: Pendência 1...Pendência 2...), obedecendo à ordenação deste. Exemplo:

Pendência 1

XXXXXXX (copie aqui a pendência do parecer consubstanciado)

Resposta: XXXXXXXX (digite a resposta do pesquisador responsável)

3) A Carta Resposta deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser colado.

4) Além disso, cada alteração deve ser realçada (na cor amarela) nos documentos anexados.

5) Todos os documentos anexados pelo pesquisador devem possibilitar o uso dos recursos "Copiar" e "Colar" em qualquer palavra ou trecho do texto, conforme recomendação da NORMA OPERACIONAL Nº 001/2013 (página 14)-item 01."

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2169390_E1.pdf	16/08/2023 14:00:26		Aceito
Outros	formulario_para_relatorio_parcial.pdf	16/08/2023 13:59:07	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_alterado.pdf	15/08/2023 19:19:49	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito
Declaração de	tcdu.pdf	15/05/2023	LUIS EDUARDO	Aceito

Endereço: HUMAITA 1680, SALA 512

Bairro: CENTRO

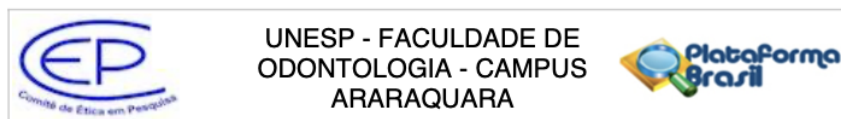
CEP: 14.801-903

UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-6459

E-mail: cep.foar@unesp.br



Continuação do Parecer: 6.310.045

Pesquisadores	tcd�.pdf	10:58:26	GENARO	Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias_comite.pdf	13/05/2023 09:25:07	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_esclarecido.pdf	13/05/2023 09:23:51	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cuidador_termo_de_consentimento_livre_esclarecido.pdf	13/05/2023 09:23:36	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_comite.pdf	13/05/2023 09:22:17	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito
Outros	orcamentocorreto.pdf	26/04/2023 22:59:44	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito
Outros	Ciencia_chefe_departamento.pdf	25/04/2023 20:12:09	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito
Outros	termocompromissopesquisador.pdf	18/04/2023 21:47:55	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	18/04/2023 21:45:11	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	oficio_autorizacao.pdf	16/04/2023 18:01:22	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	14/04/2023 16:03:22	LUIS EDUARDO GENARO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARARAQUARA, 19 de Setembro de 2023

Assinado por:

Juliane Maria Guerreiro Tanomaru
(Coordenador(a))

Endereço: HUMAITA 1680, SALA 512**Bairro:** CENTRO**CEP:** 14.801-903**UF:** SP**Município:** ARARAQUARA**Telefone:** (16)3301-6459**E-mail:** cep.foar@unesp.br