

Elaboração e validação de cartilha com orientações fisioterapêuticas para o cuidado do indivíduo domiciliado e/ou acamado

Development and validation of a booklet with physiotherapy guidelines for the care of individuals who are homebound and/or bedridden

Desarrollo y validación de un folleto con pautas de fisioterapia para el cuidado de personas confinadas en casa y/o en cama

Lucélia Souza Martins¹

ORCID: 0009-0000-6407-770X

Samoel Mariano^{2*}

ORCID: 0000-0002-8395-2685

Fábio Luiz Mialhe²

ORCID: 0000-0001-6465-0959

Joyce Silva Duarte Assis²

ORCID: 0009-0004-2277-6894

¹Divisão de Educação em Saúde da Prefeitura de Sorocaba. São Paulo, Brasil.

²Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Martins LS, Mariano S, Mialhe FL, Assis JSD. Elaboração e validação de cartilha com orientações fisioterapêuticas para o cuidado do indivíduo domiciliado e/ou acamado. Glob Acad Nurs. 2025;6(4):e483. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200483>

*Autor correspondente:

samoel.mariano@gmail.com

Submissão: 29-08-2025

Aprovação: 05-11-2025

Resumo

Objetivou-se produzir um material de caráter educativo para orientar cuidadores informais no cuidado do indivíduo domiciliado e/ou acamado. Trata-se de uma pesquisa que trata do processo de elaboração e validação de conteúdo de um material educativo, do tipo cartilha. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para subsidiar a elaboração do conteúdo e os critérios para construção. Em seguida, o conteúdo foi avaliado por 10 profissionais e sete cuidadores informais. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para avaliar tais critérios. A maioria das respostas dos respondentes apontou como representativos os itens de validade de conteúdo e aparência, tornando o conteúdo do material adequado ao público-alvo. Conclui-se que o conteúdo da cartilha demonstrou-se como de grande potencial para ajudar na tomada de decisões no dia a dia de cuidadores informais. Recomendam-se futuros estudos para avaliação e aprimoramento desse tipo de material.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Equipe Multiprofissional; Fisioterapia; Atenção Domiciliar; Validação de Conteúdo.

Abstract

The aim was to produce educational material to guide informal caregivers in the care of individuals who are homebound and/or bedridden. This research addresses the process of developing and validating the content of an educational booklet. Initially, a literature review was conducted to support the development of the content and the criteria for its construction. Subsequently, the content was evaluated by 10 professionals and seven informal caregivers. The Content Validity Index (CVI) was used to assess these criteria. Most respondents indicated that the content and face validity items were representative, making the material's content suitable for the target audience. It is concluded that the booklet's content demonstrated great potential to assist in decision-making in the daily lives of informal caregivers. Future studies are recommended to evaluate and improve this type of material.

Descriptors: Primary Health Care; Multiprofessional Team; Physiotherapy; Home Care; Content Validation.

Resumén

El objetivo fue producir material educativo para guiar a los cuidadores informales en el cuidado de personas confinadas en casa o en cama. Esta investigación aborda el proceso de desarrollo y validación del contenido de un folleto educativo. Inicialmente, se realizó una revisión bibliográfica para respaldar el desarrollo del contenido y los criterios para su elaboración. Posteriormente, el contenido fue evaluado por 10 profesionales y siete cuidadores informales. Se utilizó el Índice de Validez de Contenido (IVC) para evaluar estos criterios. La mayoría de los encuestados indicó que los elementos de contenido y validez aparente eran representativos, lo que lo hace adecuado para el público objetivo. Se concluye que el contenido del folleto demostró un gran potencial para ayudar en la toma de decisiones en la vida diaria de los cuidadores informales. Se recomiendan estudios futuros para evaluar y mejorar este tipo de material.

Descritores: Atención Primaria de Salud; Equipo Multiprofesional; Fisioterapia; Atención Domiciliar; Validación de Contenido.



Introdução

O marco histórico para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) ocorreu por meio da Declaração de Alma-Ata, fruto da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde, realizada em 12 de setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata (União das Repúblicas Soviéticas - URSS), localizada na região sul do Cazaquistão. A declaração afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano e a sua promoção e a proteção são importantes para o desenvolvimento social e econômico dos estados. Além disso, a declaração destaca a importância da participação social e a responsabilidade dos governos na oferta destes serviços, no intuito de garantir um cuidado integral, a qualidade de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, a paz mundial. Desde então, foram realizados vários estudos sobre o tema pelo mundo inteiro^{1,2}.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) se concretizou cerca de 10 anos após a Conferência, com a promulgação da Constituição Federal (CF) e, logo após, na década de 90, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um sistema de saúde que oferece acesso gratuito e universal a toda a população, em especial às mais vulneráveis, de forma a garantir os princípios da equidade, universalidade e integralidade, buscando resolutividade dos problemas de saúde que venham surgir²⁻⁴.

O Ministério da Saúde (MS) trata os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica como termos equivalentes, e neste estudo, iremos utilizar o primeiro termo. Com isso, o MS define a APS como:

“[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”⁵.

A APS é a porta de entrada para acesso ao SUS, sendo a coordenadora do cuidado e ponto de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerada fundamental para a reorganização e efetividade do SUS, buscando garantir a continuidade do cuidado e uma assistência integral para a população daquele território^{3,5,6}.

Buscando sua consolidação e expansão, a APS tem como modelo assistencial prioritário a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse modelo tem como objetivo cumprir os princípios e diretrizes do SUS, sendo os princípios: 1) Universalidade, que possibilita acesso universal aos serviços de saúde, que sejam resolutivos e de qualidade; 2) Equidade, em que o oferecimento do cuidado baseia-se no reconhecimento das condições e necessidades de cada indivíduo; e 3) Integralidade, assegurando que os cuidados à saúde de cada indivíduo se dá com um olhar absoluto, desde a promoção e prevenção de agravos, até a cura ou cuidados paliativos. Entre as diretrizes, estão regionalização e hierarquização, a territorialização e adscrição, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, resolutividade,

longitudinalidade do cuidado, coordenar o cuidado, ordenar as redes e participação da comunidade^{5,7}.

A fim de garantir esse cuidado integral, foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), posteriormente, em 2017, renomeado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e atualmente, de acordo com a Portaria GM/MS n.º 635, de 22 de maio de 2023, equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti)¹. Sobre elas, segundo o MS:

“[...] entende-se por eMulti equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde - RAS”¹.

A eMulti é constituída por profissionais de diversas categorias, como fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, profissionais de educação física, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, médicos e outros profissionais. E de acordo com o MS, é de atribuição desta equipe: o atendimento individual, em grupos ou domiciliar (compartilhado com outros profissionais e equipes); apoio matricial; atividades coletivas; discussão de casos; ações de saúde e projetos no território; e práticas intersetoriais⁸.

O trabalho em equipe multiprofissional é fundamental, pois garante o olhar integral considerando os determinantes e condicionantes de saúde do indivíduo, sempre atuando dentro dos princípios do SUS, apesar dos desafios diários⁹. O fisioterapeuta, dentro desse contexto, busca promover o cuidado com foco na funcionalidade do indivíduo. Por muito tempo, a fisioterapia foi conceituada como uma profissão exclusivamente reabilitadora, no entanto, isso vem mudando, pois este profissional vem desempenhando um papel importante dentro da APS, o que fortalece ainda mais o cuidado integral. Segundo esses autores¹⁰:

“[...] dentre as inúmeras atribuições da fisioterapia na atenção básica destacam-se a identificação da presença de distúrbios cinético-funcionais, orientações posturais, incentivo à participação comunitária em questões relacionadas à saúde, educação permanente, bem como orientações quanto a ambientes e estilo de vida saudáveis”.

Além dessas atribuições, o fisioterapeuta, dentro da APS, também realiza a Visita Domiciliar (VD), podendo ser individual ou em conjunto com a equipe multiprofissional¹⁰. A VD é imprescindível quando o indivíduo não consegue se locomover até o serviço devido a sua incapacidade funcional, que o retém em seu ambiente domiciliar¹¹. De acordo com o MS, a Atenção Domiciliar (AD) é caracterizada como um conjunto de ações que visem a promoção, a prevenção, a recuperação ou os cuidados paliativos no âmbito domiciliar, a fim de garantir a continuidade do cuidado. Ela é classificada em AD1, AD2 e AD3, de acordo com o quadro clínico de cada usuário, frequência de visitas e até mesmo de utilização de equipamentos. O AD1 é de responsabilidade da APS, visto que é um indivíduo que necessita de menores intervenções



multiprofissionais, conseqüentemente, menor número de visitas, pois mantém seu quadro estável, dirigido por um cuidador, seja ele um familiar, ou até mesmo um profissional contratado¹².

Uma das finalidades da VD do fisioterapeuta é a orientação aos pacientes e aos cuidadores, quanto à adequação do ambiente, para que ele se torne favorável ao cuidado do indivíduo, trazendo maior segurança para o cuidador e também para quem é cuidado. No caso de pacientes acamados, é fundamental que o cuidador possua conhecimentos e habilidades para realizar essa tarefa da melhor forma possível. Assim, é imprescindível que o fisioterapeuta desenvolva atividades de educação em saúde na VD para promover a autonomia e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Entretanto, devido à grande carga de trabalho dos cuidadores, muitas vezes alguns podem esquecer das informações adquiridas apenas de forma verbal, e a disponibilização de materiais educativos pode ajudá-los a lembrar as informações mais importantes para o cuidado em saúde. Os materiais educativos servem de facilitador para o desenvolvimento do cuidado, desde que sejam claros e práticos, pois ajudam na recomendação das tarefas diárias, além de servir como um instrumento para sanar dúvidas. A disponibilização deste material não exclui a orientação e o acompanhamento presencial do profissional fisioterapeuta. Além disso, o fisioterapeuta deve realizar uma exposição clara das orientações contidas nesses materiais, além de treinar o cuidador e conscientizá-lo sobre a importância de realizar as instruções contidas nos materiais^{13,14}.

Frente ao exposto, justifica-se este estudo por entender que a orientação adequada dos cuidadores informais poderá proporcionar maior segurança no dia a dia da família e incremento nos cuidados do paciente acamado. Objetivou-se produzir um material de caráter educativo do tipo cartilha com orientações fisioterapêuticas para orientar cuidadores de indivíduos domiciliados e/ou acamados.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa metodológica para a produção de um material educativo, a qual foi realizada no período de julho de 2023 a janeiro de 2024. Este estudo foi realizado no território da Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Osmar Guimarães, no bairro Vitória Régia, situado na Zona Norte do município de Sorocaba/SP.

O estudo foi desenvolvido a partir das seguintes etapas: 1. Levantamento bibliográfico sobre o tema abordado; 2. Identificação dos pacientes domiciliados e acamados cadastrados na USF supracitada; 3. Produção do material de caráter educativo no formato cartilha; 4. Validação do conteúdo e da aparência do material por profissionais que atuam na área do cuidado domiciliar e pelo público-alvo.

Na primeira etapa, foi realizado um levantamento bibliográfico utilizando a plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio das bases de dados: MEDLINE, LILACS, SciELO e BDEF. As palavras-chave utilizadas foram: "Atenção primária à saúde", "Equipe multiprofissional", "Fisioterapia", "Atendimento domiciliar" e "Validação de

conteúdo". Nessa fase, buscaram-se artigos que tratavam o cuidado de pacientes acamados no âmbito da Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de subsidiar teoricamente a elaboração do conteúdo da cartilha.

Em seguida, procedeu-se à identificação de todos os pacientes domiciliados e acamados classificados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da referida unidade de saúde, totalizando cinco equipes.

Na etapa 3, foram elaborados textos que abordavam o conteúdo com base na hierarquia de necessidade de Maslow, com principal enfoque nas necessidades fisiológicas do indivíduo, especificamente nos eixos de alimentação, sono e repouso e conforto físico. O material foi construído considerando as orientações de linguagem, ilustração e *layout* para materiais educativos da área da saúde, que seja de forma simples, sucinta e eficaz e que traga relevância para o usuário¹⁵.

A etapa 4 tratou sobre a validação de conteúdo e de aparência do material elaborado, tanto por profissionais da USF como por usuários.

Nessa etapa, a pesquisadora submeteu a cartilha a profissionais da USF supracitada para atuarem como juízes. A escolha dos profissionais se deu através de amostragem por conveniência, sendo selecionados os profissionais que possuíam maior tempo de serviço na unidade de saúde e que praticavam a visita domiciliar.

Quanto ao público-alvo, foram selecionados, por amostragem não probabilística, cuidadores informais de indivíduos domiciliados ou acamados, cadastrados na unidade de saúde, e que tivessem disponibilidade para responder ao questionário. Os critérios de inclusão foram: cuidadores informais de indivíduos acima de 18 anos cadastrados nesta unidade de saúde, classificados como domiciliados ou acamados de acordo com as equipes de ESF e que tivessem disponibilidade para responder ao questionário. Os critérios de exclusão: cuidadores de indivíduos domiciliados ou acamados de idade inferior a 18 anos ou que estivessem sendo acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Para realizar a coleta de dados nessa etapa, foram utilizados dois instrumentos: o primeiro foi submetido aos profissionais para validação do conteúdo, e o segundo foi submetido também aos profissionais e ao público-alvo para validação da aparência. O primeiro instrumento, que mediu a validade de conteúdo, foi composto por oito itens correspondentes aos tópicos abordados no material educativo: "Qual a diferença entre um indivíduo domiciliado e acamado?", "Qual a importância da fisioterapia para esses indivíduos?", "Dicas de posicionamento correto na cama", "Como acomodar o indivíduo domiciliado ou acamado na cama em decúbito dorsal e lateral?", "Dicas de transferências", "Atividades de vida diária", "Exercícios fisioterapêuticos" e "Cuidador, você também precisa de cuidados!". Cada item foi avaliado por meio de uma escala tipo Likert de quatro pontos, sendo: 1. Não relevante ou não representativo; 2. Item necessita de grande revisão para ser representativo; 3. Item necessita de pequena revisão para ser representativo; 4. Item relevante ou representativo¹⁶.



O segundo instrumento, utilizado para avaliar a validade de aparência do material, foi composto por seis itens: "título do material", "cores do material", "clareza do assunto", "clareza da linguagem", "ilustrações" e "relevância das informações". Cada item foi avaliado por meio de uma escala tipo Likert de quatro pontos, com as seguintes opções de resposta: 1. Não representativo; 2. Pouco representativo; 3. Representativo; 4. Totalmente representativo. Essa escala permitiu verificar o grau de concordância dos avaliadores quanto à adequação dos elementos formais e de conteúdo do material proposto. O termo "representativo" refere-se ao quanto cada item avaliado reflete, de forma fiel e adequada, os objetivos e a proposta da cartilha, contribuindo efetivamente para sua função comunicativa e educativa. Para caracterização sociodemográfica do público-alvo, foi acrescentado ao instrumento um questionário simples, buscando informações sobre sexo, idade, escolaridade, grau de parentesco com o indivíduo cuidado e o tempo sendo cuidador¹⁶.

Quanto à validação do conteúdo e da aparência, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção ou porcentagem de avaliadores que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de "1" a "4". Para avaliar a relevância, os autores recomendam as respostas que foram utilizadas neste estudo, conforme supracitado. Os itens que foram avaliados com "1" ou "2" foram revisados ou eliminados. O escore foi analisado através da soma da concordância dos itens que foram avaliados com nota "3" e "4". Portanto, a fórmula para avaliar cada item foi a seguinte¹⁶:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

De acordo com pesquisadores¹⁷, na avaliação de cada item deve-se considerar a quantidade de avaliadores. No caso desta pesquisa, em que foram utilizados 10 profissionais para a avaliação do conteúdo do material, o IVC deve ter um resultado maior que 0,78. Para avaliar a concordância do instrumento de uma forma geral, foi utilizada a média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, somaram-se todos os IVC calculados separadamente e dividiram-se pelo número de itens considerados na avaliação. Neste caso, os autores recomendam uma concordância mínima de 0,90 ou mais para que o material seja considerado válido.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Sorocaba (CEP/UNISO) - Sorocaba/SP -, através da Plataforma Brasil, após análise, a pesquisa foi aprovada, em 30 de junho de 2023, sob o parecer de n.º 6.155.936 e CAAE de n.º 70151323.8.0000.5500. Todos os participantes, profissionais e cuidadores, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Manteve-se o sigilo e o anonimato dos participantes, assegurados conforme a Resolução de n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Os resultados desse estudo serão apresentados através de duas etapas: elaboração da cartilha e validação da cartilha.

Elaboração da cartilha

Primeiramente, o conteúdo buscou corresponder ao embasamento bibliográfico e levantamento de informações sobre o tema. Em seguida, foi realizada a elaboração textual, na qual a cartilha foi subdividida em oito tópicos, sendo eles: "Qual a diferença entre um indivíduo domiciliado e acamado?", "Qual a importância da fisioterapia para esses indivíduos?", "Dicas de posicionamento correto na cama", "Como acomodar o indivíduo domiciliado ou acamado em decúbito dorsal e lateral?", "Dicas de transferências", "Atividades de vida diária", "Exercícios fisioterapêuticos" e "Cuidador, você também precisa de cuidados!". Buscou-se utilizar uma linguagem clara e objetiva, porém rica em informações, sem a utilização de termos técnicos, visando adaptar-se ao público-alvo.

Quanto ao *layout/design*, configuração e diagramação da cartilha, utilizou-se a plataforma on-line CANVA Pro®, assim como também utilizou-se para as ilustrações, além de imagens extraídas do Google Imagens®. A cartilha foi elaborada em tamanho de papel A4 (21x29,7 cm), constituída por 20 páginas, sendo utilizadas cores análogas em tons de verde e azul. Composta por capa, contracapa, ficha catalográfica, sumário, apresentação, corpo da cartilha contendo os títulos citados anteriormente, referências e anotações. Ao final a cartilha foi intitulada "Orientações fisioterapêuticas para o cuidado do indivíduo domiciliado e/ou acamado".

Validação de conteúdo e aparência da cartilha

A cartilha foi avaliada pelos profissionais juízes e por uma amostra do público-alvo. Foram selecionados 10 profissionais da área da saúde ativos na unidade de saúde, que atuam diretamente com a visita domiciliar, sendo cinco enfermeiros, um terapeuta ocupacional e quatro técnicos de enfermagem. Como caracterização dos juízes, 90% é do sexo feminino (9) e 10% (1) do sexo masculino. A idade média dos profissionais foi 47,2 anos, sendo a menor idade 38 anos e a maior 58 anos. Quanto ao tempo de formação, variou entre 8 e 38 anos de formado, e o tempo de atuação nesta unidade de saúde, variou de 3 a 17 anos. Quanto à especialização, dos seis juízes graduados, cinco possuem especialização em Saúde da Família. A validação do conteúdo da cartilha ocorreu através do IVC. O IVC da cartilha obteve pontuação de 1,0. Essa pontuação indica um ótimo nível de concordância entre os juízes.

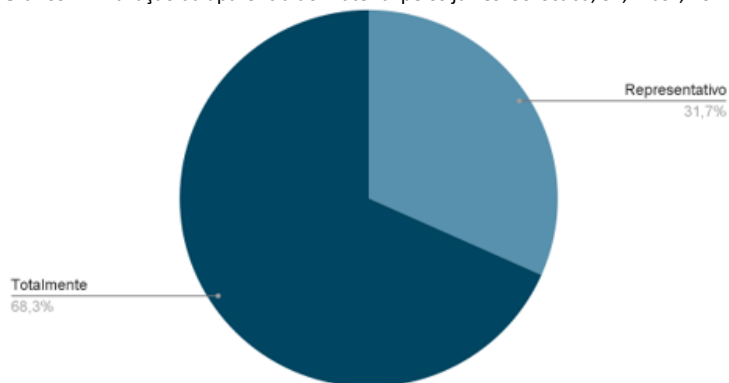
Quanto à validação da aparência do material, ela se deu por meio do cálculo da concordância entre os juízes referente a seis aspectos: o título do material, as cores do material, clareza do assunto, clareza da linguagem, ilustrações e relevância do assunto. Cada item possuía quatro alternativas de resposta, sendo elas: "Não representativo", "Pouco representativo", "Representativo" e "Totalmente representativo". Verificou-se que os itens



foram aprovados em 100% das respostas, sendo 31,66% (19) das respostas sob todos os itens avaliados classificadas como

“Representativas” e 68,33% (41) dos itens foram classificados como “Totalmente representativos”.

Gráfico 1. Avaliação da aparência do material pelos juízes. Sorocaba, SP, Brasil, 2024



Quanto à validação da aparência pelo público-alvo, na qual foram selecionados sete cuidadores informais do território, a pesquisadora realizou uma visita domiciliar, juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) da respectiva família. A amostra foi composta por 71,5% (5) do sexo feminino, e esta mesma porcentagem é utilizada para a classificação do grau de parentesco desses indivíduos, sendo 71,5% (5) filhos. A média de idade entre eles foi de 57 anos

e 4 meses, sendo a menor idade 43 anos e a maior idade 71 anos. O tempo dessas pessoas sendo cuidadores informais variou de 7 meses a 32 anos. Sobre a escolaridade (Gráfico 2). De acordo com a avaliação do público-alvo, a cartilha foi aprovada por unanimidade, sendo que 30,93% (13) das respostas sob todos os itens foram assinaladas como “Representativos” e 69,07% (29) como “Totalmente representativos” (Gráfico 3).

Gráfico 2. Escolaridade do público-alvo. Sorocaba, SP, Brasil, 2024

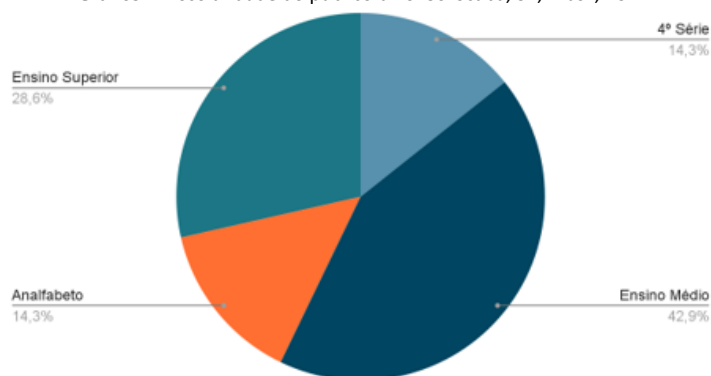
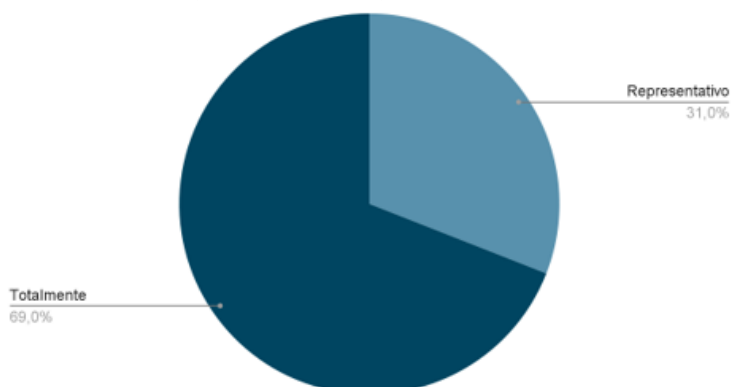


Gráfico 3. Avaliação da aparência do material pelo público-alvo. Sorocaba, SP, Brasil, 2024



A validação da cartilha contemplou todos os passos da proposta inicial, sendo aprovada por unanimidade pelos juízes e pelo público-alvo, tornando o material um produto consistente e aplicável para a rotina de cuidadores informais. Verificou-se que a proposta de construção e validação do conteúdo e da aparência da cartilha foi

atingida. Mediante os resultados das avaliações dos juízes, considera-se que este material poderá ajudar os profissionais de saúde a orientarem os cuidadores nas tomadas de decisão, facilitando os cuidados diários, dando maior conforto e segurança para ele(a)s e também para quem recebe os cuidados. O formato do material, com

características de objetividade e clareza, bem ilustrado, aponta para um material com potencial para guiar os cuidados fisioterapêuticos para o indivíduo domiciliado e/ou acamado.

Sendo assim, é evidente a relevância em validar materiais educativos para nortear os cuidados desses indivíduos, visto que os cuidadores, em sua maioria, são informais, necessitando cada vez mais de orientações adequadas. Além disso, destacam-se os cuidados com os próprios cuidadores, que na maioria das vezes possuem grau de parentesco com o indivíduo que está sendo cuidado e se deixam de lado em favor dos cuidados do indivíduo domiciliado ou acamado.

Tratando-se de dificuldades para a realização deste estudo, destaca-se a escassez de disponibilidade dos profissionais avaliadores, uma vez que são profissionais inseridos nos serviços, dentro de um processo de trabalho que não contribuem com reserva de horário em suas agendas para atividades ligadas à pesquisa ou promoção da saúde. Quanto à disponibilidade de avaliação por parte dos cuidadores, esta ocorreu mediante o deslocamento da pesquisadora até ao domicílio para a realização das avaliações, ficando evidente a sobrecarga da rotina de trabalho a que estes cuidadores estão expostos, mostrando ainda mais a necessidade de elaboração de instrumentos que também contemple a promoção à saúde do cuidador, como é o caso da cartilha validada. Assim, recomendam-se maiores estudos dentro do tema, em virtude da escassez de artigos científicos atualizados abordando os cuidados fisioterapêuticos para este público-alvo.

Discussão

A elaboração e validação de uma cartilha com orientações fisioterapêuticas para cuidadores de indivíduos domiciliados e/ou acamados posiciona-se como uma resposta concreta aos persistentes desafios da Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria GM/MS n.º 825/2016, ao redefinir a AD, estabelece a capacitação do cuidador como diretriz fundamental, reconhecendo sua centralidade na garantia da continuidade e da qualidade do cuidado. Neste contexto, o material desenvolvido transcende a mera compilação de técnicas, configurando-se como uma tecnologia leve de saúde que operacionaliza o princípio da integralidade. Ao estruturar conhecimentos especializados em um formato acessível, a cartilha visa promover autonomia e segurança, amenizando a vulnerabilidade inerente à situação de dependência funcional e à frequente sobrecarga experimentada pelos cuidadores informais, alinhando-se assim com a missão de humanização e apoio preconizada pela política nacional^{1,2}.

O rigor metodológico adotado, fundamentado na validação de conteúdo por juízes especialistas e pelo público-alvo, confere solidez científica ao instrumento. A aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), com pontuação máxima (1,0) entre os profissionais e elevada concordância entre os cuidadores, atende e supera os parâmetros de excelência metodológica recomendados para a área. Este rigor é essencial, pois garante que o conteúdo

não apenas seja clinicamente acurado, mas também social e culturalmente relevante para seu público final. Tal abordagem metodológica encontra ressonância em estudos que demonstram como a validação por múltiplos atores (profissionais e usuários) é necessária para a efetiva adoção de tecnologias educativas em saúde, aumentando sua credibilidade e potencial de impacto na prática cotidiana^{3,18}.

A atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde (APS), particularmente no contexto domiciliar, vem se reconfigurando para além do modelo estritamente reabilitador, assumindo um papel proativo na promoção da funcionalidade e na prevenção de complicações. A cartilha valida e amplia esta atuação, funcionando como uma extensão da visita domiciliar. Ela não a substitui, mas consolida e referencia as orientações verbais, servindo como um recurso de apoio matricial contínuo que fortalece o vínculo e a corresponsabilização. Esta estratégia é congruente com modelos de cuidado centrados na pessoa, em que a educação em saúde estruturada empodera pacientes e famílias, transformando-os em agentes ativos do processo terapêutico. Desta forma, o material potencializa a ação do fisioterapeuta, cuja inserção nas equipes multiprofissionais (eMulti) é formalmente reconhecida como essencial para o cuidado integral⁵⁻⁷.

A aprovação unânime dos itens referentes à "clareza da linguagem" e "ilustrações" pelo público-alvo constitui um dos achados mais significativos deste estudo. Este resultado materializa o princípio da equidade no acesso à informação em saúde, preconizado desde a Declaração de Alma-Ata e reafirmado na Política Nacional de Atenção Básica. A transposição do conhecimento técnico-fisioterapêutico para uma linguagem vernacular, associada a elementos visuais elucidativos, é uma estratégia pedagógica poderosa para superar barreiras de escolaridade e garantir a compreensão universal. Pesquisas na área de alfabetização em saúde reforçam que materiais escritos com alto nível de clareza e apelo visual são determinantes para a correta compreensão de instruções, adesão a tratamentos e, conseqüentemente, para a melhoria de desfechos em saúde^{8,9,19}.

A inclusão de um tópico dedicado ao autocuidado do cuidador, "Cuidador, você também precisa de cuidados!", representa uma inovação fundamental e um diferencial humanizador da cartilha. Esta abordagem reconhece o cuidador informal não apenas como um instrumento de cuidado, mas como um sujeito que, em sua dedicação, frequentemente negligencia a própria saúde, tornando-se vulnerável a condições como estresse, burnout e depressão. Ao incorporar esta dimensão, o material alinha-se a uma visão ampliada de saúde e adere ao princípio da integralidade de forma mais abrangente, contemplando a rede de suporte que sustenta o paciente. Intervenções educativas que incluem componentes de apoio psicossocial ao cuidador demonstram maior eficiência na melhoria da qualidade de vida de toda a unidade de cuidado, evidenciando a pertinência desta escolha temática^{11,20,21}.

A aplicabilidade prática da cartilha na rotina da Estratégia Saúde da Família (ESF) merece destaque. O formato conciso, a organização intuitiva e a natureza



tangível do material respondem a desafios logísticos reais, como a limitação do tempo dos profissionais durante a visita domiciliar e a possível saturação de informações vivenciada pelo cuidador. Ao servir como um guia estruturado para a consulta rápida e a revisão de procedimentos, a cartilha pode otimizar a interação profissional-família, conferindo maior eficiência e resolutividade à ação. Estudos de implementação de ferramentas similares em contextos de APS destacam que a portabilidade e a facilidade de uso são atributos críticos para a incorporação bem-sucedida de novos recursos no fluxo de trabalho das equipes^{13,22}.

É necessário reconhecer as limitações inerentes a este estudo, notadamente o tamanho e a natureza por conveniência da amostra de validadores (10 profissionais e 7 cuidadores de uma única unidade de saúde), que podem restringir a generalização dos resultados. A literatura especializada é consensual ao apontar que a aceitabilidade e a validação aparente constituem apenas o primeiro passo. A verdadeira contribuição de uma tecnologia educativa só é demonstrada através de estudos controlados que meçam seu impacto em desfechos intermediários (como o aumento do conhecimento e a autoconfiança do cuidador) e finais (como a redução de complicações como úlceras por pressão, contraturas ou quedas e a melhoria da qualidade de vida)^{14,23}.

Neste sentido, a agenda de pesquisa futura é clara e urgente. Recomenda-se a condução de ensaios clínicos ou estudos quasi-experimentais que comparem grupos de cuidadores que recebem a cartilha associada à orientação padrão com grupos que recebem apenas a orientação padrão. Desfechos mensuráveis devem incluir, além dos já mencionados, indicadores de sobrecarga do cuidador (por exemplo, utilizando a escala *Zarit Burden Interview*), adesão aos exercícios prescritos e taxas de reinternação hospitalar evitável. Apenas através deste tipo de investigação será possível transpor o campo da potencialidade e atribuir à cartilha um valor baseado em evidências de efetividade^{15,24}.

Em uma perspectiva de sistema de saúde, a produção e distribuição de uma cartilha validada

configuram-se como uma intervenção potencialmente custo-efetiva. A prevenção de uma única complicação grave, como uma lesão por pressão de estágio avançado, cujos custos de tratamento são elevadíssimos para o SUS, justificaria amplamente o investimento na produção em escala de um material de baixo custo. Esta lógica de prevenção primária e secundária está perfeitamente alinhada com os princípios de economicidade e sustentabilidade do sistema público de saúde, reforçando o potencial do material como uma ferramenta de gestão clínica inteligente e eficiente na APS^{16,25}.

Conclusão

Conclui-se que o material educativo desenvolvido atingiu grande nível de concordância sobre sua validade de conteúdo e aparência entre os profissionais e cuidadores, fato que indica o potencial do mesmo em auxiliar os cuidadores no cuidado dos pacientes acamados. A cartilha "Orientações fisioterapêuticas para o cuidado do indivíduo domiciliado e/ou acamado" emerge como uma tecnologia de saúde socialmente referendada, metodologicamente robusta em sua construção e profundamente aderente aos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Seu desenvolvimento responde à uma lacuna prática no apoio a cuidadores informais e consolida o papel educativo e preventivo do fisioterapeuta no âmbito da Atenção Domiciliar. A cartilha se apresenta, portanto, não como um ponto final, mas como um ponto de partida promissor para pesquisas de implementação e efetividade que consolidem a educação em saúde como pilar indispensável para um cuidado domiciliar seguro, qualificado e verdadeiramente integral.

Agradecimentos

À Divisão de Educação em Saúde da Prefeitura de Sorocaba/SP, em nome de: Patrícia de Paulo Antoneli, Fernanda Aparecida Gimenes Vieira e Priscila Rangel Dordetto.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Declaração de Alma-Ata sobre os Cuidados Primários [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [cited 2023 Apr 13]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
2. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):38-51. doi: 10.1590/0103-11042018S103.
3. Rocha NL, Marinho GL, Paz EPA. O impacto da covid-19 nas práticas de enfermeiras na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. *Tempus - Actas Saúde Colet*. 2022;16(4):25-35.
4. Santos FA. Acessibilidade organizacional e geográfica das Unidades de Saúde da Família no município de Francisco Morato - SP [dissertação]. São Paulo; 2023.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2023 Apr 13]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
6. Carvalho RA, Oliveira CM, Teixeira CP, Gonçalves MR, Guilan MCR. Orientação à atenção primária à saúde em uma equipe de saúde da família em Aracaju, Sergipe. *Rev APS*. 2022;25(supl 2):64-82.
7. Oliveira CB, Pontes NST. Estágio em Odontologia na Estratégia de Saúde da Família no município de Petrópolis/RJ: desafios e possibilidades na pandemia. *Rev Abeno*. 2022;22(2):1662-70. doi: 10.30979/revabeno.v22i2.1662.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília



- (DF): Ministério da Saúde; 2023 [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-483124143>
9. Aguiar GA, Silva SS, Silva SH, Batista SO, Santos ACM, Monteiro LD. Algumas aprendizagens sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: relato de uma experiência acadêmica. *Rev Saúde Redes*. 2022;8(Supl 2):149-55.
 10. Silva AD, Nogueira LT, Silva HGN, Frota SCM. Atuação do Fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Teresina, Piauí. *Rev Pesq Fisioter*. 2020;10(2):648-57. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v10i2.2665.
 11. Viana SO, Alvarenga JP, Camargos MMM, Taciano MAR, Rafael MA. Perfil dos indivíduos avaliados em domicílio pela Fisioterapia nas Unidades Básicas de Saúde de Betim. *Rev APS*. 2013;16(3):278-86.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2023 May 22]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
 13. Garcia CC, Santos FRP, Santos KM, Negri NB. Adesão às orientações prescritas em domicílio para pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico. *Consc Saúde*. 2018;17(2):144-54. doi: 10.5585/conssaude.v17n2.8046.
 14. Capistrano Bezerra MI, Melo Ramos Lima MJ, Castro Ponciano Lima Y. A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *SANARE Rev Polít Públ*. 2015;14(1):76-80. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/612>
 15. Lima ACMACC, Bezerra KC, Sousa DMN, Rocha JF, Oriá MOB. Construção e validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(2):181-9. doi: 10.1590/1982-0194201700028.
 16. Feijó AM, Vicente EFR, Petri SM. O uso das escalas Likert nas pesquisas de contabilidade. *RGO - Rev Gest Organ*. 2020;13(1):27-41. Available from: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/5112>
 17. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validação de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(7):3061-8. doi: 10.1590/S1413-81232011000800006.
 18. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(3):649-59. doi:10.5123/S1679-49742017000300022.
 19. Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, Entwistle V. A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *J Public Health Policy*. 2016;37(3):334-52. doi:10.1057/jphp.2016.18.
 20. Gilhooly KJ, Gilhooly ML, Sullivan MP, McIntyre A, Wilson L, Harding E, et al. A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatr*. 2016;16:106. doi:10.1186/s12877-016-0280-8.
 21. Hopwood J, Walker N, McDonagh L, Rait G, Walters K, Iliffe S, et al. Internet-Based Interventions for Carers of Individuals With Psychiatric Disorders, Neurological Disorders, or Brain Injuries: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2018;20(9):e10321. doi:10.2196/10321.
 22. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR 2.0). *Implement Sci*. 2022;17(1):75. doi:10.1186/s13012-022-01245-0.
 23. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061. doi:10.1136/bmj.n2061.
 24. Bradbury K, Morton K, Band R, van Woezik A, Grist R, McManus RJ, et al. Using the Person-Based Approach to optimise a digital intervention for the management of hypertension. *PLoS One*. 2019;14(5):e0216902. doi:10.1371/journal.pone.0216902.
 25. Gillespie BM, Walker RM, Latimer SL, Thalib L, Whitty JA, McInnes E, Chaboyer WP. Repositioning for pressure injury prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jun 2;6(6):CD009958. doi: 10.1002/14651858.CD009958.pub3.