

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AO PACIENTE ONCOLÓGICO POR MEIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

HOME CARE FOR CANCER PATIENTS THROUGH THE UNIFIED HEALTH SYSTEM
ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES CON CÁNCER A TRAVÉS DEL SISTEMA DE SALUD UNIFICADO

Síntia Bernardes Rocha¹
Livia Clara Baleeiro Silva²
Maria Eduarda Salvador Morais³
Maria Fernanda dos Santos Nascimento⁴
Francine da Silva e Lima de Fernando⁵
Tatiana Moreira Afonso⁶

RESUMO: Este artigo buscou analisar a Atenção Domiciliar (AD) do Sistema Único de Saúde (SUS) e identificar a cobertura assistencial ao paciente oncológico. O objetivo foi conhecer a assistência domiciliar prestada ao paciente oncológico por meio do SUS. A metodologia empregada constitui-se em um estudo descritivo, qualitativo, a partir de uma revisão bibliográfica narrativa sobre a assistência domiciliar prestada ao paciente oncológico no âmbito do SUS. Os resultados apontam que a AD é uma opção inovadora e humanizada que permite aos pacientes cuidados especializados em seu próprio lar, reduzindo o estresse e melhorando a qualidade de vida. Conclui-se que a AD é uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade do atendimento e promover o desenvolvimento profissional, proporcionar conforto físico, mental e fortalecer o vínculo com o paciente e a família, favorecendo, assim, a redução de internações desnecessárias.

5591

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Serviços de Assistência Domiciliar. Oncologia. Enfermagem Domiciliar.

ABSTRACT: This article aimed to analyze Home Care (HC) within the Brazilian Unified Health System (SUS) and identify the healthcare coverage for cancer patients. The objective was to understand the home care provided to cancer patients through the SUS. The methodology employed consisted of a descriptive, qualitative study based on a narrative literature review on home care provided to cancer patients within the SUS. The results indicate that HC is an innovative and humanized option that allows patients to receive specialized care in their own homes, reducing stress and improving quality of life. It is concluded that HC is an effective strategy to improve the quality of care and promote professional development, provide physical and mental comfort, and strengthen the bond with the patient and family, thus favoring the reduction of unnecessary hospitalizations.

Keywords: Unified Health System. Home Care Services. Oncology. Home Nursing.

¹Graduada em Enfermagem, Centro Universitário de São José do Rio Preto.

²Graduada em Enfermagem, Centro Universitário de São José do Rio Preto.

³Graduada em Enfermagem, Centro Universitário de São José do Rio Preto.

⁴Graduada em Enfermagem, Centro Universitário de São José do Rio Preto.

⁵Orientadora, Doutora Centro Universitário de São José do Rio Preto.

⁶Coorientadora, Centro Universitário de São José do Rio Preto.

RESUMEN: Este artículo analizó la atención domiciliaria (AD) dentro del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil e identificó la cobertura sanitaria para pacientes con cáncer. El objetivo fue comprender la atención domiciliaria brindada a pacientes con cáncer a través del SUS. La metodología empleada consistió en un estudio narrativa y cualitativo basado en una revisión bibliográfica integrativa sobre la atención domiciliaria brindada a pacientes con cáncer dentro del SUS. Los resultados indican que la AD es una opción innovadora y humanizada que permite a los pacientes recibir atención especializada en sus propios hogares, reduciendo el estrés y mejorando la calidad de vida. Se concluye que la AD es una estrategia eficaz para mejorar la calidad de la atención y promover el desarrollo profesional, brindar bienestar físico y mental, y fortalecer el vínculo con el paciente y su familia, favoreciendo así la reducción de hospitalizaciones innecesarias.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Servicios de Atención Domiciliaria. Oncología. Enfermería Domiciliaria.

I. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, tem como princípios o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde no Brasil. Inserido nesse contexto, o internamento domiciliar configura-se como uma estratégia eficaz para ampliar a cobertura assistencial, proporcionando cuidados no ambiente familiar e favorecendo a autonomia e o bem-estar dos pacientes. Sua institucionalização teve início nos Estados Unidos em 1947, expandindo-se a partir da década de 1970. No cenário brasileiro, o envelhecimento populacional e a prevalência crescente de doenças crônicas têm aumentado a demanda por hospitalizações e os custos associados, reforçando a relevância dos cuidados domiciliares como uma alternativa viável e sustentável (Gabardo *et al.*, 2022).

5592

No âmbito do SUS, a assistência domiciliar compreende um conjunto de ações planejadas e executadas por equipes multiprofissionais, que visam garantir o acompanhamento contínuo de pacientes em suas residências. Para indivíduos em tratamento oncológico, essa modalidade de atenção domiciliar é de extrema importância, uma vez que muitos enfrentam limitações físicas, dificuldades de deslocamento ou necessitam de intervenções frequentes, como administração de medicamentos endovenosos e realização de curativos especializados. Dessa forma, a AD contribui para a continuidade terapêutica, a redução de internações e a melhoria na qualidade de vida desses pacientes (Alves, 2020; Brasil, 2021).

A AD no SUS foi implementada pela lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002 e, consiste na prestação de cuidados integrais e contínuos fora do ambiente hospitalar, adaptados ao grau de média e alta complexidade clínica de cada paciente. Essa assistência é operacionalizada por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que integram a Rede de Atenção à Saúde

(RAS). A regulamentação da AD ocorreu em 24 de agosto de 2011, por meio da Portaria Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 2.029 revogada pela Portaria GM/MS nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, que instituiu o Programa "Melhor em Casa" em todo o território nacional. O programa tem como finalidade ampliar e qualificar a AD, promovendo um cuidado mais humanizado, a redução das hospitalizações desnecessárias, o fortalecimento do vínculo com a família, a prevenção de infecções, a melhoria na qualidade de vida e o alívio da sobrecarga hospitalar (Brasil, 2024-a).

A AD é inserida na RAS, e se caracteriza por pacientes mais estáveis e de baixa complexidade, que apresentam dificuldades para se locomover até as unidades de saúde. Os cuidados fornecidos envolvem menores intervenções, como o controle e/ou compensação de doenças, cuidados nutricionais e utilizando poucos recursos da saúde. Já o SAD, realizados pelo Programa Melhor em Casa, destinam-se a pacientes com dificuldades de locomoção e que exigem cuidados intensivos e contínuos. Esses serviços são oferecidos para pacientes de média e alta complexidade, cujos cuidados ultrapassam a capacidade da rede básica de saúde (Brasil, 2024-b; 2024-c).

O diagnóstico de câncer afeta diariamente um número significativo de pessoas em diversos estágios da doença. Frente a esse cenário, é necessário um plano terapêutico abrangente para promover o alívio dos sintomas, respeitar e preservar sua integridade física, emocional, fomentar o desenvolvimento pessoal e familiar, e assegurar que incertezas e aflições relacionadas à doença para que não comprometam sua qualidade de vida no domicílio (Wakiuchi, 2013), com a participação da equipe multidisciplinar composta por médico(s); enfermeiro (s); fisioterapeuta (s); assistente (s) social (is) e auxiliares ou técnicos de enfermagem (Brasil, 2024-b; 2024-c), para garantir o acesso ao tratamento adequado a cada paciente (Domenico, 2016).

Segundo dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), desde 2000, foram registrados mais de um milhão de casos de câncer no estado de São Paulo (São Paulo, 2025), gerando diversas incertezas sobre a evolução da doença e os resultados do tratamento (Carmo *et al.*, 2019).

Com o avanço da medicina e o aumento da expectativa de vida, o tratamento de pacientes com câncer tornou-se cada vez mais complexo e personalizado, surgindo a necessidade de uma abordagem integral e multidisciplinar para uma melhor qualidade de vida (Ribeiro; Santos, 2015). A possibilidade de um protocolo antineoplásico (radioterapia,

quimioterapia ou imunoterapia) deve ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar em ambiente domiciliar que se apresenta como uma opção inovadora e humanizada, permitindo que o paciente receba cuidados especializados no conforto de seu próprio lar, reduzindo o estresse. (Pilatti *et al*, 2017)

Nesse contexto, o enfermeiro no cuidado domiciliar ao paciente oncológico, exerce o papel de educador em saúde, observando o paciente de modo integral, orientando e supervisionando os cuidados. Para tal, faz-se necessário acessar as informações do prontuário do paciente, para planejar as ações futuras, relacionadas aos cuidados necessários ao paciente (Monteiro *et al.*, 2020).

Diante do crescente número de casos de câncer no Brasil e no mundo, torna-se necessário fortalecer estratégias de cuidado que promovam a continuidade e a integralidade da assistência. A AD, especialmente por meio do Programa Melhor em Casa do SUS, destaca-se como uma alternativa eficaz para pacientes oncológicos, proporcionando conforto, redução de internações e humanização do cuidado. Este estudo justifica-se pela relevância de compreender os impactos da assistência oncológica domiciliar, sob a perspectiva de pacientes, familiares e profissionais de saúde, com ênfase na atuação do enfermeiro. A investigação busca contribuir para o aprimoramento das práticas assistenciais e das políticas públicas voltadas à oncologia no domicílio, visando um cuidado mais qualificado e centrado nas necessidades do paciente. Assim sendo, o objetivo do estudo foi conhecer a assistência domiciliar prestada ao paciente oncológico por meio do SUS.

5594

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, elaborado a partir de uma revisão bibliográfica narrativa sobre a assistência domiciliar prestada ao paciente oncológico no âmbito do SUS. O método foi escolhido por permitir a sistematização e a análise crítica das evidências disponíveis na literatura, de modo a identificar contribuições e lacunas referentes à temática. Segundo Oliveira (2020), a revisão bibliográfica possibilita a construção de uma base teórica sólida, favorecendo a compreensão do estado atual do conhecimento e subsidiando a elaboração de novas propostas de cuidado.

As fontes de dados consultadas incluíram as bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine (PubMed) e Google Acadêmico, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde, como portarias e programas relacionados à AD e ao Programa

“Melhor em Casa”. Foram utilizados descritores e palavras-chave em português e inglês: “Sistema Único de Saúde”, “Serviços de Assistência Domiciliar”, “Oncologia”, “Protocolos Antineoplásicos” e “Enfermagem Domiciliar”, combinados pelo operador booleano AND (por exemplo: “Home care services” AND “Oncology treatment” AND “Home nursing”).

O estudo foi composto por publicações científicas e documentos institucionais que abordassem a AD a pacientes oncológicos atendidos pelo SUS. Os critérios de inclusão abrangeram artigos completos, revisões e relatórios oficiais publicados a partir de 2003, em português e inglês, disponíveis gratuitamente e com abordagem relacionada à temática proposta. Foram excluídos estudos voltados à saúde suplementar, dissertações, teses e materiais que não respondiam à questão norteadora sobre assistência domiciliar aos pacientes oncológicos.

Por se tratar de um estudo descritivo, não houve envolvimento direto de seres humanos ou animais, não sendo necessária a submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, todas as fontes utilizadas foram devidamente referenciadas e respeitaram os princípios de integridade acadêmica e ética científica, conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, NBR 6023:2018).

3. DESENVOLVIMENTO

Após análise e interpretação foram selecionados 28 artigos, que emergiram cinco eixos temáticos que subsidiaram o desenvolvimento deste estudo. São esses: (1) Componentes e estrutura do Programa Melhor em Casa; (2) Atuação do enfermeiro no cuidado domiciliar oncológico; (3) Percepção de pacientes e familiares; (4) Benefícios da assistência domiciliar; (5) Desafios enfrentados pelos profissionais de saúde. A análise seguiu os princípios da interpretação crítica, buscando identificar convergências e divergências entre os estudos e refletir sobre a aplicabilidade das evidências na prática assistencial.

3.1 COMPONENTES E ESTRUTURA DO PROGRAMA MELHOR EM CASA AOS PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

A AD realizada pelo SUS no Brasil teve início com a publicação da Resolução RDC nº 11/2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), vinculada ao Ministério da Saúde (MS). Esse documento estabelecia diretrizes para o funcionamento dos serviços, e em

2011 a AD foi expandida com a criação do Programa Melhor em Casa por meio da portaria GM/MS nº 2.029/2011 (Procópio, 2019). O Programa foi integrado ao SAD com finalidade de ampliar e qualificar o cuidado domiciliar aos usuários do SUS, visando a assistência humanizada, diminuição de hospitalizações com intuito de submeter o conforto em um ambiente familiar, qualidade de vida e aumentar a eficiência do sistema de saúde (Brasil, 2024-b).

Pelo SUS a AD, integrada a RAS, são implementadas em três modalidades de acordo com a complexidade da assistência. A AD₁ é caracterizada por assistir pacientes mais estáveis, de baixa complexidade que possuem dificuldades para locomoção até a unidade. Nesta modalidade são realizadas menores intervenções para o controle e/ou compensação da doença, bem como controle nutricional e assistência de menor frequência. Este formato, requer poucos recursos da saúde, com visitas menos frequentes, dentro da possibilidade de atendimento das equipes profissionais que compõe a unidade básica sendo reconhecido como modalidade AD₁ (Brasil, 2024-a; 2024-b).

Já o SAD atende as modalidades AD₂ e AD₃, são implementados pelo Programa Melhor em Casa, que atuam em conjunto com Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Estes serviços, assistem pacientes que possuem dificuldades para locomoção até a unidade, e se enquadram em casos de média e maior complexidade, requerendo cuidados intensivos e contínuos. Promovem uma assistência maior que a capacidade da rede básica pode proporcionar, à pacientes que necessitem de vários serviços e se enquadrem na modalidade AD₂. Por sua vez, a modalidade AD₃ tem como público-alvo pacientes com condições equivalentes a modalidade AD₂, no entanto diferencia-se pelo fato de atender pacientes em uso de equipamentos específicos e casos mais complexos cuja as condições clínicas apresentam baixa probabilidade de alta (Brasil, 2024-b; 2024-a).

As EMAD são compostas por profissionais com nível superior como: médico (s), enfermeiro (s), técnicos ou auxiliares e fisioterapeuta (s) ou assistente (s) social (is). Em relação a EMAP, estabelece como mínimo três profissionais de nível superior podendo ser: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional (Brasil, 2024-a).

Para a solicitação do SAD, o mesmo deve ser indicado pela equipe de Atenção Básica, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou em hospital no qual o paciente institucionalizado. Para ser admitido no programa, o paciente deverá apresentar qualquer problema de saúde que

exija cuidados contínuos, tais como: dificuldades para realizações de atividades diárias devido a sequelas de Doença Vascular Encefálica (DVE), em pós-operatório, com curativos extensos ou que requerem uso de medicações por via endovenosa diariamente, e pacientes em cuidados paliativos. Não há limite de idade. Uma vez, realizada a avaliação, é feita sua admissão, e dá-se início ao plano de cuidados e cronograma de visitas, que serão ajustados de acordo com a necessidade de monitoramento da saúde do paciente (Brasil, 2024-c).

3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A assistência domiciliar ao paciente no SUS, especialmente por meio do Programa Melhor em Casa, tem se consolidado como uma estratégia eficaz para ampliar o acesso ao cuidado, reduzir internações e oferecer um atendimento mais humanizado e contínuo. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha papel central, sendo o articulador do cuidado e elo entre o paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional (Brasil, 2024-b).

A atuação do enfermeiro vai além dos procedimentos técnicos, incluindo atividades de gestão, monitoramento clínico e educação em saúde. Sua presença no domicílio permite intervenções como administração de terapias, curativos complexos, identificação precoce de complicações e orientação quanto aos efeitos adversos do tratamento, promovendo segurança e continuidade do cuidado (Pilatti *et al.*, 2017; Ribeiro; Santos, 2015).

O caráter educativo da prática de enfermagem também é essencial. Ao capacitar familiares e cuidadores sobre o manejo dos sintomas e a importância da adesão terapêutica, o enfermeiro contribui para a autonomia da família e melhora os resultados do tratamento, além de promover acolhimento e reduzir incertezas no enfrentamento da doença (Monteiro *et al.*, 2020).

O contato direto com pacientes em situação de fragilidade também demanda competências emocionais e sociais. Nesse cenário, o trabalho do enfermeiro em equipes multiprofissionais (EMAD e EMAP) torna-se essencial para garantir cuidado integral, reunindo ciência, técnica e humanização (Carmo *et al.*, 2019; Domenico, 2016; Brasil, 2024-b; Gabardo *et al.*, 2022).

3.3 PAPEL DOS FAMILIARES E CUIDADORES NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO

A assistência à pessoa com câncer deve ser realizada de maneira integral, com o objetivo de promover a melhora na qualidade de vida tanto do paciente quanto de seus cuidadores. Isso inclui ações voltadas à prevenção, alívio do sofrimento, detecção precoce da doença, bem como o acompanhamento e o tratamento da dor e de outros sintomas físicos, emocionais e espirituais. Nesse cenário, a família desempenha um papel fundamental nos cuidados ao paciente, oferecendo não apenas apoio emocional, mas também incentivo à adesão ao tratamento, fortalecimento dos vínculos afetivos e proteção. Assim, atua como um sistema de cuidado completo, capaz de se ajustar às fragilidades enfrentadas nas estratégias de gestão da assistência (Santos *et al.*, 2025).

Além disso, a ausência de um cuidador ou a dificuldade em exercer essa função pode gerar no paciente sentimentos de abandono, o que compromete seu bem-estar e a eficácia do tratamento. Espera-se, portanto, que a pessoa responsável pelos cuidados esteja presente de forma ativa, oferecendo suporte nas necessidades básicas, acolhimento afetivo e disponibilidade para acompanhar o processo de adoecimento, visto que sua atuação pode influenciar diretamente a forma como o paciente lida com a doença (Hoffmann, 2024).

5598

Dessa maneira, a família, ao buscar forças para apoiar um ente querido diante de uma situação de doença, presencia a fragilidade do parente e vivência momentos de grande dificuldade, os quais geram sentimentos de incerteza e medo. Quanto mais intenso o convívio diário com o paciente, maior é o sofrimento ao observar a progressão da doença e suas consequências para o organismo. Lidar com as transformações provocadas pelo câncer no processo saúde-doença torna-se, portanto, um desafio significativo para a família. Nesse contexto, emerge o interesse em compreender como a família gerencia e enfrenta seus próprios sentimentos durante esse período (Silva *et al.*, 2025).

Diante disso, é fundamental reconhecer que o processo de cuidar de uma pessoa com câncer vai além dos aspectos sobre a doença, exigindo também atenção às dimensões emocionais, sociais e afetivas tanto do doente quanto de sua rede de apoio (Bielemann, 2003). Compreender essas vivências torna-se essencial para o desenvolvimento de estratégias assistenciais para um tratamento mais humanizado, que vise o conforto dos pacientes e familiares (Sugiura, 2018).

3.4 BENEFÍCIOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AOS PACIENTES COM CÂNCER

A assistência domiciliar oncológica surge como uma alternativa de cuidado que possibilita ao paciente permanecer em seu lar, preservando sua rotina, atividades, hábitos pessoais e interesses, mantendo assim maior autonomia. Além disso, esse modelo de cuidado favorece a redução de internações prolongadas e onerosas, muitas vezes associadas a procedimentos desnecessários ou a tratamentos que não trazem benefícios significativos. É importante para a diminuição de custos, já que estudos sobre hospitalização domiciliar em diferentes áreas da saúde têm mostrado benefícios como a redução de internações, o menor uso de recursos hospitalares e maior satisfação dos pacientes e familiares. (Mooney, 2021).

As famílias costumam valorizar o cuidado prestado no domicílio, pois ele proporciona maior sensação de privacidade, preserva a rotina cotidiana e possibilita uma participação mais ativa no processo assistencial. Esse modelo de atenção contribui de forma significativa para a qualidade de vida dos pacientes, já que o ambiente familiar favorece conforto, autonomia e segurança emocional. Tanto em adultos quanto em crianças, o cuidado domiciliar tem se mostrado eficaz na melhora do controle dos sintomas, na promoção do bem-estar emocional e na diminuição da sobrecarga imposta aos cuidadores (Lin, 2025).

5599

Como benefício surgem duas visões distintas sobre a continuidade do cuidado oncológico domiciliar: por um lado, compreendida como uma medida alinhada ao gerenciamento político e administrativo, voltada para melhorar a rotatividade de leitos, redução de custos e uma lógica assistencial centrada na doença; por outro, é entendida como estratégia que assegura ao paciente o direito de permanecer em contato com sua família e comunidade durante o tratamento, sem que isso exclua a responsabilidade do Estado em garantir atenção integral à saúde. Entretanto, esse modelo frequentemente transfere para pacientes e familiares um nível maior de responsabilidade e individualização do cuidado, funções que, em grande parte, deveriam ser assumidas pela rede pública de saúde (Oliveira, 2023).

3.5 DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS DOMICILIARES POR MEIO DO SUS

No contexto familiar, os principais desafios no cuidado domiciliar envolvem a não adesão ao tratamento, a dificuldade de adaptação à nova rotina e a necessidade de capacitação

dos familiares para garantir cuidados seguros e contínuos. O preparo para a alta hospitalar e o uso de escalas como Braden e Morse são fundamentais para evitar complicações. Este cuidado evidencia os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde nessa modalidade assistencial, os quais incluem desde o atendimento a pacientes oncológicos até o manejo de condições crônicas. Tais desafios tornam-se mais expressivos diante do aumento da demanda por AD no contexto contemporâneo e do papel cada vez mais relevante do enfermeiro no ambiente intradomiciliar. Ademais, observa-se a presença de problemáticas que perpassam o contexto global do indivíduo enfermo, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Consoni, 2015).

Nos cuidados oncológicos, observa-se intensa sobrecarga emocional provocada pelos estigmas associados ao câncer e pelo impacto do diagnóstico, que pode gerar medo, desesperança, recusa ao tratamento e dificuldade de aceitação da morte, especialmente em cuidados paliativos. Diante disso, o enfermeiro desempenha papel essencial, oferecendo cuidado empático e humanizado voltado ao conforto do paciente e à valorização de sua autonomia. É fundamental que os profissionais estejam preparados para lidar com situações no ambiente domiciliar, prestando suporte emocional aos familiares e contribuindo para minimizar conflitos e o estresse gerado pelo tratamento. Contudo, também enfrentam desafios relacionados ao acolhimento e à carga emocional decorrente do contato constante com o sofrimento humano (Fonseca, 2018).

5600

É necessário realizar adequações nos cuidados propostos, considerando que alguns ambientes ainda não oferecem condições adequadas. Como exemplo, podem ser citados locais que não dispõem de barras de apoio, banheiros sem tapetes antiderrapantes, iluminação insuficiente, ausência de colchões do tipo "caixa de ovo" para pacientes acamados, além de práticas inadequadas no manuseio de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), falhas na higienização das mãos antes e após os procedimentos e na realização da mudança de decúbito. Assim sendo, pode-se implementar a capacitação através da educação em saúde de forma eficaz e por intermédio de grupos de estudos, atividades lúdicas, desenvolvimento de cartilhas e palestras educativas (Rangel, 2023; Santos, 2022; Ribeiro, 2020).

Nessas circunstâncias, é importante que o enfermeiro saiba construir vínculos com a família e manter comunicações eficientes que gerem benefícios e adequações dos familiares a continuidade de cuidados no contexto doença nas quais o enfermo se insere. Sendo assim, torna-se essencial que familiares sejam informados sobre os desfechos da doença, bem como os

planos de cuidado, além de exames, procedimentos indicados ao paciente e a construção de uma rede de apoio (Rangel, 2023).

Uma das principais características do Programa Melhor em Casa é a redução de custos hospitalares com internações e gastos com materiais, no entanto desde a alta hospitalar a família assume o papel de arcar com despesas extras, que podem ser elevadas, ainda que as Instituições Públicas subsidiem grande parte dos materiais fornecidos. A escassez de materiais e cuidados necessários podem afetar diretamente na qualidade e tratamento do paciente levando ao maior tempo estimado de internação domiciliar e complicações à saúde (Ribeiro, 2020).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa ressalta a importância da AD dentro do SUS, especialmente no cuidado a pacientes oncológicos. Ao analisar as modalidades e a estruturação do Programa Melhor em Casa, foi possível compreender como essa estratégia melhora a qualidade do cuidado, promove a autonomia do paciente e reduz internações desnecessárias. A atuação do enfermeiro emerge como fundamental na coordenação do cuidado, assegurando a integralidade da assistência e o suporte contínuo às famílias.

5601

Além disso, o papel dos cuidadores e familiares mostrou-se essencial na manutenção do bem-estar físico e emocional do paciente, evidenciando que o cuidar vai além do aspecto técnico, envolvendo dimensões afetivas e sociais. Contudo, persistem desafios como a escassez de recursos, a sobrecarga dos profissionais de saúde e a necessidade de qualificação contínua das equipes e cuidadores. Conclui-se que a AD representa um avanço relevante nas políticas públicas de saúde, mas requer esforços constantes para que seja humanizada, equitativa e acessível a todos que dela necessitam.

REFERÊNCIAS

- ALVES, F. M. et al. O cuidado domiciliar na atenção a pacientes oncológicos. *Revista de Enfermagem e Saúde*. v. 15, n. 2, p. 115-123, 2020.
- BIELEMANN, V. L. M. A Família Cuidando do Ser Humano com Câncer e Sentido a Experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 56 (2), p. 133-137, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Domiciliar*. 2024-a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Modalidades de Atenção Domiciliar*. 2024-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Domiciliar. Brasília, 2021.

CARMO, R. A. L. O. et al. Cuidar em Oncologia: Desafios e Superações Cotidianas Vivenciados por Enfermeiros. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 65, p.14818, 2019.

CONSONI, E. et al. Os desafios do enfermeiro no cuidado domiciliar. *Enfermagem Brasil*. v. 14, n. 4, 2015.

DOMENICO, E. B. L. A complexidade do cuidado em oncologia: desafios atuais e futuros. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, n. 3, p. 3-5, jun. 2016.

FONSECA, A. et al. G. O Doente Oncológico em Acompanhamento Domiciliário. In Sotto Mayor, M.; Sequeira, C.; Reis, G. (coordenadora). *Visita Domiciliária*, p. 141- 156. SC: Edição de autor ISBN 978-989-20-8851-8, 2018.

GABARDO, J. M. B. et al. Internamento domiciliar via SUS no Brasil, o impacto do programa “Melhor em Casa”. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 6, e36711629177, 2022.

HOFFMANN, B. S.; FONSECA, F. N.; GONÇALVES, H. C. B. Atendimento voltado para quem cuida no ambiente hospitalar: percepção de cuidadores de pacientes oncológicos. *Health Residencies Journal (HRJ)*. v. 5 (23), p. 47-55, 2024.

LIN, C.P.; CHU, W. M. Home-Based Palliative Care: Benefits, Challenges, Opportunities and Future Directions in a Super-Aged Society. *J Hosp Palliat Care*, v. 28, n. 3, p. 81-88, 2025.

5602

MONTEIRO, F. L. R. et al. Atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar ao paciente e seus familiares. *Brazilian Journal of Development*. v. 6, n.5, p.31203-31216, 2020.

MOONEY, K. et al. Evaluation of Oncology Hospital at Home: Unplanned Health Care Utilization and Costs in the Huntsman at Home Real-World Trial. *Journal of Clinical Oncology*. v. 39, p. 2586-2593, 2021.

OLIVEIRA, N. G.; HORA, S. S.; CHAVES, A. R. M. A Desospitalização na Assistência Oncológica: um Debate acerca da Continuidade do Cuidado Familiar em Domicílio. *Revista Brasileira de Cancerologia*. V. 69, n.3, e- 213917, 2023.

OLIVEIRA, A. F. Fundamentos e metodologias para a revisão bibliográfica. 2. ed. Belo Horizonte: Editora Universitária, 2020.

PILATTI, P. et al. Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. *Revista Brasileira de medicina de família e comunidade*. v. 12, p. 1-10, 2017.

PROCÓPIO, L. C. R. et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 592-604, 5 ago. 2019.

RANGEL, M. L. S. V. Processo de desospitalização e atenção domiciliar no Brasil e seus fatores

associados. *Research, Society and Development*. v. 12, n. 4. e0612440793, 2023.

RIBEIRO, T. S.; SANTOS, V. O. Segurança do Paciente na Administração de Quimioterapia Antineoplásica: uma Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.61, p. 145-153, 2015.

RIBEIRO, A. D. Melhor em casa: o desafio de cuidar (Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços em Saúde) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2020.

SANTOS, J. F. et al. Desafios da Enfermagem no Programa Melhor em Casa: relato de experiência. *Research, Society and Development*. v. 11, n.4, e17311427242, 2022.

SANTOS, A. P. C. et al. Olhar Abrangente sobre as Necessidades dos Cuidadores em Câncer de Mama. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. v. 25, p. e19336, 2025.

SÃO PAULO. Diretoria de Informação e Epidemiologia da Fundação Oncocentro de São Paulo -FOSP. Registro Hospitalar de Câncer.

SILVA, T. A. et al. A Percepção dos Sentimentos dos Familiares de Pacientes Em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa. *Revista Nursing*. v. 29 (320), p. 10482-10488, 2025.

SUGIURA, S. Y. et al. A vivência do contexto domiciliar por familiares e profissionais de saúde. *Revista Enfermagem UFSM*. v. 8(2), p. 304-319, 2018.

WAKIUCHI, J. O cuidado sob o olhar do paciente oncológico: o cotidiano junto à família e à equipe de saúde. *Texto e Contexto*. v. 24, n. 2, p. 381-9, 2013. 5603
