



Cuidado paliativo oncológico na internação domiciliar

Palliative oncology care in home hospitalization

Cuidados paliativos oncológicos em hospitalización domiciliaria

Jamil Michel Miranda do Vale¹, Antônio Corrêa Marques Neto², Liana Gonçalves Teixeira dos Santos², Mary Elizabeth de Santana², Arthur Sávio Costa Dias¹, Sibeles das Neves Ferreira¹.

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem sobre um serviço de atendimento domiciliar de adoecidos em cuidado paliativo oncológico. **Relato de experiência:** O Serviço de Atendimento Domiciliar, implantado 2001, foi o primeiro na região a oferecer os serviços de cuidado paliativo no âmbito extra hospitalar prevê que a assistência ao paciente e seus familiares seja exercida por uma equipe multiprofissional, para tanto conta com médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos com apoio de nutricionistas, farmacêuticos e terapêuticos ocupacionais. A experiência foi tematizada neste estudo como, "O trabalho da equipe e a dinâmica do processo de serviço de atenção domiciliar"; "A enfermagem enquanto participante da rede de apoio"; e os "Desafios percebidos na atenção aos que cuidam de pessoas em finitude de vida". **Considerações finais:** Assim, compreendemos a importância da manutenção do acompanhamento profissional a esses adoecidos e seus cuidadores, visto que se encontram tão fragilizados em detrimento da dor e sofrimento causados pelo câncer e pela finitude da vida, em um plano de cuidados que priorize a valorização dos mesmos e seus contextos de vida.

Palavras-chave: Enfermagem, Oncologia, Cuidados paliativos, Assistência domiciliar.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of experience of nurses and nursing students on a home care service of sickened in oncological palliative care. **Experience report:** The Home Care Service, implemented in 2001, was the first in the region to offer palliative care services outside the hospital setting. It provides assistance to patients and their families by a multidisciplinary team, including doctors, nurses, social workers and psychologists with the support of nutritionists, pharmacists and occupational therapists. This experience was thematized in this study as, "The team work and the dynamics of the home care service process"; "Nursing as a member of the support network"; and "Challenges perceived in attention to caring for people in finitude of life". **Conclusion:** So, understand the importance of maintaining professional support to those sickened and their caregivers, as they are so vulnerable to the detriment of the pain and suffering caused by cancer and the finiteness of life, in a care plan that prioritizes the appreciation of themselves and their life contexts.

Keywords: Nursing, Oncology, Palliative care, Home care.

¹ Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Belém - PA.

² Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA.

RESUMEN

Objetivo: Reportar la experiencia de enfermeros y estudiantes de enfermería sobre un servicio de atención domiciliar a pacientes en cuidados paliativos oncológicos. **Relato de experiencia:** El Servicio de Atención Domiciliar, implementado en 2001, fue el primero en la región en ofrecer servicios de cuidados paliativos fuera del ámbito hospitalario. Contempla la asistencia al paciente y a sus familiares a cargo de un equipo multidisciplinario, que incluye médicos, enfermeras, asistentes sociales y Trabajadores y psicólogos con apoyo de nutricionistas, farmacéuticos y terapeutas ocupacionales. Nuestra experiencia fue tematizado en este estudio como "El trabajo en equipo y la dinámica del proceso de servicio de atención a domicilio"; "La enfermería como miembro de la red de apoyo"; y "Desafíos percibidos en atención a los que cuidan de las personas en la finitud de la vida". **Conclusión:** Por lo tanto, entendemos la importancia de mantener el apoyo profesional a los enfermos y sus cuidadores, ya que son muy vulnerables en detrimento del dolor y el sufrimiento causado por el cáncer y la finitud de la vida en un plan de atención que oferta prioridad a la recuperación de ellos y sus contextos de vida.

Palabras clave: Enfermería, Oncología, Cuidados paliativos, Atención domiciliar.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica, considerado um problema de saúde pública que vem ganhando cada vez mais atenção. Para o Brasil, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2023). No Brasil, é considerada como um marcador, para o grau de desenvolvimento regional em razão do envolvimento das questões culturais/sociais e demográficas. Mesmo com a detecção precoce, receber o diagnóstico de câncer para muitos indivíduos retoma o estigma de morte (MAIA AES, et al., 2021). A morte é o processo natural que acontecerá, inevitavelmente, com todos os indivíduos, independente de condições de doença, deste modo, falar sobre a morte faz-se necessário, uma vez que faz parte do ciclo da vida.

Conversar sobre o processo de morte e morrer possibilita ressignificar o processo de separação e ausência física, viabilizando um viver pleno, com alegria e enfrentamento ao luto (CARVALHO TA e BELFORT MGS, 2023). No contexto oncológico, são necessários que o cuidado paliativo seja implementado desde o diagnóstico até o acompanhamento ao luto da família, em caso de óbito (MATOS MR, et al., 2016).

A abordagem sobre os cuidados paliativos é recente, atualmente entende-se cuidados paliativos como cuidados abrangentes a pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida, visando melhorar a qualidade de vida de destes e de seus familiares, por meio do controle e manejo da dor e de outros sintomas; além de apoio psicológico, espiritual e social (RIEGEL B e KIMMEL SE, 2018).

Nos casos de adoecidos fora de possibilidade terapêutica curativa, onde este se apresenta hemodinamicamente estável e possui um suporte familiar estável, há a possibilidade de desospitalização, com a internação domiciliar. A internação domiciliar é uma modalidade de cuidado que acontece no domicílio, e como componente do cuidado paliativo é usualmente requisitada pelos familiares/pacientes, em especial quando o adoecido se encontra em processo de finitude. Entretanto, cabe ressaltar que esta não é uma medida definitiva, são realizadas avaliações contínuas para constatar a natureza de estabilidade e conforto do paciente (MAIA AES, et al., 2021; NEGRÃO SW, et al., 2023).

A internação domiciliar muitas vezes expressa a vontade do adoecido ou da família em estar rodeado por seus familiares, a transicionalidade do ambiente hospitalar para o domiciliar retoma o conceito de "morrer bem", longe das instalações hospitalares e medidas intervencionistas desnecessárias (MEJIA-REDON YT, et al., 2020). Contudo, para que a internação domiciliar seja efetivada são necessários que alguns critérios sejam garantidos, como a disponibilidade de equipamentos médicos especializados e insumos hospitalares, que englobam medicamentos e itens de controle específicos, como os opioides, bem como a necessidade resultante de uma equipe de retaguarda, e a correta coordenação entre os serviços intramuros e extramuros (PAIVA PA, et al., 2016).

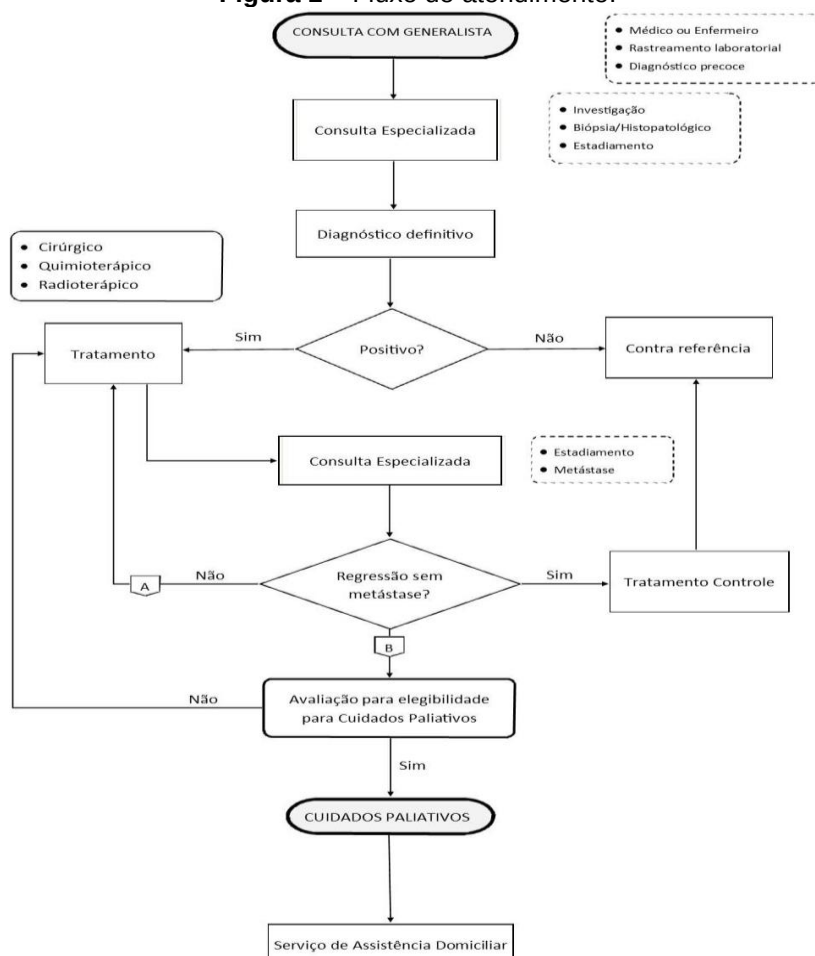
A qualidade de morte se fortalece com o alinhamento do trabalho da equipe, durante a visita domiciliar, com o estabelecimento uma comunicação eficaz com o cuidador, encorajando-os a enfrentar os problemas. As visitas domiciliares, buscam direcionar e promover a autonomia dos pacientes, que se encontram em condições, de vivenciar seu cotidiano em sua vida, em seu próprio ritmo, sem a rigidez hospitalar. Isso é facilitado pelo estímulo, apoio e maior proximidade proporcionados pelos familiares (NARDINO F, et al., 2021). Assim, o presente relato buscou descrever a vivência de enfermagem no contexto de internação domiciliar a pacientes em cuidados paliativos oncológicos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo do tipo relato de experiência realizada por enfermeiros e acadêmicos realizado entre janeiro e março de 2024. O cenário foi o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), de um Hospital referência no tratamento de câncer na região Norte, implantado 2001, sendo a partir de então foi o primeiro na região a oferecer os serviços de cuidado paliativo no âmbito extra hospitalar, manejando os sintomas angustiantes como a dor oncológica e oferecendo suporte na manutenção da qualidade de vida de sua clientela.

O SAD prevê que a assistência ao paciente e seus familiares seja exercida por uma equipe multiprofissional, para tanto conta com médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos com apoio de nutricionistas, farmacêuticos e terapêuticos ocupacionais. Os Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos (CPPO) idealizados para o domicílio também devem englobar os procedimentos inerentes a prática hospitalar, bem como exames laboratoriais e de imagenologia.

Figura 1 – Fluxo de atendimento.



Fonte: Vale JMM, et al., 2025.

O hospital aludido é um estabelecimento de saúde, que possui grande aparato para atender e prestar serviço para o Sistema Único de Saúde (SUS) estadual, e está no território local da cidade de Belém. Além do caráter voltado a assistência oncológica, o hospital está atrelado ao ensino e pesquisa estando vinculado a instituições de ensino superior. No momento, possui 218 leitos, dos quais, 40 são reservados à urgência e emergência nefrológica e oncológica. A **Figura 1** detalha o fluxo dos pacientes desde a admissão até o encaminhamento para o SAD.

Acompanhamento dos Usuários e Cuidadores

Os usuários acompanhados pelo SAD do Programa de Internação Domiciliar eram do sexo masculino e sexo feminino, com idade compreendida entre 36 e 85 anos e nível de escolaridade variando entre ensino fundamental incompleto e ensino superior. A maioria era aposentado(a) ou autônomo(a), com processo de aposentadoria em vigência, devido a condição de saúde atual.

Com relação aos sinais e sintomas oriundos dos agravos, os mais comuns e prevalentes durante as visitas domiciliares foram: dor, miastenia, vertigens e dispneia, comuns ao tratamento medicamentoso e manifestações clínicas da patologia. A maioria dos pacientes era acamado(a) ou com mobilidade prejudicada devido avanço da doença.

Quanto aos cuidadores dos pacientes oncológicos, todos pertenciam à conjuntura familiar, em sua maioria eram filhas, esposas ou irmãs, sendo todas do sexo feminino, com idade variando entre 18 e 61 anos. Quanto ao estado civil, eram solteiras e casadas, com nível de escolaridade variando entre ensino fundamental incompleto e nível superior, cuja renda esteve compreendida entre 1 e 8 salários mínimos. Em relação ao aspecto de moradia dos cuidadores, todos residiam na mesma casa com o quantitativo de familiares variando entre 2 e 6 pessoas.

Trabalho da Equipe e a Dinâmica do Processo de Serviço de Atenção Domiciliar

O SAD em CP é realizado nas residências com pacientes em circunstância de finitude, neste serviço os cuidados prestados eram específicos a usuários oncológicos em estágio avançado da doença. Os cuidados que seriam oferecidos no intra-hospitalar são transferidos para a família que assume o cuidado técnico.

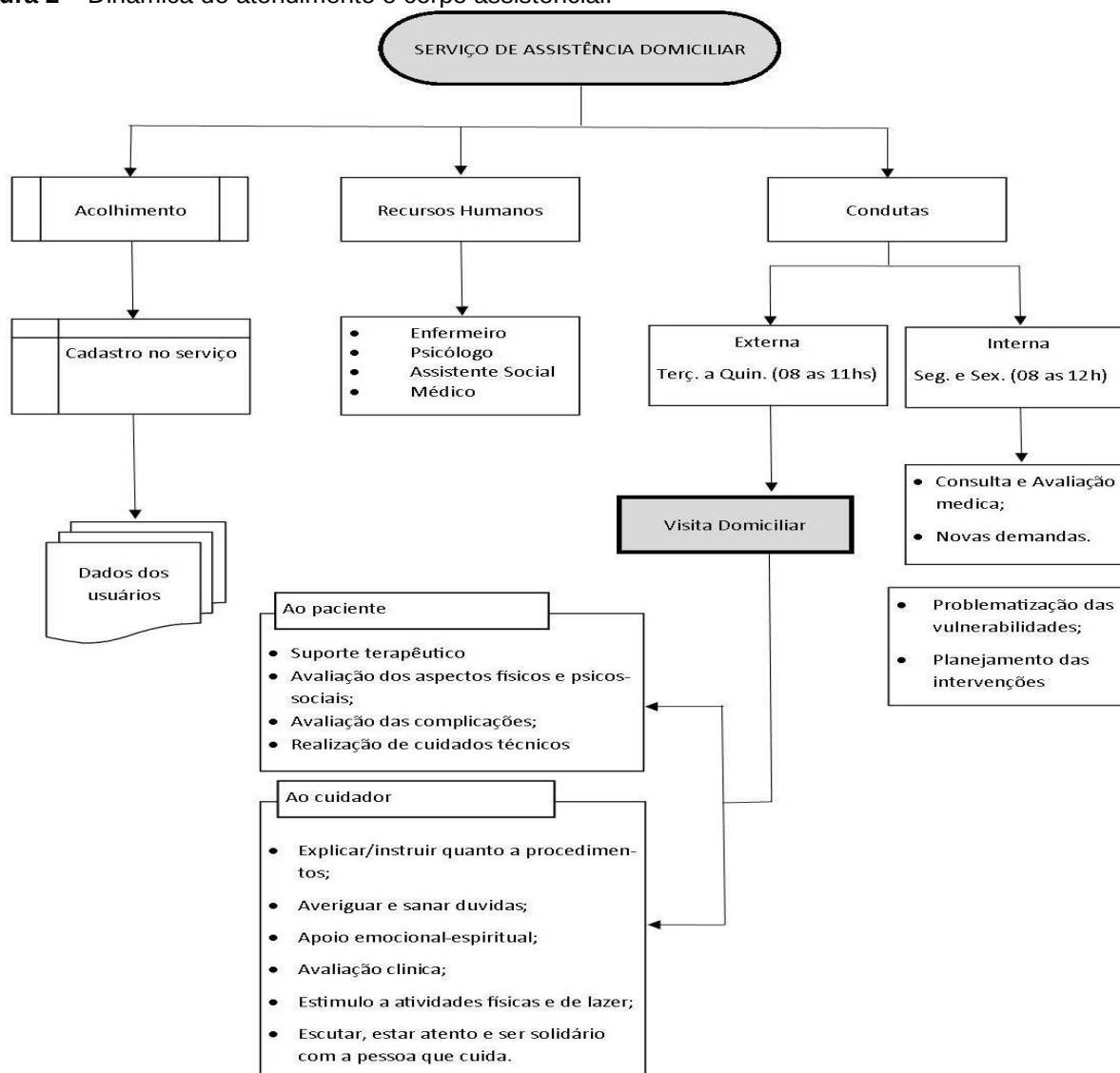
As admissões dos usuários no serviço eram oriundas do atendimento da CPPO (**Figura 2**), onde se sucedem as avaliações dos casos, geralmente realizada pelo médico juntamente com o enfermeiro e assistente social. Essa avaliação envolvia o estudo das condições de morbididades do paciente e dinâmica no domicílio, em relação à possibilidade de assumir o cuidado em casa.

Este serviço visa em longo prazo alívio da dor e propiciar maior conforto, resolvendo ou minimizando situações agudas secundárias a doença. O atendimento exercido pela equipe de visitas domiciliares acontecia diariamente das 07h às 11h de terça-feira a quinta-feira, na cidade de Belém e nos distritos de Icoaraci e Outeiro. Às sextas-feiras são destinadas para o atendimento e acolhimentos das famílias dos pacientes, bem como na admissão de novos adoecidos encaminhados. A escolha do horário de visita era elaborada previamente com a finalidade de adequar o melhor período, mostrando deste modo, o respeito à singularidade, sobretudo das famílias.

Em relação à organização do processo de trabalho, a definição do número de visitas domiciliares ocorre com a adoção de uma lista organizada com a totalidade dos pacientes cadastrados no SAD, levando em consideração também as necessidades individuais de cada usuário, uma vez que parcela dos sujeitos precisa do auxílio da equipe mesmo já havendo sido realizada a visita de rotina. Isto significa que a frequência das visitas variava de acordo com a necessidade emergente do paciente, estas visitas ocorriam em semanas alternadas ou quinzenalmente.

As idas foram realizadas, preferencialmente, pelos profissionais da enfermagem, serviço social e psicologia para casos de menor complexidade clínica ou checagem de rotina envolvendo a dispensa de materiais e medicamentos. Intercalavam-se com visitas médicas para casos de maior complexidade, ou quando havia necessidade de alteração de medicação ou modificação de dosagem.

Figura 2 – Dinâmica de atendimento e corpo assistencial.



Fonte: Vale JMM, et al., 2025.

A Enfermagem enquanto partícipe da Rede de Apoio

No íterim das visitas identificou-se que o enfermeiro no contexto da internação domiciliar realiza diferentes formas de participação, executando ações tanto assistenciais por meio de visitas domiciliares, quanto participando da gestão do cuidado e dos processos administrativos do serviço de visita domiciliar juntamente com o responsável administrativo.

Isto corrobora na importância do aperfeiçoamento das habilidades e competências do profissional enfermeiro para atuar nesta área, de modo a aprimorar sua avaliação clínica, pois as visitas de enfermagem ocorrem com maior periodicidade em detrimento as visitas médicas, sendo a partir da avaliação do enfermeiro o seguimento ao médico. Além do mais, outro aspecto importante para frisar refere-se à comunicação com a família para esclarecê-la quanto as dúvidas sobre o cuidado prestado, tornando-o mais eficaz e seguro, e sempre comunicando todos os cuidados executados.

A Enfermagem desenvolve um papel central na articulação com as famílias no sentido de orientá-las em questões tanto sociais quanto biológicas resultantes do processo de finitude. Assim percebe-se que a enfermagem se apresenta como pilar central no que concerne à rede de apoio a família e sobretudo ao cuidador familiar/principal, visto que, estes demandam educação em saúde/treinamentos e orientações para

prover o cuidado necessário ao adoecido. Posto isso, é primordial salientar que algumas ações são de responsabilidade quase exclusiva do enfermeiro, como a incumbência em orientar os cuidadores sobre a assistência a ser exercida ao seu familiar e definir o melhor plano de cuidados dentro das necessidades afetadas do adoecido.

Desafios percebidos na Atenção aos que Cuidam de Pessoas em Finitude de Vida

Nas famílias visitadas, a maioria dos adoecidos possuíam somente um cuidador, sendo todas do sexo feminino nas atividades assistidas no domicílio. Na maioria das situações, o indivíduo que assumiu o papel de cuidador no domicílio, o fez de forma inerente, assimilando a escolha como necessária, sem reflexão sobre seus desejos, disponibilidade ou vontade de ser cuidador. Isso mostra que se doença está presente no núcleo familiar, ser cuidador não se torna uma opção, mas uma necessidade, visto que a maioria destas famílias não dispunham de recursos para financiar um cuidador formal.

Esta necessidade envolve a satisfação pessoal, onde sua percepção de bem-estar está vinculada à possibilidade de cuidar do outro, objetivando a sensação de dever cumprido ou de se evitar a sensação de negligência. Este último, corrobora com o sentimento da “obrigação” que o cuidador sente, não enxergando outra opção senão a de cuidar. O cuidado, muitas vezes, torna-se uma função penosa e exaustiva; mesmo assim, os cuidadores assumem o cuidado total de seu familiar e sozinho, solicitando a ajuda de outros familiares somente em condições extremas ou em urgências dos pacientes. Nessas situações o cuidador funciona era um membro da família que precisou renunciar à maior parte de suas atividades pessoais em detrimento ao cuidado, bem como a produção de conflitos de cunho social e interpessoal por permanecer integralmente com o familiar adoecido.

Observou-se nos domicílios as diversas funções exercidas pelos cuidadores junto ao paciente. A maioria dedicava-se integralmente à assistência familiar diária, ao acompanhamento médico e às tarefas domésticas e pessoais, como higiene, alimentação e administração de medicamentos. Constatamos sintomas e problemas gerados pela sobrecarga emocional e física no cuidado. Entre os problemas físicos predominavam astenia, cefaleia e mialgias; nos emocionais, tristeza, medo, rupturas familiares, diminuição das atividades sociais, irritabilidade, insônia, isolamento e solidão, refletindo menor satisfação com a vida, ao priorizarem o cuidado ao doente em detrimento de suas próprias necessidades.

Embora, insistentemente a diretriz da desospitalização para pessoas em finitude de vida aponta os efeitos benéficos da internação domiciliar ao adoecido, nos casos vivenciados, estas significações não englobam de forma eficaz as vidas do familiar cuidador. Em suma, é especialmente relevante suscitar por parte da enfermagem não somente estratégias que subsidiam o zelo assistencial direcionado ao paciente em finitude de vida pelo câncer, como também ao ciclo social do qual faz parte, neste relato, a família.

Mediante a isto, o papel da enfermagem está associado ao núcleo familiar durante a finitude, dividindo-se em funções assistenciais, gerenciamento do cuidado e processos administrativos do serviço. Portanto, conhecer políticas de assistência dá subsídio e aptidão para intervir diante de intercorrências, trabalhar com o empoderamento da família acerca do cuidado, e com o autocuidado do cuidador, evitando que este adoeca. Uma ferramenta de trabalho é a orientação e educação em saúde aos cuidadores, que desperta uma participação mais ativa dos mesmos durante as visitas. Verificamos com poucas exceções, que os pacientes em cuidados paliativos oncológicos acompanhados pelo SAD dependem exclusivamente do familiar cuidador e da equipe.

Este fator pluraliza a (co)responsabilidade no cuidado. Há de se divergir quais são os pacientes extremamente dependentes, e que exigem mais de um acompanhamento regular semanal, para tanto o cuidador principal e a equipe multiprofissional devem comunicarem-se com a finalidade de adequar protocolos e rotinas exequíveis a resolução dos problemas emergentes. Em suma, os pacientes dependem da equipe multiprofissional para a qualidade da terapêutica clínica de alívio do sofrimento, porém, a necessidade do cuidador familiar presente em todas as demandas de cuidado é insubstituível. Em relação às cuidadoras, atentou-se que todas exercem o ato de cuidar como gesto de carinho, retribuição e amor pelo familiar, apesar de fatigante a abdicação desta função não foi exprimida.

Enquanto observadores ponderamos que o cuidar tornara-se, frequentemente, uma função exaustiva, o que faz com que reneguem âmbitos da vida pessoal e atividades prazerosas em detrimento do cuidado de seu ente adoecido, isso gera uma sobrecarga que as afeta nas ordens física, psicológica e social. A maior carência percebida foi a falta total ou parcial de aporte de outros familiares, o que culmina no autocuidado prejudicado.

Por frequentemente ser a única fonte de apoio, a equipe de saúde adota princípios recorrentes observados na prática como guias para suas funções, que envolvem o acompanhamento da evolução dos indivíduos, as variações no quadro clínico e as necessidades diárias no ambiente domiciliar. Esses fatores são tão ou mais importantes do que a disponibilidade de materiais e medicamentos, pois, ao integrá-los à dinâmica familiar, estabelece-se uma comunicação direta com os cuidadores, permitindo responder prontamente às intercorrências que possam exigir intervenções imediatas ou até mesmo assistência intra-hospitalar.

DISCUSSÃO

A internação domiciliar é uma estratégia essencial para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados com o indivíduo adoecido. Esse serviço possibilita o atendimento dos pacientes em seus próprios lares, oferecendo um cuidado humanizado e seguro. No Brasil, a ampliação dos SADs ganhou destaque na década de 1990, motivada pelo aumento das doenças crônicas e incapacitantes em diferentes idades, aliado ao crescimento expressivo da expectativa de vida (CAVALCANTE MEPL, et al., 2022). Esta modalidade de atenção se apresenta como uma alternativa eficaz para reduzir a sobrecarga nos hospitais e implementar um modelo de cuidado mais centrado nas necessidades dos pacientes, valorizando um ambiente psicossocial mais acolhedor tanto para eles quanto para seus familiares (CASTRO EAB, et al., 2018).

Um dos principais diferenciais desse modelo de cuidado é a participação ativa do paciente no seu plano terapêutico, o que proporciona uma assistência mais personalizada e humanizada em comparação com o atendimento hospitalar (SILVA KL, et al., 2017). A Portaria MS nº 963 de 2013 destaca que, no contexto domiciliar, também é possível realizar procedimentos de maior complexidade, como curativos especiais, drenagem de abscesso, exames laboratoriais simples e o monitoramento constante dos sinais vitais, ajustando o atendimento às necessidades individuais de cada paciente (BRASIL, 2013).

No que tange ao cuidado multiprofissional, o SAD desempenha uma função essencial no cuidado paliativo oncológico, especialmente no apoio ao cuidador, por meio de treinamento em procedimentos assistenciais, esclarecimento de dúvidas e fornecimento de suporte psicológico (ARAUJO RCG, et al., 2018). A atenção domiciliar, oferece cuidados contínuos em ambiente familiar, e para que seja eficaz, é fundamental estabelecer confiança entre os profissionais de AD e os familiares, cumprindo compromissos, demonstrando empatia e revisando o plano de cuidados sempre que necessário (NUNES FBBF, et al., 2024).

Já a assistência de enfermagem domiciliar tem como foco o acompanhamento, tratamento, recuperação e reabilitação de pacientes com diversas condições de saúde, e suas realidades (VALARISTINO JM, et al., 2019). Neste sentido, o enfermeiro se destaca, por vezes, ao ser o responsável pela organização e pela eficiência das atividades a serem realizadas. Esse papel inclui a condução de reuniões de equipe no domicílio e a proposição de estratégias que tenham impacto positivo no contexto do atendido (MOURA PMM, et al., 2021).

Necessitando também de cuidados, estão os cuidadores, onde estudos mostram que entre 83,1% e 93,4% dos cuidadores são mulheres. Desde a pesquisa de Karsch (2004), conduzida no início da década de 1990, observa-se que esses cuidadores estão em suas residências, cuidando de familiares dependentes, frequentemente sem orientação adequada e, na maioria das vezes, assumindo sozinhas as responsabilidades relacionadas ao cuidado (POZZOLI SML e CECÍLIO LCO, 2017).

Mesmo sofrendo os impactos dessa sobrecarga de cuidar, eles defendem que a internação domiciliar oferece ao paciente maior liberdade, conforto, qualidade de vida e a oportunidade de manter o convívio social (OLIVEIRA SG, et al., 2016). Diante disto, a experiência no acompanhamento do SAD a pacientes em cuidados paliativos oncológicos, possibilitou compreender a importância da manutenção do acompanhamento

profissional de pacientes e cuidadores em um plano de cuidados que preze pela valorização do indivíduo, registre evoluções e regressos clínicos do mesmo e respeite valores, sentimentos e fragilidades dos participantes do processo.

Destarte, esperamos que este relato possa contribuir efetivamente para despertar da reflexão acerca da importância do SAD, favorecendo a superação dos entraves que dificultam a palpabilidade desta assistência holística em campus mais objetivo. Ademais, despertar princípios, delineamentos e iniciativas em profissionais que atuam diretamente em setores similares, almejando alcançar mais qualidade, integralidade, efetividade nos cuidados executados.

REFERÊNCIAS

1. ARAUJO RCG, et al. Programa melhor em casa: processo de trabalho da equipe multiprofissional. *Itinerarius Reflectionis*, 2018; 14(4): 1–23.
2. BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, maio 2013.
3. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/estimativa-2023.pdf>. Acessado em: 16 de janeiro de 2024.
4. CARVALHO TA e BELFORT MGS. Atualização do enfermeiro paliativista na assistência ao paciente oncológico em fase terminal. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, 2023; 27(4): 1991-2009.
5. CASTRO EAB, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enferm*, 2018; 39: 2016-2.
6. CAVALCANTE MEPL, et al. Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. *Escola Anna Nery*, 2022; 26: 20220001.
7. KARSCH UMS. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: Educ, 2004.
8. MAIA AES, et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes com Câncer Cadastrados no Programa de Visita Domiciliar de um Hospital da Rede Pública. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2021; 67(2): 5864.
9. MATOS MR, et al. Significado da atenção domiciliar e o momento vivido pelo paciente oncológico em cuidados paliativos. *Rev. Eletr. Enf*, 2016; 18: 1179.
10. MEJÍA-RENDÓN YT, et al. Evaluación de la calidad de los servicios de cuidados paliativos domiciliarios: revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Enfermería*, 2020; 19(3): 25.
11. MOURA PMM, et al. O protagonismo do enfermeiro na equipe de atenção domiciliar. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(5): 1-8.
12. NARDINO F, et al. Significações dos Cuidados Paliativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2021; 41: 222519.
13. NEGRÃO SW, et al. Estudo qualitativo sobre os cuidados paliativos e a relação de cuidado na atenção domiciliar em um município de médio porte. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 2023; 6(4): 1.
14. NUNES FBBF, et al. Capacidade de cuidado familiar em palição na atenção domiciliar. *J. nurs. health*. 2024; 14(1): 1424268.
15. OLIVEIRA SG, et al. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 21(3): 591-9.
16. PAIVA PA, et al. Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 2016; 29(2): 244-252.
17. POZZOLI SML e CECÍLIO LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. *Saúde Debate*, 2017; 41(115): 1116-1129.
18. RIEGEL B e KIMMEL SE. Palliative care: Is now the time? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2018; 17(6): 474-476.
19. SILVA KL, et al. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enfermagem*, 2017; 22(4).
20. VALARISTINO JM, et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: revisão narrativa. *Revista Artigos.Com*, 2019; 12: 2567.