REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
RBMFC

www.rbmfc.org.br
ISSN 2179-7994

Artigo de Pesquisa

Percepções de médicos atuantes no Serviço de Atenção Domiciliar sobre a promoção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde

Perceptions of physicians working in the Home Care Service regarding the promotion of palliative care in the Brazilian Unified Health System

Percepciones de los médicos que actúan en Servicios de Atención Domiciliaria sobre la promoción de los cuidados paliativos en el Sistema Único de Salud

Gabriel da Rocha Favero[1], Julia da Rocha Favero[1], Daniela Maysa de Souza[1]

[1]Fundação Universidade Regional de Blumenau, Faculdade de Medicina – Blumenau (SC), Brasil.

Resumo

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar representa um cenário estratégico para a oferta de cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde, facilitando a desospitalização e proporcionando maior qualidade de vida aos pacientes e suas famílias. Contudo, sua implementação enfrenta desafios relacionados à articulação da rede e à escassez de insumos e profissionais. **Objetivo:** Analisar as práticas e as percepções dos médicos atuantes no Serviço de Atenção Domiciliar de Blumenau/SC sobre a implementação e a oferta dos cuidados paliativos. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, realizada com quatro médicos atuantes no serviço. A coleta de dados ocorreu em setembro de 2025 por meio de entrevistas semiestruturadas, e os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo. **Resultados:** Os resultados indicam que o Serviço de Atenção Domiciliar é percebido como fundamental para a prática de cuidados paliativos, permitindo um entendimento singular da dinâmica familiar e social. Apesar desse potencial, foram identificadas barreiras significativas, como a limitação de recursos e profissionais; a desarticulação da rede, marcada pelo desconhecimento das atribuições do serviço; as demandas contínuas das famílias; e os limites da atuação médica, que exige uma gestão de problemas sociais para a qual a formação curativa não oferece preparo adequado. Destacam-se ainda a imprescindibilidade da equipe multidisciplinar e o complexo equilíbrio entre a padronização de protocolos e a individualização do cuidado. **Conclusões:** Embora o Serviço de Atenção Domiciliar seja um espaço potente para os cuidados paliativos, sua efetividade é limitada por lacunas na formação médica e pela fragmentação da rede de saúde. É necessário fortalecer a educação permanente em cuidados paliativos e aprimorar a articulação entre os níveis de atenção para garantir um cuidado domiciliar integral.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Sistema Único de Saúde; Assistência Médica; Serviços de Assistência Domiciliar.

Autor correspondente:
Daniela Maysa de Souza
E-mail: danimaysa@gmail.com
Fonte de financiamento:
não se aplica.
Parecer CEP:
7.687.428
TCLE:
assinado pelos participantes.
Procedência:
não encomendado.
Editora Associada:
Francisco Eduardo da Fonseca Delgado.
Avaliação por pares:
externa.
Recebido em: 08/01/2026.
Aprovado em: 20/04/2026.

Como citar: Favero GR, Favero JR, Souza DM. Percepções de médicos atuantes no Serviço de Atenção Domiciliar sobre a promoção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48):5227. https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)5227

CC BY

Abstract

Introduction: The Home Care Service represents a strategic setting for the provision of palliative care within Brazil's Unified Health System, facilitating discharge from the hospital and improving the quality of life of patients and their families. However, its implementation faces challenges related to network coordination and shortages of supplies and professionals. **Objective:** To analyze the practices and perceptions of physicians working in the Home Care Service of Blumenau, Santa Catarina, Brazil, regarding the implementation and delivery of palliative care. **Methods:** This exploratory, qualitative study was conducted with four physicians working in the service. Data were collected in September 2025 through semi-structured interviews and analyzed using thematic content analysis. **Results:** Findings indicate that the Home Care Service is perceived as fundamental to palliative care practice, enabling a unique understanding of family and social dynamics. Despite this potential, several significant barriers were identified, including limited resources and staffing; poor network coordination, marked by a lack of knowledge about the service's responsibilities; ongoing family demands; and the limitations of medical practice, which requires managing social issues for which traditional curative training provides insufficient preparation. The essential role of the multidisciplinary team and the complex balance between protocol standardization and individualized care were also highlighted. **Conclusions:** Although the Home Care Service is a valuable setting for palliative care, its effectiveness is constrained by gaps in medical training and by fragmentation within the healthcare network. Strengthening permanent education in palliative care and improving coordination across levels of care are essential to ensuring comprehensive home-based care.

Keywords: Palliative Care; Unified Health System; Medical Assistance; Home Care Services.

Resumen

Introducción: El Servicio de Atención Domiciliaria constituye un escenario estratégico para la oferta de Cuidados Paliativos en el Sistema Único de Salud, al facilitar la deshospitalización y promover una mayor calidad de vida para los pacientes y sus familias. Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos relacionados con la articulación de la red y la escasez de insumos y profesionales. **Objetivo:** Analizar las prácticas y percepciones de los médicos del Servicio de Atención Domiciliaria de Blumenau/SC respecto a la implementación y práctica de los cuidados paliativos. **Métodos:** Investigación exploratoria, de enfoque cualitativo, realizada con cuatro médicos del servicio. La recolección de datos ocurrió en septiembre de 2025 mediante entrevistas semiestructuradas, y los datos fueron sometidos a análisis temático de contenido. **Resultados:** Los hallazgos indican que el Servicio de Atención Domiciliaria es percibido como fundamental para la práctica de cuidados paliativos, ya que permite una comprensión singular de la dinámica familiar y social. A pesar de este potencial, se identificaron barreras significativas: limitación de recursos y profesionales; desarticulación de la red, marcada por el desconocimiento de las atribuciones del servicio; demandas continuas de las familias; y límites de la actuación médica, que exige gestionar problemas sociales para los cuales la formación curativa no proporciona suficiente preparación. También se destaca la imprescindible labor del equipo multidisciplinario y el complejo equilibrio entre la estandarización de protocolos y la individualización del cuidado. **Conclusiones:** Aunque el Servicio de Atención Domiciliaria es un espacio potente para los cuidados paliativos, su efectividad se ve limitada por lagunas en la formación médica y por la fragmentación de la red de salud. Es necesario fortalecer la educación permanente en cuidados paliativos y mejorar la articulación entre los niveles de atención para garantizar un cuidado domiciliario integral.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Sistema Único de Salud; Asistencia Médica; Servicios de Atención de Salud a Domicilio.

INTRODUÇÃO

A definição de cuidados paliativos (CP) consolidou-se como o cuidado holístico ativo destinado a pessoas com sofrimento decorrente de doenças graves, que comprometem as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais, especialmente na terminalidade.[1] Essa abordagem reconhece a morte como um processo natural e pode ser aplicada ao longo de toda a evolução da doença.[1]

O acesso aos CP é essencial para garantir a dignidade humana.[2] Esses cuidados podem ser ofertados em diferentes níveis de atenção e ambientes assistenciais, desde o domicílio até instituições especializadas, por profissionais com formação básica ou avançada.[1]

A crescente prevalência de doenças não transmissíveis — principais causas de mortalidade mundial — reforça a necessidade de ampliação dos CP.[3] Embora frequentemente associados ao câncer, mais de 70% das demandas decorrem de outras condições, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), a demência, doenças cardiovasculares e pulmonares, tuberculose e doenças cerebrovasculares.[3] A necessidade de CP deve abranger diferentes fases da vida e variados contextos de adoecimento.[4]

Entretanto, os CP no Brasil permanecem concentrados na atenção terciária em razão da oferta limitada de serviços e da insuficiência de equipes capacitadas.[5] Estudos demonstram que a incorporação dos CP na Atenção Primária à Saúde (APS) melhora o manejo de sintomas, evita internações, reduz custos e aumenta a satisfação,[6] sobretudo por possibilitar a construção de planos de cuidado individualizados e contínuos, fortalecendo o vínculo entre médicos, pacientes e suas famílias.[7]

Nesse contexto, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) configuram-se como uma estratégia complementar e personalizada no domicílio, promovendo maior qualidade de vida.[8,9]

Apesar dos avanços, os CP na APS ainda são pouco discutidos e enfrentam desafios expressivos.[10] Assim, torna-se necessário fortalecer estratégias que ampliem essa dimensão do cuidado.[10]

Diante disso, surge a seguinte questão de pesquisa: como os médicos atuantes no SAD do Sistema Único de Saúde (SUS) percebem e praticam os cuidados paliativos? Como objetivo geral, buscou-se analisar as práticas e percepções dos médicos do SAD–SUS quanto à implementação dos CP.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, realizado no SAD vinculado à Secretaria Municipal de Promoção da Saúde (SEMUS) do município de Blumenau, que realiza atendimentos domiciliares complementares a usuários do SUS, principalmente no pós-alta hospitalar, oferecendo estabilização clínica, reabilitação, cuidados paliativos, e facilitando a desospitalização e apoio às famílias, desde 2011.[11]

Foram convidados a participar do estudo os quatro médicos que atuavam no SAD, que formalizaram sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Definiu-se como critério de inclusão ser médico atuante no SAD há no mínimo cinco meses e, como critério de exclusão, estar em período de férias ou afastamento durante a coleta de dados, realizada em setembro de 2025, por meio de entrevista gravada, com apoio de um questionário semiestruturado.

Para a análise dos dados, a técnica selecionada foi a análise temática de Minayo, com suas fases de pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.[12,13]

Para a condução desta pesquisa, foram observadas as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes.[14] O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado sob o Parecer nº 7.687.428 (CAAE: 89073925.9.0000.5370). O estudo também contou com a autorização da SEMUS, assegurando a autorização institucional necessária para sua condução.

RESULTADOS

Participaram do estudo quatro médicos do SAD de Blumenau: um do sexo masculino e três do sexo feminino, com idades de 27, 45, 48 e 73 anos. Três dos participantes eram casados e tinham filhos, enquanto um era solteiro e sem filhos. Quanto à religião, dois declararam-se espíritas e dois católicos não praticantes.

O tempo desde a graduação variou amplamente, de dois a 48 anos, assim como o tempo de atuação no SAD, que foi de cinco meses a 11 anos, com especializações nas áreas de Clínica Médica, Medicina de Família, Cuidados Paliativos, Geriatria e Atenção Domiciliar.

A análise temática possibilitou a criação de quatro categorias, a saber:

- Cuidados Paliativos na Prática no SAD;
- Desafios na Implementação dos Cuidados Paliativos;
- Protocolos Clínicos e Suporte Interdisciplinar;
- Percepção da População e Mudanças na Procura pelo Serviço.

Na categoria "Cuidados Paliativos na Prática no SAD", quando questionados sobre a própria compreensão e a efetividade do CP na atenção domiciliar, todos os profissionais relataram entendê-lo como uma abordagem efetiva e fundamental, vista com o objetivo de conferir qualidade de vida ao paciente, minimizando o sofrimento dele e da família.

Os médicos entrevistados entendem que o contato mais próximo, algumas vezes diário, permite um suporte que vai além do alívio da dor física e de outros sintomas e oferece apoio emocional para toda a família. Um profissional enfatiza a importância de olhar o paciente "além do diagnóstico":

> *Então, tem a questão da espiritualidade do paciente que é levado em consideração, o psicológico dele, as próprias questões sociais — sejam elas vulnerabilidades financeiras ou de cuidado (M02).*

Dessa mesma perspectiva, os entrevistados revelaram a compreensão de que o conhecimento da dinâmica familiar e do contexto social constitui um fator determinante para o êxito do cuidado em domicílio, e que o cuidado frequentemente ultrapassa as dimensões estritamente clínicas. Sobre esse aspecto, um participante destacou:

> *Como a gente está na casa do paciente, essa questão da família é muito importante. Às vezes não tem estrutura. [...] uma grande parte dos nossos pacientes tem problema social. Não tem quem cuide, não tem quem executa os cuidados. [...] A gente entra na casa tentando orientar o que deve ser feito, o melhor, o ideal (M01).*

> *Em domicílio, é onde a gente consegue realmente entender a dinâmica familiar daquela pessoa, daquele paciente, quais são as vulnerabilidades, quais são as demandas oficiais, porque nem tudo é uma questão de diagnóstico e tratamento (M02).*

A gestão do cuidado, seja pela ausência de um cuidador capaz, seja pela sobrecarga concentrada em um único familiar, evidencia não apenas um desafio, mas também a própria estrutura de recursos disponíveis ao paciente, ou a falta deles. Esses recursos incluem as relações interpessoais, que muitas vezes permanecem invisíveis à equipe em outros contextos assistenciais.

Ao abordar os limites e dificuldades do cuidado domiciliar, emergiram relatos que compõem a categoria "Desafios na Implementação dos Cuidados Paliativos". Os participantes destacaram, entre os principais obstáculos, a escassez de recursos e de profissionais disponíveis para atender às demandas assistenciais:

> *[...] a gente tem uma equipe limitada, então deveriam ter mais profissionais, porque são muitos pacientes [...], e mais disponibilidade de medicação, que eu ainda acho que é muito raso (M02).*

[...] é bem limitado o nosso recurso, apesar de vir a verba do ministério federal para o SAD, ela não é exclusiva do SAD (M01).

A limitação dos recursos, por vezes, gera dependência de instituições hospitalares para suprir as necessidades assistenciais, como observa um dos profissionais:

Pacientes que estão internados, precisam ser desospitalizados e estão no uso de antibiótico, por exemplo. O hospital fornece o antibiótico e a gente administra em casa [...] porque se fosse depender daqui, não tem (M01).

Apesar dessa limitação, os médicos reconhecem o auxílio oferecido pelo sistema público e certo privilégio no contexto local:

A gente hoje é privilegiado aqui no SUS, por exemplo, ter um acesso à morfina, coisa que lá no Norte e Nordeste já tem maior dificuldade. [...] Por exemplo, um fentanil, mas em outros locais não existe (M04).

Os médicos relatam que o próprio SAD ainda é, em muitos casos, pouco conhecido dentro da rede de saúde, o que evidencia a dificuldade de comunicação efetiva nos encaminhamentos, bem como fragilidades na integração e na formação dos diferentes níveis de atenção. Esses obstáculos contrastam com o papel crucial do serviço na promoção da qualidade de vida dos pacientes, como ressaltam os participantes:

E eu ainda acho que tanto o hospital que encaminha esses pacientes quanto a unidade de saúde não conseguem encaminhar para a gente de uma forma eficaz [...]. A gente depende de uma regulação em Blumenau, eles vêm pelo SISREG [...] se não estiver muito claro qual é a demanda do paciente, muitas vezes ele vai a óbito antes da gente conseguir chegar na casa dele. Ou então, ele piora muito clinicamente [...]. Tem que ter outros canais de comunicação entre essas equipes [...] (M02).

Esses tempos mesmo, que estava numa capacitação da rede, e médicos, só estavam médicos lá, e me falaram que o SAD era só para trocas de sondas. Então, assim, nem os próprios colegas da rede entendem. Então, a gente não espera que a população nem saiba... O que é o SAD e como que funciona, né? (M02).

Também a falta de conhecimento da atenção básica [...] a gente recebe muita prescrição, muitos absurdos, principalmente em analgesia, feridas também, lesão por pressão. Eu acho que para melhorar o nosso atendimento, teria que capacitar a atenção básica, acho que iria funcionar melhor (M03).

No entanto, outro obstáculo emergiu das entrevistas: a dificuldade em gerir as expectativas quanto à natureza temporária do serviço:

Às vezes fica alguns meses com o paciente e depois a gente dá alta. E aí eles não querem ter alta, né? [...] A gente fala inclusive na admissão que é um serviço temporário, que é um período curto (M01).

Depois de um tempo no SAD, o paciente volta para a unidade de saúde base deles. Eles não são pacientes do SAD, eles estão no SAD (M03).

No âmbito da categoria “Protocolos Clínicos e Suporte Interdisciplinar”, as respostas evidenciaram percepções relacionadas à organização do cuidado, aos protocolos assistenciais e à atuação da equipe multiprofissional. Os participantes ressaltaram que, na prática cotidiana, o atendimento é frequentemente individualizado e ajustado conforme as demandas que emergem no momento, o que faz com que as condutas se apoiem principalmente na experiência clínica acumulada, tornando o cuidado rígido inadequado à realidade prática:

Não tem como ser nada engessado. Cada paciente difere do outro (M01).

Então, a gente quando tá toda semana ou mais vezes ainda por semana na casa do paciente, a gente sabe que quando ele tá com dor ou não, a gente acaba identificando, às vezes não precisa nem usar nenhum tipo de escala (M02).

Embora a flexibilidade e a adaptação contínua sejam indispensáveis no CP domiciliar (realidade que evidencia a ausência de protocolos formalizados), os médicos simultaneamente reconhecem a necessidade de diretrizes claras que ampliem a segurança e a coerência das práticas:

Tem, assim, meio que todo mundo segue, mas não tá documentado (M02).

Os protocolos clínicos, a gente está tentando ajustar, ainda mais agora que tem o médico paliativista, para tentar formar os protocolos, para a gente tentar falar a mesma língua (M01).

Além disso, foi amplamente reconhecida a relevância da atuação da equipe multidisciplinar, considerada essencial para atender de maneira integral às dimensões físicas, emocionais e sociais do paciente:

Não se faz cuidado paliativo sem equipe multiprofissional. O médico sozinho não vai conseguir fazer (M04).

Encerrando essa dimensão analítica, emerge a categoria “Percepção da População e Mudanças na Procura pelo Serviço”, na qual os participantes apontam que ainda persistem mitos e tabus associados aos CP, fatores que contribuem para a resistência inicial de familiares e pacientes em aceitar o processo terapêutico.

Ainda há muito preconceito com o cuidado paliativo [...] tabu da morfina e da alimentação [...] paliativista é só pra quem tá morrendo! E não é essa a realidade (M04).

Os médicos destacaram a influência da mídia e das estratégias de divulgação na transformação da percepção social e no aumento da procura pelo serviço, favorecendo uma compreensão mais positiva sobre a relevância dos CP. Um dos profissionais ressaltou que essa mudança é um fenômeno recente:

A procura é muito maior... cada vez está sendo mais conhecido e valorizado (M01).

Ah, mudou bastante, principalmente nos últimos dois ou três anos, por causa da mídia (M03).

Outro ponto mencionado diz respeito às lacunas na formação médica e na cultura profissional, associadas à carência de políticas públicas e de regulamentação específica. Esse cenário favorece a manutenção da ideia de que o êxito na prática médica está exclusivamente ligado à cura, e não ao alívio do sofrimento. De modo geral, os relatos também indicam um movimento gradual de mudança cultural e institucional, no qual os CP começam a ser reconhecidos como uma dimensão central da atenção em saúde, orientada pela dignidade e pela integralidade da pessoa.

DISCUSSÃO

A efetividade do SAD como espaço essencial para a prática dos CP emergiu como um dos principais achados deste estudo. Os médicos destacaram que o cuidado no domicílio possibilita uma compreensão ampliada da realidade do paciente, incluindo a dinâmica familiar, as condições sociais e as relações interpessoais — aspectos frequentemente invisíveis em outros níveis de atenção. Essa singularidade do atendimento domiciliar se relaciona à natureza da APS, que mantém vínculos mais próximos com indivíduos, famílias e comunidades, diferindo dos níveis secundário e terciário, geralmente localizados fora do território onde o paciente vive.[15]

O acompanhamento contínuo e a construção compartilhada dos planos de cuidado configuram-se como pilares dessa prática, promovendo integração entre os serviços e assegurando a continuidade da assistência. Nessa perspectiva, a transição do cuidado desponta como estratégia fundamental para otimizar os recursos em saúde e favorecer a qualidade de vida de pacientes e familiares,[16] ao mesmo tempo em que contribui para a adequada utilização dos leitos hospitalares, priorizando-os para situações agudas ou descompensadas.

Entretanto, os achados deste estudo revelam uma contradição significativa: embora o SAD desempenhe papel essencial na rede de atenção à saúde, persiste o desconhecimento sobre suas atribuições entre os próprios profissionais do sistema. Segundo a percepção dos médicos, a desinformação e a ausência de canais de comunicação efetivos comprometem o potencial do serviço, gerando encaminhamentos e prescrições inadequadas, que fragilizam a continuidade do cuidado.

Essa desarticulação não constitui um fenômeno isolado, mas um desafio amplamente descrito na literatura sobre a transição de CP. Falhas de comunicação entre equipes comprometem a segurança do paciente, gerando insegurança, confusão e ansiedade em pacientes e familiares.[17] É necessário, portanto, o fortalecimento dos fluxos de comunicação e da colaboração interprofissional para assegurar a continuidade e a integralidade da assistência.[17]

Um segundo entrave relevante identificado neste estudo diz respeito à discrepância entre a percepção das famílias, que esperam um cuidado contínuo e permanente, e a natureza transitória do SAD. Essa divergência decorre do próprio propósito do serviço, concebido como uma estratégia da APS para reduzir a sobrecarga do sistema hospitalocêntrico.[18]

A dificuldade de compreensão por parte das famílias, contudo, relaciona-se diretamente a outra barreira estrutural mencionada pelos entrevistados: a fragilidade social presente no domicílio. Essa interdependência é observada em casos de vulnerabilidade social e transições de cuidado. Nesses

contextos, observa-se que cuidadores familiares enfrentam dificuldades de moderada a alta intensidade após a alta hospitalar, sendo o domínio social o mais afetado.[19]

Dessa forma, a resistência à alta pode ser compreendida de maneira mais abrangente, ultrapassando a explicação centrada apenas na desinformação acerca da natureza do serviço. Essa situação reflete um medo legítimo das famílias, que se sentem despreparadas para o cuidado integral após a ruptura do vínculo com sua principal referência de segurança.[19] Tal fragilidade social manifesta-se no receio de lidar com emergências domiciliares sem suporte adequado ou na crença de que o serviço domiciliar não dispõe de recursos suficientes para situações críticas.[19]

Nesse contexto, evidencia-se um dos pontos de maior complexidade na gestão do CP domiciliar: o desafio de articular a lógica de um serviço transitório, como o SAD, com a filosofia do cuidado contínuo que sustenta os princípios do CP.[1]

Diante desse cenário, a recente Portaria GM/MS nº 3.005/2024 reconhece a importância da integralidade e da continuidade da atenção ao instituir a modalidade Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3), voltada a pacientes cuja condição clínica dificulta a alta definitiva.[20] Além disso, a discussão sobre a desarticulação da rede e a complexidade da alta converge para outro achado central: o SAD expõe os limites da atuação médica tradicional.

Esse limite é um reflexo direto da lacuna na formação em um sistema puramente curativo — um desafio documentado no contexto brasileiro. Entre os desafios para professores responsáveis pelo ensino dos CP, observa-se a compreensão limitada da importância do tema entre docentes clínicos e no sistema de saúde em geral, o desconforto emocional e, principalmente, as perspectivas clínicas conflitantes que complicam o processo de ensino.[21]

Essa cultura sistêmica de negação da morte e do processo de morrer, na qual os profissionais de saúde não são preparados para compreender a finitude como parte natural da existência,[22,7] tem repercussões diretas na formação e na prática clínica. Tal contexto compromete a qualidade da relação profissional-paciente,[23] contribui para a manutenção de visões reducionistas e para as barreiras à incorporação dos CP nos serviços de saúde.[7]

Com o intuito de enfrentar essas deficiências formativas, o Conselho Nacional de Educação (CNE) reconheceu, em 2022, a necessidade de incluir a formação e o treinamento em CP na graduação médica.[24]

Entretanto, mesmo com avanços no âmbito da formação inicial, permanecem desafios significativos quando o profissional ingressa nos serviços, onde a complexidade do cuidado demanda atualização contínua e suporte institucional.

Considerando esse panorama, o desafio identificado diz respeito ao equilíbrio entre a padronização dos protocolos clínicos e a necessidade de um cuidado centrado na singularidade de cada paciente. A ausência de materiais formais e padronizados nas instituições implica variações na qualidade da orientação oferecida aos cuidadores familiares.[25] Nesse sentido, planos individualizados de CP e de manejo de sintomas, acompanhados de instruções escritas e acessíveis, podem favorecer a autonomia, a segurança e o preparo de pacientes e cuidadores diante do processo de cuidado.[26]

Em consonância, para evitar que a padronização resulte em condutas engessadas, é necessária uma atuação flexível, pautada na comunicação, plano avançado de cuidados, controle e alívio de sintomas e gerenciamento da equipe.[27] Essa abordagem pressupõe uma mudança cultural profunda na medicina, deslocando o foco exclusivo da cura para a valorização da qualidade de vida.

Nos últimos anos, observa-se avanço progressivo, com crescimento expressivo dos serviços desde os anos 2000.[28] Nesse contexto, o envelhecimento populacional e o aumento das demandas por cuidado

contínuo reforçam a necessidade de mudanças estruturais. A aprovação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), em 2024, constitui um marco ao consolidar os CP como componente essencial do SUS, integrando os CP à Rede de Atenção à Saúde, da atenção primária ao domicílio e ao ambiente hospitalar.[29] No que se refere aos recursos humanos e estruturais, a carência de profissionais capacitados e a efetivação insuficiente de políticas públicas voltadas ao fortalecimento da APS nesse campo ainda dificultam a expansão e a institucionalização dos CP no território.[7] Embora a Medicina Paliativa tenha sido reconhecida como área de atuação em 2011,[30] ainda permanece como subespecialidade no país, e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos defende sua consolidação como especialidade médica.[28]

Apesar das fragilidades no cenário nacional, os relatos do presente estudo evidenciam avanços locais relevantes, como o acesso regular a medicamentos essenciais, frequentemente limitado em outras regiões do país. Esse diferencial, percebido pelos médicos como um “privilégio”, evidencia como a qualidade do serviço depende não apenas de diretrizes nacionais, mas também das prioridades e do comprometimento da gestão local.

Em síntese, embora o país avance na estruturação da PNCP, a consolidação de práticas efetivas no âmbito da APS ainda requer investimento contínuo em formação profissional, integração intersetorial e fortalecimento da gestão. Somente por meio dessa articulação será possível transformar avanços pontuais em um modelo sustentável de cuidado, centrado na dignidade, na integralidade e na qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias.

Este estudo apresenta como ponto forte a possibilidade de compreender, na perspectiva dos médicos, aspectos estruturais e organizacionais que influenciam a oferta de CP no âmbito do SAD, especialmente no contexto da APS. Reconhece-se como limitação a realização do estudo em um único serviço, o que pode restringir a variabilidade das experiências profissionais e limitar a generalização dos resultados para outros cenários do SUS.

Mesmo com essas restrições, os achados oferecem subsídios relevantes para a prática e a pesquisa. No campo assistencial, evidenciam a necessidade de qualificação contínua das equipes, da formalização de protocolos que não engessem o cuidado e do fortalecimento dos fluxos de comunicação entre os pontos da rede. Esses elementos são essenciais para garantir transições seguras, ampliar a autonomia das famílias e consolidar o papel da APS na coordenação do cuidado. No plano científico, os resultados apontam para a importância de estudos que investiguem estratégias de integração entre SAD, serviços hospitalares e equipes especializadas, bem como pesquisas que avaliem o impacto das políticas recentes, como a PNCP e a modalidade AD3, na organização local dos serviços. Avançar nesses campos é fundamental para transformar experiências pontuais em modelos sustentáveis que promovam dignidade, integralidade e qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Os resultados revelam que os médicos do SAD reconhecem os CP como um componente essencial do cuidado integral, associados ao conforto, à dignidade e à qualidade de vida. As práticas evidenciam humanização, escuta e manejo clínico voltado ao alívio do sofrimento, reforçando o papel do SAD na APS. Apesar das dificuldades estruturais e formativas, as equipes buscam integrar os princípios paliativos às ações diárias.

Conclui-se que a incorporação dos CP à rede de atenção fortalece a resolutividade e o caráter humanizado do SUS. Entretanto, faz-se necessário fortalecer a educação permanente em CP e aprimorar a articulação entre os níveis de atenção, a fim de garantir um cuidado domiciliar contínuo e digno.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

DMS: Conceituação, Análise Formal, Metodologia, Escrita – Revisão e Edição. GRF: Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. JFR: Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. International Association for Hospice and Palliative Care. Consensus-based definition of palliative care [Internet]. Houston: IAHPC; 2018 [acessado em 07 jan. 2025]. Disponível em: https://iahpc.org/what-we-do/research/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/
2. Guirro UBP, Castilho RK, Crispim D, Lucena NC. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil [Internet]. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2023 [acessado em 19 jan. 2025]. Disponível em: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf
3. Connor SR, Morris C, Jaramillo E, Harding R, Cleary J, Haste B, et al. Global atlas of palliative care [Internet]. 2ª ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; World Health Organization; 2020 [acessado em 19 jan. 2025]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3
4. D'Alessandro MPS, Pires CT, Forte DN. Manual de cuidados paliativos [Internet]. 2ª ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2023 [acessado em 19 jan. 2025]. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-CuidadosPaliativos-versa%CC%83o-final-1.pdf
5. Justino ET, Kasper M, Santos KS, Quaglio RC, Fortuna CM. Palliative care in primary health care: scoping review. Rev Lat Am Enferm. 2020;28:e3324. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324
6. Ferreira AGC, Silva AF. Construindo bases para os cuidados paliativos na atenção primária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):2890. https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2890
7. Aranovich C, Krieger MGT. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: percepções de médicos da Estratégia de Saúde da Família na prática. Aletheia. 2020;53(2):38-50. https://doi.org/10.29327/226091.53.2-3
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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]. Diário Oficial da União; 2016 [acessado em 6 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
9. Faller JW, Brusnicki PH, Zilly A, Brofman MCBFS, Cavalhieri L. Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos em domicílio. Rev Kairós Gerontol. 2016;19(22):22-43. https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p29-43
10. Barros BA, Nogueira AS, Oliveira ACM, Teixeira ACO, Vieira AJDD, Chaves BM, et al. Desafios do cuidado paliativo na atenção primária à saúde. Braz J Health Rev. 2023;6(2):8107-117. https://doi.org/10.34119/bjhrv6n2-292
11. Blumenau. Prefeitura. Serviço de atenção domiciliar beneficia mais de 100 pacientes todo mês [Internet]. Blumenau: SEMUS; 2019 [acessado em 6 maio 2025]. Disponível em: https://www.blumenau.sc.gov.br/secao/noticias/50276?utm_source=chatgpt.com
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade [Internet]. Rio de Janeiro: Vozes; 2012 [acessado em 07 maio 2025]. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: CNS; 2012 [acessado em 07 maio 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view
15. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidados paliativos na unidade de atenção primária [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acessado em 07 fev. 2025]. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/acompanhamento/cuidados-paliativos-aps
16. Gheno J, Weis AH. Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. Texto Contexto Enferm. 2021;30:e20210030. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030
17. Unseld M, Wnendt T, Sebesta C, van Oers J, Parizek J, Kum L, et al. From hospital to home: interdisciplinary approaches to optimise palliative care discharge processes. Int J Environ Res Public Health. 2025;22(7):1023. https://doi.org/10.3390/ijerph22071023
18. Olario PDS, Moreira MC, Moreira IB, Martins JCA, Souza AT. Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade no Rio de Janeiro/Brasil. Cogitare Enferm. 2018;23(2):e53787. https://doi.org/10.5380/ce.v23i2.53787

19. Huang RY, Lee TT, Lin YH, Liu CY, Wu HC, Huang SH. Factors related to family caregivers' readiness for the hospital discharge of advanced cancer patients. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(13):8097. https://doi.org/10.3390/ijerph19138097
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC) [Internet]. Diário Oficial da União; 2024 [acessado em 06 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html
21. Santos LL, Bastos RA, Hummel C, Sandars J, Santos TM, Cecilio-Fernandes D. Undergraduate palliative care education in Brazil: a qualitative study on the challenges for clinical teachers. BMJ Open. 2025;15(5):e086496. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086496
22. Rodrigues LF, Silva JFM, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. Cad Saúde Pública. 2022;38(9):e00123421. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130222
23. Velloso ISC, Caram CS, Almeida IRP, Souza MJS, Silva MH, Galdino CS. Cuidado paliativo al anciano en la Red de Atención de Salud: una revisión de alcance. Aquichan. 2022;22(3):e2238. https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.3.8
24. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina [Internet]. Diário Oficial da União; 2022 [acessado em 6 maio 2025]. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CNE-CES-003-2022-11-03.pdf
25. Burgdorf JG, Arbaje AI, Chase JA, Wolff JL. Current practices of family caregiver training during home health care: a qualitative study. J Am Geriatr Soc. 2022;70(1):218-27. https://doi.org/10.1111/jgs.17492
26. Hui D, Paiva BSR, Paiva CE. Personalizing the setting of palliative care delivery for patients with advanced cancer: "Care anywhere, anytime". Curr Treat Options Oncol. 2023;24(1):1-11. https://doi.org/10.1007/s11864-022-01044-1
27. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Últimos dias de vida [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2023 [acessado em 06 maio 2025]. 260 p. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 2). Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/serie_cuidados_paliativos_volume_2_completo.pdf
28. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2022 [Internet]. São Paulo: ANCP; 2024 [acessado em 06 maio 2025]. Disponível em: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [acessado em 07 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
30. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.973, de 14 de março de 2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/2008, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) [Internet]. Brasília: CFM; 2011 [acessado em 07 maio 2025]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2011/1973_2011.pdf