

Potencialidades e fragilidades do Programa Melhor em Casa identificadas por profissionais e gestores: revisão de escopo*

Cristina Nunes Viana^{1,2}

 <https://orcid.org/0009-0005-5009-9146>

Leticia Alves da Silva e Silva¹

 <https://orcid.org/0009-0004-2314-168X>

Fernanda Cirne Lima Weston^{3,4,5}

 <https://orcid.org/0000-0001-9360-9875>

Adriana Aparecida Paz^{1,6}

 <https://orcid.org/0000-0002-1932-2144>

Destaques: **(1)** Fortalecimento do cuidado em rede favorece a desospitalização segura. **(2)** A educação em saúde promove autonomia de usuários e cuidadores. **(3)** O uso do teleatendimento amplia o acesso e qualifica o cuidado domiciliar. **(4)** Educação permanente em saúde é essencial para a efetividade do programa. **(5)** Falta de estrutura e apoio emocional fragilizam equipes da atenção domiciliar.

Objetivo: mapear na literatura científica as potencialidades e fragilidades do Programa Melhor em Casa identificadas por profissionais de saúde e gestores. **Método:** revisão de escopo embasada no manual do JBI e nas diretrizes PRISMA-ScR. A busca foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS, Scopus, Embase, *Web of Science*, CINAHL, e teses e dissertações CAPES, abrangendo publicações entre 2011 e 2024. **Resultados:** dos 552 estudos identificados, oito atenderam aos critérios de inclusão e foram analisados. As potencialidades do programa referem-se à promoção da desospitalização, fortalecimento do trabalho em rede, desenvolvimento de ações educativas em saúde com as famílias e flexibilidade na gestão do cuidado. Em contrapartida, foram evidenciadas fragilidades relacionadas à insuficiência da educação permanente dos profissionais, desgaste emocional das equipes, limitações tecnológicas, e dificuldades de interlocução com a Rede de Atenção à Saúde. **Conclusão:** o Programa Melhor em Casa é uma estratégia relevante no processo da desospitalização, contudo, enfrenta desafios estruturais e operacionais que comprometem sua sustentabilidade. Investimentos em suporte tecnológico e fortalecimento das equipes para melhorar a continuidade e a qualidade da atenção domiciliar são necessários. Registro *Open Science Framework*: DOI 10.17605/OSF.IO/6UCDB

Descritores: Serviços de Assistência Domiciliar; Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar; Assistência Domiciliar; Enfermagem Domiciliar; Pacientes Domiciliares; Educação Domiciliar.

* A publicação deste artigo na série temática "Escopo de prática de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde" se insere na atividade 2.2 do Termo de Referência 2 do Plano de Trabalho do Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Novocure, DSS Learning and Operations Specialist, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁵ Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁶ Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Como citar este artigo

Viana CN, Silva LAS, Weston FCL, Paz AA. Potential strengths and limitations of the Better at Home Program identified by professionals and managers: a scoping review of the literature. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4879 [cited ____ ____ ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.8251.4879>

____ ano ____ mês ____ dia URL

Introdução

A atenção domiciliar (AD) constitui uma modalidade de cuidado prestado no domicílio do usuário, podendo ser realizada no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) ou, em casos que demandam cuidados mais complexos, pelo Programa Melhor em Casa (PMeC). Nos últimos anos, a AD tem ganhado crescente relevância no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente por proporcionar um cuidado contínuo, humanizado e centrado nas necessidades dos usuários. Integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), essa modalidade se destaca por oferecer assistência no ambiente domiciliar, priorizando a segurança e o bem-estar dos usuários⁽¹⁾.

A AD promove ações de tratamento, reabilitação, palição e prevenção, sendo indicada para usuários que estejam restritos ao leito ou ao domicílio, de forma temporária ou permanente, em razão de condições clínicas ou situações de vulnerabilidade⁽²⁾. Essa modalidade de cuidado reconhece o contexto social e cultural do usuário e de seus familiares, contribuindo para a redução do risco de infecções, da recorrência de hospitalizações e da utilização inadequada dos serviços hospitalares. Além disso, favorece a otimização na gestão eficiente dos leitos hospitalares e dos recursos em saúde disponíveis, servindo como uma “porta de saída” qualificada da rede de urgência e emergência, com potencial para diminuir a superlotação nesses serviços⁽³⁾.

O PMeC focaliza a desospitalização dos usuários que requerem acompanhamento clínico e suporte de uma equipe multiprofissional, promovendo não apenas o cuidado, mas incluindo as ações educativas aos usuários, familiares, responsáveis e cuidadores para a continuidade da assistência no domicílio. A atuação do PMeC ocorre por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), os quais são complementares à APS e aos serviços de urgência, podendo também ser substitutivos à hospitalização⁽²⁾.

Diante do envelhecimento populacional e da demanda crescente por uma atenção à saúde mais integral e humanizada, os serviços de AD têm se expandido em todo o mundo⁽⁴⁾. No contexto brasileiro, os SAD começaram a se estruturar com maior intensidade a partir de 1990, sendo incorporados de forma estratégica e definitiva ao SUS em 2011, com a criação do PMeC⁽⁵⁾.

Fatores como a transição demográfica e epidemiológica acelerada, o aumento dos custos em saúde, o processo de desinstitucionalização e a busca por modelos mais humanizados de cuidado evidenciam a importância da expansão do PMeC no cenário nacional⁽³⁻⁵⁾. Para aprimorar sua gestão, torna-se importante compreender as percepções dos profissionais e gestores sobre o programa quanto aos desafios e potencialidades.

As equipes multiprofissionais que atuam no PMeC vivenciam, na prática da assistência prestada aos

usuários, diferentes barreiras e desafios, sendo, portanto, uma fonte valiosa para a identificação de elementos que possam subsidiar melhorias na condução do programa. No entanto, apesar da relevância de suas experiências, não foram identificadas, na literatura científica, revisões que reunissem as percepções dos profissionais e gestores sobre o PMeC, desde sua criação. Nesse contexto, esta revisão teve o objetivo de mapear na literatura científica as potencialidades e fragilidades do Programa Melhor em Casa identificadas por profissionais de saúde e gestores.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão de literatura baseada em evidências científicas do tipo revisão de escopo, guiada pelas recomendações do JBI *Reviewer's Manual*, o qual orienta o mapeamento de conceitos-chave, a clarificação de áreas de pesquisa e a identificação de lacunas do conhecimento⁽⁶⁾. Para o desenvolvimento do estudo foram percorridas cinco etapas propostas pelo JBI: 1) Formulação da questão de pesquisa; 2) Identificação dos estudos relevantes; 3) Seleção dos estudos; 4) Extração dos dados; e 5) Síntese e apresentação dos resultados. O protocolo de pesquisa foi registrado na plataforma *Open Science Framework* sob o DOI 10.17605/OSF.IO/6UCDB⁽⁷⁾. A extensão *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) foi utilizada para reportar com transparência na condução dos resultados da análise de escopo⁽⁸⁾. O estudo foi realizado na cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de fevereiro de 2024 a março de 2025.

Crerios de seleção

Foram considerados como critérios de inclusão: estudos publicados na íntegra, disponíveis eletronicamente, sem restrição de idioma, que respondessem à questão de pesquisa proposta. Estabeleceu-se como recorte temporal o período de 2011 a 2024, em razão da homologação da Portaria do PMeC pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011⁽⁹⁾, abrangendo assim treze anos de implementação do programa no território brasileiro. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, sites, notícias e resumos de eventos científicos.

Coleta de dados

Para a estratégia de busca da revisão foi adotada a estrutura mnemônica PCC, considerando: População (P) – profissionais de saúde e gestores; Conceito (C) –

potencialidades e fragilidades do PMeC; e Contexto (C) – Brasil. A questão formulada foi: “*Quais são as potencialidades e fragilidades observadas pelos profissionais de saúde e gestores sobre o Programa Melhor em Casa no Brasil?*”

Na estratégia de busca foram incluídos termos presentes na estrutura PCC, utilizou-se descritores identificados nos tesouros da área da saúde como *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Sendo um programa exclusivo do contexto brasileiro, a pesquisa contou com o apoio de uma bibliotecária para a construção da estratégia de busca, sendo sugerido utilizar o próprio nome do programa em

português “Programa Melhor em Casa” e, em inglês, “*Better at home*”, a fim de ter uma maior cobertura de bibliografia acerca da temática e ampliar a estratégia de busca (Figura 1).

A busca de evidências científicas foi realizada nas seguintes fontes de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed/MEDLINE); Scopus; *Excerpta Medica data BASE* (EMBASE); *Web of Science* (WoS); e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). A literatura cinzenta foi pesquisada na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações da CAPES.

Base de dados	Estratégia de busca
LILACS*	("melhor em casa" OR "programa melhor em casa") AND programa AND (year_cluster:[2011 TO 2024]) AND (db:("LILACS")) AND (year_cluster:[2011 TO 2024])
PubMed/MEDLINE	("Better at home" OR "Better at home program") AND program AND (brazil OR brazilian) Filters: from 2011 - 2024 (((("better"[All Fields] AND ("home environment"[MeSH Terms] OR "home"[All Fields] AND "environment"[All Fields]) OR "home environment"[All Fields] OR "home"[All Fields]) OR ("better"[All Fields] AND ("home environment"[MeSH Terms] OR "home environment"[All Fields] OR "home"[All Fields] AND "environment"[All Fields]) OR "home environment"[All Fields] OR "programmable"[All Fields] OR "programmably"[All Fields] OR "programme"[All Fields] OR "programme s"[All Fields] OR "programmed"[All Fields] OR "programmer"[All Fields] OR "programmer s"[All Fields] OR "programmers"[All Fields] OR "programmes"[All Fields] OR "programming"[All Fields] OR "programmings"[All Fields] OR "programs"[All Fields])) AND ("program"[All Fields] OR "program s"[All Fields] OR "programme"[All Fields] OR "programed"[All Fields] OR "programmes"[All Fields] OR "programing"[All Fields] OR "programmability"[All Fields] OR "programmable"[All Fields] OR "programmably"[All Fields] OR "programme"[All Fields] OR "programmes"[All Fields] OR "programmed"[All Fields] OR "programmer"[All Fields] OR "programmers"[All Fields] OR "programmes"[All Fields] OR "programing"[All Fields] OR "programmings"[All Fields] OR "programs"[All Fields]) AND ("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields] OR "brazil"[All Fields] OR "home"[All Fields]) AND ("program"[All Fields] OR "programs"[All Fields] OR "programme"[All Fields] OR "programed"[All Fields] OR "programmes"[All Fields] OR "programing"[All Fields] OR "programmability"[All Fields] OR "brazil"[All Fields] OR ("brazilian people"[Supplementary Concept] OR "brazilian people"[All Fields] OR "brazilians"[All Fields] OR "brazilian"[All Fields])) AND (2011:2024[ptat])
Scopus	TITLE-ABS-KEY (("Better at home" OR "Better at home program") AND program) AND PUBYEAR > 2010 AND PUBYEAR < 2024
EMBASE	('better at home' OR 'better at home program') AND 'program' AND [2011-2024]/py
WoS†	("Better at home" OR "Better at home program") AND program (All Fields) and 2018 or 2019 or 2023 or 2022 (Publication Years)
CINAHL	('better at home' OR 'better at home program') AND 'program'
CAPES Catálogo de Teses e Dissertações	"melhor em casa"

*LILACS = Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; †WoS = *Web of Science*

Figura 1 - Estratégias de busca e bases de dados utilizadas na revisão de literatura. Porto Alegre, RS, Brasil, 2025

Seleção de estudos

Todos os registros recuperados nas bases de dados foram identificados, agrupados e carregados no aplicativo Rayyan® (*Intelligent Systematic Review*), onde foram removidas as duplicatas e realizada a triagem inicial dos títulos e resumos⁽¹⁰⁾. A literatura cinzenta foi analisada em planilhas do Excel®, também por meio de leitura inicial de título e resumo. Após a retirada das duplicatas no Rayyan®, procedeu-se à etapa inicial de análise dos dados, as revisoras realizaram a leitura independente e cega de títulos e resumos de todos os documentos na plataforma Rayyan® e na planilha do Excel®. As revisoras

atribuíram conceitos de aceitação ou rejeição, de acordo com a questão de pesquisa da revisão. O cegamento da plataforma Rayyan® foi aberto em reunião entre as revisoras, a fim de verificar as divergências. Nesse sentido, os estudos que permaneciam com divergências foram avaliados por uma terceira revisora, que fez a avaliação na plataforma Rayyan®. Quanto à literatura cinzenta, um encontro presencial foi realizado com as duas revisoras, a fim de avaliar os resultados e discutir as divergências, de modo que não foi necessária a intervenção de uma terceira revisora.

Os estudos selecionados, foram lidos na íntegra e analisados descritivamente em conformidade com

a questão de pesquisa e com a relevância do objetivo do estudo. No que tange à literatura cinzenta, uma dissertação em específico não foi encontrada na íntegra, tentou-se contato com o autor e orientadora por meio do correio eletrônico sem sucesso, e a outra dissertação foi fruto de um artigo selecionado no estudo, assim, optou-se pela utilização do artigo publicado.

Tratamento dos dados

Com base nos documentos selecionados, os dados extraídos foram organizados em uma planilha do Excel®, contendo informações sobre: autor, título, tipo de estudo, ano de publicação, idioma, amostra, periódico de publicação, país de origem, ano da publicação, objetivos do estudo, principais resultados e conclusões. A análise dos dados ocorreu de forma descritiva e, posteriormente, os achados foram categorizados em potencialidades e fragilidades do PMeC por meio de uma análise temática.

Aspectos éticos

Por se tratar de uma revisão de escopo, não houve necessidade de submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa. Afirma-se que não houve conflito de interesses por parte das pesquisadoras envolvidas e que foram respeitados os direitos autorais dos documentos citados conforme a Lei nº 12.853 de 2013⁽¹¹⁾.

Resultados

Na busca pelas bases de dados, identificou-se 552 publicações. Após a remoção de 45 duplicatas, restaram 507 estudos. Em seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão por dois revisores independentes, resultando na seleção de 27 estudos. Posteriormente, fez-se a leitura na íntegra dos documentos selecionados, considerando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, culminando em uma amostra final constituída por oito publicações (Figura 2).

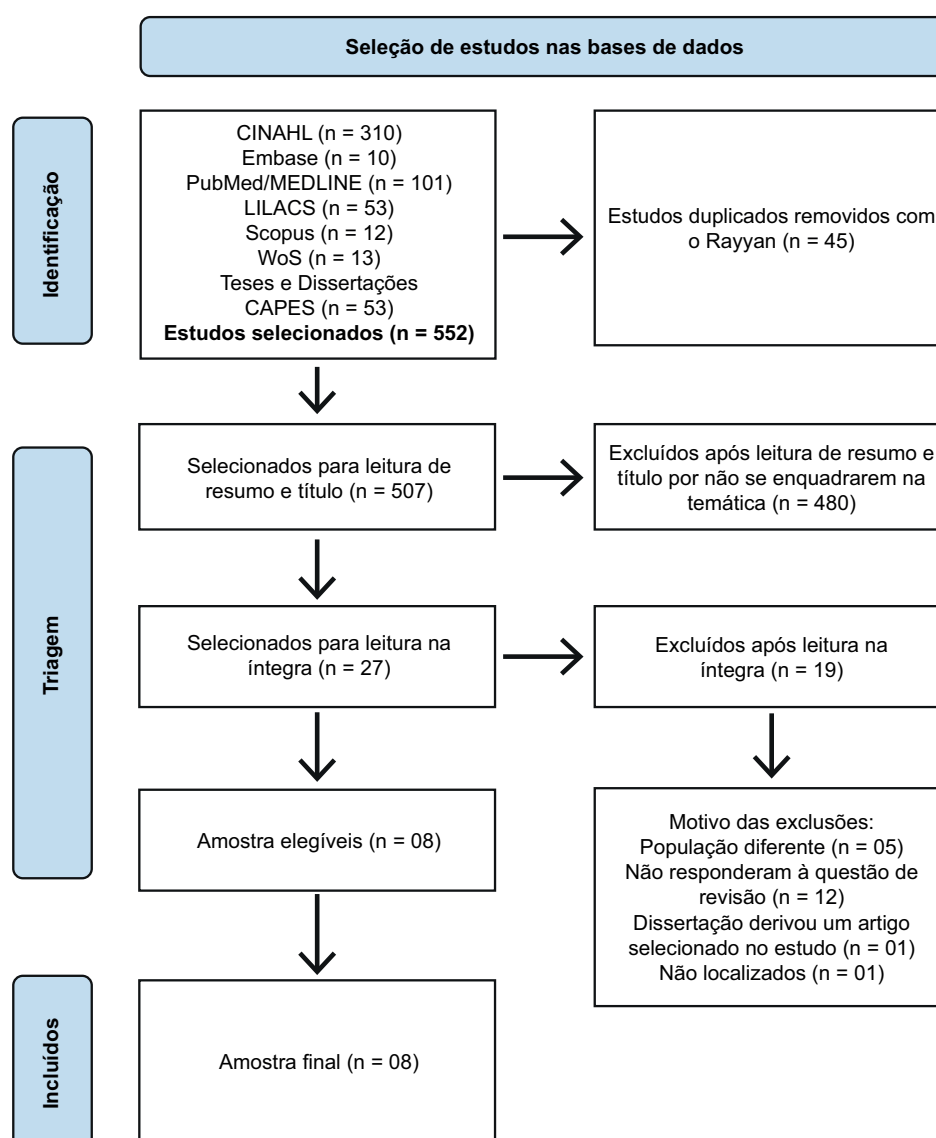


Figura 2 - Fluxograma PRISMA- ScR⁽¹²⁾ utilizado para identificação e seleção de estudos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2025

O principal idioma das publicações foi o português (n=5; 62,5%), seguido do idioma inglês (n=3; 37,5%). Quanto ao delineamento metodológico utilizado pelos autores, prevaleceram os estudos de abordagem qualitativa (n=6; = 75%), seguidos por estudos quantitativos (n=1; 12,5%) e métodos mistos (n=1; 12,5%).

Nos estudos, identificou-se 90 participantes. Em relação ao ano de publicação, identificou-se que os

artigos foram publicados entre 2016 a 2022, sendo o maior número no ano de 2022 (n=3; 37,5%), seguido pelos anos de 2018 (n=2; 25%), 2020 (n=1; 12,5%), 2019 (n=1; 12,5%), e 2016 (n=1; 12,5%). A Figura 3 apresenta a caracterização dos estudos incluídos na revisão, com informações sobre autoria, título, tipo de estudo, ano de publicação e número de participantes.

Estudo	Autor	Título	Tipo de estudo	Ano de publicação	Amostra (n=)
E1 ⁽¹³⁾	Verdi DS, Pires RRC	<i>Between standardization and flexibility: the implementation of federal program Better at Home considering local diversity</i>	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	2022	6
E2 ⁽¹⁴⁾	Almeida MB, Albuquerque IMAN, Silva MAM, Mayorga FDO, Balica HLL, Nascimento ABO	<i>Limits and Potentials of Pediatric Home Care in a Ceará State municipality</i>	Estudo avaliativo com abordagem qualitativa	2022	-
E3 ⁽¹⁵⁾	Cavalcante MEPL, Santos MM, Toso BRGO, Vaz EMC, Lima PMVM, Collet N	<i>It is better at home: characterization of home care services</i>	Estudo exploratório quantitativo	2022	23
E4 ⁽¹⁶⁾	Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, Silva KL	<i>Home care organization with the Better at Home Program</i>	Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa	2018	18
E5 ⁽¹⁷⁾	Lima ACB	Análise da implantação do serviço de atendimento domiciliar na óptica dos profissionais da atenção primária à saúde	Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa	2020	14
E6 ⁽¹⁸⁾	Maldonado TCP	"Melhor em Casa!?" A resiliência do profissional frente a prática do atendimento domiciliar	Estudo de casos múltiplos com abordagem qualitativa	2019	9
E7 ⁽¹⁹⁾	Oliveira AV Neto	Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde	Estudo descritivo, exploratório quantitativo e abordagem qualitativa	2016	6
E8 ⁽²⁰⁾	Canuto KF	Melhor em Casa: um estudo de caso sobre a interdisciplinaridade no programa no município de Palmeira dos Índios, Alagoas	Estudo avaliativo com abordagem qualitativa	2018	14

Figura 3 - Caracterização dos estudos identificados na revisão. Porto Alegre, RS, Brasil, 2025

A Figura 4 sintetiza os objetivos dos estudos e os principais resultados de cada estudo, permitindo visualizar as percepções dos profissionais acerca do PMeC.

Número	Objetivos	Principais percepções dos profissionais
E1 ⁽¹³⁾	Conhecer as diferentes experiências de gestores locais com os direcionamentos e normatizações federais relativos à implementação do Programa Melhor em Casa.	Como potencialidades, observa-se a portaria norteadora do programa como adequada à realidade. Percebe-se a importância de instrumentos de coordenação federal com adaptações locais, e a necessidade de flexibilização nas recomendações da portaria do PMeC*. A adesão ao programa trouxe maiores recursos financeiros à AD†, adequando a equipe de saúde e o fluxo assistencial. O PMeC* permitiu que óbitos ocorram no domicílio e proporciona a desospitalização. No entanto, ainda se observa resistência por parte da equipe médica hospitalar em encaminhar pacientes ao programa, além de dificuldades na composição das equipes de AD†.

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Número	Objetivos	Principais percepções dos profissionais
E2 ⁽¹⁴⁾	Conhecer os limites e potencialidades da assistência domiciliar pediátrica do Programa Melhor em Casa em um município do estado do Ceará.	A falta de conhecimento dos profissionais de diferentes níveis assistenciais sobre a AD [†] prejudica a continuidade do cuidado, bem como é citada a ausência de algumas categorias profissionais, falta de estrutura física exclusiva para o PMeC* e deficiência de insumos essenciais para os cuidados. Identificou-se a carência em transporte, falta de capacitações, falta de laços entre o programa e gestão da APS [‡] . Outra característica negativa citada foi a mudança de profissionais a cada ciclo de gestão, cortando o vínculo entre os profissionais, pacientes e a rede. Todavia, como um critério de melhoria está a redução de internações hospitalares pediátricas.
E3 ⁽¹⁵⁾	Caracterizar os Serviços de Atenção Domiciliar em funcionamento na Paraíba.	O uso do teleatendimento apresenta-se como grande estratégia de cuidado aos usuários. Como pontos que podem melhorar, encontra-se o transporte do SAD [§] ao qual é compartilhado com demais serviços da rede. E algumas equipes não cumprem carga horária mínima exigida, atuam em alguns turnos, refletindo na continuidade da assistência. As sedes do SAD [§] geralmente estão em anexo a outros serviços de saúde, mesmo com a interligação, ocorre fragmentação na comunicação entre os serviços. No que tange ao prontuário eletrônico do paciente e PTS , são realizados em apenas 50% dos serviços, mostrando ainda a fragmentação em alguns pontos essenciais, para o conhecimento das informações dos pacientes e planejamento do cuidado individualizado.
E4 ⁽¹⁶⁾	Compreender a organização da Atenção Domiciliar no contexto da atenção à saúde pública ofertada por municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa no Estado de Minas Gerais.	Percebem a integração com a rede como uma fragilidade do PMeC*. Realizar reuniões entre equipes de diferentes serviços, e a organização de processos são vistos como estratégias eficazes para a melhoria do atendimento ao usuário na AD [†] .
E5 ⁽¹⁷⁾	Analisar como ocorreu o processo de implantação do Serviço de Atenção Domiciliar na perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde do município de Araranguá/Santa Catarina.	Evidenciado a importância do PMeC* na desospitalização de pacientes, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e familiares, sendo uma referência para a APS [‡] e hospitalar. Como pontos de melhoria, apresenta-se a falta de compartilhamento de cuidados, a dificuldade de interação entre profissionais e o desconhecimento de encaminhamentos pela APS [‡] . Ainda, há sobrecarga da equipe SAD [§] , falta de estrutura física e transporte, dificuldade da responsabilização do usuário pelo cuidado. Apresenta-se como sugestão a educação permanente em saúde com os profissionais da RAS [¶] .
E6 ⁽¹⁸⁾	Compreender a experiência de profissionais do Programa Melhor em Casa à luz da resiliência.	O PMeC* é visto como um serviço acolhedor, resolutivo, que realiza um trabalho multiprofissional humanizado, com um olhar além das demandas clínicas. O atendimento abrange as famílias com suporte e acolhimento, tomando-se um serviço diferenciado na RAS [¶] . O serviço adentra nos lares e, por ter um contato tão íntimo com situações diversas, os profissionais estão expostos à sobrecarga, impotência e fragilidade. Devido ao grande vínculo com as famílias, algumas apresentam receio em receber alta do PMeC*.
E7 ⁽¹⁹⁾	Caracterizar a implantação do Programa Melhor em Casa e o analisar sob a perspectiva dos gestores municipais.	O PMeC* é percebido como uma alternativa à internação hospitalar, apresenta grande potencial de desospitalização e articulação com a RAS [¶] . Otimiza leitos hospitalares, adentra na rede para discussão de casos e compartilhar cuidados. Deve ser dada uma maior atenção à divulgação do programa pelo Ministério da Saúde à população, sendo necessário maior explanação da portaria com a RAS [¶] , a fim de melhor entendimento. Incentivos para incremento da qualidade técnica da equipe do PMeC* e correto fornecimento de insumos e capacitações a APS [‡] para encaminhamento adequado de pacientes.
E8 ⁽²⁰⁾	Avaliar a compreensão dos profissionais sobre a interdisciplinaridade nas ações do Programa Melhor em Casa no Município de Palmeira dos Índios/Alagoas.	A interdisciplinaridade ainda tem seu significado pouco conhecido, ou definido de forma equivocada entre os profissionais. No SAD [§] , ela ocorre por meio de ações no dia a dia do serviço, em relações horizontais com trocas ou atendimento compartilhado. O trabalho em equipe está intimamente ligado, a falta de veículos exclusivos ao SAD [§] , ou o uso de um veículo exclusivo para curativos, mostra a falta de compartilhamento do cuidado. As admissões são realizadas apenas por um profissional do serviço social, onde não são realizadas trocas, não sendo realizado o PTS . Ocorre a necessidade de melhorias no relacionamento interpessoal, encontros de equipe, atendimento multiprofissional, bem como a divulgação dos critérios do programa para a RAS [¶] .

*PMeC = Programa Melhor em Casa; [†]AD = Atendimento Domiciliar; [‡]APS = Atenção Primária à Saúde; [§]SAD = Serviço de Atendimento Domiciliar; ^{||}PTS = Plano Terapêutico Singular; [¶]RAS = Rede de Atenção à Saúde

Figura 4 - Síntese descritiva dos estudos incluídos na revisão de escopo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2025

Para favorecer a compreensão e organização dos resultados, bem como responder à questão de pesquisa da revisão, os achados foram subdivididos em duas categorias temáticas: Potencialidades e Fragilidades do PMeC, conforme Figura 5.

Categorias Temáticas
Potencialidades do Programa Melhor em Casa
Construção do trabalho em rede ^(13-14,16,18-20) ; Integração do serviço com a sociedade ⁽¹³⁾ ; Protocolos e processos organizacionais ⁽¹⁶⁾ ; Portaria norteadora adequada à realidade ⁽¹³⁾ ; Desospitalização e redução de internações desnecessárias ^(13-14,17) ; Educação em saúde com famílias ^(14,16-17) ; Teleatendimento ⁽¹⁵⁾ ; Plano Terapêutico Singular (PTS) ⁽¹⁶⁾ ; Flexibilidade e autonomia por parte da gestão ⁽²⁰⁾ ; Humanização ⁽¹⁵⁾ ; e Melhora na qualidade de vida dos usuários ⁽¹⁷⁾ .
Fragilidades do Programa Melhor em Casa
Educação permanente ⁽¹⁴⁻²⁰⁾ ; Interlocução com a RAS ^{*(13-19)} ; Estruturação dos serviços ^(13-17,20) ; Responsabilização do usuário pelo cuidado ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ ; Desgaste emocional dos profissionais ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ ; Falta de recursos tecnológicos ⁽¹⁵⁾ ; Uso do prontuário eletrônico ⁽¹⁵⁾ ; e Fragmentação da equipe ⁽²⁰⁾ .

*RAS = Rede de Atenção à Saúde

Figura 5 - Categorias temáticas da revisão de escopo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2025

Discussão

Os achados desta revisão de escopo evidenciaram duas categorias temáticas que caracterizam a atuação do programa no cenário brasileiro: potencialidades e as fragilidades do PMeC. A análise crítica permite compreender os avanços alcançados e os desafios persistentes na consolidação da AD como estratégia integrada à RAS.

Potencialidades para o Programa Melhor em Casa

A construção do trabalho em rede, enquanto eixo estruturante do PMeC, destacou-se como a principal potencialidade evidenciada nos estudos analisados. A atuação articulada entre os distintos pontos da RAS mostra-se fundamental, considerando que o programa assiste, majoritariamente, usuários procedentes de internações hospitalares recentes. Tal configuração demanda a articulação com a rede intra-hospitalar para garantir a transição segura do cuidado, o estabelecimento de vínculo intrafamiliar da equipe do PMeC no domicílio e, posteriormente, a integração do usuário na APS, compondo um contínuo assistencial na RAS. Nesse contexto, a consolidação do trabalho em rede se faz necessário e está intrinsecamente relacionada à estrutura do serviço, contribuindo para obtenção de melhores desfechos clínicos. Uma revisão narrativa destacou que a qualidade do atendimento domiciliar está relacionada tanto pela capacidade dos profissionais em acolher as necessidades quanto pelo estabelecimento de uma comunicação direta com a família⁽²¹⁾. Isso reforça a articulação com os diferentes níveis da RAS, o que favorece a formulação de estratégias para ações integradas que atendam, de maneira multidisciplinar, às necessidades e expectativas do usuário e família diante das incertezas associadas ao cuidado domiciliar.

Outro ponto evidenciado nos estudos refere-se à desospitalização e à redução de internações consideradas evitáveis, corroborando com os objetivos centrais do programa, que visam à transição segura de usuários estáveis para o domicílio. O retorno do usuário ao ambiente domiciliar configura-se como uma ação de continuidade do cuidado iniciado no contexto hospitalar e, quando realizado de forma planejada e com acesso aos recursos necessários, permite a manutenção da articulação com os diferentes níveis da rede, de maneira integrada, resolutiva e centrada na pessoa. A programação de uma alta segura implica na avaliação das necessidades clínicas e sociais do usuário, bem como na estrutura familiar e na disponibilidade de serviços da RAS, elementos fundamentais para a prevenção de reinternações⁽²²⁾. Ainda nesse contexto, a redução das internações desnecessárias é favorecida pelo reconhecimento precoce de alterações no quadro clínico do usuário e pela adequada condução na atenção às intercorrências, sendo isso resultado do processo educativo promovido pelas equipes junto às famílias, o que contribui para a diminuição do retorno do usuário ao ambiente hospitalar.

A educação em saúde dirigida às famílias foi representada nos estudos como uma das estratégias diferenciais da atuação do PMeC. O programa ultrapassa o enfoque na desospitalização ao investir em ações educativas com cuidadores e familiares no espaço domiciliar, ambiente no qual ocorrem intensas trocas de saberes. Nesse contexto íntimo e singular, marcado pela reorganização da rotina familiar diante da presença de familiar adoecido, é essencial que a equipe mostre empatia e comprometimento para, progressivamente, promover a construção de conhecimentos entre os familiares para o exercício do cuidado seguro e integral. A educação em saúde deve, portanto, ser concebida como uma ferramenta para a promoção da autonomia e do protagonismo de todos os envolvidos, incentivando a corresponsabilização no processo de cuidado⁽²³⁾.

A adoção do teleatendimento e do PTS também foi destacada como estratégia que personaliza o cuidado, colocando o usuário como agente central do seu processo de reabilitação e promovendo maior agilidade e efetividade nas ações assistenciais. O teleatendimento constitui-se em um sistema de apoio que permite ao usuário permanecer em casa, assim como os recursos visuais da plataforma possibilitam o desenvolvimento de relações interpessoais com os profissionais de saúde ao longo do tempo. A modalidade é uma alternativa viável para monitorar sintomas, orientar ações e incentivar à adesão ao cuidado domiciliar, explorando as possibilidades tanto assistenciais quanto educativas⁽²⁴⁾. No que se refere ao planejamento do cuidado, o PTS apresenta-se como um instrumento que serve de guia para as ações da equipe multiprofissional, sendo compartilhado entre os membros da equipe, com vistas à implementação de intervenções alinhadas às necessidades singulares de cada usuário⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Fragilidades para o Programa Melhor em Casa

As fragilidades mais recorrentes identificadas nos estudos foram a educação permanente e a interlocução com a RAS, evidenciando dois aspectos centrais que demandam atenção qualificada no contexto nacional. Outro aspecto frequentemente apontado nos estudos refere-se à estrutura dos serviços, seguido da responsabilização do usuário pelo cuidado e pelo desgaste emocional dos profissionais envolvidos na AD.

A educação permanente, reconhecida como uma estratégia de ensino-aprendizagem em serviço, com princípios problematizadores, interdisciplinares e interprofissionais em um contexto real, tem o foco nas necessidades cotidianas da prática profissional para a qualificação da assistência prestada ao usuário, sobretudo no PMeC, dada a complexidade do cuidado domiciliar. Esse processo de educação tem proporcionado transformações graduais nas práticas na saúde, com o intuito ao alcance de melhoria do cuidado, da reorganização do processo de trabalho e da qualidade da gestão pública, por meio de ações pedagógicas inovadoras e alinhadas ao modelo assistencial vigente⁽²⁷⁾. Tais ações devem contemplar metodologias inovadoras, incluindo aprendizagem virtual e recursos tecnológicos, que favoreçam o desenvolvimento de competências dos trabalhadores da saúde⁽⁴⁾.

A fragmentação na interlocução com a RAS ou as dificuldades de acesso em situações de intercorrência com os usuários no PMeC configuram obstáculos relevantes que levam ao desgaste emocional nas equipes multiprofissionais, assim como à resolutividade das necessidades do usuário. Essas barreiras comprometem a integralidade da atenção, podendo ocasionar descontinuidade do cuidado,

reincidência de agravos de saúde e reinternações evitáveis, frequentemente relacionadas à fragilidade da articulação entre os serviços que compõem a rede. A integração efetiva entre os serviços da RAS, com base em uma visão compartilhada, adoção de diretrizes clínicas e organização horizontal, é imperativa para a qualificação do cuidado e redução de redundâncias⁽²⁸⁾.

A estruturação dos serviços, por sua vez, abrange desde limitações nas instalações físicas inadequadas até a insuficiência de veículos, frequentemente compartilhados com outros serviços ou unidades do município, comprometendo a realização das visitas domiciliares. A oferta adequada de recursos materiais, embora essencial, não é suficiente para assegurar a efetividade da assistência no contexto domiciliar. Para que a AD se realize de maneira eficiente e segura, faz-se necessário um planejamento estratégico que incorpore a educação permanente e garanta a alocação adequada de recursos materiais e de uma qualificada gestão de pessoas⁽²⁸⁾.

Outro aspecto emergente nos estudos refere-se à necessidade de incorporação de novas tecnologias, como o PEP. A ausência desse recurso limita o compartilhamento de informações entre os serviços da RAS, dificultando a continuidade e integralidade do cuidado. A implementação do PEP, além de proporcionar maior praticidade e agilidade na gestão das informações, é essencial para a expansão da AD⁽²⁹⁾. O PEP contribui para a segurança e eficácia do atendimento, permitindo o acesso ao histórico do usuário e subsidiando a tomada de decisão clínica⁽²⁶⁾.

A responsabilização do usuário e da família pelo cuidado é um desafio em alguns estudos. Tal aspecto requer abordagem desde a admissão do usuário no programa, por meio de pactuações claras com a família quanto aos processos de cuidado e à alta, assegurando que usuários e cuidadores estejam instrumentalizados para o cuidado, de modo que desperte um interesse, corresponsabilidade e compartilhamento de saberes e conhecimento⁽³⁰⁾. É necessário promover a autonomia da família no processo de corresponsabilização incentivando o protagonismo dos envolvidos, e consolidar a AD como uma referência para o cuidado sempre que necessário⁽³¹⁾. A AD configura-se como uma nova alternativa inovadora de produção do cuidado fora das instituições tradicionais, como hospitais, permitindo que a família e o cuidador assumam papel central na gestão do cuidado no domicílio, contribuindo para a construção de estratégias mais adequadas às realidades do território⁽³²⁾.

Outro aspecto de vulnerabilidade identificado em dois estudos foi o desgaste emocional dos profissionais, especialmente no cuidado aos usuários com doenças crônicas. A atuação no domicílio expõe o profissional a contextos adversos, incluindo condições precárias

de habitação e escassez de recursos, condições que potencializam o sofrimento psíquico e a sobrecarga emocional. Tais condições exigem a atenção dos gestores quanto à saúde mental das equipes, por meio de ações de educação em saúde, espaços de escuta e apoio psicossocial⁽³³⁾. A exposição contínua a riscos psicossociais pode resultar em repercussões físicas, mentais e sociais significativas, frequentemente negligenciados por preconceitos que relacionam o sofrimento psíquico à fragilidade individual, em detrimento da compreensão das condições laborais envolvidas no cotidiano na AD⁽³⁴⁾.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a escassa disponibilidade de produções científicas sobre a temática, o que evidencia a necessidade de investigações adicionais que permitam conhecer de forma mais abrangente o potencial do programa e identificar melhorias que possam ser aplicadas ao PMeC. Ao considerar as diversidades culturais e geográficas do país, muitas ações podem ser adaptadas, recriadas e expandidas. A educação permanente também se apresenta como uma limitação relevante, indicando a pertinência de desenvolver estudos de intervenção voltados à qualificação dos profissionais no PMeC.

As contribuições deste estudo para a enfermagem são significativas, ao oferecer uma análise crítica e abrangente do PMeC, destacando suas potencialidades e fragilidades no contexto da AD integrada à RAS. A atuação da enfermagem no contexto da equipe multiprofissional no PMeC revela-se essencial na articulação do cuidado em rede, na educação em saúde às famílias e na promoção da continuidade assistencial segura e centrada no usuário. O estudo fornece subsídios para o aprimoramento das práticas profissionais e contribui para o fortalecimento da AD como estratégia inovadora e resolutiva no que tange à educação permanente, uso de tecnologias como o teleatendimento e o prontuário eletrônico, e a valorização do cuidado à saúde mental diante do desgaste emocional das equipes. Dessa forma, reforça-se o papel estratégico da enfermagem na coordenação do cuidado, na qualificação da atenção prestada no domicílio e na construção de modelos assistenciais mais sustentáveis, eficientes e humanizados.

Conclusão

O mapeamento das produções científicas sobre as potencialidades e fragilidades do PMeC, identificadas por profissionais de saúde e gestores, mostrou-se limitado em quantidade quando comparado a outras áreas de conhecimento na saúde. Como potencialidades do PMeC, identificou-se a construção do trabalho em rede, a desospitalização, a redução de reinternações evitáveis, a educação em saúde junto às famílias, o teleatendimento,

a utilização do PTS, a flexibilidade e autonomia na gestão, bem como a humanização e a melhoria da qualidade de vida dos usuários. No que se refere às fragilidades observadas, destacam-se aspectos que demandam medidas qualificadas para o aprimoramento do programa e da atenção à saúde no âmbito domiciliar: a educação permanente, a interlocução com a RAS, a estrutura dos serviços, a corresponsabilização do usuário e familiares pelo cuidado, o desgaste emocional dos profissionais, a insuficiência de recursos tecnológicos, a ausência do PEP e a fragmentação da equipe.

Dessa forma, o estudo evidencia a relevância do PMeC no sistema de saúde brasileiro, ao mostrar seu potencial para qualificar o cuidado domiciliar. Para isso, são necessárias intervenções estratégicas e investimentos estruturais que fortaleçam o programa e assegurem sua efetividade e sustentabilidade a longo prazo. Recomenda-se, ainda, a realização de novos estudos que aprofundem os temas abordados, contribuindo para o avanço do conhecimento e o aprimoramento das práticas no âmbito da AD oferecida pelo PMeC.

Agradecimentos

Agradecemos a Aline Matte Debastiani, biblioteconomista que colaborou na fase de estratégia de busca e coleta de dados.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2024 Jul 15]. 102 p. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf
2. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. 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). Diário Oficial da União [Internet]. 2024 Jan 2 [cited 2024 Jul 17]:4(seção 1):56. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>
3. Savassi LCM, Dias MB, Boing AF, Verdi M, Lemos AF. Educational strategies for human resources in home health care: 8 years' experience from Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e103. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.103>
4. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Potencializar a utilização do Programa Melhor em Casa: relatório de análise de impacto regulatório [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 Jul 17].

- 40 p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc_tec/mar_24/Relatorio%20AIR%20_%20PRT%20GM%203005.2024.pdf
5. Colussi CF, Hellmann F, Verdi M, Serapioni M, Savassi LCM, Ferreira DD, et al. Evaluability study of the Multicenter Program for Professional Qualification in Distance Home Care (PMQPAD). *Cad Saude Publica*. 2021;37(10):e00081920. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081920>
6. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. JBI manual for evidence synthesis [Internet]. Adelaide: JBI; 2024 [cited 2024 Jul 10]. Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
7. Viana CN, Paz AA, Weston FCL, Silva LAS. Strengths and weaknesses of the Better at Home Program: scoping review [Internet]. Open Science Framework. 2024 Apr 5 [cited 2024 Oct 3]. Available from: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/6UCDB>
8. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2011 Oct 28 [cited 2024 Oct 3];208(seção 1):44. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011_comp.html
10. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
11. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013. Altera os arts. 5º, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99-B, 100-A, 100-B e 109-A e revoga o art. 94 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2013 Aug 15 [cited 2025 Jun 13];seção 1:1. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12853.htm
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
13. Verdi DS, Pires RRC. Between standardization and flexibility: the implementation of federal program “Better at home” considering local diversity. *Rev Serv Publico*. 2022;73(1):168-93. <https://doi.org/10.21874/rsp.v73.i1.4124>
14. Nascimento ABO, Balica HLL, Mayorga FDO, Silva MAM, Albuquerque IMAN, Almeida MB. Limits and potentials of pediatric home care in a Ceará State municipality. *Medicina* (Ribeirão Preto). 2022;55(2):e-181963. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.181963>
15. Cavalcante MEPL, Santos MM, Toso BRGO, Vaz EMC, Lima PMVM, Collet N. It is better at home: characterization of home care services. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20220001. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001pt>
16. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Gonçalves FCC Neta, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Home care organization with the Better at Home Program. *Rev Gaucha Enferm*. 2018;39:e2016-0002. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>
17. Lima ACB. Análise da implantação do Serviço de Atendimento Domiciliar na óptica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde [thesis]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2020 [cited 2024 Sep 29]. Available from: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/8115>
18. Maldonado TCP. “Melhor em Casa!?” A resiliência do profissional frente à prática do atendimento domiciliar [thesis]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2019 [cited 2024 Sep 29]. Available from: <http://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/22702/2/Thais%20de%20Cassia%20Peixoto%20Maldonado.pdf>
19. Oliveira AV Neto. Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [thesis]. Brasília: Universidade de Brasília; 2016 [cited 2024 Sep 30]. Available from: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20974>
20. Canuto KF. Melhor em Casa: um estudo de caso sobre a interdisciplinaridade no programa no município de Palmeira dos Índios/AL [thesis]. Maceió: Centro Universitário Tiradentes; 2018 [cited 2024 Sep 30]. Available from: https://cdn.prod.website-files.com/655df2405bb5d917601b0774/6673193949bdcf20604de4a0_7-%20Kamilla%20Fran%C3%A7a.pdf
21. Teixeira C, Rosa RG. Home care after intensive care unit-discharge: global differences. *Crit Care Sci*. 2025;37:e20250269. <https://doi.org/10.62675/2965-2774.20250269>
22. 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>
23. Fittipaldi ALM, O'Dwyer G, Henriques P. Health education in primary care: approaches and strategies envisaged in public health policies. *Interface* (Botucatu). 2021;25:e200806. <https://doi.org/10.1590/interface.200806>
24. Steindal SA, Nes AAG, Godskesen TE, Holmen H, Winger A, Österlind J, et al. Advantages and challenges of using telehealth for home-based palliative care: systematic mixed studies review. *J Med Internet Res*. 2023;25:e43684. <https://doi.org/10.2196/43684>

25. Baptista JA, Camatta MW, Filippou PG, Schneider JF. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180508. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>
26. Silva JL, Teston EF, Marcon S, Vieira VCL, Ferreira PC, Andrade GKS, et al. Potentials and limits in home care shared between teams: a qualitative study. *Rev Min Enferm.* 2022;26:e-1485. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.39204>
27. Ferraz EM, Mendonça FF, Carvalho BG, Nunes EFPA, Santini SML. Permanent education in health: a strategy for strengthening the training and performance of municipal management teams in the Unified Health System. *Physis.* 2025;35(3):e350304. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350304pt>
28. Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Concept of health care network and its key characteristics: a scoping review. *Esc Anna Nery.* 2020;24(2):e20190154. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>
29. Bezerra AM, El Akra KMA, Oliveira RMB, Marques FRB, Neves ET, Toso BRGO, et al. Children and adolescents with special healthcare needs: care in home care services. *Esc Anna Nery.* 2023;27:e20220160. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0160pt>
30. Silva KL, Braga PP, Silva AE, Lopes LFL, Souza TM. Discourses on technologies in home care: contributions between innovating, inventing, and investing. *Rev Gaucha Enferm.* 2022;43:e20200491. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200491.pt>
31. Silva AE, Duarte ED, Fernandes SJD. Palliative care production for health professionals in the context of home care. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(1):e20210030. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0030>
32. Ubessi LD, Meneses MN, Silva LDA, Coimbra VCC, Kantorski LP, Rocha CMF. Permanent health education: experiencing ways to see, live, feel and build the Unified Health System. *Saberes Plurais Educ Saude.* 2021;5(2):71-80. <https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.118777>
33. Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL. Continuity of care from the hospital: interdisciplinarity and devices for integrality in health care networks. *Saude Debate.* 2022;46(133):551-70. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>
34. Santos KM, Tracera GMP, Nascimento FPB, Moreira JPL, Ruas CAS, Fonseca EC, et al. Work-related disorders and psychosocial risks in nursing professionals. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE03447. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03447>

Autora correspondente:
Cristina Nunes Viana
E-mail: cristinanv@gmail.com
 <https://orcid.org/0009-0005-5009-9146>

Contribuição dos autores

Contribuições obrigatórias

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas:

Cristina Nunes Viana, Leticia Alves da Silva e Silva, Fernanda Cirne Lima Weston, Adriana Aparecida Paz.

Contribuições específicas

Curadoria de dados: Cristina Nunes Viana, Leticia Alves da Silva e Silva, Fernanda Cirne Lima Weston, Adriana Aparecida Paz. **Supervisão e gestão do projeto:** Adriana Aparecida Paz.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Todos os dados gerados ou analisados durante este estudo estão incluídos neste artigo publicado.

Recebido: 25.08.2025
Aceito: 18.12.2025

Editora Associada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.
Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.