

Cuidadores familiares da pessoa com câncer: cuidados paliativos domiciliar e hospitalar

Family caregivers of people with cancer: home and hospital palliative care

Cuidadores familiares de personas con cáncer: cuidados paliativos domiciliarios y hospitalarios

 Leticia Valente Dias¹,  Stefanie Griebeler Oliveira²,  Juliana Graciela Vestena Zillmer²

 Michele Rodrigues Fonseca³,  Izabelle Carvalho Quitete⁴,  Maria Clara Marcelina das Neves Chagas⁴

Recebido: 29/07/2025 Aceito: 11/12/2025 Publicado: 21/12/2025

Resumo:

Objetivo: descrever a transição para o cuidador familiar nos espaços do hospital e domicílio. **Método:** estudo de caso qualitativo, na vertente pós-estruturalista dos estudos foucaultianos. Participaram cuidadores familiares vinculadas ao Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar de um hospital de ensino de Pelotas/RS, em 2019, mediante observação participante e a entrevista semiestruturada. Utilizou-se o programa *Etnograph 6.0* com análise problematizadora. **Resultados:** participaram quatro cuidadoras de pessoa com câncer em cuidado paliativo. Emergiram duas categorias: *Espaço hospitalar* e, *Espaço domiciliar*. Na transição dos cuidadores familiares entre o hospital e o domicílio, a disciplina da instituição hospitalar se mantém no domicílio. Apesar do hospital flexibilizar a entrada para acompanhamento ou cuidado de um familiar internado e, a residência traz mais conforto ao paciente e responsabilidade para o cuidador. **Conclusão:** no hospital, o cuidador apreende técnicas disciplinares, as quais reproduzirá no domicílio conforme as relações de poder estabelecidas.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Cuidadores; Cuidados paliativos; Hospitais; Neoplasias.

Abstract:

Objective: to describe the transition to family caregiving in hospital and home environments. **Methods:** a qualitative case study, within the post-structuralist framework of Foucauldian studies. Participants were family caregivers linked to the Interdisciplinary Home Care Program of a teaching hospital in the city of Pelotas/RS, Brazil, in 2019, through participant observation and semi-structured interviews. The Ethnograph 6.0 program was used with problem-solving analysis. **Results:** the participants were four caregivers of people with cancer in palliative care. Two categories emerged: *Hospital Environment* and *Home Environment*. In the transition of family caregivers from hospital to the home, the discipline of the hospital institution is maintained at home. Although the hospital allows for more flexible entry for accompanying or caring for a hospitalized family member, the home provides more comfort to the patient and responsibility for the caregiver. **Conclusion:** in the hospital, the caregiver learns disciplinary techniques, which they will reproduce at home according to the established power relations.

Keywords: Home nursing; Caregivers; Palliative care; Hospitals; Neoplasms.

Resumen:

Objetivo: describir la transición al cuidador familiar en los espacios del hospital y el domicilio. **Método:** estudio de caso cualitativo, en la vertiente posestructuralista de los estudios foucaultianos. Participaron cuidadores familiares vinculados al Programa de Hospitalización Domiciliaria Interdisciplinaria de un hospital universitario de Pelotas/RS, en 2019, mediante observación participante y entrevista semiestructurada. Se utilizó el programa *Etnograph 6.0* con análisis problematizante. **Resultados:** participaron cuatro cuidadoras de personas con cáncer en cuidados paliativos. Surgieron dos categorías: *Espacio hospitalario* y *Espacio domiciliario*. En la transición de los cuidadores familiares entre el hospital y el domicilio, la disciplina de la institución hospitalaria se mantiene en el domicilio. A pesar de que el hospital flexibiliza el ingreso para el acompañamiento o cuidado de un familiar hospitalizado, el domicilio aporta más comodidad al paciente y responsabilidad al cuidador. **Conclusión:** en el hospital, el cuidador aprende técnicas disciplinarias, que reproducirá en el domicilio según las relaciones de poder establecidas.

Palabras-clave: Atención domiciliaria de salud; Cuidadores; Cuidados paliativos; Hospitales; Neoplasias.

Autor Correspondente: Stefanie Griebeler Oliveira- stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

1. Hospital de Ensino da Universidade Federal de Pelotas, Filial EBSERH. Pelotas/RS, Brasil

2. Faculdade de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS, Brasil

3. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS, Brasil

4. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS, Brasil

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) consistem em abordagem interdisciplinar para pessoas com doença avançada ou terminal e sua família, com vistas a promover qualidade de vida, reduzir o sofrimento através de controle de sintomas e garantir o respeito aos valores e crenças¹.

No mundo em 2020, a prevalência da maioria dos adultos que necessitava de CP tinha doenças crônicas, como doenças cardiovasculares (38,5%), câncer (34%) e doenças respiratórias (10,3%)². Recentemente, o câncer é uma das principais causas de morte no mundo e os CP são utilizados para aliviar o sofrimento derivado dos sintomas, especialmente da dor. O alívio de problemas físicos, psicossociais e espirituais por meio de CP é possível para mais de 90% dos pacientes com câncer, mesmo em estágios avançados³.

No Brasil, em 2024, foi instituída a Política Nacional de Cuidados Paliativos, que estabelece diretrizes voltadas à ampliação e ao acesso universal a esses serviços em todos os seus níveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa política prevê a integração dos CP à RAS, garantindo que sejam ofertados às pessoas com indicação de necessidade de atendimento, nos diferentes pontos de atenção, incluindo a Atenção Domiciliar (AD)⁴.

A assistência domiciliar é prevista para auxiliar a implementação abrangente e equitativa de CP, já que muitos países possuem recursos limitados na saúde e poucas opções de cuidados institucionais. Ainda, morrer na própria casa é um desejo comum entre os pacientes que se encontram no final de vida⁵. Uma análise demonstrou benefícios da assistência domiciliar, incluindo a disponibilidade de cuidadores, a inclusão dos pacientes no processo de assistência, assim como a melhora no padrão alimentar e no bem-estar psicológico⁶.

No entanto, para que a assistência domiciliar seja possível, é indispensável a presença do cuidador familiar – pai, filho ou amigo – que presta cuidados e apoio não remunerados a familiares ou amigos em condições de saúde que exigem cuidados contínuos⁷. Um estudo identificou-se que os cuidadores têm altas demandas físicas, emocionais, financeiras; falta de suporte do sistema de saúde; buscam retribuir ao paciente algo em relação ao passado; usam recursos como religião, esperança e espiritualidade para enfrentar desafios; e, os sentimentos relacionados à morte é representada para si como algo triste e devastador ou como um alívio para o paciente⁸.

Outro trabalho trouxe que no ambiente hospitalar, há uma prevalência de pacientes oncológicos em CP e, muitos cuidadores afirmam que não saber lidar com as demandas de cuidado e relatam dificuldade de aceitar a função de cuidar⁹. A alta hospitalar pode ser vista como uma conquista, uma vez que o domicílio era visto como um espaço mais tranquilo, mas,

com o tempo, o ambiente domiciliar passa a ser percebido como um local de isolamento e insegurança devido à sobrecarga e às responsabilidades impostas ao cuidador⁹.

Diante do desafio de cuidar do outro, iniciativas estão sendo desenvolvidas para auxiliar e orientar os cuidadores familiares. Um estudo metodológico sobre tecnologia educacional para cuidadores de pacientes oncológicos em CP domiciliares resultou na elaboração de uma cartilha dividida em dois volumes, com orientações voltadas à saúde do próprio cuidador e assuntos relacionados aos cuidados destinados ao paciente. Essa iniciativa traz a necessidade de orientação e auxílio para os cuidadores em relação ao exercício do cuidado a pacientes em CP, tendo em vista o desafio ao vivenciar essa realidade¹⁰.

Estudos que problematizem relações de poder são potentes no campo da AD e dos CP, especialmente, se atentarem para a transição dos cuidadores nos espaços hospitalar e domiciliar. Tais ambientes moldam a percepção e as práticas de cuidado, e no campo dos estudos foucaultianos¹¹, é possível adentrar ao detalhe, as nuances, as relações, e criar outras formas de interrogar para descrever e analisar objetos de pesquisa. O objetivo deste artigo é descrever a transição para o cuidador familiar nos espaços do hospital e domicílio.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa¹², do tipo estudo de caso¹³ na modalidade de casos múltiplos, inserida na vertente pós-estruturalista com aproximação dos estudos foucaultianos¹¹, seguindo os itens do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). O estudo de caso¹³ permite uma investigação abrangente e aprofundada de múltiplos casos em seu contexto de vida real, sendo o número amostral não definidor da significância.

O estudo foi realizado no domicílio das participantes vinculadas ao Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI), que integra o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HE-UFPel/EBSERH).

Constituem o PIDI duas equipes interdisciplinares que proporcionam atendimentos diários aos pacientes oncológicos internados. Cada equipe acompanhava 10 pacientes, totalizando, portanto, 20. A opção por esse serviço justifica-se pelo atendimento de apenas pacientes com câncer em CP e por requerer a presença do cuidador familiar para inclusão e acompanhamento no programa. Eventualmente, ocorreu também no espaço hospitalar devido ao fato de que um dos pacientes necessitou de internação hospitalar, requerendo o acompanhamento da cuidadora.

Como critérios de inclusão: ser cuidador familiar de pessoa com câncer em CP no domicílio; ser acompanhado por equipe do PIDI; ter acompanhado a pessoa sob seus cuidados em pelo menos uma internação hospitalar; ter idade igual ou superior a 18 anos; e, como critérios de exclusão: não ter condições de se comunicar verbalmente; não se comunicar em português; não ser alfabetizado. O trabalho de campo teve duração de sete meses, sendo realizado no período de abril a outubro de 2019.

Inicialmente, foi estabelecido o contato com um profissional de saúde de cada equipe do PIDI e na sequência, ocorreu a participação nos *rounds*. A partir deles, foram selecionados sete participantes que atendiam aos critérios de elegibilidade, constituindo, assim, uma amostragem por conveniência¹⁴.

Posteriormente, foi realizado contato telefônico com cada um deles, seguindo como ordem para as ligações os pacientes e cuidadores com maior tempo de acompanhamento pela equipe do PIDI. Nas ligações, foi esclarecido sobre a proposta da pesquisa e agendado um primeiro encontro com cada cuidador conforme sua disponibilidade. Dos sete, houve uma recusa, um óbito do paciente antes do contato telefônico e um caso em que não foi possível o contato telefônico, mesmo após diversas tentativas. Quatro cuidadoras foram incluídas e identificadas como CF01 até CF04.

No domicílio dos participantes, foram utilizadas como técnicas de coleta de dados a observação participante¹² e a entrevista semiestruturada¹². As entrevistas foram gravadas e realizadas, assim como as transcrições e notas de campo¹⁵. Tanto as transcrições quanto as notas foram organizadas em documento *Word*. A entrevista incluía as seguintes perguntas: *Como ocorre a organização do cuidado? Quem ensinou as práticas de cuidado? Como foi a internação hospitalar? Quais as diferenças e semelhanças entre hospital e domicílio?*

A produção de dados foi realizada durante os encontros agendados com as cuidadoras familiares em seu domicílio e no espaço hospitalar, no caso em que o paciente necessitou ser hospitalizado.

Para composição do material empírico, foram geradas: 73 páginas de notas de campo e 168 páginas de transcrições de áudios, ambas em documentos *Word* com fonte *Times New Roman*, fonte 12, espaçamento simples. O material produzido, em termos de conteúdo, foi considerado suficiente mediante a saturação dos dados. Considerando o tempo para realização da pesquisa.

O conjunto de material produzido foi inserido no programa *The Ethnograph 6.0* versão demo para gerenciamento e organização dos dados. Posteriormente, foi realizada uma primeira leitura para identificação de possíveis códigos temáticos por aproximação, pensando nas

relações de poder dos cuidadores familiares com os espaços, com a pessoa com câncer e com profissionais de saúde.

De posse dos códigos, a análise seguiu os estudos pós-estruturalistas¹¹, a partir do uso da interrogação: *Como as relações de poder são estabelecidas nos espaços hospitalar e domiciliar?*.

Os aspectos éticos¹⁶ foram respeitados, com aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer n.º 3.231.312 e o Certificado de Apresentação Ética n.º 08610919.5.0000.5317.

RESULTADOS

Realizou-se 16 encontros, das quais: um para CF01, sete para CF02, quatro para CF03 e CF04. Tiveram em média 3 horas e 30 minutos, sendo o mínimo de 2 horas e máximo de 4 horas e 30 minutos.

A pesquisa contou com quatro cuidadoras familiares de pessoas em CP. A CF01, 34 anos, uma mistura de sensibilidade e força, tinha uma rotina muito corrida, pois era mãe de um menino de 10 anos, técnica em enfermagem, cuidadora da mãe com câncer e ainda realizava massagens estéticas como forma de complemento a renda familiar. A mãe faleceu durante a coleta de dados.

A CF02, 68 anos, se mostrava: “sobrecarregada, resignada, sofrida”. A sua rotina envolvia o cuidado da filha, tanto no domicílio quanto no hospital, além de treinos na academia.

A CF03, 54 anos, cuidava do seu esposo, o qual faleceu durante a coleta de dados. Apresentou-se perceptiva e compreensiva desde o diagnóstico de câncer de pâncreas do esposo, pois entendeu que a vida dele seria curta, mas não esperava tamanha modificação, distanciando-se tanto do que ela conhecia.

Já CF04, 75 anos, evitava falar na palavra câncer. Apresentava sempre uma postura ativa, ágil, questionadora, tal como uma ventania por onde passava, tirando tudo do lugar, realizando modificações necessárias em sua casa, para o cuidado ao esposo. O quadro 2 traz a apresentação de algumas características sociodemográficas das cuidadoras.

Quadro 2. Caracterização sociodemográfica de cuidadoras de pacientes em cuidado paliativo e com câncer. Pelotas, 2019.

Participante	Vínculo	Idade	Escolaridade	Raça/ Etnia	Renda em SM*	Ocupação	Tempo do diagnóstico
CF01	Filha	34	Ensino Médio Completo	Branca	4	Técnica em Enfermagem	2 anos
CF02	Mãe	68	Ensino Fundamental Incompleto	Branca	2	Aposentada	3 anos
CF03	Esposa	54	Ensino Médio Incompleto	Branca	1	Vendedora	2 anos
CF04	Esposa	75	Ensino Fundamental Incompleto	Branca	3	Aposentada	2 anos

* SM - Salário mínimo

Da interpretação das entrevistas emergiram os códigos: *dificuldades do cuidar; instrumentalização; espaço hospitalar; espaço domiciliar; relações cuidador/profissionais; relações cuidador/paciente; e, apoio profissional*, assim entremeados em duas categorias: *Espaço hospitalar* e, *Espaço domiciliar*. O Quadro 1 apresenta a relação entre os códigos temáticos e as categorias analíticas definidas.

Quadro 1. Relação entre os códigos e as categorias resultantes do processo de análise. Pelotas, 2019.

Códigos temáticos	Categorias analíticas
Espaço hospitalar; Dificuldades do cuidar; Instrumentalização; Relações cuidador/profissionais; Apoio profissional.	“Espaço hospitalar”
Espaço domiciliar; Instrumentalização; Relações cuidador/profissionais; Apoio profissional; Relações cuidador/paciente.	“Espaço domiciliar”

Espaço hospitalar

O espaço hospitalar, desde sua medicalização, trata-se de uma instituição planejada para o fornecimento de cuidados em saúde. Dessa forma, seus aspectos físicos, como disposição de mobiliário, total de leitos por enfermaria, além de organizacionais, como planejamento de horários e realização de determinados procedimentos, articulam-se para cumprir tal função:

CF02 me conduz até a enfermaria que possui capacidade para quatro leitos. Há mais duas mulheres internadas com seus respectivos acompanhantes. O leito da paciente está localizado abaixo da única janela do quarto, o que, no momento, favorece a entrada de luz solar sobre a cama da paciente. A paciente está com um cateter nasal tipo óculos para oxigenoterapia e vestida com um moletom cor de rosa, o que permite visualizar, em seu pescoço à direita, um

cateter venoso central, pelo qual se infundem medicações de frascos presos a um suporte para soros posicionado à sua direita. À esquerda da paciente, preso na lateral da cama, está um saco coletor de urina (Nota descritiva, 7/05/2019, CF02).

Tinha um janelão grande, armários para pôr as coisas (objetos pessoais), uma mesinha no meio para colocar as coisas (cuidadora refere-se à primeira enfermaria em que a paciente esteve internada). Aquele ali não dá, é muito apertado. Tem que ficar se movendo para cá, se movendo para lá. E quando elas vêm e trazem aquele biombo para lavar (a paciente), fica mais apertado ainda (CF02).

Para a “boa convivência” no espaço hospitalar, é necessário o seguimento de algumas regras que visam à segurança do paciente sob a responsabilidade da instituição, assim como ao seu bem-estar. A restrição e o controle do número de pessoas ou alimentos, por exemplo, que impeçam a entrada de possíveis causadores de doenças ou que inviabilizem a recuperação física do paciente:

Ele tem muito conhecido; então, de tarde, era uma loucura assim. Teve um sábado que tive que ir lá embaixo e falar que era pra segurar, não deixar subir, que o pai tá mal. Em casa, eu converso ali na frente, eu vejo se é um pessoal muito próximo, a gente tá tentando assim: só os parentes mesmo. Os irmãos, os sobrinhos [...]. Eu sou bem protetora assim. Lá, no hospital, não tinha como, tinha o cartão! Quando via, tavam lá em cima (CF03).

No hospital, não pode levar comida, só bolachinha. Nada de rua. Tem muita coisa que não pode comer. Por exemplo, não pode comer pipoca, lentilha, milho. Nem feijão, ele está podendo comer, passava no liquidificador, eu comecei a coar, fica o caldinho. Agora vou perguntar para a doutora (CF04).

No espaço hospitalar, as relações estabelecidas com o médico seguem uma hierarquia, com a necessidade de a cuidadora familiar receber a orientação ou confirmação de que a paciente apresenta-se bem naquele dia:

O médico vai até o leito da paciente. [...] A CF02 posiciona-se aos pés da cama. Ao ser questionada pelo médico sobre como está se sentindo, a paciente diz que hoje sente-se bem em comparação ao dia anterior. O médico dá orientações sobre o procedimento cirúrgico a ser realizado e que a data, ainda a ser definida, aguarda parecer de outro colega. Percebe que CF02 permanece atenta e sorridente, com os braços posicionados atrás de seu corpo, ouvindo tudo o que era dito sem falar nada. O médico permanece cerca de três minutos no quarto. Quando o médico se direciona para fora do quarto, CF02 segue, indo rapidamente logo atrás do médico. Do lado de fora da enfermaria, CF02 afirma para o médico: “hoje ela está muito bem! Não é, doutor?”. Ao que ele assente com a cabeça e diz que, assim que tiver novas informações sobre a cirurgia, voltaria ao quarto (Nota descritiva, 17/05/2019, CF02).

Ao ser inserido no espaço hospitalar, o cuidador familiar passa a ocupar determinada funcionalidade. É possível que ele se torne um elo entre a equipe e o paciente, favorecendo o plano terapêutico voltado ao doente. O cuidador familiar não pode ser considerado apenas como um mediador da relação entre paciente e profissionais de saúde. Entre as funções que ocupa no hospital, estão a de executar práticas de responsabilidade dos profissionais de

enfermagem, como: “desligar o soro” e “lavar a sonda de alimentação”, além de cobrar e supervisionar o trabalho da equipe:

No hospital, eu que desligo o soro; quando está pingando demais, eu que diminuo o soro; quando termina, eu as fecho e chamo. Só o que eu não mexo é na alimentação, que é na máquina. Tem que saber os tantos pingos para cair. Eu digo para o enfermeiro: “Isso eu ainda não aprendi; mas, um dia, eu aprendo”. De vez em quando, ela começa a apitar; então, eles têm que vir. [...]. Eles pedem para desligar: “quando terminar, ou desliga ou me chama!”. Mas, como eu já estou acostumada, eu desligo. Daí, quando ele passa no corredor eu já digo: “oh! Já desliguei”. “Ah, tá bom! Depois, eu vou lá e boto outro!”. A alimentação quando está pouquinha, apita mais ligeiro; aí, tem que colocar uma seringa com água e lavar; para depois, colocar o outro tanto de leite. Estou dominando tudo, já estou tão calejada no hospital (CF02).

Sempre que eu ia ali, pedia, eles atendiam na hora: “olha! Eu vou atender ali que a pessoa está sem respirar, mas já estou indo ali”. Então, sempre tinha alguém. Teve uma noite que o paciente estava sem respirar direito, e eu pedi para fazer uma nebulização. Na minha cabeça, a nebulização ia resolver tudo. Eu lembro que eu pedi para o enfermeiro, e ele disse que não, porque não estava na prescrição. Era uma coisa que eu achava tão simples, que ia deixar o paciente dormir melhor. O médico de plantão chegou e liberou a nebulização, e o paciente ficou melhor. Isso me deixou mais triste, irritada, até porque era uma coisa que eu achava fácil e que demoraram muito! [...]. Onze horas que eu pedi, falaram com o doutor. Três horas da manhã que o doutor chegou. Eu acertei ali; mas, de repente, eu penso que – quem sabe – eles acharam que era frescura minha [...]. (CF03).

Espaço domiciliar

O discurso da AD circula em diferentes espaços e contribui com a constituição do sujeito cuidador familiar. De forma progressiva, os indivíduos são tocados e entendem que ela preenche as suas necessidades e as do paciente sob seus cuidados:

As gurias lá (no hospital), as enfermeiras disseram: ‘agora que a senhora vai pra casa, vai ver que tudo é mais fácil, a medicação, a senhora faz assim’. Sempre dão auxílio. Chegamos em casa de meio-dia, acho que era umas duas e meia da tarde, já chegou o PIDI. E o melhor ainda pelo atendimento das gurias (enfermeiras) do PIDI. Uma vez por dia, no mínimo ou duas por dia. Então, é como se estivesse no hospital, que elas tão sempre aqui, e isso dá uma segurança, tranquilidade. Hoje, também já vieram, já olharam. Verificar pressão, essas coisas assim. Todo esse suporte é o que faz a diferença pra gente, pelo amor de Deus! Não sei o que seria da gente sem esse atendimento. Eu vou ter muita coisa para lembrar depois que tudo passar, coisas tristes, mas coisas bonitas para mim. A gente aprende muito nessas horas, principalmente na hora da dor, a gente aprende mais. Mais do que na hora que a gente tá feliz (CF03).

A AD para as pessoas com câncer avançado é tida como uma alternativa à hospitalização. Ao ser incluído em um programa desse tipo, há a possibilidade de que o cuidador familiar permaneça em sua casa e tenha à disposição do seu familiar procedimentos compatíveis com os oferecidos no espaço hospitalar:

Em casa, tudo é melhor. Em casa: se deu uma dormidinha, se eu quero vir aqui fazer alguma coisa, eu estou em casa. A minha cunhada ficava na cozinha; então, ela fazia almoço. Eu ficava mais com ele. Ele sempre disse: “eu não quero sair do hospital com dor”. Ele tinha muito medo de vir para casa, porque passou muito tempo com dor e a gente

achava que era pedra na vesícula. Aí, ele fez a cirurgia. Então, enquanto não estava bem administrada a dor, a gente não veio para casa. Foi melhor em casa, porque, se não tivesse o PIDI, seria muito mais complicado; porque, teve um fim de semana, que ele teve muita dor, que a gente teve que ligar para elas, não sei se ele estava mais nervoso e se os remédios não estavam mais dando efeito. E, aí, ela aumentou a dose da morfina, mas foi mais fácil, porque tinha aquele auxílio e elas vinham de manhã e de tarde, todos os dias. É como diz, é um hospitalizar, mas em casa. A pessoa fica à vontade e libera um leito (CF03).

A gente foi muito bem atendido. Dentista, doutor de pele, a doutora, a enfermeira, a nutricionista, a psicóloga. O que quer mais dentro de casa. Receber até soro?! Uma vitamina! Desde que chegam, tudo rindo, maravilhosas, te atendem, te beijam, chegam, pegam uma bergamota e estão em casa!. Para mim, é uma beleza. Graças a Deus, que tem isso aí. Estou cuidando e fazendo meus afazeres em casa (CF04).

A partir do momento em que o cuidador/paciente abre as portas do domicílio para a AD, este se torna um espaço institucionalizado. Tal modificação se inscreve na presença dos profissionais de saúde na convivência familiar e na presença física de novos elementos, por exemplo, mobiliário e dispositivos médicos que alteram gradativamente a sua aparência:

A paciente estava deitada em uma cama de casal. Ao seu lado, havia uma mesa de cabeceira posicionada de maneira que a paciente poderia ter acesso fácil. Nele, pude visualizar a presença de vários frascos de medicamentos e cartelas de comprimidos. Quando me viu, a paciente com aparência abatida sorriu, acenando com a cabeça, mantendo sua mão direita, segurando o maxilar contralateral. Seu marido retornou ao quarto e rapidamente conectou um frasco de dieta na sonda nasogástrica da paciente, pendurando-o posteriormente em um pequeno gancho improvisado, localizado acima do leito. CF01 então ofereceu-me um banco disposto ao lado da cama e pediu que eu ali me sentasse para conversar com sua mãe. A cuidadora sentou-se aos pés da cama e permaneceu ali, acariciando os pés de sua mãe. CF01 contou-me que, daquela maneira, as duas costumam passar as tardes. Nesse momento, CF01 e a paciente olharam-se e sorriram uma para a outra. Passados alguns minutos, pôde-se ouvir o barulho de um automóvel. Se tratava do carro da equipe do PIDI. Imediatamente, CF01 levantou-se da cama e foi até o encontro dos profissionais da equipe. O primeiro profissional a adentrar a casa e ir ao encontro da paciente foi o capelão da equipe, que, ao pedir licença, direcionou-se ao quarto para cumprimentar a paciente. Pude perceber que, nesse momento, a paciente teve sua expressão abatida modificada, tornando-se mais leve. Ao ver seu marido, a paciente pediu que ele a conduzisse até a sala. Ele forneceu seu ombro para que ela se apoiasse, ao passo em que erguia o frasco da dieta que estava sendo infundida. Ao chegar na sala, sentou-se na poltrona e então, pude visualizar que havia um pequeno gancho colocado na parede, o qual seu marido utilizou como suporte para o frasco de dieta (Nota descritiva, 11/04/2019, CF01).

Eu mudei a cama, não tinha como pendurar o soro. O meu guri teve que botar um pauzinho na porta para pendurar, teve que colocar uma dobradiça para adaptar o soro. Esse meu filho estava ali aplicando morfina na barriga (paciente mostra foto). Tive que arredar a mesa da cozinha para passar, entrando pela sala. A gente puxou o sofá para entrar, tivemos que trocar a cama, trocar os bidês, os lugares dos remédios, para estar tudo perto dela. Eu botei dentro de uma bandeja grande. Só olhava na pasta! Tu não vais trocar o remédio do paciente, igual quando a gente estava no hospital. A comida que cada paciente comia tinha que estar escrita em uma pasta: um só pode comer pastoso, outro já pode comer de tudo, outro não come. Por isso, tem que colocar isso em uma pasta para saber como lidar com os pacientes (CF02).

Os cuidadores familiares identificam diferenças entre o espaço domiciliar e o espaço hospitalar, as quais correspondiam à realização de determinadas práticas, como organizar e manejear medicamentos, e à presença de objetos pessoais em maior quantidade, entre outros:

Doutora XX e a XY (enfermeira) ficaram umas duas horas e pouco aqui, porque é bem lento (a cuidadora refere-se à realização de paracentese no domicílio). Fizemos ali no quarto mesmo. Fizeram anestesia e ele dormiu todo o tempo. Eu digo, tudo que é exame, não precisa sair de casa. Mesma coisa que a gente estaria recebendo no hospital, a gente tá recebendo em casa. Em casa, me cobro mais, porque eu fico mais responsável. No hospital, os remédios não eram eu, era responsabilidade das enfermeiras. Se eu não dou um remédio, eu sei que não vai ser legal, eu tenho que seguir aqueles horários. Lá, era tranquilo, eu sabia que, seis horas da manhã, vinha a bandeirinha com toda a medicação (CF03).

DISCUSSÃO

O hospital ainda permanece como instituição disciplinar, mas de forma mais flexível, pois permite a entrada de uma pessoa para acompanhar e/ou cuidar de um familiar hospitalizado. O controle das entradas no hospital é assimilado pelo cuidador, que passa a reproduzir e controlar quem vai visitar a pessoa adoecida, e isso ocorre também no domicílio.

Em relação à equipe, especialmente para o médico, o cuidador ocupa um lugar de espectador, mas, dependendo da situação do paciente, mobiliza-se para solicitar intervenções aos profissionais de saúde. No domicílio, que passa a ser institucionalizado como espaço de cuidado, há apontamentos de que é um lugar melhor para o paciente ficar, e a responsabilidade pelos cuidados é sentida pelo cuidador. Ainda, o domicílio passa a ser adaptado em relação ao seu espaço e mobília para melhor organização do cuidado.

O hospital – é um espaço disciplinar – possui certa rigidez em sua estrutura e dinâmica de funcionamento – divisões que demarcam seu espaço e protegem tudo o que há em seu interior – para que sua função seja cumprida de maneira efetiva.

Nas enfermarias, os pacientes são dispostos em leitos e compartilham o espaço com outros doentes, acompanhantes e/ou cuidadores, tendo em comum o sexo feminino ou masculino e o acompanhamento de uma determinada equipe assistencial. Atualmente, o hospital flexibiliza que pessoas adentrem para acompanhar alguém em CP, e por conseguinte, suas discursividades serão determinantes para que o cuidador familiar seja constituído.

No espaço hospitalar, é possível a percepção da disciplina¹⁷ como a tecnologia de poder mais evidente, uma vez que ela organiza, define e acerta os lugares conforme uma determinada lógica, o que cria espaços complexos e, ao mesmo tempo, arquiteturais, funcionais e hierárquicos. Isso, além de garantir a obediência dos indivíduos às normas e regras, favorece a economia do tempo e dos gestos.

Estudo brasileiro¹⁸, com médicos e enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva, destacou que as práticas diárias – estratégias disciplinares como a observação hierárquica, o julgamento normalizador e o exame – configuram as relações entre enfermeiros e médicos. No entanto, tanto o poder quanto os mecanismos disciplinares no ambiente hospitalar não devem ser compreendidos como bons ou ruins. Pelo contrário, esses elementos devem ser analisados sob a perspectiva dos efeitos que produzem sobre a estrutura e as relações que são estabelecidas, uma vez que o poder é relacional e se manifesta nos discursos.

Neste espaço o cuidador familiar observa e aprende práticas de cuidado, independentemente se ocorrer programas de capacitações para o cuidado transicional. Em relação as capacitações, estudo norueguês¹⁹ destacou que os cuidadores familiares relataram sobrecarga de informações na capacitação do hospital antes do retorno ao domicílio, ficando difícil selecionar as informações mais importantes para cada momento. No entanto, estudo²⁰ realizado nos Estados Unidos com equipes de atenção domiciliar, revela o apoio e valorização aos programas de capacitação para cuidadores familiares, uma vez que entendem que estes estando mais preparados para o cuidado domiciliar, garantem um ambiente mais seguro.

Para acessar o espaço hospitalar, é necessário ser identificado, categorizado e estar de acordo com as normas e permissões de circulação. A portaria do hospital demarca a entrada nesse espaço, pois nela há uma pessoa responsável por controlar as entradas e saídas – o porteiro – classificando e identificando os indivíduos que adentram o hospital. Vale ressaltar que a presença dos sujeitos cuidadores dentro da instituição hospitalar demarca uma conjuntura possível neste tempo, devido a compreensão de que a proximidade do doente com sua família pode ser benéfica para sua recuperação.

Revisão integrativa²¹ sobre cuidadores familiares no hospital, identificou funções que definem seu papel dentro deste espaço, tais como: tomada de decisões – tornando-se um mediador entre o paciente e a equipe de saúde, bem como a garantia de suporte físico e emocional ao paciente.

Noutro trabalho²¹ verificou-se que os cuidadores familiares obedecem e reproduzem as regras do hospital, dando seguimento às orientações recebidas pelos profissionais, e adotam para si a responsabilidade por zelar pelo bem-estar do paciente, definindo quem e em que momentos pode visitar o doente sob seus cuidados. Essas regras são aplicadas posteriormente no domicílio, considerando a necessidade de adaptação às demandas de rotina.

A alimentação no espaço hospitalar é trazida pelas cuidadoras familiares como um dos elementos controlados pelos profissionais. A figura do médico no espaço hospitalar é culturalmente reconhecida como a maior autoridade dentro da instituição. Ele define as

condutas e as medidas terapêuticas a serem instituídas, muitas vezes, sem a participação ativa de outros membros da equipe multiprofissional, pacientes ou familiares. O cuidador familiar ocupa o lugar de espectador das condutas do médico, adequando sua rotina para estar presente à beira do leito nos horários em que esse profissional realiza as visitas diárias ao paciente.

A figura do médico ocupa um *status central*²³, pois busca impor suas verdades em razão do maior desenvolvimento dos fundamentos científicos de sua prática, assegurando tal imposição pelo controle detido no acesso às tecnologias de saúde. No entanto, estudo na Islândia²⁴ com cuidadores familiares de pessoas em cuidados paliativos, identificou que a relação com os médicos era fragilizada pela falta de comunicação e informação sobre prognóstico e que o papel da enfermagem teve destaque pela sua presença acolhedora, fortalecedora e sensível.

O posicionamento ao lado do leito, além de favorecer a observação contínua do doente, possibilita a visualização do trabalho da equipe de saúde. O cuidador familiar pode acompanhar de perto as ações de cuidado realizadas pelos profissionais de saúde e verificar sua eficiência.

Observam-se cruzamentos entre práticas exclusivas dos profissionais de saúde e tarefas que podem ser realizadas pelos cuidadores familiares. Com frequência, profissionais de saúde delegam algumas de suas obrigações aos cuidadores, exigindo deles a realização de tarefas complexas, como a administração de medicamentos e o manuseio de dispositivos de terapia intravenosa. Estudo de método misto em Portugal²⁵, identificou que os cuidadores informais se apropriam de termos e procedimentos técnicos a partir de imersão em experiências de cuidado, as quais desencadeiam a aprendizagem.

O dispositivo da AD surge como forma de dar conta dos agravos crônicos de saúde, garantindo que o doente permaneça em casa e receba o acompanhamento de uma equipe de saúde. Em meio à ótica da medicalização, entende-se que o paciente fica bem assistido, visto que mantém o contato com profissionais habilitados. Para os cuidadores familiares, a relação estabelecida com a equipe da AD é conduzida como maneira mais segura de tratar o familiar em casa. A partir desse acompanhamento, estão garantidos insumos, materiais e supervisão.

Nesse sentido, pesquisa²⁶ mostra que a permissão para os profissionais de saúde, enquanto agentes biopolítico, entrem nos domicílios é dada com maior facilidade, configurando-se como estratégia biopolítica, que regula tanto os sujeitos cronicamente doentes como os sujeitos cuidadores familiares. Um estudo²⁷ demonstrou que o cuidador é direcionado para acompanhar os atendimentos e captar os comandos da equipe para que ele possa realizar as ações de cuidado diárias. Nesse sentido, ocorre uma prescrição de condutas aos cuidadores de caráter educativo e com foco no corpo doente.

A partir do momento em que a doença do familiar passa a resultar em prejuízos em sua funcionalidade e a torná-lo dependente para algumas de suas atividades diárias, o cuidador se vê diante da necessidade de mudanças, que favoreçam práticas específicas de cuidado e que a equipe consiga visualizar com facilidade a direção necessária durante o curto período da visita. Tais como as disposições dos cômodos e do mobiliário de forma tática. Um estudo²⁸ realizado em Toronto também evidenciou que foram necessários o preparo da casa, a organização de transporte e o estabelecimento de prestadores de cuidados de saúde dentro do domicílio para que o paciente fosse mantido em casa.

Dentre os aspectos que tornam o espaço do domicílio diferente do espaço hospitalar, na visão dos cuidadores familiares, ressalta-se a possibilidade de manter tarefas domésticas de maneira concomitante ao cuidado do paciente. Em ambos os espaços, o paciente tem acesso a procedimentos invasivos, coleta de exames laboratoriais e medicações, o que, para os cuidadores familiares, é considerado benéfico para si e para o paciente, pois assim evitam o deslocamento até um serviço de saúde ou a necessidade de uma internação hospitalar. Em contrapartida, no domicílio, o cuidador familiar tende a assumir maiores responsabilidades pelo cuidado do paciente, já que não conta com a presença de profissionais de saúde para dividir o cuidado em período integral, corroborando com outros estudos²⁶⁻²⁷.

Portanto, no espaço domiciliar, atualmente institucionalizado, o poder se dá no exercício das relações entre cuidador, paciente e equipe de saúde. Para Foucault²⁹, o poder é emanado em determinado ponto, não sendo substancial, ocorrendo em um feixe de relações mais ou menos organizado ou coordenado. Outro estudo³⁰ identificou o estabelecimento de relações de poder apoiadas em uma hierarquização da relação de cuidado, demonstrando que os cuidadores apresentam dificuldade em expor suas opiniões por não possuírem o mesmo saber técnico da equipe, não se sentindo autorizados a utilizar a sua experiência acumulada como cuidadores.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou problematizar a transição do familiar para cuidador familiar nos espaços do hospital e domicílio. O hospital, instituição disciplinar por excelência, apresenta flexibilizações ao permitir a entrada de um familiar da pessoa internada para acompanhá-la como cuidador familiar. Esse familiar aprende tanto as práticas de cuidado como as medidas de organização para limitar as visitas e alimentos em espaço hospitalar. No espaço domiciliar, a disciplina invade para organizar o espaço de cuidado, o qual segue certa organização hospitalar.

Este estudo aponta que tanto para o cuidador familiar como para o paciente e, a sua transição do hospital para casa pode ser um processo complexo que envolve inúmeras fragilidades, desafios e potencialidades para ambos. Nesse transitar do cuidador familiar, no hospital, ele apreende/reproduz e, por isso, receberá demandas, tarefas e atividades que passará a exercer no domicílio após a alta.

Esse processo envolve mudanças na vida diária e no domicílio, levando-o a uma maior responsabilidade pelos cuidados e, consequentemente, uma sobrecarga de funções. Portanto, requer políticas públicas que reforcem capacitação de equipes e suporte ao cuidador, de caráter informacional, instrumental e emocional.

Como limitações, tem-se a realização do estudo em um único serviço de assistência domiciliar de um município do Sul do Brasil, pois a realização do mesmo em outros serviços situados em outros municípios poderiam apresentar outras experiências. Por sua vez, descreve a complexidade na transição do cuidado paliativo em pessoas com câncer, apontando a necessidade de melhor compreensão do espaço hospitalar e o espaço domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. Cordeiro FRG, Oliveira FR, Giudice JZ, Fernandes VP, Oliveira AT. Definitions for “palliative care”, “end-of-life” and “terminally ill” in oncology: a scoping review. *Enfermería [Internet]*. 2020 [citado em 2 nov 2025]; 9(2):205-28. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.2317>
2. World Health Organization. Health topics. Palliative care [Internet]. Geneva, CH: WHO; 2020 [citado em 10 jan 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. World Health Organization. Câncer [Internet]. Geneva: WHO; c2025 [citado em 5 nov 2025]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
4. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete da Ministra. 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) [Internet]. D. O. U., Brasília, DF: Ministério da Saúde; 22 maio 2024 [citado em 05 nov 2025]; Seção 1(1998): 215-8. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-*565726225
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar [Internet]. v. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 5 nov 2025]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1XtDruy-YpzXKKG9jqhfYOE84wdoMxZP/view>

6. Mushtaq NS. Exploring the patients' and family members' perspectives on home-based palliative care. *Int J Palliat Nurs.* [Internet]. 2024 [citado em 10 jan 2025]; 30(10):548-55. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.30.10.548>
7. Carers Australia. Annual Report 2021-22 [Internet]. Australia, CBR: Carers Australia Limited; 2021 [citado em 10 jan 2025]. Disponível em: <https://www.carersaustralia.com.au/wp-content/uploads/2022/11/FINAL-Carers-Australia-2021-22-Annual-Report.pdf>
8. Silva AR, Petry S. As experiências de cuidadores informais de pacientes em tratamento oncológico paliativo: uma revisão integrativa. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2021 [citado em 5 nov 2025]; (20):e55978. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaud.v20i0.55978>
9. Dias LV, Oliveira SG, Bezerra BCC, Schiller GS, Fonseca EAF. Cuidadores familiares de pacientes sob cuidados paliativos no domicílio e hospital: revisão integrativa. *Salud, Arte y Cuidado* [Internet]. 2022 [citado em 5 nov 2025]; 15(2):63-74. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.739499>
10. Nascimento NG, Paes LV, Sousa IFR, Teixeira E, Ferreira DS, Lima FC, et al. Validação de tecnologia educacional para familiares/cuidadores de pacientes oncológicos elegíveis aos cuidados paliativos no domicílio. *REME Rev Min Enferm.* [Internet]. 2023 [citado em 5 nov 2025]; 27:e-1496. DOI: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40756>
11. Paraíso MA. Metodologia de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: Meyer DE, Paraíso MA, organizadoras. *Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação*. 3. ed. Belo Horizonte, MG: Mazza Edições; 2021. p. 17-24. (Coleção Pensar a Educação Pensar o Brasil).
12. Cardano M. *Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação*. Rio de Janeiro: Vozes; 2015.
13. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5. ed. Porto Alegre, RS: Bookman; 2015.
14. Campos CJG, Saidel MGB. Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. *Revista Pesquisa Qualitativa* [Internet]. 2022 [citado em 5 nov 2025]; 10(25):404-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.25.545>
15. Bernard HR. *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. 6. ed. Lanham, MD: Rowman & Littlefield; 2017.
16. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 05 nov 2025].

Disponível em:

- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
17. Foucault M. Microfísica do Poder. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2025. O nascimento do hospital. p. 171-89
18. Silva TWM, McLean D, Velloso IC. Disciplinary power on daily practices of nurses and physicians in the hospital. *Nurs Inq.* [Internet]. 2022 [citado em 5 nov 2025]; 29(2):e12455. DOI: <https://doi.org/10.1111/nin.12455>
19. Karlsen L, Mjølstad BP, Løfaldli BB, Helvik AS. Family caregiver involvement and role in hospital at home for adults: the patients' and family caregivers' perspective - a Norwegian qualitative study. *BMC Health Serv Res.* [Internet]. 2023 [citado em 5 nov 2025]; 23(1):499. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09531-3>
20. Burgdorf JG, Arbaje AI, Chase J-A, Wolff JL. Current practices of family caregiver training during home health care: a qualitative study. *J Am Geriatr Soc.* [Internet]. 2022 [citado em 5 nov 2025]; 70(1):218-27. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.17492>
21. Bezerra BCC, Oliveira SG, Dias LV. El cuidador en el ambiente hospitalario: una revisión integrativa. *Revista Urug Enferm.* [Internet]. 2020 [citado em 5 nov 2025]; 15(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.33517/rue2020v15n1a3>
22. Santos Júnior EB, Freitas MC, Guedes MVC, Pereira MLD, Nogueira JM, Mota FRN. Representações sociais do idoso cuidador de idoso em ambiente hospitalar. *Contrib Cienc Soc.* [Internet]. 2023 [citado em 5 nov 2025]; 16(7):5419-35. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.7-014>
23. Azeredo YN, Schraiber LB. Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde. *Interface Comum Saúde Educ.* [Internet]. 2021 [citado em 5 nov 2025]; 25:e190838. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190838>
24. Robertson SB, Hjörleifsdóttir E, Sigurðardóttir P. Family caregivers' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting. A qualitative study. *Scand J Caring Sci.* [Internet]. 2022 [citado em 5 nov 2025]; 36(3):686-98. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.13025>
25. Moura A, Amorim M, Pais SC, Alves E. Becoming experts: life changes, adaptation, and learning of stroke survivors' informal caregivers. *Heal Soc Care Community* [Internet]. 2025 [citado em 5 nov 2025]; 2025(1):418706. DOI: <https://doi.org/10.1155/hsc/2418706>
26. Perboni JS, Oliveira SG, Tristão FS. "Ô de casa!": uma análise foucaultiana da atenção domiciliar. *Rev Contexto & Saúde* [Internet]. 2022 [citado em 5 nov 2025]; 22(45):e10853. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.45.10853>

27. Silva YC, Silva KL, Velloso ISC. Práticas utilizadas pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar: implicações sobre os cuidadores. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2021 [citado em 5 nov 2025]; 74(2):e20190794. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0794>
28. Isenberg SR, Killackey T, Saunders S, Scott M, Ernecoff NC, Bush SH, et al. "Going home [is] just a feel-good idea with no structure": a qualitative exploration of patient and family caregiver needs when transitioning from hospital to home in palliative care. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2021 [citado em 5 nov 2025]; 62(3):e9-e19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.02.026>
29. Foucault M. Microfísica do Poder. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2025. Sobre a história da sexualidade. p. 363-406
30. Bertagnoli MSFF, Melchior MI, Monti RG, Kimura RA. Desafios para a gestão compartilhada do cuidado na relação entre cuidadores e profissionais de uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. Physis [Internet]. 2021 [citado em 5 nov 2025]; 31(1):e310113. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310113>

Editor Associado: Rafael Gomes Ditterich

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses

Financiamento: não houve

Contribuições:

Conceituação – Dias LV, Oliveira SG, Zillmer JGV

Investigação – Dias LV, Oliveira SG, Zillmer JGV

Escrita – primeira redação – Chagas MCMN, Fonseca MR, Quitete IC

Escrita – revisão e edição – Chagas MCMN, Dias LV, Fonseca MR, Oliveira SG, Quitete IC, Zillmer JGV

Como citar este artigo (Vancouver)

Dias LV, Oliveira SG, Zillmer JGV, Fonseca MR, Quitete IC, Chagas MCMN. Cuidadores familiares da pessoa com câncer: cuidados paliativos domiciliar e hospitalar. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2026 [citado em inserir dia, mês e ano de acesso]; 14:e026002. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8612>

Como citar este artigo (ABNT)

DIAS, L. V.; OLIVEIRA, S. G.; ZILLMER, J. G. V.; FONSECA, M. R.; QUITETE, I. C.; CHAGAS, M. C. M. N. Cuidadores familiares da pessoa com câncer: cuidados paliativos domiciliar e hospitalar. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 14, e e026002, 2026. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8612>. Acesso em: inserir dia, mês e ano de acesso.

Como citar este artigo (APA)

Dias, L. V., Oliveira, S. G., Zillmer, J. G. V., Fonseca, M. R., Quitete, I. C., & Chagas, M. C. M. N. (2026). Cuidadores familiares da pessoa com câncer: cuidados paliativos domiciliar e hospitalar. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 14, e e026002. Recuperado em inserir dia, mês e ano de acesso de <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8612>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons