

Potencialidades y fragilidades del Programa *Melhor em Casa* identificadas por profesionales y gestores: revisión de alcance*

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>

Destacados: (1) El fortalecimiento de la atención en red favorece la deshospitalización segura. (2) La educación en salud promueve la autonomía de usuarios y cuidadores. (3) El uso de la teleatención amplía el acceso y cualifica la atención domiciliaria. (4) La educación permanente en salud es esencial para la efectividad del programa. (5) La falta de estructura y de apoyo emocional fragiliza a los equipos de atención domiciliaria.

Objetivo: mapear en la literatura científica las potencialidades y fragilidades del Programa *Melhor em Casa* identificadas por profesionales de la salud y gestores. **Método:** revisión de alcance basada en el manual del JBI y en las directrices PRISMA-ScR. La búsqueda se realizó en las bases PubMed/MEDLINE, LILACS, Scopus, Embase, *Web of Science*, CINAHL, y en tesis y disertaciones CAPES, abarcando publicaciones entre 2011 y 2024. **Resultados:** de los 552 estudios identificados, ocho cumplieron los criterios de inclusión y fueron analizados. Las potencialidades del programa se refieren a la promoción de la deshospitalización, el fortalecimiento del trabajo en red, el desarrollo de acciones educativas en salud con las familias y la flexibilidad en la gestión del cuidado. En contrapartida, se evidenciaron fragilidades relacionadas con la insuficiencia de la educación permanente de los profesionales, el desgaste emocional de los equipos, las limitaciones tecnológicas y las dificultades de interlocución con la Red de Atención a la Salud. **Conclusión:** el Programa *Melhor em Casa* es una estrategia relevante en el proceso de deshospitalización; sin embargo, enfrenta desafíos estructurales y operativos que comprometen su sostenibilidad. Se requieren inversiones en soporte tecnológico y fortalecimiento de los equipos para mejorar la continuidad y la calidad de la atención domiciliaria. Registro *Open Science Framework*: DOI 10.17605/OSF.IO/6UCDB

Descriptor: Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Servicios de Hospitalización a Domicilio Provisto por Hospital; Atención Domiciliaria de Salud; Cuidados de Enfermería en el Hogar; Personas Imposibilitadas; Educación en Casa.

* La publicación de este artículo en la serie temática "Alcance de la práctica de Enfermería en Atención Primaria de Salud" es parte de la Actividad 2.2 del Término de Referencia 2 del Plan de Trabajo del Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la investigación en Enfermería, 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 Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁶ Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Cómo citar este artículo

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>

Introducción

La atención domiciliaria (AD) constituye una modalidad de cuidado prestado en el domicilio del usuario, pudiendo realizarse en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) o, en casos que demandan cuidados más complejos, por el Programa *Melhor em Casa* (PMeC). En los últimos años, la AD ha adquirido creciente relevancia en el Sistema Único de Salud (SUS), especialmente por proporcionar un cuidado continuo, humanizado y centrado en las necesidades de los usuarios. Integrada a la Red de Atención a la Salud (RAS), esta modalidad se destaca por ofrecer asistencia en el entorno domiciliario, priorizando la seguridad y el bienestar de los usuarios⁽¹⁾.

La AD promueve acciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y prevención, y está indicada para usuarios que estén restringidos al lecho o al domicilio, de forma temporal o permanente, debido a condiciones clínicas o situaciones de vulnerabilidad⁽²⁾. Esta modalidad de cuidado reconoce el contexto social y cultural del usuario y de sus familiares, contribuyendo a la reducción del riesgo de infecciones, de la recurrencia de hospitalizaciones y del uso inadecuado de los servicios hospitalarios. Además, favorece la optimización en la gestión eficiente de las camas hospitalarias y de los recursos de salud disponibles, sirviendo como una “puerta de salida” cualificada de la red de urgencias y emergencias, con potencial para disminuir la sobrecarga en estos servicios⁽³⁾.

El PMeC se centra en la deshospitalización de los usuarios que requieren seguimiento clínico y el soporte de un equipo multiprofesional, promoviendo no solo el cuidado, sino también acciones educativas dirigidas a usuarios, familiares, responsables y cuidadores para la continuidad de la asistencia en el domicilio. La actuación del PMeC se realiza a través de los Servicios de Atención Domiciliaria (SAD), los cuales son complementarios a la APS y a los servicios de urgencias, y también pueden ser sustitutivos de la hospitalización⁽²⁾.

Ante el envejecimiento poblacional y la demanda creciente de una atención de salud más integral y humanizada, los servicios de AD se han expandido en todo el mundo⁽⁴⁾. En el contexto brasileño, los SAD comenzaron a estructurarse con mayor intensidad a partir de 1990, siendo incorporados de forma estratégica y definitiva al SUS en 2011, con la creación del PMeC⁽⁵⁾.

Factores como la transición demográfica y epidemiológica acelerada, el aumento de los costos en salud, el proceso de desinstitucionalización y la búsqueda de modelos de cuidado más humanizados evidencian la importancia de la expansión del PMeC en el escenario nacional⁽³⁻⁵⁾. Para perfeccionar su gestión,

resulta importante comprender las percepciones de los profesionales y gestores acerca del programa en cuanto a sus desafíos y potencialidades.

Los equipos multiprofesionales que actúan en el PMeC experimentan, en la práctica de la asistencia prestada a los usuarios, diferentes barreras y desafíos, siendo, por lo tanto, una fuente valiosa para la identificación de elementos que puedan sustentar mejoras en la conducción del programa. Sin embargo, a pesar de la relevancia de sus experiencias, no se identificaron, en la literatura científica, revisiones que reunieran las percepciones de los profesionales y gestores acerca del PMeC desde su creación. En este contexto, esta revisión tuvo como objetivo mapear en la literatura científica las potencialidades y fragilidades del Programa *Melhor em Casa* identificadas por profesionales de la salud y gestores.

Método

Tipo de estudio

Se trata de una revisión de la literatura basada en evidencias científicas, del tipo revisión de alcance, guiada por las recomendaciones del JBI *Reviewer's Manual*, el cual orienta el mapeo de conceptos clave, la clarificación de áreas de investigación y la identificación de lagunas del conocimiento⁽⁶⁾. Para el desarrollo del estudio se recorrieron cinco etapas propuestas por el JBI: 1) Formulación de la pregunta de investigación; 2) Identificación de los estudios relevantes; 3) Selección de los estudios; 4) Extracción de los datos; y 5) Síntesis y presentación de los resultados. El protocolo de investigación fue registrado en la plataforma *Open Science Framework* bajo el DOI 10.17605/OSF.IO/6UCDB⁽⁷⁾. La extensión *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) se utilizó para informar con transparencia la conducción de los resultados del análisis de alcance⁽⁸⁾. El estudio se realizó en la ciudad de Porto Alegre, en el estado de Rio Grande do Sul, Brasil, en el período de febrero de 2024 a marzo de 2025.

Criterios de selección

Se consideraron como criterios de inclusión: estudios publicados íntegramente, disponibles electrónicamente, sin restricción de idioma, que respondieran a la pregunta de investigación propuesta. Se estableció como recorte temporal el período de 2011 a 2024, debido a la homologación de la Orden del PMeC por el Ministerio de Salud (MS) en 2011⁽⁹⁾, abarcando así trece años de implementación del programa en el territorio brasileño.

Se excluyeron editoriales, cartas al editor, sitios web, noticias y resúmenes de eventos científicos.

Recolección de datos

Para la estrategia de búsqueda de la revisión se adoptó la estructura mnemónica PCC, considerando: Población (P) – profesionales de la salud y gestores; Concepto (C) – potencialidades y fragilidades del PMeC; y Contexto (C) – Brasil. La pregunta formulada fue: “¿Cuáles son las potencialidades y fragilidades observadas por los profesionales de la salud y gestores sobre el Programa Melhor em Casa en Brasil?”

En la estrategia de búsqueda se incluyeron términos presentes en la estructura PCC; se utilizaron descriptores identificados en los tesauros del área de la salud, como *Medical Subject Headings* (MeSH) y Descriptores en

Ciencias de la Salud (DeCS). Al tratarse de un programa exclusivo del contexto brasileño, la investigación contó con el apoyo de una bibliotecaria para la construcción de la estrategia de búsqueda, sugiriéndose utilizar el propio nombre del programa en portugués “*Programa Melhor em Casa*” y, en inglés, “*Better at home*”, con el fin de lograr una mayor cobertura bibliográfica sobre la temática y ampliar la estrategia de búsqueda (Figura 1).

La búsqueda de evidencias científicas se realizó en las siguientes fuentes de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS); *Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed/MEDLINE); Scopus; *Excerpta Medica data BASE* (EMBASE); *Web of Science* (WoS); y *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). La literatura gris se investigó en la *Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações* de la CAPES.

Base de datos	Estrategia de búsqueda
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"[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 "programmed"[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 "programming"[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 "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 "programming"[All Fields] OR "programmings"[All Fields] OR "programs"[All Fields])))) AND (2011:2024[pdat])
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 <i>Catálogo de Teses e Dissertações</i>	"melhor em casa"

*LILACS = Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud; †WoS = *Web of Science*

Figura 1 - Estrategias de búsqueda y bases de datos utilizadas en la revisión de la literatura. Porto Alegre, RS, Brasil, 2025

Selección de estudios

Todos los registros recuperados en las bases de datos fueron identificados, agrupados y cargados en la aplicación Rayyan® (*Intelligent Systematic Review*), donde se eliminaron los duplicados y se realizó el cribado inicial de los títulos y resúmenes⁽¹⁰⁾. La literatura gris se analizó en hojas de cálculo de Excel®, también mediante lectura inicial del título y del resumen. Tras la eliminación

de los duplicados en Rayyan®, se procedió a la etapa inicial de análisis de los datos; las revisoras realizaron la lectura independiente y ciega de los títulos y resúmenes de todos los documentos en la plataforma Rayyan® y en la hoja de cálculo de Excel®. Las revisoras asignaron decisiones de aceptación o rechazo, de acuerdo con la pregunta de investigación de la revisión. El cegamiento de la plataforma Rayyan® se abrió en una reunión entre las revisoras, con el fin de verificar las divergencias. En ese

sentido, los estudios que permanecían con divergencias fueron evaluados por una tercera revisora, quien realizó la evaluación en la plataforma Rayyan®. En cuanto a la literatura gris, se realizó un encuentro presencial con las dos revisoras para evaluar los resultados y discutir las divergencias, de modo que no fue necesaria la intervención de una tercera revisora.

Los estudios seleccionados fueron leídos en su totalidad y analizados de manera descriptiva, de conformidad con la pregunta de investigación y con la relevancia del objetivo del estudio. En lo que respecta a la literatura gris, una disertación en particular no se encontró en su totalidad; se intentó contactar con el autor y la directora mediante correo electrónico sin éxito, y la otra disertación derivó de un artículo seleccionado en el estudio; por lo tanto, se optó por utilizar el artículo publicado.

Tratamiento de los datos

Con base en los documentos seleccionados, los datos extraídos se organizaron en una hoja de cálculo de Excel®, que contenía información sobre: autor, título, tipo de estudio, año de publicación, idioma, muestra, revista de publicación, país de origen, año de publicación, objetivos del estudio, principales resultados y conclusiones.

El análisis de los datos se realizó de forma descriptiva y, posteriormente, los hallazgos se categorizaron en potencialidades y fragilidades del PMeC mediante un análisis temático.

Aspectos éticos

Al tratarse de una revisión de alcance, no fue necesaria la presentación del estudio al Comité de Ética en Investigación. Se afirma que no hubo conflicto de intereses por parte de las investigadoras involucradas y que se respetaron los derechos de autor de los documentos citados según la Ley nº 12.853 de 2013⁽¹¹⁾.

Resultados

En la búsqueda en las bases de datos, se identificaron 552 publicaciones. Tras la eliminación de 45 duplicados, quedaron 507 estudios. A continuación, se procedió a la lectura de los títulos y resúmenes, aplicándose los criterios de inclusión y exclusión por dos revisores independientes, lo que resultó en la selección de 27 estudios. Posteriormente, se realizó la lectura completa de los documentos seleccionados, considerando los criterios de inclusión y exclusión establecidos, culminando en una muestra final constituida por ocho publicaciones (Figura 2).

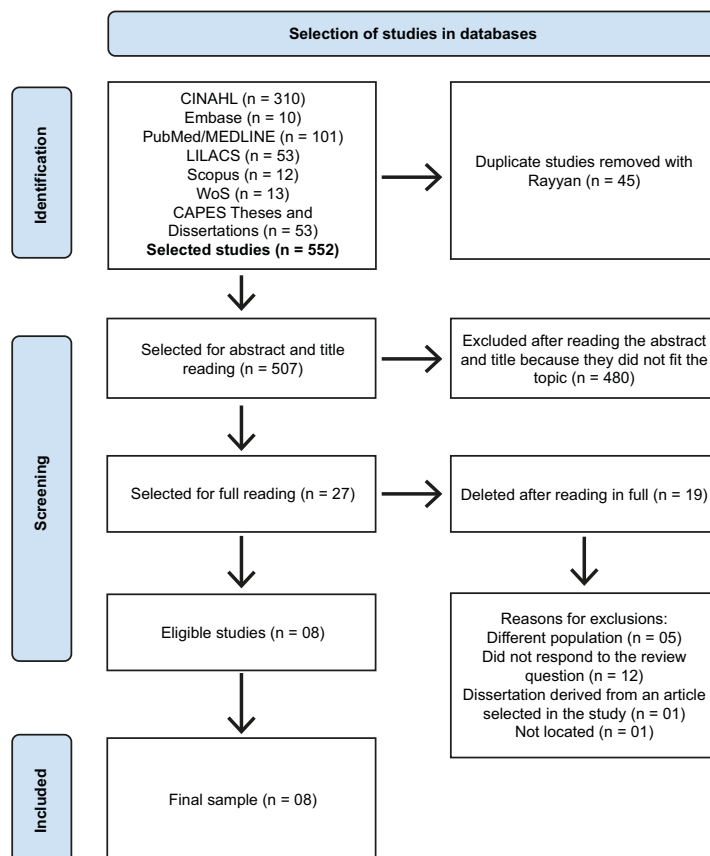


Figura 2 - Diagrama de flujo PRISMA-ScR⁽¹²⁾ utilizado para la identificación y selección de estudios. Porto Alegre, RS, Brasil, 2025

El idioma principal de las publicaciones fue el portugués (n=5; 62,5%), seguido del inglés (n=3; 37,5%). En cuanto al diseño metodológico utilizado por los autores, predominaron los estudios con enfoque cualitativo (n=6; = 75%), seguidos por el enfoque cuantitativo (n=1;12,5%) y los métodos mixtos (n=1; 12,5%).

En los estudios, se identificaron 90 participantes. En relación con el año de publicación, se identificó

que los artículos fueron publicados entre 2016 y 2022, siendo el mayor número en el año 2022 (n=3; 37,5%), seguido por los años 2018 (n=2; 25%), 2020 (n=1;12,5%), 2019 (n=1;12,5%) y 2016 (n=1; 12,5%). La Figura 3 presenta la caracterización de los estudios incluidos en la revisión, con información sobre autoría, título, tipo de estudio, año de publicación y número de participantes.

Estudio	Autor	Título	Tipo de estudio	Año de publicación	Muestra (n=)
E1 ⁽¹³⁾	Verdi DS, Pires RRC	<i>Between standardization and flexibility: the implementation of federal program Better at Home considering local diversity</i>	Estudio descriptivo con enfoque cualitativo	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>	Estudio descriptivo con enfoque cualitativo	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>	Estudio exploratorio cuantitativo	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>	Estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo	2018	18
E5 ⁽¹⁷⁾	Lima ACB	<i>Análise da implantação do serviço de atendimento domiciliar na óptica dos profissionais da atenção primária à saúde</i>	Estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo	2020	14
E6 ⁽¹⁸⁾	Maldonado TCP	<i>"Melhor em Casa!?" A resiliência do profissional frente a prática do atendimento domiciliar</i>	Estudio de casos múltiples con enfoque cualitativo	2019	9
E7 ⁽¹⁹⁾	Oliveira AV Neto	<i>Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde</i>	Estudio descriptivo, exploratorio cuantitativo y con enfoque cualitativo	2016	6
E8 ⁽²⁰⁾	Canuto KF	<i>Melhor em Casa: um estudo de caso sobre a interdisciplinaridade no programa no município de Palmeira dos Índios, Alagoas</i>	Estudio evaluativo con enfoque cualitativo	2018	14

Figura 3 - Caracterización de los estudios identificados en la revisión. Porto Alegre, RS, Brasil, 2025

La Figura 4 sintetiza los objetivos de los estudios y los principales resultados de cada estudio, lo que permite visualizar las percepciones de los profesionales acerca del PMeC.

Número	Objetivos	Principales percepciones de los profesionales
E1 ⁽¹³⁾	Conocer las diferentes experiencias de gestores locales con las directrices y normativas federales relativas a la implementación del Programa <i>Melhor em Casa</i> .	Como potencialidades, se observa la orden orientadora del programa como adecuada a la realidad. Se percibe la importancia de instrumentos de coordinación federal con adaptaciones locales, y la necesidad de flexibilización en las recomendaciones de la orden del PMeC*. La adhesión al programa aportó mayores recursos financieros a la AD [†] , adecuando el equipo de salud y el flujo asistencial. El PMeC* permitió que las defunciones ocurran en el domicilio y proporciona la deshospitalización. Sin embargo, aún se observa resistencia por parte del equipo médico hospitalario para derivar pacientes al programa, además de dificultades en la conformación de los equipos de AD [†] .
E2 ⁽¹⁴⁾	Conocer los límites y potencialidades de la atención domiciliar pediátrica del Programa <i>Melhor em Casa</i> en un municipio del estado de Ceará.	La falta de conocimiento de los profesionales de diferentes niveles asistenciales sobre la AD [†] perjudica la continuidad del cuidado; asimismo, se menciona la ausencia de algunas categorías profesionales, la falta de estructura física exclusiva para el PMeC* y la deficiencia de insumos esenciales para los cuidados. Se evidenció la carencia de transporte, la falta de capacitaciones, la ausencia de vínculos entre el programa y la gestión de la APS [‡] . Otra característica negativa mencionada fue el cambio de profesionales en cada ciclo de gestión, cortando el vínculo entre los profesionales, los pacientes y la red. No obstante, como un criterio de mejora se señala la disminución de internaciones hospitalarias pediátricas.

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Número	Objetivos	Principales percepciones de los profesionales
E3 ⁽¹⁵⁾	Caracterizar los Servicios de Atención Domiciliaria en funcionamiento en Paraíba.	El uso de la teleatención se presenta como una gran estrategia de cuidado para los usuarios. Como puntos susceptibles de mejora, se encuentra el transporte del SAD ⁵ , el cual se comparte con otros servicios de la red. Además, algunos equipos no cumplen la carga horaria mínima exigida, actúan en algunos turnos, lo que repercute en la continuidad de la asistencia. Las sedes del SAD ⁵ suelen estar anexas a otros servicios de salud; aun con la interconexión, se produce fragmentación en la comunicación entre los servicios. En lo que respecta a la historia clínica electrónica del paciente y al PTS ¹¹ , se realizan solo en el 50% de los servicios, evidenciándose además la fragmentación en algunos puntos esenciales para el conocimiento de la información de los pacientes y la planificación del cuidado individualizado.
E4 ⁽¹⁶⁾	Comprender la organización de la Atención Domiciliaria en el contexto de la atención a la salud pública ofrecida por municipios que se adhieren al Programa <i>Melhor em Casa</i> en el Estado de Minas Gerais.	Perciben la integración con la red como una fragilidad del PMeC*. Realizar reuniones entre equipos de diferentes servicios y organizar procesos se consideran estrategias eficaces para mejorar la atención al usuario en la AD ¹ .
E5 ⁽¹⁷⁾	Analizar cómo ocurrió el proceso de implantación del Servicio de Atención Domiciliaria desde la perspectiva de los profesionales de la atención primaria a la salud del municipio de Araranguá/Santa Catarina.	Se evidenció la importancia del PMeC* en la deshospitalización de pacientes, en la mejora de la calidad de vida de los usuarios y sus familiares, siendo una referencia para la APS ² y el ámbito hospitalario. Como puntos de mejora, se presentan la falta de compartición de cuidados, la dificultad de interacción entre profesionales y el desconocimiento de derivaciones por parte de la APS ² . Además, existe sobrecarga del equipo SAD ⁵ , falta de estructura física y de vehículos, y dificultad de responsabilización del usuario por el cuidado. Se propone como sugerencia la educación permanente en salud con los profesionales de la RAS ⁶ .
E6 ⁽¹⁸⁾	Comprender la experiencia de profesionales del Programa <i>Melhor em Casa</i> a la luz de la resiliencia.	El PMeC* se percibe como un servicio acogedor, resolutorio, que realiza un trabajo multiprofesional humanizado, con una mirada más allá de las demandas clínicas. La atención abarca a las familias con apoyo y acogida, convirtiéndose en un servicio diferenciado en la RAS ⁶ . El servicio ingresa en los hogares y, por tener un contacto tan íntimo con situaciones diversas, los profesionales están expuestos a sobrecarga, impotencia y fragilidad. Debido al gran vínculo con las familias, algunas manifiestan temor de recibir el alta del PMeC*.
E7 ⁽¹⁹⁾	Caracterizar la implantación del Programa <i>Melhor em Casa</i> y analizarlo desde la perspectiva de los gestores municipales	El PMeC* se percibe como una alternativa a la internación hospitalaria, con gran potencial de deshospitalización y articulación con la RAS ⁶ . Optimiza camas hospitalarias, se inserta en la red para discutir casos y compartir cuidados. Debe prestarse mayor atención a la divulgación del programa por parte del Ministerio de Salud a la población, siendo necesaria una mayor explicación de la orden junto con la RAS ⁶ , a fin de mejorar el entendimiento. Se requieren incentivos para incrementar la calidad técnica del equipo del PMeC* y el suministro adecuado de insumos y capacitaciones a la APS ² para la derivación adecuada de pacientes.
E8 ⁽²⁰⁾	Evaluar la comprensión de los profesionales sobre la interdisciplinariedad en las acciones del Programa <i>Melhor em Casa</i> en el Municipio de Palmeira dos Índios/Alagoas.	La interdisciplinariedad aún tiene un significado poco conocido o definido de forma equivocada entre los profesionales. En el SAD ⁵ , ocurre mediante acciones en el día a día del servicio, en relaciones horizontales con intercambios o atención compartida. El trabajo en equipo está íntimamente ligado; la falta de vehículos exclusivos para el SAD ⁵ , o el uso de un vehículo exclusivo para curaciones, demuestra la falta de compartición del cuidado. Las admisiones son realizadas solo por un profesional de trabajo social, sin que se realicen intercambios, y no se realiza el PTS ¹¹ . Se evidencia la necesidad de mejoras en la relación interpersonal, encuentros de equipo, atención multiprofesional, así como la divulgación de los criterios del programa para la RAS ⁶ .

*PMeC = Programa *Melhor em Casa*; ¹AD = Atención Domiciliaria; ²APS = Atención Primaria de Salud; ⁵SAD = Servicio de Atención Domiciliaria; ¹¹PTS = Plan Terapéutico Singular; ⁶RAS = Red de Atención a la Salud

Figura 4 - Síntesis descriptiva de los estudios incluidos en la revisión de alcance. Porto Alegre, RS, Brasil, 2025

Para favorecer la comprensión y la organización de los resultados, así como responder a la pregunta de investigación de la revisión, los hallazgos se subdividieron en dos categorías temáticas: Potencialidades y Fragilidades del PMeC, según la Figura 5.

Categorías temáticas
Potencialidades del Programa Melhor em Casa
Construcción del trabajo en red ^(13-14,16,18-20) ; Integración del servicio con la sociedad ⁽¹³⁾ ; Protocolos y procesos organizacionales ⁽¹⁶⁾ ; Orden orientadora adecuada a la realidad ⁽¹³⁾ ; Deshospitalización y reducción de internaciones innecesarias ^(13-14,17) ; Educación en salud con las familias ^(14,16-17) ; Teleatención ⁽¹⁵⁾ ; Plan Terapéutico Singular (PTS) ⁽¹⁶⁾ ; Flexibilidad y autonomía por parte de la gestión ⁽²⁰⁾ ; Humanización ⁽¹⁵⁾ ; y Mejora en la calidad de vida de los usuarios ⁽¹⁷⁾ .

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Categorías temáticas
Fragilidades del Programa Melhor em Casa
Educación permanente ⁽¹⁴⁻²⁰⁾ ; Interlocución con la RAS ^{*(13-19)} ; Estructuración de los servicios ^(13-17,20) ; Responsabilización del usuario por el cuidado ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ ; Desgaste emocional de los profesionales ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ ; Falta de recursos tecnológicos ⁽¹⁵⁾ ; Uso de la historia clínica electrónica ⁽¹⁵⁾ ; y Fragmentación del equipo ⁽²⁰⁾ .

*RAS = Red de Atención a la Salud

Figura 5 - Categorías temáticas de la revisión de alcance. Porto Alegre, RS, Brasil, 2025

Discusión

Los hallazgos de esta revisión de alcance evidenciaron dos categorías temáticas que caracterizan la actuación del programa en el escenario brasileño: potencialidades y fragilidades del PMeC. El análisis crítico permite comprender los avances alcanzados y los desafíos persistentes en la consolidación de la AD como estrategia integrada a la RAS.

Potencialidades para el Programa *Melhor em Casa*

La construcción del trabajo en red, como eje estructurante del PMeC, se destacó como la principal potencialidad evidenciada en los estudios analizados. La actuación articulada entre los distintos puntos de la RAS se muestra fundamental, considerando que el programa atiende, mayoritariamente, a usuarios procedentes de internaciones hospitalarias recientes. Tal configuración demanda la articulación con la red intrahospitalaria para garantizar la transición segura del cuidado, el establecimiento de vínculo intrafamiliar del equipo del PMeC en el domicilio y, posteriormente, la integración del usuario en la APS, componiendo un continuo asistencial en la RAS. En este contexto, la consolidación del trabajo en red se hace necesaria y está intrínsecamente relacionada con la estructura del servicio, contribuyendo a la obtención de mejores desenlaces clínicos. Una revisión narrativa destacó que la calidad de la atención domiciliar está influida tanto por la capacidad de los profesionales para acoger las necesidades como por el establecimiento de una comunicación directa con la familia⁽²¹⁾. Esto refuerza la articulación con los diferentes niveles de la RAS, lo que favorece la formulación de estrategias para acciones integradas que atiendan, de manera multidisciplinaria, las necesidades y expectativas del usuario y su familia frente a las incertidumbres asociadas al cuidado domiciliario.

Otro punto evidenciado en los estudios se refiere a la deshospitalización y a la reducción de internaciones consideradas evitables, corroborando los objetivos centrales del programa, que apuntan a la transición segura de usuarios estables al domicilio. El retorno del usuario al entorno domiciliario se configura como una acción de continuidad del cuidado iniciado en el contexto hospitalario

y, cuando se realiza de forma planificada y con acceso a los recursos necesarios, permite mantener la articulación con los diferentes niveles de la red, de manera integrada, resolutive y centrada en la persona. La programación de un alta segura implica la evaluación de las necesidades clínicas y sociales del usuario, así como de la estructura familiar y de la disponibilidad de servicios de la RAS, elementos fundamentales para la prevención de reinternaciones⁽²²⁾. Aún en este contexto, la reducción de las internaciones innecesarias se ve favorecida por el reconocimiento precoz de cambios en el cuadro clínico del usuario y por la conducción adecuada de la atención a las interurrencias, siendo esto resultado del proceso educativo promovido por los equipos junto a las familias, lo que contribuye a disminuir el retorno del usuario al entorno hospitalario.

La educación en salud dirigida a las familias fue representada en los estudios como una de las estrategias diferenciales de la actuación del PMeC. El programa trasciende el enfoque en la deshospitalización al invertir en acciones educativas con cuidadores y familiares en el espacio domiciliario, entorno en el que ocurren intensos intercambios de saberes. En este contexto íntimo y singular, marcado por la reorganización de la rutina familiar ante la presencia de un familiar enfermo, es esencial que el equipo demuestre empatía y compromiso para, de manera progresiva, promover la construcción de conocimientos entre los familiares para el ejercicio de un cuidado seguro e integral. La educación en salud debe, por lo tanto, concebirse como una herramienta para la promoción de la autonomía y el protagonismo de todos los involucrados, incentivando la corresponsabilización en el proceso de cuidado⁽²³⁾.

La adopción de la teleatención y del PTS también se destacó como una estrategia que personaliza el cuidado, situando al usuario como agente central de su proceso de rehabilitación y promoviendo mayor agilidad y efectividad en las acciones asistenciales. La teleatención se constituye en un sistema de apoyo que permite al usuario permanecer en casa, así como los recursos visuales de la plataforma posibilitan el desarrollo de relaciones interpersonales con los profesionales de la salud a lo largo del tiempo. La modalidad es una alternativa viable para monitorear síntomas, orientar acciones e incentivar la adhesión al cuidado domiciliario, explorando posibilidades tanto asistenciales como educativas⁽²⁴⁾. En lo que se refiere a

la planificación del cuidado, el PTS se presenta como un instrumento que sirve de guía para las acciones del equipo multiprofesional, siendo compartido entre los miembros del equipo, con miras a la implementación de intervenciones alineadas a las necesidades singulares de cada usuario⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Fragilidades para el Programa *Melhor em Casa*

Las fragilidades más recurrentes identificadas en los estudios fueron la educación permanente y la interlocución con la RAS, evidenciando dos aspectos centrales que demandan atención cualificada en el contexto nacional. Otro aspecto señalado con frecuencia en los estudios se refiere a la estructura de los servicios, seguido de la responsabilización del usuario por el cuidado y del desgaste emocional de los profesionales involucrados en la AD.

La educación permanente, reconocida como una estrategia de enseñanza-aprendizaje en servicio, con principios problematizadores, interdisciplinarios e interprofesionales en un contexto real, se centra en las necesidades cotidianas de la práctica profesional para la cualificación de la asistencia prestada al usuario, especialmente en el PMeC, dada la complejidad del cuidado domiciliario. Este proceso educativo ha proporcionado transformaciones graduales en las prácticas de salud, con el propósito de alcanzar la mejora del cuidado, la reorganización del proceso de trabajo y la calidad de la gestión pública, mediante acciones pedagógicas innovadoras y alineadas al modelo asistencial vigente⁽²⁷⁾. Tales acciones deben contemplar metodologías innovadoras, incluida la enseñanza virtual y recursos tecnológicos, que favorezcan el desarrollo de competencias de los trabajadores de la salud⁽⁴⁾.

La fragmentación en la interlocución con la RAS o las dificultades de acceso en situaciones de interconexión con los usuarios en el PMeC configuran obstáculos relevantes que conducen al desgaste emocional en los equipos multiprofesionales, así como afectan la capacidad resolutoria de las necesidades del usuario. Estas barreras comprometen la integralidad de la atención, pudiendo ocasionar discontinuidad del cuidado, recurrencia de agravios de salud y reinternaciones evitables, frecuentemente relacionadas con la fragilidad de la articulación entre los servicios que componen la red. La integración efectiva entre los servicios de la RAS, con base en una visión compartida, adopción de directrices clínicas y organización horizontal, es imperativa para la cualificación del cuidado y la reducción de redundancias⁽²⁸⁾.

La estructuración de los servicios, a su vez, abarca desde limitaciones en instalaciones físicas inadecuadas hasta la insuficiencia de vehículos, frecuentemente compartidos con otros servicios o unidades del municipio,

comprometiendo la realización de las visitas domiciliarias. La oferta adecuada de recursos materiales, aunque esencial, no es suficiente para asegurar la efectividad de la asistencia en el contexto domiciliario. Para que la AD se realice de manera eficiente y segura, se requiere una planificación estratégica que incorpore la educación permanente y garantice la asignación adecuada de recursos materiales y una gestión de personas cualificada⁽²⁸⁾.

Otro aspecto emergente en los estudios se refiere a la necesidad de incorporar nuevas tecnologías, como el PEP. La ausencia de este recurso limita el intercambio de información entre los servicios de la RAS, dificultando la continuidad y la integralidad del cuidado. La implementación del PEP, además de proporcionar mayor practicidad y agilidad en la gestión de la información, es esencial para la expansión de la AD⁽²⁹⁾. El PEP contribuye a la seguridad y la eficacia de la atención, al permitir el acceso al historial del usuario y sustentar la toma de decisiones clínicas⁽²⁶⁾.

La responsabilización del usuario y de la familia por el cuidado constituye un desafío en algunos estudios. Este aspecto requiere abordaje desde la admisión del usuario en el programa, mediante pactaciones claras con la familia respecto de los procesos de cuidado y del alta, asegurando que usuarios y cuidadores estén instrumentalizados para el cuidado, de modo que despierte interés, corresponsabilidad e intercambio de saberes y conocimientos⁽³⁰⁾. Es necesario promover la autonomía de la familia en el proceso de corresponsabilización e incentivar el protagonismo de los involucrados, y consolidar la AD como una referencia para el cuidado siempre que sea necesario⁽³¹⁾. La AD se configura como una nueva alternativa innovadora de producción del cuidado fuera de las instituciones tradicionales, como los hospitales, permitiendo que la familia y el cuidador asuman un papel central en la gestión del cuidado en el domicilio, contribuyendo a la construcción de estrategias más adecuadas a las realidades del territorio⁽³²⁾.

Otro aspecto de vulnerabilidad identificado en dos estudios fue el desgaste emocional de los profesionales, especialmente en el cuidado de usuarios con enfermedades crónicas. La actuación en el domicilio expone al profesional a realidades adversas, incluidas condiciones precarias de vivienda y escasez de recursos, condiciones que potencian el sufrimiento psíquico y la sobrecarga emocional. Tales condiciones exigen la atención de los gestores respecto de la salud mental de los equipos, mediante acciones de educación en salud, espacios de escucha y apoyo psicosocial⁽³³⁾. La exposición continua a riesgos psicosociales puede resultar en impactos físicos, mentales y sociales significativos, con frecuencia desatendidos por prejuicios que asocian el sufrimiento psíquico a la fragilidad individual, en detrimento de la comprensión

de las condiciones laborales involucradas en el quehacer cotidiano en la AD⁽³⁴⁾.

Entre las limitaciones del estudio, se destaca la escasa disponibilidad de producciones científicas sobre la temática, lo que evidencia la necesidad de investigaciones adicionales que permitan conocer de forma más amplia el potencial del programa e identificar mejoras que puedan aplicarse al PMeC. Considerando las diversidades culturales y geográficas del país, muchas acciones pueden adaptarse, recrearse y expandirse. La educación permanente también se presenta como una limitación relevante, indicando la pertinencia de desarrollar estudios de intervención orientados a la cualificación de los profesionales en el PMeC.

Las contribuciones de este estudio para la enfermería son significativas, al ofrecer un análisis crítico y amplio del PMeC, destacando sus potencialidades y fragilidades en el contexto de la AD integrada a la RAS. La actuación de la enfermería en el contexto del equipo multiprofesional en el PMeC se revela esencial en la articulación del cuidado en red, en la educación en salud a las familias y en la promoción de la continuidad asistencial segura y centrada en el usuario. Por otro lado, el estudio sustenta el perfeccionamiento de las prácticas profesionales y contribuye al fortalecimiento de la AD como estrategia innovadora y resolutiva en lo que respecta a la educación permanente, el uso de tecnologías como la teleatención y la historia clínica electrónica, y la valorización del cuidado de la salud mental frente al desgaste emocional de los equipos. De este modo, se refuerza el papel estratégico de la enfermería en la coordinación del cuidado, en la cualificación de la atención prestada en el domicilio y en la construcción de modelos asistenciales más sostenibles, eficientes y humanizados.

Conclusión

El mapeo de las producciones científicas sobre las potencialidades y fragilidades del PMeC, identificadas por profesionales de la salud y gestores, resultó limitado en cantidad en comparación con otras áreas de conocimiento en salud. Como potencialidades del PMeC, se identificaron la construcción del trabajo en red, la deshospitalización, la reducción de reinternaciones evitables, la educación en salud junto a las familias, la teleatención, la utilización del PTS, la flexibilidad y autonomía en la gestión, así como la humanización y la mejora de la calidad de vida de los usuarios. En lo que se refiere a las fragilidades observadas, se destacan aspectos que demandan medidas cualificadas para el perfeccionamiento del programa y de la atención a la salud en el ámbito domiciliario: la educación permanente, la interlocución con la RAS, la estructura de los servicios, la corresponsabilización del usuario y de los familiares por el cuidado, el desgaste emocional de los

profesionales, la insuficiencia de recursos tecnológicos, la ausencia del PEP y la fragmentación del equipo.

De este modo, el estudio evidencia la relevancia del PMeC en el sistema de salud brasileño, al demostrar su potencial para cualificar la atención domiciliaria. Para ello, se requieren intervenciones estratégicas e inversiones estructurales que fortalezcan el programa y aseguren su efectividad y sostenibilidad a largo plazo. Se recomienda, además, la realización de nuevos estudios que profundicen los temas abordados, contribuyendo al avance del conocimiento y al perfeccionamiento de las prácticas en el ámbito de la AD ofrecida por el PMeC.

Agradecimientos

Agradecemos a Aline Matte Debastiani, bibliotecaria que colaboró en la fase de estrategia de búsqueda y recolección de datos.

Referencias

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://bvsmis.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://bvsms.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 (Ribeirao 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, Contin 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/2022A003447>

Contribución de los autores

Criterios obligatorios

Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas: Cristina Nunes Viana, Leticia Alves da Silva e Silva, Fernanda Cirne Lima Weston, Adriana Aparecida Paz.

Contribuciones específicas

Curación de datos: Cristina Nunes Viana, Leticia Alves da Silva e Silva, Fernanda Cirne Lima Weston, Adriana Aparecida Paz. **Supervisión y gestión del proyecto:** Adriana Aparecida Paz.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Declaración de Disponibilidad de Datos

Todos los datos generados o analizados durante este estudio están incluidos en este artículo publicado.

Recibido: 25.08.2025

Aceptado: 18.12.2025

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Autora de correspondencia:

Cristina Nunes Viana

E-mail: cristinanv@gmail.com

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

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.