

Original Article

TRATAMENTO ONCOLÓGICO FORA DO DOMICÍLIO: ESTUDO PILOTO

IMPACT OF ONCOLOGICAL TREATMENT OUTSIDE THE HOME: PILOT STUDY

Aline Cristina dos Santos

Universidade Federal de Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-4994-4163>
psslaline@gmail.com

Leonardo Lemos Pena

Universidade Federal de Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-9687-3003>
leonardolemospena@gmail.com

Elaine Barros Ferreira

Universidade de Brasília
<https://orcid.org/0000-0003-0428-834X>
elainebf@unb.br

Paula Elaine Diniz dos Reis

Universidade de Brasília
<https://orcid.org/0000-0002-9782-3366>
pauladiniz@unb.br

Amanda Damasceno de Souza

Programa de Pós-Graduação em Sistemas de
Informação e Gestão do Conhecimento (PPGSIGC) da
Universidade FUMEC
<https://orcid.org/0000-0001-6859-4333>
amanda.dsouza@fumec.br

Isabel Yovana Quispe Mendoza

Universidade Federal de Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-7063-8611>
isabelyovana.enf@gmail.com

Giovana Paula Rezende Simino

Universidade Federal de Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-9814-3004>
gsimino@yahoo.com.br

RESUMO

Os serviços de tratamento oncológico no Brasil estão concentrados nos municípios de grande e médio porte. Dessa forma, muitos pacientes precisam se deslocar para realizar tratamento oncológico. O objetivo foi avaliar o impacto da realização do tratamento oncológico fora do domicílio na perspectiva de pacientes. Estudo transversal. O recrutamento dos pacientes oncológicos foi feito por meio da técnica “bola de neve”, em âmbito nacional. A coleta de dados foi realizada de forma online. A amostra final contemplou 41 pacientes, a idade dos participantes variou de 21 a 80 anos, com média de 43,22 anos. Os participantes eram predominantemente casados, possuíam em média dois filhos, ensino superior completo e cor de pele branca. A neoplasia maligna e a comorbidade mais frequentes foram o câncer de mama feminino e a hipertensão arterial sistêmica. Os participantes realizaram tratamento em 12 estados e no Distrito Federal, sendo em São Paulo a maior concentração deles. A distância média percorrida pelos participantes do estudo para realização do tratamento foi de 287,15 km e o tempo médio de 3,47 h. Os principais impactos que se apresentaram como dificuldades foram: cansaço, dificuldade financeira,

alimentação inadequada, piora do padrão de sono e apoio familiar, dentre outros. Os benefícios relatados foram: melhora do acompanhamento da equipe de saúde, apoio familiar e melhores estruturas para o tratamento. O cansaço, dificuldade financeira, alimentação inadequada, piora do padrão de sono e apoio familiar foram relatados como impactos negativos do tratamento fora do domicílio, mas, também esse tratamento oferece benefícios como melhora do acompanhamento pela equipe de saúde, apoio familiar e melhor estrutura para o tratamento.

Palavras-Chave: Enfermagem; Neoplasias; Integralidade em Saúde; Monitoramento Remoto.

ABSTRACT

The cancer treatment services in Brazil are distributed in large and medium-sized municipalities. Therefore, many patients need to travel to undergo cancer treatment. To assess the impact of cancer treatment outside the home from the patients' perspective. Cross-sectional study. The cancer patients were recruited using the "snowball"

technique nationwide. Data collection was performed online. The study included 41 patients, aged 21 to 80 years (mean of 43.22 years). The predominantly married participants had an average of two children, completed higher education, and white skin color. The most frequent malignant neoplasm and comorbidity were female breast cancer and systemic arterial hypertension. The participants were treated in 12 states and the Federal District, with the highest concentration in São Paulo. The mean distance for the study participants to perform the treatment was 287.15 km, and the mean time was 3.47 h. The main difficulties were tiredness, financial difficulties, sleepiness, and inadequate family support, among others. The benefits of family treatment were improved monitoring of the health team, support, and better structures for treatment. Financial problems, sleepiness, and lack of some necessities, like food intake, were supported by family follow-up support, better care, and healthcare facilities for treatment.

Keywords: Nursing; Neoplasms; Integrality in Health; Telemonitoring.

Data de submissão: 10/11/2022.

Data de aprovação: 29/11/2022.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um importante problema de saúde pública no mundo. Atualmente, é perceptível o crescimento da morbidade e mortalidade associadas ao câncer, sobretudo, antes dos 70 anos de idade. Tal explicação está correlacionada ao aumento da expectativa de vida, ao crescimento populacional e a maior exposição a fatores de risco, tais como o álcool, o tabaco,

as radiações e a obesidade. No Brasil, estimativas indicam que para o triênio 2020-2022 poderão ocorrer 625 mil novos casos de câncer a cada ano, dos quais mais de 60% se concentrarão na região sudeste do país⁽¹⁾.

O controle do câncer vem sendo desenvolvido em todos os níveis de complexidade de assistência e com várias modalidades terapêuticas. A assistência oncológica no Sistema Único de Saúde (SUS) é composta por diversos eixos como o tratamento farmacológico, a assistência de alta e média complexidade com vista aos procedimentos específicos cirúrgicos, radioterápicos ou quimioterápicos e demais, como suporte terapêutico e cuidados paliativos⁽²⁾. O tratamento oncológico pode ter por objetivo a cura, a promoção da qualidade de vida e o suporte para amenizar o sofrimento por meio dos cuidados paliativos⁽¹⁾.

A distribuição espacial dos serviços de atendimento oncológico não ocorre de forma acessível e igualitária em território nacional uma vez que os serviços possuem características de especificidade e complexidade. Dessa forma, fatores como distância das instituições, dificuldades no transporte, demora para agendamento de consultas e condições socioeconômicas dos usuários influenciam diretamente a qualidade da assistência prestada, bem como no resultado do tratamento. Os fatores relatados afetam principalmente as populações menos favorecidas e advindas de cidades do interior dos estados⁽³⁻⁴⁾.

Consequentemente, é possível identificar comportamentos desde o atraso em exames diagnósticos como biópsias e exames de imagem, até a dificuldade de manutenção de tratamentos mais complexos como a radioterapia. Além disso, o diagnóstico e o início do tratamento tardio dos pacientes impactam diretamente no processo de tratamento do câncer, que muitas vezes já está em estágio avançado da doença⁽³⁻⁴⁾.

Uma estratégia factível para diminuir as desigualdades existentes no tratamento oncológico se concentra nos investimentos e ampliação do acesso aos serviços de saúde⁽⁵⁾. Assim, o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é um benefício para os usuários do SUS, que assegura ao paciente a assistência no tratamento médico em outra localidade, desde que o local indicado possua o

tratamento mais adequado à resolução de seu problema ou haja condições de cura total ou parcial (Portaria SAS nº 55/1999). Este recurso se dispõe quando esgotados todos os meios de tratamento, realização de exames para diagnóstico terapêutico no local de residência do paciente.

Neste sentido, justifica-se a relevância deste estudo para análise e compreensão da rede de atenção oncológica e o tratamento realizado para pessoas que se deslocam de forma provisória ou permanente para realização do tratamento. Há uma lacuna na literatura científica brasileira para esses impactos. As instituições de tratamento são alocadas em maior número em grandes centros urbanos devido à intensa necessidade de utilização de tecnologias duras e leve-duras. Desta forma, a questão norteadora principal deste estudo foi: Existem impactos percebidos por pacientes com câncer ao realizarem seu tratamento em outras cidades e estados?

Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da realização do tratamento oncológico fora do domicílio na perspectiva de pacientes.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal. A coleta de dados foi realizada com o emprego da estratégia Bola de Neve, de forma online, tendo em vista que no período estávamos vivenciando a pandemia decorrente da COVID-19. A amostragem Bola de Neve consiste em uma forma de amostra não probabilística, que emprega cadeias de referências. A execução do método consiste em identificar informantes-chave, os denominados “*sementes*” a fim de se encontrar pessoas com perfil adequado para realização da pesquisa. O fluxo continua com a indicação de novas pessoas pela *semente* a partir de sua própria rede social, assim proporcionando o crescimento da população pesquisada⁽⁶⁾.

A coleta de dados foi realizada entre agosto e outubro de 2021. Participaram pacientes com câncer que realizaram ou estavam sendo submetidos a algum tratamento oncológico (cirurgia, quimioterapia,

radioterapia e outros) em municípios diferentes daqueles que residiam. Foram excluídas pessoas em tratamento oncológico com idade inferior a 18 anos.

Os pacientes foram identificados por meio de grupos de pacientes em redes sociais, grupos de casas de apoio e por grupos de voluntários de instituições de tratamento oncológico e associações de pacientes oncológicos no Brasil.

Os pesquisadores construíram o instrumento de coleta de dados contendo as seguintes variáveis: 1) Sociodemográficas: sexo, idade, cor da pele, estado civil, filhos, escolaridade, fonte de renda; 2) Clínicas: tipo de câncer, tipo de tratamento e/ou procedimentos realizados, comorbidades, dispositivos médicos; 3) Tratamento fora do domicílio: distância percorrida fora do domicílio em quilômetros e horas, meio de transporte, acompanhante, local de hospedagem, dificuldades e benefícios do tratamento fora do domicílio.

De acordo com os critérios de seleção, (quantitativo) das sementes iniciais foram definidas a partir de grupos de pacientes em redes sociais, grupos de casas de apoio e por grupos de voluntários de instituições de tratamento oncológico e associações de pacientes oncológicos no Brasil. O acesso e convite a esses participantes ocorreram em ambiente virtual, por correio eletrônico (via *e-mail*). Após o aceite, os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, receberam o instrumento a ser respondido digitado no processador de textos *Microsoft Word*. As 41 sementes foram incentivadas a indicar outros participantes de sua rede social para que fossem convidados a participar do estudo, a fim de garantir o recrutamento contínuo e obter uma amostra significativa.

Foi realizada análise descritiva dos dados. Para as variáveis qualitativas categóricas foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Para as variáveis qualitativas ordinais foram calculadas as frequências absolutas, relativas e acumuladas. Para as variáveis quantitativas foram calculadas as frequências absolutas e relativas, medida de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão e amplitude).

Foram atendidos todos os preceitos éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução n.º 466/2012, do

Conselho Nacional de Saúde, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob parecer nº 4.891.201.

3. RESULTADOS

A amostra final contemplou 41 pacientes, predominantemente do sexo feminino (90,20%) e adultos jovens. A idade dos participantes variou de 21 a 80 anos, com média de 43,22 ($\pm 13,06$) anos e mediana de 40 anos. Em relação ao estado civil, a maior parte declarou-se casada (56,10%); com dois filhos (39,00%) e com ensino superior completo (43,90%). O detalhamento encontra-se na Tabela 1 abaixo.

A respeito da principal fonte de renda dos entrevistados, ser trabalhador celetista e servidor público foram as categorias mais relatadas (29,30%).

Quanto ao perfil clínico, a neoplasia maligna mais frequente foi a de mama feminina (39,00%). Dez pacientes (24,40%) relataram apresentar comorbidades, sendo mais frequente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (24,40%).

Quanto ao uso de dispositivos em decorrência do tratamento, o cateter totalmente implantado foi o dispositivo mais utilizado (22,00%); dispositivos de auxílio à locomoção como muletas, andador e cadeira de rodas eram usados por um paciente (2,40%), bem como a utilização de drenos (2,40%).

Os participantes realizaram tratamento em 12 estados e no Distrito Federal, sendo em São Paulo (43,90%) e Minas Gerais (26,80%) a maior concentração deles. O local de tratamento foi predominantemente hospital (82,92%) e o meio de transporte mais utilizado para deslocamento para a realização do tratamento foi o transporte coletivo (36,60%).

Tabela 1. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo dados sociodemográficos. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2022.

Variáveis	n	%	% acumulada
Sexo			
Feminino	37	90,20	-
Faixa Etária	-	-	
21-30	4	9,70	9,70
31-40	17	41,50	51,20
41-50	10	24,40	75,60
51-60	8	14,50	90,10
61-70	2	4,90	95,00
71-80	2	4,90	95,00
Estado Civil			
Solteiro	14	34,10	-
Casado	23	56,10	-
Divorciado	4	9,80	-
Escolaridade			
Ensino Fundamental Incompleto	2	4,90	4,90
Ensino Fundamental Completo	3	7,30	12,20
Ensino Médio Incompleto	2	4,90	17,10
Ensino Médio Completo	10	24,40	41,50
Ensino Superior Incompleto	6	14,60	56,10
Ensino Superior Completo	18	43,90	100,00
Filhos	-	-	
0	9	22,00	22,00
1	8	19,50	41,50
2	16	39,00	80,50
3	6	14,60	95,10
4 ou mais	2	4,90	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quando questionamos o tempo em horas para o deslocamento da cidade de origem até o local de tratamento a resposta média foi de 3,47 h (dp= 5,16), com tempo mínimo de 1h e máximo de 24 h.

Quanto à permanência dos pacientes na cidade de tratamento 36,60% relataram permanecer em casa de apoio do tipo organização não governamental (ONG), hospedagem com familiares e amigos, pensionatos e hotéis. A maioria dos pacientes afirmaram ter presença de acompanhante durante a realização do tratamento (82,90%), os acompanhantes em sua maioria eram esposos (as) ou companheiros (as) e outros familiares com 34,10%, respectivamente. Os pacientes ao serem questionados sobre o conforto de realizar o tratamento fora do domicílio, 34,10% se sentiram desconfortáveis e 22,0% muito desconfortáveis.

As principais dificuldades apresentadas durante a realização do tratamento fora do domicílio foram cansaço, dificuldades financeiras e alimentação inadequada, conforme o Gráfico 1.

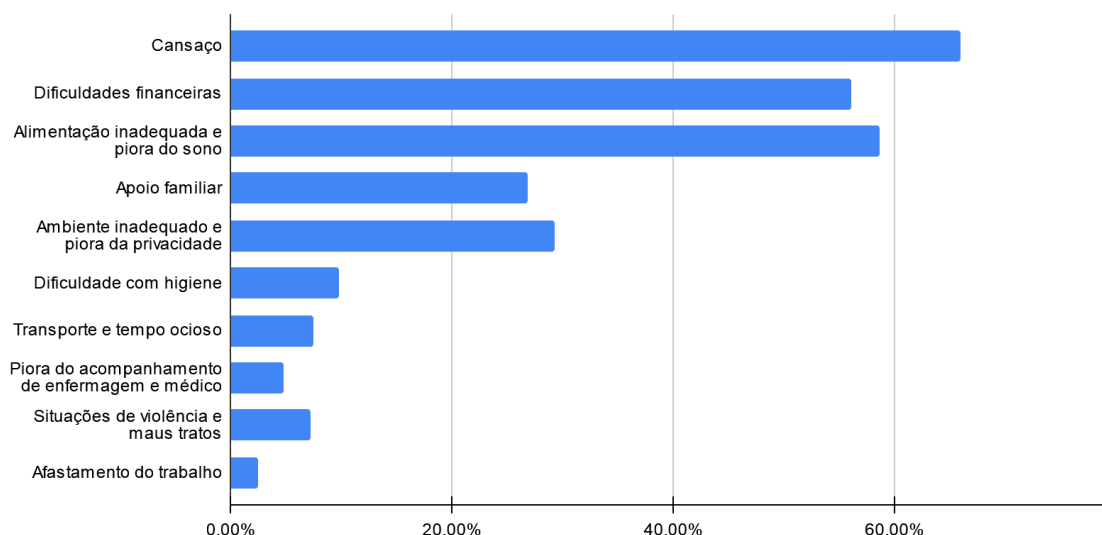


Gráfico 1. Principais dificuldades enfrentadas no tratamento fora do domicílio. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os benefícios também foram experienciados pelo tratamento fora do domicílio por 35 pacientes (85,40%). Dentre os benefícios, os mais frequentes

foram: obtenção da melhora do acompanhamento da equipe médica (43,90%); melhora do apoio familiar (41,50%); ambientes adequados (29,30%). O detalhamento pode ser visualizado no Gráfico 2.

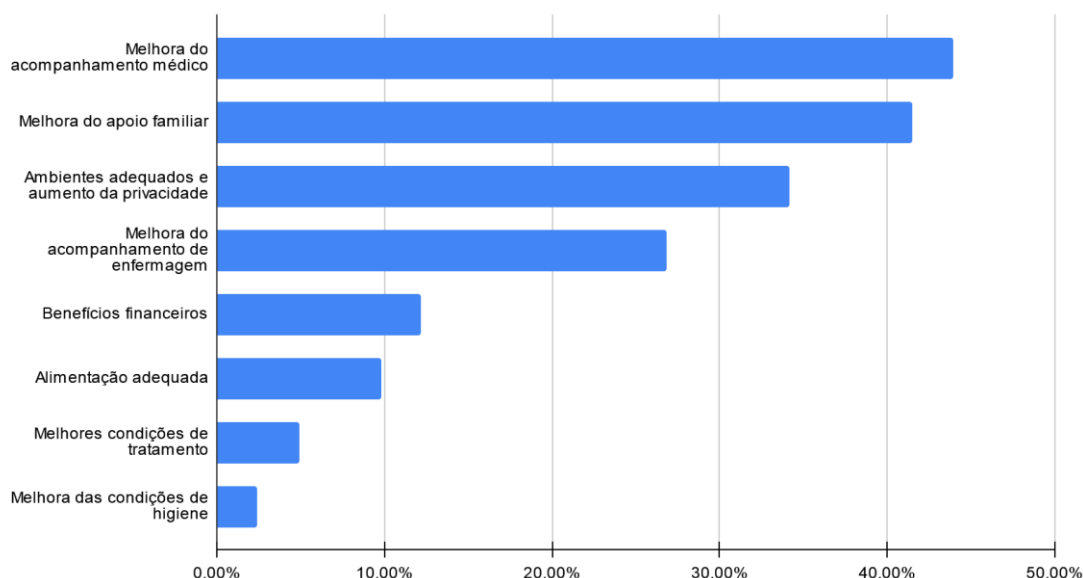


Gráfico 2: Benefícios encontrados no tratamento fora do domicílio. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2022

Fonte: Elaborado pelos autores.

4. DISCUSSÃO

A experiência do adoecimento oncológico suscita no paciente o enfrentamento de uma nova realidade, como o deslocamento do paciente para grandes centros urbanos ou capitais em busca do atendimento necessário de quimioterapia, radioterapia ou cirurgias. Frente a isso, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) com a finalidade de atender as demandas dos pacientes⁽⁷⁾. Nesse sentido o presente estudo se empreende a necessidade de trazer à luz discussões a respeito das dificuldades enfrentadas e benefícios obtidos do programa de TFD.

Foi possível verificar a fadiga como uma das principais dificuldades apontadas neste estudo. A fadiga pode ser definida como uma sensação subjetiva e persistente de cansaço, exaustão física, emocional e/ou cognitiva,

desproporcional à atividade recente, que não melhora com repouso e sono, e que interfere nas atividades de vida cotidiana ⁽⁸⁾. Esse dado é condizente com os resultados de estudo realizado com 162 pacientes maiores de 18 anos, com neoplasia maligna em tratamento por radioterapia ou quimioterapia desenvolvido nos Ambulatórios de Quimioterapia e Radioterapia do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, no qual a fadiga foi identificada como um dos sintomas mais frequentes (76,6%)⁽⁹⁾.

A dificuldade financeira durante o TFD também foi apontada pelos participantes do estudo, considerando um impacto significativo no aumento dos gastos. São levadas em conta questões como moradia, alimentação, transporte na cidade de realização do tratamento, bem como outros gastos em seu local de origem já preexistentes⁽¹⁰⁾.

O paciente muitas vezes dispensa grande energia em deslocamento diário para a cidade de tratamento, e em alguns casos possui necessidade de mudança para outra cidade para continuidade do tratamento. Além de todo o período para adaptação à nova rotina e ao tratamento, tem de se ausentar de suas responsabilidades e trabalho por longos períodos. Além disso, os pacientes de minorias raciais são mais susceptíveis a arcar com custos de viagem, alojamento e despesas associadas⁽¹¹⁾.

Uma das alternativas recentes que visa implementar melhor adesão ao tratamento e diminuir as barreiras de acesso e de influência na continuidade do tratamento é a chamada navegação de pacientes. A navegação é uma prática baseada em evidências, aplicada principalmente para pacientes em situação de vulnerabilidade, com presença de comorbidades e condições socioeconômicas desfavoráveis, possibilitando mais equidade no tratamento. Por meio desta, podem ser minimizadas necessidades de apoio financeiro e problemas relacionados à habitação e à alimentação⁽¹²⁾.

Outras adversidades relatadas pelos pacientes foram a piora da alimentação e do sono durante o tratamento. Sabe-se que pacientes acometidos por câncer devem manter padrões nutricionais adequados, pois podem ocorrer alterações no metabolismo por consumo de glicose e quebra de lipídios, aumento de inflamação sistêmica e o surgimento de inapetência⁽¹³⁾. Com a

realização do tratamento longe de casa o paciente acaba ficando subordinado às condições de alimentação das casas de apoio ou hospedarias que permanece, ou mesmo este acaba tendo que arcar com os custos de suas refeições. Além disso, nem sempre são encontrados locais adequados para realizar as refeições ao longo do dia, sobretudo no cenário pandêmico atual.

Os pacientes do presente estudo relataram percorrer grandes distâncias para quimioterapia, radioterapia e demais, frequentemente apresentam alterações do padrão de sono. As jornadas em busca do tratamento tendem a se iniciar muito cedo e terminar muito tarde, muitas vezes com viagens ao longo da madrugada, impedindo que o paciente descanse corretamente. Assim sendo, diversas são as repercussões associadas ao padrão de sono prejudicado⁽¹⁴⁾. No paciente oncológico, a fadiga associada ao câncer é uma experiência subjetiva caracterizada pelo cansaço que não alivia com o sono ou repouso e é considerada um preditor de diminuição da satisfação pessoal e qualidade de vida⁽¹⁵⁾. Além disso, ela pode afetar os domínios funcionais, reduzir a satisfação pessoal e a qualidade de vida, bem como interferir nas atividades diárias do paciente⁽¹⁶⁾.

Embora os pacientes tenham relatado dificuldades do tratamento fora do domicílio, em contrapartida, os pacientes, também, relataram benefícios com a realização do tratamento longe de casa. A melhora do acompanhamento médico foi apontada como um benefício para os pacientes. O câncer é uma doença estigmatizante, vinculada à dor, sofrimento e angústias. Entende-se que o fato de ter acesso ao tratamento e seguimento clínico traz segurança durante o tratamento da doença, o que contribui para a redução das taxas de abandono. A necessidade de um contato mais próximo com o profissional é fundamental para estabelecimento de vínculo, garantindo escuta ativa, maior resolutividade e, consequentemente, a oferta de uma assistência de qualidade ⁽¹⁷⁾.

Semelhante a equipe médica, houve relatos de melhoria do acompanhamento de enfermagem. A enfermagem desempenha relevante papel no tratamento em oncologia, sendo responsável por realizar além da administração de quimioterápicos como competência privativa do enfermeiro, consultas de enfermagem, manejo dos sintomas e cuidados diretos ao paciente.

Sabe-se que o profissional enfermeiro permanece grande parte do tempo próximo do paciente ao longo de seu tratamento e é capaz de intervir para a melhoria da qualidade de vida. Com a aproximação mais frequente do paciente é possível ofertar um cuidado com qualidade e segurança, focado em contemplar todas as necessidades humanas básicas ⁽¹⁸⁾.

O apoio familiar durante o tratamento com câncer também pode ser visto pelos pacientes como um grande benefício no tratamento da doença. A tênue linha de proximidade com a natureza finita do ser humano, é capaz de despertar o sentimento de sofrimento e de temor à morte. Desta forma, são fundamentais associações de aspectos como espiritualidade e fé para a ampliação da qualidade de vida. Uma abordagem humanizada que visa incluir o familiar, sobretudo, pode provocar impactos positivos no enfrentamento à situação⁽¹⁹⁾.

Tendo em vista também o processo de adoecimento como um momento de grande fragilidade para o paciente, o cuidado ofertado pela família é fundamental para manutenção de sua dignidade. Os familiares se tornam grandes aliados à equipe de saúde na medida em que proporcionam a continuação do cuidado em domicílio. Assim, os familiares devem ser ouvidos, esclarecidos e ter suas aflições respeitadas durante o processo⁽²⁰⁾.

No Brasil, o SUS possui uma rede de atenção oncológica distribuída em todos os estados brasileiros. A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer foi instituída por meio da Portaria nº 874/2013 e atualmente, existem no país 317 estabelecimentos de saúde que realizam tratamento oncológico pelo SUS no Brasil. No entanto, os serviços estão concentrados nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. Os pacientes são encaminhados pela Rede de Atenção Básica para os hospitais administrados pelas secretarias municipais e estaduais, nos quais farão seus tratamentos⁽²¹⁾.

No que se refere aos dados sociodemográficos, foi observado diferença significativa entre a faixa etária da população que respondeu ao questionário e a faixa etária da população com maior incidência de câncer. A idade média dos participantes foi de 43,22 anos e a mediana de 40 anos. Em contrapartida, estimativas apontam que de todos os casos de câncer no mundo, cerca de 70% ocorrem após os 65 anos ⁽²²⁾.

Uma justificativa para a obtenção de tais resultados se baseia na distribuição de acesso a internet no país. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apenas 45,00% da população brasileira acima de 60 anos utiliza a internet. Tendo em vista a escolha de aplicação do questionário por meio virtual, a pesquisa contemplou apenas parcialmente o público de faixa etária mais avançada⁽²³⁾.

O nível de escolaridade predominante dos participantes foi o ensino superior (completo ou incompleto), resultado destoante da maioria da realidade brasileira. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2018, 52,60% das pessoas com 25 anos de idade ou mais no Brasil possuía nível de escolaridade até o ensino médio incompleto. Resultados do PNAD também apontam que o percentual de usuários de internet no país foi de 98,30% em pessoas com nível superior incompleto e 97,40% em pessoas com nível superior completo, o que demonstra o desequilíbrio no acesso a este recurso nos diferentes grupos populacionais. Os resultados obtidos no presente estudo podem ter sido influenciados pela forma da coleta de dados online, não contemplando totalmente os usuários com menor escolaridade e sem acesso a dispositivos como celulares, *tablets* e computadores⁽²⁴⁾.

No presente estudo, no que diz respeito ao perfil clínico, os resultados são consistentes com o descrito na literatura, ou seja, há predomínio do câncer de mama, com comorbidade e em uso do cateter totalmente implantado⁽²⁵⁾.

Dentre as limitações deste estudo destaca-se a utilização de amostra não probabilística, o que impossibilita inferências estatísticas. Acrescenta-se o fato de a pesquisa online não retratar a realidade de muitos participantes que não possuem acesso a dispositivos eletrônicos ou não conseguem responder os questionários online, sobretudo os idosos.

5. CONCLUSÃO

No presente estudo, a amostra final foi composta principalmente por pacientes oncológicos de câncer de mama, jovens adultos, em 12 estados do Brasil e Distrito Federal que realizaram tratamento concentrados em 24 cidades.

Dentre os impactos que trazem dificuldade destacam-se o cansaço, dificuldade financeira, alimentação, sono e privacidades inadequadas. Com relação aos benefícios, destaca-se a melhora do acompanhamento da equipe médica e dos ambientes de tratamento. O apoio familiar foi percebido como impacto positivo e também como negativo pelos pacientes em tratamento fora do domicílio.

A escassa literatura nacional acerca do tema é uma lacuna ainda existente, limitando discussões. Assim, é possível corroborar para a oferta de uma assistência de qualidade em saúde embasada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2019 [cited 2022 Nov 4]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>.
2. Lima SGG, Brito C; Andrade CJC. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019[Acessado 4 Nov 2022];24(5):1709-1722. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17582017>.
3. Shripad Banavali. Delivery of cancer care in rural India: Experiences of establishing a rural comprehensive cancer care facility [Internet]. ResearchGate. Medknow Publications; 2015 [cited 2022 Nov 4]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/279990198_Delivery_of_cancer_care_in_rural_India_Experiences_of_establishing_a_rural_comprehensive_cancer_care_facility.
4. Elmore SNC, Grover S, Bourque JM, Chopra S, Nyakabau AM, Ntirimira C, et al. Global palliative radiotherapy: a framework to improve access in resource-constrained settings. *Ann Palliat Med*. 2019;8(3):274-284. doi: 10.21037/apm.2019.02.02.
5. Carstam L, Rydén I, Gulati S, Rydenhag B, Henriksson R, Salvesen Ø, et al. Socioeconomic factors affect treatment delivery for patients with low grade glioma: a Swedish population-based study. *J Neurooncol*. 2020 Jan;146(2):329-337. doi: 10.1007/s11060-019-03378-7.

6. Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 4];22(1). Available from: <https://revistas.unipar.br/index.php/empresarial/article/view/8346>.
7. Super User. Tratamento Fora de Domicílio [Internet]. Saude.gov.br. 2017 [cited 2022 Nov 4]. Available from: <https://www.into.saude.gov.br/acoes-e-programas/tratamento-fora-de-domicilio>.
8. Bower JE, Bak K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, Ganz PA, et al; American Society of Clinical Oncology. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. J Clin Oncol. 2014;32(17):1840-50. doi: 10.1200/JCO.2013.53.4495.
9. Salvetti MG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AM. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. Rev. Bras. Enferm [online]. 2020 [Accessed 4 Nov 2022];73(2), e20180287. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>.
10. Barbosa Nemer C, Guedes G, Santos N, Pena F, Tavares W, Teixeira, E. Programa de tratamento fora de domicílio: análise à luz da integralidade. Enfermagem em Foco, 2020;11(2). doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.3092>.
11. Gordhandas, Sushmita M. D, Sarah L, Emeline. Providing Patients With Cancer Access to Affordable Housing During Treatment. The American Journal of Managed Care [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 4]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1469214>.
12. Pratt-Chapman ML, Silber R, Tang J, Le PTD. Implementation factors for patient navigation program success: a qualitative study. Implementation Science Communications [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 4];2(1). Available from: <https://implementationsciencecomms.biomedcentral.com/articles/10.1186/s43058-021-00248-0#citeas>.
13. Oliveira AVS, Santos A da C, Maciel Ícaro CS, Costa MGO, Santos Júnior JA dos, Lacerdas D da C, Santos TMP dos. Nutritional status and food consumption of cancer patients treated at a public hospital in Aracaju-SE. RSD [Internet]. 2022 [cited 2022Nov.4];11(1):e51111125142. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25142>.
14. Nunes NAH, Ceolim MF. Qualidade do sono e cluster de sintomas em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 4];24. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58046>.
15. Aparecida J. Fadiga: Um Sintoma Complexo e seu Impacto no Câncer e na Insuficiência Cardíaca [Internet]. Cardiol.br. 2018 [cited 2022 Nov 4]. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/ijcs/portugues/2018/v3104/fadiga-um-sintoma-complexo-e-seu-impacto-no-cancer-e-na-insuficiencia-cardiaca.asp>.
16. Silveira FM, Wysocki AD, Mendez RDR, Pena SB, Santos EM, Malaguti-Toffano S, Santos VB, Santos MA. Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. Acta Paul. Enferm. (Online).2021[Accessado 4 Nov 2022];34, eAPE00583. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00583>.

17. Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, Jucá NBH, Augusto KL, Lino CA et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011[Acessado 4 Nov 2022];16(supl 1):1457-1465. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700081>.
18. Camargos BF, de Matos LRP, Pena HP. O paciente frente ao diagnóstico de câncer e a atuação dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]. 16º de abril de 2015 [citado 4º de novembro de 2022]. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/592>.
19. Silva GS, Nunes SS, Zanon BP, Pontes G, Torres CMG, Dias, CFC. O apoio familiar no tratamento do paciente oncológico: Uma revisão narrativa. Revista da Saúde da AJES, 2020[Acessado 4 Nov 2022];6(12). Disponível em: <https://www.revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/view/371>.
20. Santos JA; Simões, IAR. Pereira, MIM. Convivência entre pacientes com câncer em uma casa de apoio, Ciência & Saúde. 2018[Acessado 4 Nov 2022]; 11(1):20-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2018.1.27278>.
21. IBGE, Diretoria de Pesquisas, coordenação de trabalho e rendimento, pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua 2018-2019. Uso de internet, televisão e celular no Brasil. [Artigo Eletrônico]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101794_informativo.pdf.
22. Santos, AC. O impacto do tratamento fora do domicílio [manuscrito]: Estudo piloto. Belo Horizonte, 2021. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso)- Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2021.