

Perfil dos(as) usuários(as) do Programa Melhor em Casa do município de Bento Gonçalves, RS

Profile of users of the Melhor em Casa Program in the Municipality of Bento Gonçalves, RS

Rosenilda Correa Imperatori, Mauricio Polidoro, Michele Girolometto Fracalossi, Daniel Canavese de Oliveira, Roger dos Santos Rosa, Arthur de Almeida Medeiros, Stela Nazareth Meneghel

Autoria

Metadados

RESUMO

Objetivos: O estudo investiga o perfil de usuários(as) do Programa Melhor em Casa (PMC) no município de Bento Gonçalves, RS, entre 2018 e 2022. O PMC é uma iniciativa de atenção domiciliar que visa oferecer cuidados de saúde humanizados e com melhor custo-benefício para pacientes com dificuldades de locomoção, doenças crônicas e terminais. Este texto objetiva descrever as características demográficas e clínicas de usuários(as), analisar os desfechos clínicos e identificar fatores associados a altas e óbitos. **Metodologia:** Trata-se um estudo quantitativo descritivo, com coleta de dados retrospectiva dos sistemas de gestão municipal e prontuários eletrônicos, abrangendo 510 usuários. Os dados foram analisados utilizando frequências, porcentagens e regressão logística para prever desfechos clínicos. **Resultados e conclusão:** Os resultados indicam uma predominância de pacientes idosos, brancos, principalmente do sexo feminino, e destacam a importância do PMC na gestão de doenças crônicas e paliativas, bem como a necessidade de políticas públicas inclusivas que garantam equidade no acesso aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Domiciliar à Saúde. Idosos. Doenças Crônicas. Cuidados Paliativos. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

Objectives: This study investigates the profile of users of the Melhor em Casa Program (PMC) in the municipality of Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul, between 2018 and 2022. The PMC is a home care initiative aimed at providing humanized and cost-effective healthcare for patients with mobility issues, chronic illnesses, and terminal conditions. This paper aims to describe the demographic and clinical characteristics of the users, analyze clinical outcomes, and identify factors associated with discharges and deaths. **Methodology:** This is a descriptive quantitative study, with retrospective data collection from municipal management systems and electronic medical records, covering 510 users. The data were analyzed using frequencies, percentages, and logistic regression to predict clinical outcomes. **Results and conclusion:** The results indicate a predominance of elderly, white patients, mainly females, highlighting the importance of PMC in managing chronic and palliative care and the need for inclusive public policies that ensure equity in access to healthcare services.

KEYWORDS: Home Care Services. Elderly. Chronic Diseases. Palliative Care. Health Equity.

INTRODUÇÃO

A implementação de modelos de Atenção Domiciliar (AD) tem sido uma resposta necessária à crescente demanda por sistemas de saúde adaptáveis^{1,2}, capazes de gerenciar o aumento de pacientes com doenças crônicas e terminais em um contexto de envelhecimento populacional. No Brasil, o Programa Melhor em Casa (PMC) desempenha um papel essencial nessa estratégia, ao desospitalizar o cuidado e oferecer soluções mais humanizadas e com melhor custo-benefício para tratamentos de longo prazo³.

O PMC é estruturado em três modalidades principais de AD: AD1, AD2 e AD3, cada uma definida com base nas necessidades dos(as) usuários(as), tipos de atenção e procedimentos utilizados no cuidado⁴. A Modalidade AD1 é destinada a pessoas com problemas de saúde controlados ou compensados que enfrentam dificuldades ou impossibilidades físicas de locomoção até uma unidade de saúde. Nessa modalidade, os cuidados são menos complexos e de menor frequência, com visitas mensais, e são realizados pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) dentro da capacidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁴.

A Modalidade AD2, por sua vez, atende àqueles(as) com problemas de saúde mais complexos que também têm dificuldades ou impossibilidades de locomoção. Isso inclui as pessoas que necessitam de maior frequência de cuidados e acompanhamento contínuo até a estabilização do quadro clínico. A responsabilidade pelos cuidados nesta modalidade recai sobre as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), com visitas semanais para garantir a estabilização e evitar hospitalizações⁴.

Já a Modalidade AD3 é similar à AD2, mas destinada a pacientes que precisam de equipamentos ou procedimentos especiais, como ventilação mecânica ou nutrição parenteral. Este tipo de atendimento é caracterizado pela necessidade de cuidados multiprofissionais mais frequentes e prolongados, geralmente envolvendo visitas contínuas para monitoramento e manutenção da saúde do paciente em casa⁴.

Os cuidados paliativos dentro do PMC têm recebido destaque, especialmente após a consolidação da Política Nacional de Cuidados Paliativos em 2024⁵. Esta política sublinha a importância de tratar não apenas a doença, mas também de aliviar o sofrimento total dos pacientes e suas famílias. Os cuidados paliativos no PMC buscam promover a autonomia dos pacientes, controlar a dor e fornecer suporte emocional, espiritual e psicológico, reconhecendo esses cuidados como um direito humano essencial e uma questão de justiça social³.

Portanto, o PMC não é apenas um mecanismo para fornecer tratamento médico, mas uma plataforma para a aplicação de princípios paliativos integrados, garantindo que os cuidados

sejam personalizados e alinhados com as singularidades dos(as) usuários(as). A integração eficaz dos cuidados paliativos no PMC pode ajudar a mitigar as complexidades associadas ao manejo de condições terminais em ambientes domiciliares, oferecendo um modelo para programas semelhantes em outras regiões.

Ademais, a AD no Brasil pode ser compreendida pela capacidade de reduzir os custos de hospitalização e aumentar a satisfação de usuários(as). Programas similares em outros países mostraram uma redução significativa nas taxas de readmissão hospitalar e uma melhora nos resultados de saúde dos pacientes⁶. Esse contexto evidencia a relevância de explorar e documentar as práticas e os impactos do PMC, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas de saúde.

Além disso, a implementação de programas de atenção domiciliar como o PMC está alinhada com as tendências globais de cuidado centrado nas pessoas. Em vários países, o aumento da prevalência de doenças crônicas e a necessidade de cuidados prolongados levaram ao desenvolvimento de políticas que promovem o atendimento domiciliar. Esses programas não só oferecem uma alternativa mais confortável e familiar para as pessoas, mas também têm mostrado resultados positivos em termos de qualidade de vida e satisfação dos(as) cuidadores(as)⁷.

Neste contexto, o presente estudo busca descrever o perfil de usuários(as) do PMC, explorando dados demográficos e clínicos no município de Bento Gonçalves de 2018 a 2022. Com esta análise, pretende-se contribuir para o corpo de conhecimento sobre a implementação de cuidados domiciliares e paliativos no contexto brasileiro.

MÉTODO

Este estudo quantitativo descritivo examinou o perfil dos usuários do Programa Melhor em Casa (PMC) no município de Bento Gonçalves entre os anos de 2018 e 2022. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – IFRS (parecer n.º 5.981.288; CAAE n.º 66895623.1.0000.8024), garantindo que todos os procedimentos estivessem em conformidade com os padrões éticos para a segurança e privacidade dos pacientes e em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Os dados foram coletados retrospectivamente a partir do sistema de Gestão Municipal de Saúde (G-Mus) e de prontuários eletrônicos. A seleção da amostra abrangeu 510 usuários(as) com dados analisados para idade, gênero, raça/cor, comorbidades, tipos de acompanhamento, desfechos clínicos (alta e óbito), mobilidade, bairro de residência e vias de alimentação.

A análise estatística foi conduzida utilizando o software Microsoft Excel e o pacote de

análise estatística Python. As análises focaram em frequências e porcentagens para entender as tendências e impactos do atendimento domiciliar fornecido pelo PMC. Para prever os desfechos de alta e óbito, foram realizados testes de regressão logística, considerando as variáveis idade, gênero, raça/cor, tempo de permanência no programa, tipo de acompanhamento (reabilitação ou paliativo), mobilidade, alimentação assistida e modalidade de atenção domiciliar. A regressão logística permitiu identificar os fatores associados aos desfechos clínicos, com os coeficientes indicando a mudança na *log-odds* do desfecho (óbito) para uma unidade de mudança na variável independente.

Além disso, foram calculados coeficientes populacionais para avaliar a proporção de usuários de diferentes grupos atendidos pelo programa em comparação com a população residente correspondente. Os dados utilizados para o cálculo do coeficiente são oriundos do Censo 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O coeficiente populacional foi calculado pela fórmula:

$$\text{Coeficiente Populacional} = (\text{Número de usuários do grupo} \div \text{População total do grupo}) \times 1000$$

Esse coeficiente permite avaliar se a proporção de usuários atendidos pelo programa é representativa em relação à população geral do município.

Cabe ressaltar que o PMC admite usuários com necessidade de cuidado domiciliar e dificuldade de locomoção até serviços de saúde, priorizando casos de alta hospitalar clinicamente estáveis e pessoas com condições crônicas acompanhadas pela APS/ESF. Casos que ainda requerem suporte hospitalar permanecem internados até a estabilização clínica, o que pode postergar a data de admissão e explicar esperas pontualmente maiores.

RESULTADOS

Entre 2018 e 2022, foram admitidos 510 usuários no Programa Melhor em Casa (PMC), dos quais 50,6% eram do sexo feminino e 49,4% do sexo masculino. A Tabela 1 apresenta os coeficientes populacionais, que são indicadores que permitem avaliar a proporção de usuários de diferentes grupos atendidos pelo programa em comparação com a população residente correspondente.

Tabela 1 – Total absoluto, relativo e coeficiente populacional do sexo e raça/cor de usuários/as, Programa Melhor em Casa, Bento Gonçalves, 2018 a 2022

	N	%	População total residente, 2022	Coeficiente populacional
Sexo				
Masculino	252	49,4%	59.695	0,42
Feminino	258	50,6%	63.456	0,40
Raça/cor				
Branca	462	90,5%	99.591	463,90
Preta	20	3,9%	5.109	391,47
Parda	22	4,3%	18.262	120,47
Amarela	6	1,1%	76	7,89
Total	510	100,00%	123.151	

Fonte: Elaborada pelos autores (2024)

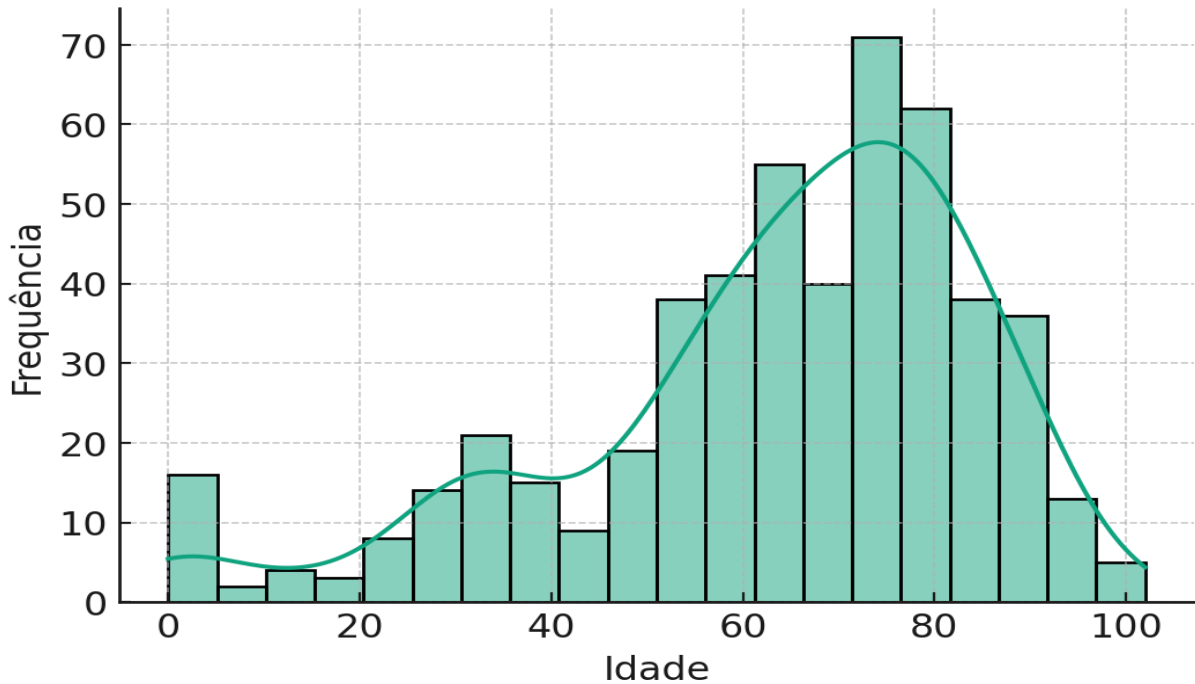
Os coeficientes populacionais para sexo no Programa Melhor em Casa revelam que, entre os usuários admitidos, a representatividade é quase equitativa entre os sexos, com coeficientes de 0,42% para homens e 0,41% para mulheres. Para a raça/cor, o coeficiente de 463,90% indica que a população branca está bem representada no PMC, com 90,5% dos usuários sendo brancos. Considerando que a população residente branca em 2022 foi de 99.591, este alto coeficiente sugere que os indivíduos brancos estão acessando os serviços do programa de maneira proporcionalmente maior. Os indivíduos pretos, com um coeficiente populacional de 391,47%, também mostram uma representatividade significativa no programa, apesar de constituírem apenas 3,9% dos usuários. Este coeficiente reflete que, proporcionalmente, a população preta está utilizando os serviços do PMC em uma taxa elevada, considerando a população residente de 5.109 pessoas.

O coeficiente de 120,47% para os indivíduos pardos, que compõem 4,3% dos usuários, revela uma menor representatividade em comparação com as populações branca e preta. A população residente de pardos é de 18.262, o que sugere que este grupo pode estar sub-representado no acesso aos serviços do PMC. O coeficiente populacional de 7,89% para a população amarela, que representa 1,1% dos usuários, é bastante baixo, refletindo uma sub-representação significativa deste grupo. Com apenas 76 indivíduos residentes, os resultados indicam uma necessidade de investigar as barreiras ao acesso ou a adequação dos serviços prestados a este grupo.

A distribuição etária dos usuários do Programa Melhor em Casa (Figura 1) revela uma

predominância de pacientes na faixa etária de 70 a 79 anos, com uma média de idade de aproximadamente 74,65 anos, representando 24,3% do total de usuários. Segue-se o grupo de 60 a 69 anos, que corresponde a 19,2% dos usuários, com uma média de idade de 64,51 anos.

Figura 1 – Distribuição da faixa etária de usuários(as), Programa Melhor em Casa, Bento Gonçalves, 2018 a 2022



Fonte: Elaborada pelos autores (2024)

Os grupos etários mais jovens, como 0-9 anos e 10-19 anos, apresentam menor representação, com 3,3% e 1,4% dos usuários, respectivamente. Observa-se também uma presença significativa de usuários com mais de 90 anos, constituindo 6,1% dos pacientes, com idades variando até 102 anos. A média geral de idade dos usuários é de 62,04 anos, evidenciando a predominância de idosos no programa.

Na Tabela 2 são detalhados os desfechos dos usuários do Programa Melhor em Casa de Bento Gonçalves entre 2018 e 2022, classificados por CID reagrupada. As doenças cardiorrespiratórias foram as mais prevalentes, totalizando 21,8% dos casos, seguidas por neoplasias e doenças do sangue com 22,4% e doenças neurológicas e mentais com 15,9%. As altas médicas representam 60,4% dos desfechos, enquanto os óbitos correspondem a 36,3%. Esses dados destacam a importância do programa no tratamento de doenças crônicas e complexas, principalmente entre a população idosa.

Tabela 2 – CID e desfecho de usuários(as), Programa Melhor em Casa, Bento Gonçalves, 2018 a 2022

CID		Alta	Óbito	Alta	ILPI	Total
Doenças infecciosas	N	18	4	1	0	23
	%	3,5%	0,80%	0,20%	0,00%	4,50%
Neoplasias e doenças do sangue	N	24	90	0	0	114
	%	4,7%	17,6%	0,0%	0,0%	22,4%
Doenças metabólicas e endócrinas	N	14	3	1	0	18
	%	2,7%	0,6%	0,2%	0,0%	3,5%
Doenças neurológicas e mentais	N	49	29	2	1	81
	%	9,6%	5,7%	0,4%	0,2%	15,9%
Doenças sensoriais	N	1	0	0	0	1
	%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Doenças cardiorrespiratórias	N	77	28	3	3	111
	%	15,1%	5,5%	0,6%	0,6%	21,8%
Doenças digestivas e da pele	N	26	12	0	1	39
	%	5,1%	2,4%	0,0%	0,2%	7,6%
Doenças musculoesqueléticas	N	9	3	1	0	13
	%	1,8%	0,6%	0,2%	0,0%	2,5%
Doenças do sistema reprodutivo	N	11	1	0	0	12
	%	2,2%	0,2%	0,0%	0,0%	2,4%
Afecções perinatais e congênitas	N	7	2	1	0	10
	%	1,4%	0,4%	0,2%	0,0%	2,0%
Outras categorias e fatores externos	N	72	13	3	0	88
	%	14,1%	2,5%	0,6%	0,0%	17,3%
Total	N	308	185	12	5	510
	%	60,4%	36,3%	2,4%	1,0%	100,0%

Fonte: Elaborada pelos autores (2024)

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas dos tempos de espera entre o encaminhamento e a admissão, bem como do tempo de permanência no Programa Melhor em Casa. Observa-se que o tempo de espera (n=325) apresentou média de 2,22 dias (DP=3,52), mediana de 1 dia, 1º quartil = 0, 3º quartil = 3 e máximo de 33 dias. Em relação ao tempo de permanência (n=323), a média foi de 94,73 dias (DP=194,14), mediana de 31 dias, 1º quartil = 6, 3º quartil = 88 e máximo de 1.923 dias. Esses resultados indicam que a maior parte das admissões ocorre rapidamente após o encaminhamento (75% em até 3 dias e 90% em até 6 dias), enquanto a permanência mostra dispersão elevada com casos de acompanhamento

prolongado.

Tabela 3 – Estatísticas descritivas dos tempos de espera e permanência, Programa Melhor em Casa, Bento Gonçalves, 2018 a 2022

Métrica	Tempo de espera (dias)	Tempo de permanência (dias)
Contagem	325	323
Média	2,22	94,73
Desvio padrão	3,52	194,14
Mínimo	0	0
1º quartil	0	6
Mediana	1	31
3º quartil	3	88
Máximo	33	1.923

Fonte: Elaborada pelos autores (2024)

A análise dos valores extremos (outliers) identificou tempos de espera superiores a 300 dias, atribuídos principalmente a casos encaminhados pela Atenção Primária à Saúde (APS) para manejo de condições crônicas estáveis, cuja admissão foi postergada por fatores clínicos ou administrativos. Também foram observados tempos de permanência superiores a dois anos, vinculados a usuários com necessidades contínuas de cuidado domiciliar, muitas vezes em contexto de doenças crônicas avançadas e ausência de alternativa assistencial adequada. Esses achados refletem especificidades dos critérios de admissão e permanência do PMC no município, bem como a priorização de altas hospitalares para redução de leitos ocupados.

A Tabela 4 apresenta os resultados da regressão logística utilizada para prever os desfechos de alta e óbito dos usuários do Programa Melhor em Casa no município de Bento Gonçalves entre os anos de 2018 e 2022. As variáveis analisadas incluem idade, gênero, raça/cor, tempo de permanência no programa, tipo de acompanhamento (reabilitação ou paliativo), mobilidade, alimentação assistida e modalidade de atenção domiciliar.

Os coeficientes estimados para cada variável, juntamente com seus erros padrão, valores z, p-valores e intervalos de confiança de 95%, estão detalhados na tabela. A variável constante representa a *log-odds* base do modelo. Os coeficientes positivos indicam um aumento na probabilidade do desfecho de óbito, enquanto os coeficientes negativos indicam uma diminuição nessa probabilidade.

As variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0.05$) foram: idade, gênero (masculino), tipo de acompanhamento (paliativo), mobilidade e modalidade de atenção domiciliar. Essas variáveis foram destacadas com um p-valor de <0.0001 na tabela, indicando

uma associação estatisticamente significativa com o desfecho de óbito.

Tabela 4 – Resultados da regressão logística para previsão de desfecho (alta vs. óbito) dos usuários do programa melhor em casa, Bento Gonçalves, 2018 a 2022

Variável	Coefficiente	Erro padrão	Valor z	p-valor	IC 95% inferior	IC 95% superior
Constante	-8,6036	1,35	-6,373	<0,0001	-11,25	-5,958
Idade	0,0107	0,004	2,655	0,008	0,003	0,019
Gênero (masculino)	-0,5538	0,208	-2,66	0,008	-0,962	-0,146
Raça/cor (preta)	-0,5567	0,618	-0,901	0,368	-1,768	0,655
Raça/cor (parda)	-0,6766	0,546	-1,238	0,216	-1,747	0,394
Tempo de permanência	-8,3E-05	0	-0,79	0,429	0	0
Reabilitação/paliativo	0,5732	0,145	3,956	<0,0001	0,289	0,857
Mobilidade (sim)	0,5947	0,116	5,117	<0,0001	0,367	0,822
Alimentação assistida	-0,0051	0,128	-0,04	0,968	-0,256	0,246
Modalidade AD	2,7938	0,613	4,557	<0,0001	1,592	3,995

Fonte: Elaborada pelos autores (2024)

No município, a modalidade AD1 representou parcela significativa dos atendimentos do PMC, sendo diretamente vinculada às equipes da APS para o acompanhamento de pacientes com condições estáveis e de menor complexidade. Essa modalidade demandou menor frequência de visitas e procedimentos, mas manteve elevado potencial preventivo, reforçando a importância da APS no acompanhamento contínuo, monitoramento de indicadores clínicos e articulação com outros níveis de atenção. Durante o período analisado, especialmente na pandemia de COVID-19, houve ampliação do uso da AD1, com o PMC assumindo temporariamente o acompanhamento de pacientes que, em condições habituais, seriam atendidos exclusivamente pela APS, como medida para reduzir deslocamentos, minimizar exposição ao vírus e assegurar a continuidade do cuidado.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo sobre o perfil dos usuários do Programa Melhor em Casa (PMC) no município de Bento Gonçalves revelaram uma predominância significativa de pacientes idosos, com a maioria tendo mais de 80 anos. Esse achado reflete a tendência de envelhecimento populacional e destaca a necessidade de abordagens específicas por parte das

equipes multidisciplinares de saúde⁸⁻¹⁰. A faixa etária avançada dos pacientes exige cuidados diferenciados, especialmente em relação à comunicação, orientação e execução das ações de saúde^{11,12}.

A análise dos dados demográficos indicou que a maioria dos usuários era do sexo feminino. Essa predominância pode ser explicada pela maior longevidade das mulheres, que tendem a viver mais, mas com maiores períodos de doenças crônicas que requerem cuidados prolongados¹³⁻¹⁵. Este resultado está alinhado com dados nacionais que apontam para uma expectativa de vida maior entre mulheres em comparação com homens, sugerindo a necessidade de políticas públicas que abordem as especificidades de gênero na prestação de cuidados domiciliares¹⁶⁻¹⁹.

Quanto à distribuição racial, a maior parte dos usuários era de indivíduos brancos, seguidos por pretos e pardos. Essa distribuição reflete a composição demográfica de Bento Gonçalves, mas também levanta questões sobre a equidade no acesso aos serviços de saúde. A sub-representação de grupos raciais minoritários no programa sinaliza a demanda de estratégias para melhorar a acessibilidade e a qualidade do atendimento oferecido a esses grupos, garantindo que todos tenham acesso equitativo aos cuidados domiciliares. Inúmeros estudos²⁰⁻²³ revelam que o racismo tende a gerar experiências menos satisfatórias e resultados piores em saúde em não-brancos quando comparados com usuários(as) brancos(as).

A análise dos coeficientes populacionais indicou que a população branca está proporcionalmente bem representada no PMC, enquanto a população parda apresenta uma menor representatividade, sugerindo a necessidade de investigar possíveis barreiras ao acesso enfrentadas por diferentes grupos raciais e implementar ações que promovam a inclusão e equidade no acesso aos serviços do programa.

Os dados clínicos mostraram que as doenças cardiorrespiratórias e as neoplasias foram as condições mais prevalentes entre os usuários do PMC, seguidas por doenças neurológicas e mentais. Essa predominância de doenças crônicas reforça a importância do PMC em fornecer cuidados paliativos e de reabilitação, focados não apenas no tratamento da doença, mas também na promoção da qualidade de vida dos pacientes. A alta taxa de óbitos entre os pacientes com neoplasias destaca a necessidade de uma atenção contínua e especializada em cuidados paliativos²⁴.

A análise de regressão logística realizada para prever os desfechos de alta e óbito dos usuários revelou que idade, gênero masculino, tipo de acompanhamento paliativo, mobilidade e modalidade de atenção domiciliar foram variáveis significativamente associadas ao desfecho de óbito. Esses achados são fundamentais para identificar usuários com maior risco e desenvolver intervenções direcionadas que possam melhorar os resultados clínicos e aumentar a eficiência do programa. A identificação dessas variáveis-chave permite uma abordagem mais

personalizada no cuidado em saúde, possibilitando a implementação de estratégias que visem a mitigação de riscos específicos e a otimização dos recursos disponíveis. Compreender as relações entre essas variáveis e os desfechos clínicos é essencial para aprimorar a qualidade da atenção domiciliar e promover a saúde e bem-estar das pessoas sob cuidados paliativos²⁵⁻²⁷.

A variação observada nos tempos de espera para admissão no PMC pode estar relacionada a múltiplos fatores, incluindo a complexidade clínica do paciente e a origem do encaminhamento. Encaminhamentos realizados pelos hospitais são registrados assim que chegam via e-mail, mas a instabilidade clínica pode requerer maior tempo de internação, postergando a admissão. Já os casos encaminhados pela APS (especialmente por equipes da ESF) tendem a envolver condições crônicas estáveis, o que pode levar a maior tempo de espera, dado que a prioridade é dada às altas hospitalares. Essa diferença reforça o papel estratégico da APS na identificação precoce, no manejo e na prevenção de agravamentos que levem à hospitalização, bem como na continuidade do cuidado domiciliar após a alta. Evidencia-se, assim, a importância de protocolos claros e fluxos integrados entre a APS, os serviços hospitalares e o PMC, alinhados à cobertura da ESF no território, para otimizar o tempo de admissão e potencializar a efetividade do programa.

A integração entre a APS e o PMC configura-se como um eixo estratégico para a efetividade da atenção domiciliar. A APS, ao possuir capilaridade territorial e vínculo com a comunidade, está em posição privilegiada para elaborar, junto ao PMC, estratégias personalizadas de cuidado que considerem o contexto social, cultural e epidemiológico da população atendida. Essa sinergia possibilita a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) robustos, a priorização de casos complexos e a otimização de recursos, evitando sobreposição de ações e ampliando o alcance e a efetividade das intervenções em saúde.

A predominância da modalidade AD1 entre os atendimentos do PMC reflete sua forte interface com a APS, que, pela capilaridade e vínculo com o território, coordena o cuidado de pacientes com condições estáveis e alto potencial de prevenção de complicações. Esse arranjo reduz a sobrecarga das modalidades mais complexas (AD2 e AD3) e fortalece o papel da APS como eixo estruturante da atenção domiciliar, inclusive em contextos emergenciais, como observado durante a pandemia de COVID-19.

A representatividade quase equitativa entre os sexos no PMC sugere um acesso proporcional aos serviços de saúde domiciliares por homens e mulheres, embora as mulheres predominem ligeiramente. Esse dado é relevante para o planejamento de cuidados que levem em consideração as diferenças de gênero nas necessidades de saúde e no manejo de condições crônicas, promovendo uma abordagem mais inclusiva e personalizada^{16,17}.

Adicionalmente, autores²⁸ defendem que o programa Melhor em Casa tem mostrado efetividade na redução de gastos hospitalares, com uma diminuição significativa das despesas

com internações em municípios onde o programa foi implementado. Os resultados apontam que o programa reduziu os gastos com internações hospitalares em aproximadamente 4,7% em 2011, 5,8% em 2012 e 10,2% em 2013²⁸. Essa redução é particularmente evidente entre grupos de risco, como mulheres grávidas e idosos, e em municípios com menos equipamentos hospitalares, demonstrando a eficácia do programa na gestão de recursos públicos e na melhoria dos cuidados de saúde domiciliares.

Pesquisa realizada na Paraíba²⁹ identificou a necessidade de melhorias na infraestrutura e na operacionalização dos SAD para assegurar a continuidade e a qualidade do cuidado domiciliar. O estudo destacou que muitas equipes não utilizam prontuário eletrônico, o que pode comprometer a continuidade do cuidado devido à fragmentação das informações dos pacientes. Além disso, foi evidenciada a falta de transporte próprio para as equipes, sendo a maioria dos deslocamentos feitos por meio de veículos compartilhados com outros serviços de saúde, o que pode causar atrasos e dificultar o acesso ao atendimento domiciliar. O estudo também ressaltou a importância da implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma estratégia para personalizar o cuidado e atender às necessidades específicas de cada paciente. A elaboração de PTS foi observada em 56,5% das equipes, indicando que há espaço para a expansão desta prática para melhorar a qualidade da assistência²⁹.

Os resultados deste estudo corroboram a literatura³⁰ sobre a organização do PMC em municípios de Minas Gerais que destacou que a integração entre elementos de gestão e assistenciais é fundamental para o sucesso do programa, reduzindo a fragmentação dos serviços e atendendo às necessidades de saúde dos usuários de forma eficaz.

Embora os resultados indiquem a efetividade do PMC, a sub-representação de determinados grupos raciais exige análise adicional. Possíveis barreiras socioeconômicas, culturais e geográficas (incluindo iniquidades históricas no acesso à saúde, racismo estrutural e institucional, menor presença de serviços em territórios racializados e barreiras na comunicação entre equipes e famílias) podem limitar o encaminhamento e a permanência desses usuários no programa. Situações como endereços incompletos, dificuldade de acesso em áreas rurais e desconhecimento sobre critérios de elegibilidade reforçam a necessidade de estratégias proativas, como busca ativa e comunicação assertiva com as equipes de APS de referência. Esses fatores, ao impactarem diretamente a equidade e a integralidade do cuidado, demandam ações integradas e contínuas, bem como aprofundamento em estudos futuros para compreensão de sua magnitude e enfrentamento.

CONCLUSÃO

O presente estudo sobre o perfil dos usuários do Programa Melhor em Casa (PMC) no município de Bento Gonçalves revelou aspectos sobre o impacto do programa de atenção domiciliar. A análise dos dados demográficos e clínicos dos 510 usuários entre 2018 e 2022 demonstraram que o PMC tem atendido predominantemente usuários(as) idosos(as), brancos(as), especialmente mulheres, refletindo a maior longevidade feminina e a maior necessidade de cuidados prolongados devido a doenças crônicas. Esse achado ressalta a importância de políticas públicas voltadas para o envelhecimento populacional e a necessidade de estratégias específicas de atendimento para esse gênero e grupo etário.

Os resultados também indicam uma representatividade desigual entre os diferentes grupos raciais, com uma predominância de usuários brancos e uma sub-representação de pardos e pretos. Essa desigualdade no acesso aos serviços de saúde domiciliar aponta para a necessidade de ações afirmativas que promovam a equidade racial no acesso aos cuidados de saúde. Melhorar a acessibilidade e a qualidade do atendimento oferecido a esses grupos pode contribuir para uma maior inclusão e justiça social no sistema de saúde.

Com base nos resultados encontrados, recomenda-se o fortalecimento de mecanismos que assegurem acesso oportuno e equitativo ao PMC, com protocolos de encaminhamento ágeis e comunicação efetiva entre a APS e a atenção domiciliar. É essencial investir na formação continuada das equipes multiprofissionais, com ênfase em cuidados paliativos, manejo de doenças crônicas e abordagem centrada no paciente e na família, garantindo que as práticas assistenciais estejam alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Atenção Domiciliar. Adicionalmente, políticas públicas devem priorizar a superação de barreiras que afetam grupos sub-representados, incorporando estratégias de busca ativa, monitoramento de indicadores de equidade e integração intersetorial para enfrentar determinantes sociais da saúde. Tais medidas podem ampliar a resolutividade da atenção domiciliar e contribuir para a efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade no SUS.

Adicionalmente, a predominância de doenças crônicas, como as cardiopulmonares e neoplasias, entre usuários(as) do PMC enfatiza a relevância do programa em fornecer cuidados paliativos e de reabilitação. A alta taxa de óbitos entre pessoas com neoplasias reforça a demanda de uma atenção contínua e especializada, garantindo que os cuidados não se limitem ao tratamento da doença, mas também à promoção da qualidade de vida dos pacientes e a um acolhimento que perpassa a tecnicidade, incluindo estratégias diferenciadas de enfrentamento do fim da vida.

A análise de regressão logística, por sua vez, destacou que variáveis como idade, gênero, tipo de acompanhamento e modalidade de atenção domiciliar foram fatores significativamente

associados aos desfechos clínicos, fornecendo uma base para intervenções direcionadas que possam melhorar a eficiência e a eficácia do programa. Os achados também reforçam que a articulação entre a APS e o PMC é fundamental para garantir o alcance e a efetividade do cuidado domiciliar. A APS, por sua presença contínua no território e pelo vínculo com a comunidade, desempenha papel relevante na identificação precoce de necessidades, no manejo de condições crônicas e na coordenação de ações junto ao PMC. Essa integração deve orientar a elaboração de estratégias, a avaliação sistemática do trabalho das equipes e o fortalecimento dos PTS, visando otimizar recursos e promover maior equidade e qualidade no cuidado ofertado.




Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A utilização de dados secundários pode estar sujeita a incompletude, inconsistências ou vieses de registro, o que pode influenciar a precisão e a comparabilidade das análises. Ademais, a ausência de informações qualitativas restringe a compreensão de dimensões subjetivas do cuidado, como a satisfação de usuários(as) e familiares, as percepções sobre a qualidade da assistência e as barreiras enfrentadas no cotidiano. Investigações futuras, com metodologias mistas e integração de dados primários e qualitativos, poderão aprofundar essas dimensões e oferecer uma compreensão mais abrangente e contextualizada do impacto do Programa Melhor em Casa.

REFERÊNCIAS

1. Merino M, Marques M, Egurbide M, Romo M, Rodríguez I, García M, et al. Deploying integrated care models for frail elderly patients. *Int J Integr Care* [Internet]. 2015 [acesso em 2024 jun. 15];15. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/ijic.2119>.
2. Leff B, Burton L, Mader S, Naughton B, Burl J, Inouye S, et al. Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med* [Internet]. 2005 [acesso em 2024 jun. 22];143:798-808. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Vol. 2 [Internet]. [acesso em 2024 jun. 28]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/caderno-de-atencao-domiciliar>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.444, de 2 de abril de 2024. Estabelece a suspensão temporária da transferência a estados e municípios, de recursos incluídos no bloco de atenção de média e alta complexidade (MAC), destinados ao custeio de equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e equipes multiprofissionais de apoio (Programa Melhor em Casa). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 abr. 2024 [Internet]. [acesso em 2024 jun. 30]. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3444_04_04_2024.html#:~:text=Estab%20elece%20a%20suspens%C3%A3o%20tempor%C3%A1ria%20da,\(Programa%20Melhor%20em%20Casa\)](https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3444_04_04_2024.html#:~:text=Estab%20elece%20a%20suspens%C3%A3o%20tempor%C3%A1ria%20da,(Programa%20Melhor%20em%20Casa)).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a

- Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. [Internet]. [acesso em 2024 jul. 1]. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html.
6. Lizano-Díez I, Amaral-Rohter S, Pérez-Carbonell L, Aceituno S. Impact of home care services on patient and economic outcomes: a targeted review. *Home Health Care Manag Pract* [Internet]. 2022 [acesso em 2024 jun. 29];34(2):148-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10848223211038305>.
 7. Rajão FL, Martins M. Atenção domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 May [acesso em 2024 jun. 26];25(5):1863-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.
 8. Burke M, Laramie J, Bozzonetti P, Romano K. Primary care of the older adult: a multidisciplinary approach. *Care Manag J* [Internet]. 2000 [acesso em 2024 jul. 2];2:253-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/1521-0987.2.4.253>.
 9. Tieman J, Mitchell G, Shelby-James T, Currow D, Fazekas B, O'Doherty L, et al. Integration, coordination and multidisciplinary care: what can these approaches offer to Australian primary health care? *Aust J Prim Health* [Internet]. 2007 [acesso em 2024 jun. 24];13:56-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/PY07024>.
 10. Bonney A, Magee C, Pearson R. Cross-sectional survey of older patients' views regarding multidisciplinary care for chronic conditions in general practice. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2014 [acesso em 2024 jun. 30];20(1):27-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/PY12101>.
 11. Burke M, Laramie J, Bozzonetti P, Romano K. Primary care of the older adult: a multidisciplinary approach. *Care Manag J* [Internet]. 2000 [acesso em 2024 jul. 1];2:253-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/1521-0987.2.4.253>.
 12. Solheim K, McElmurry B, Kim M. Multidisciplinary teamwork in US primary health care. *Soc Sci Med* [Internet]. 2007 [acesso em 2024 jun. 22];65(3):622-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.028>.
 13. Yadegarfar M, Jagger C, Duncan R, Fouweather T, Hanratty B, Parker S, et al. Use of primary care and other healthcare services between age 85 and 90 years: longitudinal analysis of a single-year birth cohort, the Newcastle 85+ study. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [acesso em 2024 jun. 29];8. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019218>.
 14. Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Gonçalves M, Trindade T, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2006 [acesso em 2024 jun. 28];6:156. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>.
 15. Leach B, Morgan P, Oliveira J, Hull S, Østbye T, Everett C. Primary care multidisciplinary teams in practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2017 [acesso em 2024 jun. 27];18. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0701-6>.
 16. Huang F, Ho C, Liao J, Hsiung C, Yu S, Zhang K, et al. Medical care needs for patients receiving home healthcare in Taiwan: do gender and income matter? *PLoS One* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jun. 24];16. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247622>.
 17. Heusinger J, Dummert S. [Gender-specific needs of nursing home residents: focus on personal hygiene]. *Z Gerontol Geriatr* [Internet]. 2016 [acesso em 2024 jul. 3];49(8):685-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1146-6>.
 18. Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Soc Sci Med* [Internet]. 2000

- [acesso em 2024 jun. 28];51(6):931-9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00072-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00072-1).
19. Sutherland N, Ward-Griffin C, McWilliam C, Stajduhar K. Discourses reproducing gender inequities in hospice palliative home care. *Can J Nurs Res [Internet]*. 2018 [acesso em 2024 jun. 25];50:189-201. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0844562118788239>.
 20. Smith J, Jarrín O, Lin H, Tsui J, Dharamdasani T, Thomas-Hawkins C. Racial disparities in post-acute home health care referral and utilization among older adults with diabetes. *Int J Environ Res Public Health [Internet]*. 2021 [acesso em 2024 jun. 30];18. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18063196>.
 21. Constante H, Marinho G, Bastos J. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2021 [acesso em 2024 jun. 22];26(9):3981-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.47412020>.
 22. Davitt J. Racial/ethnic disparities in home health care: charting a course for future research. *Home Health Care Serv Q [Internet]*. 2012 [acesso em 2024 jun. 26];31:1-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01621424.2011.641919>.
 23. Smith L, Anderson W, Kenyon A, Kinyara E, With S, Teichman L, et al. Racial and ethnic disparities in patients' experience with skilled home health care services. *Med Care Res Rev [Internet]*. 2015 [acesso em 2024 jul. 2];72:756-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077558715597398>.
 24. Santos R, Zambaldi E, Araújo R, Rosa C, Rosa A. Fragilidades e potencialidades na rede de assistência aos pacientes com câncer de boca em Palmas, Tocantins, Brasil. *Rev Patol Tocantins [Internet]*. 2019 [acesso em 2024 jun. 28]. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2019v6n2p70>.
 25. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, Leland NE, Miller SC, Morden NE, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA [Internet]*. 2013 [acesso em 2024 jun. 26];309(5):470-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2012.207624>.
 26. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care [Internet]*. 2013 [acesso em 2024 jun. 29];12:7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>.
 27. Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG. Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol [Internet]*. 2010 [acesso em 2024 jun. 30];28(29):4457-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.26.3863>.
 28. Nishimura F, Carrara AF, Freitas CE. Effect of the Melhor em Casa Program on hospital costs. *Rev Saude Publica [Internet]*. 2019 [acesso em 2024 jun. 24];53:104. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000859>.
 29. Cavalcante MEPL, Santos MM, Toso BRG de O, Vaz EMC, Lima PMV de M, Collet N. Melhor em Casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2022 [acesso em 2024 jun. 28];26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001PT>.
 30. Castro EAB de, Leone DRR, Santos CM dos, Neta F das CCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2018 [acesso em 2024 jul. 3];39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>.

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Rosenilda Correa Imperatori	Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves (PBG)	https://orcid.org/0009-0002-7073-6446	http://lattes.cnpq.br/4852899462660371
Mauricio Polidoro	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS)	https://orcid.org/0000-0002-7278-0718	http://lattes.cnpq.br/9713119960141699
Michele Girolometto Fracalossi	Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves (PBG)	https://orcid.org/0000-0001-7422-3993	http://lattes.cnpq.br/5489600738753285
Daniel Canavese de Oliveira	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	https://orcid.org/0000-0003-0110-5739	http://lattes.cnpq.br/1751907817242439
Roger dos Santos Rosa	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	https://orcid.org/0000-0002-7315-1200	http://lattes.cnpq.br/6601104117405392
Arthur de Almeida Medeiros	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	https://orcid.org/0000-0002-2192-8823	http://lattes.cnpq.br/4390913887382221
Stela Nazareth Meneghel	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	https://orcid.org/0000-0002-7219-7178	http://lattes.cnpq.br/5629187439658997
Autor correspondente	Mauricio Polidoro  mauricio.polidoro@gmail.com		

Metadados		
Submissão: 15 de julho de 2024	Aprovação: 10 de fevereiro de 2026	Publicação: 19 de junho de 2026
Como citar (Vancouver)	Imperatori RC, Polidoro M, Fracalossi MG, Oliveira DC, Rosa RS, Medeiros AA, Meneghel SN. Perfil dos(as) usuários(as) do Programa Melhor em Casa do município de Bento Gonçalves, RS. Rev. APS [Internet]. 2026; 29 (único): e292645249. DOI: 10.34019/1809-8363.2026.v29.45249	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Os autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: RCI, MP. Coleta dos dados: MGF. Análise ou interpretação dos dados: RCI, MP, MGF, DCO, RSR, AAM, SNM. Elaboração do rascunho: RCI, MP. Revisão crítica do conteúdo: DCO, RSR, AAM, SNM. Os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho	

Início