Revista de APS
ISSN: 1809-8363 (*on-line*)

Artigo Original

Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais: evolução do Programa Melhor em Casa

Home care in the Unified Health System of Minas Gerais: evolution of the Better at Home Program

Henrique Ayupe Mota Henriques, Kenner Quintão Castro, Caroline Campos Fonseca, Estela Márcia Saraiva Campos

Autoria

Metadados

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil das solicitações de avaliação de elegibilidade do PMeC no estado de Minas Gerais. **Método:** Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo sobre o PMeC, período de 2016 a 2024. Extraíram-se dados do Sisab/E SUS- AD de 94 municípios-sedes. Coletaram-se variáveis para caracterizar o perfil das solicitações de avaliação de elegibilidade para ingresso ao programa, motivos clínicos e desfechos das solicitações. Os dados foram organizados em um banco de dados utilizando o programa Excel, e a análise descritiva calculou frequências absolutas e percentuais. **Resultados:** Registraram-se 218.164 solicitações de avaliação, sendo o perfil predominante sexo feminino (53,1%), cor de pele parda (49,9%), idade superior a 60 anos (62,9%); pacientes domiciliados (68,9%). A maioria das solicitações foram provenientes de hospitais (56,8%) e unidades de pronto atendimento (20,0%) e 88% foram classificadas em AD2. Foram classificadas como solicitações inelegíveis 16.569, e, entre os motivos de exclusão, destacam-se motivos clínicos inelegíveis, ausência de cuidador e necessidade de propedêutica complementar. **Conclusão:** O PMeC de MG vem promovendo a desospitalização de pacientes em estabilidade clínica e sendo um dos pontos de atenção da rede assistencial. Este estudo contribui para discussões sobre o aprimoramento do programa, ao instrumentar gestores e profissionais. Com base nas informações, identificou-se a necessidade de melhoria do registro dos dados, como também aprimoramento da base de dados do PMeC.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Assistência Domiciliar. Sistema Único de Saúde. Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the profile of PMeC eligibility assessment requests in the state of Minas Gerais. **Method:** Quantitative, descriptive and retrospective study on PMeC, period from 2016 to 2024. Data extracted from SISAB/E SUS-AD, from 94 host municipalities. Variables were collected to characterize the profile of eligibility assessment requests for entry into the program, the clinical reasons and the outcomes of the requests. The data was organized in a database using the Excel program, and the descriptive analysis calculated absolute frequencies and percentages. **Results:** 218,164 evaluation requests were registered, with the predominant profile being female (53.1%), with brown skin color (49.9%), people over 60 years old (62.9%); domiciled patients (68.9%). The majority of requests came from hospitals (56.8%) and emergency care units (20.0%) and 88% were classified as AD2. Of the total, 15,211 requests were classified as ineligible, among the reasons for exclusion being ineligible clinical reasons, absence of caregiver and need for additional workup. **Conclusion:** The PMeC of MG has been promoting the dehospitalization of patients in clinical stability and being one of the points of attention of the care network. The study will contribute to discussions about improving the program, by providing instruments to managers and professionals. When evaluating the information, the need to improve data recording was identified, as well as improving the database.

KEYWORDS: Home Care Services. Unified Health System. Health Systems.

INTRODUÇÃO

Em 2011, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Domiciliar (Pnad), que é operada pelo Programa Melhor em Casa (PMeC), com o intuito de potencializar a Atenção Domiciliar (AD), oferecendo cuidado domiciliar para pacientes que precisam de atenção contínua. Após versões de normativas, a AD, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi definida como modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção da saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados[1].

O PMeC incorpora a atenção domiciliar à Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que compõe uma das RAS no SUS, que são modelo de organização dos serviços de saúde definido pela Portaria nº 1.600/2011 do Ministério da Saúde (MS). A execução dos serviços de AD, conforme proposto pela Portaria GM/MS nº 2.527/2011-MS, foi delegada às denominadas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (Emads) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (Emaps), sendo essa mesma legislação responsável por estabelecer critérios de habilitação de estabelecimentos de saúde aos quais essas equipes são vinculadas, os denominados Serviços de Atenção Domiciliar (SADs)[1].

Posteriormente, em 2013 e 2016, novas versões de portarias foram promulgadas com atualização dos critérios mínimos de habilitação dos municípios ao programa, diferenciaram as equipes e estabeleceram novas regras de financiamento. Atualmente, a Portaria nº 3.005/2024 do Ministério da Saúde rege o PMeC, por meio dela se introduziu a possibilidade de novas equipes, além de inserir a modalidade de atendimento remoto[2].

A AD é indicada para pacientes em estabilidade clínica que necessitem de atenção à saúde em leito ou no domicílio, de forma temporária ou permanente, ou em situação na qual é considerado o modelo mais oportuno para oferecer o cuidado de que esses usuários necessitam (tratamento, paliação, reabilitação, prevenção de agravos, etc.). As normativas classificam a AD em três categorias: AD1 – voltada a pacientes clinicamente estáveis, com dificuldade de locomoção e necessidade de cuidados menos complexos e visitas esporádicas; AD2 – destinada a pessoas com limitações semelhantes, mas que requerem assistência mais frequente, multiprofissional e de maior complexidade e AD3 – atende casos que demandam cuidados de alta complexidade e uso de equipamentos especializados[1].

Por meio dessa organização, delega-se a responsabilidade de prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 às equipes de atenção básica de saúde, e, nas modalidades AD2 e AD3, ao SAD por meio das Emads e Emaps. O programa tem como objetivo evitar internações

desnecessárias ou prolongadas, resultando em redução de custos e na otimização do gerenciamento de leitos, ao diminuir a sobrecarga de hospitais e unidades de urgência e propiciar uma assistência humanizada e personalizada, com respeito ao ambiente familiar do paciente e suporte contínuo e especializado, estimulando a desospitalização[2].

Para implementar o PMeC e ativar o SAD em um município, é preciso que este cumpra uma série de condições, entre elas: contar com uma população igual ou superior a 20 mil habitantes, sendo possível, o agrupamento de municípios com população inferior a esse número em uma coalização para atingir o requisito populacional, e implantar o SAD de forma regional; contar com um hospital de referência no município ou região a qual integra; possuir cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) habilitado e em funcionamento, ou serviço de atendimento equivalente em municípios com mais de 40 mil habitantes; e possuir cobertura mínima de 60% da Atenção Primária à Saúde (APS), considerando a cobertura de saúde suplementar. Contemplados esses requisitos, cabe ao gestor de saúde elaborar projeto para criação do SAD e enviá-lo ao Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAHU/SAS/MS) por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde[1].

A adesão ao programa é voluntária. Segundo o Ministério da Saúde, em novembro de 2024, dos 5.570 municípios brasileiros, 18% (mil) aderiram ao PMeC[3], com a atuação de 2.187 equipes. No ano de 2023, o número de atendimentos total foi 5.190.708, com uma média de 432 mil por mês[4]. No estado de Minas Gerais, em 2024, dos 853 municípios, 105 estavam habilitados e contavam com a atuação de 247 equipes em 16 macrorregiões de saúde[5].

A política pública de atenção domiciliar compõe uma das iniciativas do SUS voltadas para a mudança do modelo assistencial centrado na doença e no cuidado no ambiente hospitalar para espaços de atenção não tradicionais. Busca dar resposta, especialmente, às mudanças demográficas e epidemiológicas, contribuir para viabilidade e sustentabilidade econômica do SUS, além de promover maior bem-estar aos usuários e às suas famílias por meio da oferta do cuidado no ambiente domiciliar.

Assim, o PMeC, por fazer parte da RAS, viabiliza a ampliação de cuidados aos indivíduos que são elegíveis para o programa, contribuindo para a promoção da saúde daqueles que não conseguem outras formas de acesso ou para a desospitalização. Nesse sentido, é importante entender a dinâmica de atendimentos, assim como o direcionamento e a evolução do PMeC, tomando como cenário de estudo o estado de Minas Gerais.

Sendo assim, o estudo buscou analisar o perfil das solicitações de avaliação de elegibilidade do Programa Melhor em Casa (PMeC) no estado de Minas Gerais, no período de 2016 a 2024. Para tanto, foram identificadas as características do perfil das solicitações de avaliação de elegibilidade para ingresso ao programa e analisados os motivos clínicos das

solicitações e os desfechos das avaliações elegíveis e inelegíveis ocorridas no período de estudo.

A relevância de conhecer a evolução dessa iniciativa em Minas Gerais se deve ao fato de este ser um estado no qual a população acima de 60 anos, de acordo com o censo de 2022, correspondia a 17,8% do total de habitantes do estado. Percentual que é superior ao observado para essa faixa etária na região Sudeste e no Brasil, que representam 12,2% e 10,9% respectivamente[6]. Esse levantamento se justifica também considerando que o contexto de envelhecimento populacional, por estar intimamente relacionado à elevação da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), acarreta um aumento nas demandas de assistência domiciliar.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo sobre o PMeC em Minas Gerais, de 2016 a 2024, período em que o PMeC passou a contar com o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab/ E-SUS AD). O cenário de estudo foram os municípios mineiros credenciados ao programa, com base no que estabelece a Portaria GM/MS nº 3.005/2024. Segundo o Ministério da Saúde, 105 municípios estavam habilitados ao PMeC do SUS até dezembro de 2024, sendo 94 sedes e 11 consorciados.

As informações coletadas são referentes aos 94 municípios-sedes, uma vez que os dados das cidades consorciadas são registrados na produção dos municípios-sedes, a partir das fichas de avaliação de elegibilidade e admissão e de atendimento, ambas preenchidas pelos profissionais de saúde das equipes do programa.

Tendo em vista a indisponibilidade para domínio público do banco de dados, este foi solicitado ao MS, por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI), via protocolo *on-line*. A coleta de dados foi organizada de acordo com os objetivos específicos do estudo, a saber:

- Objetivo Específico I: identificar o perfil das solicitações de avaliação de elegibilidade para ingresso ao PMeC. Foram estudadas as variáveis: quantidade de solicitações de avaliações de elegibilidade realizadas (com a possibilidade de mais de uma por paciente), sexo (feminino, masculino), faixas etárias (< 28 dias, 28 dias a 5 anos, 6 a 14 anos, 15 a 29 anos, 30 a 59 anos, 60 a 79 anos e ≥80 anos), raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena), serviço de saúde solicitante (atenção básica, hospital, unidade de pronto atendimento – UPA e Centros de Referências de Alta Complexidade em Oncologia/Unidades de Assistência de Alta Complexidade – Cacons/Unacons, iniciativa de paciente/terceiros e outros), condição do paciente (acamado, domiciliado).
- Objetivo Específico II: analisar os motivos clínicos das solicitações ao PMeC. Foram

coletados dados referentes às condições clínicas que motivaram as solicitações de AD identificadas: lesão de úlceras/feridas; suporte nutricional (acompanhamento nutricional, sonda nasogástrica e sonda nasoenteral); estomias (gastrostomia, colostomia, cistostomia e uso de traqueostomia); sonda vesical de demora; suporte perioperatório (acompanhamento pré-operatório e pós-operatório); reabilitação e recursos assistivos (adaptação ao uso de órtese e prótese e reabilitação domiciliar); cuidados paliativos (cuidados oncológicos e cuidados não oncológicos); suporte ventilatório e respiratório (oxigenoterapia domiciliar, uso de aspirador, suporte para CPAP e BiPAP); terapias dialíticas e drenagens (diálise peritoneal e paracenteses) e medicação parenteral.

- Objetivo Específico III: analisar os desfechos das avaliações elegíveis e inelegíveis do PMeC. Foram coletados dados referentes às variáveis: quantidade de avaliações de elegibilidade e inelegibilidade, quantidade de avaliações elegíveis classificadas em AD1, AD2, AD3.

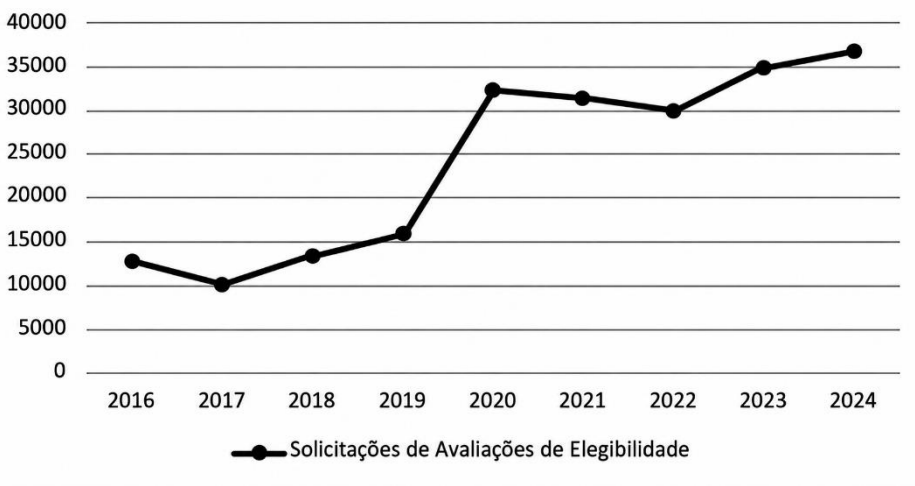
As informações foram organizadas em um banco de dados utilizando o programa Excel, versão 2016 e a análise descritiva calculou frequências absolutas e percentuais. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF (parecer n.º 6.266.435; CAAE n.º 68439823.0.0000.5147), seguindo as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Até dezembro de 2024, o estado de Minas Gerais contava com 105 municípios credenciados no PMeC, sendo a produção deste registrada nos 94 municípios-sedes, conforme orientação do MS. Por falhas no preenchimento, há ausência de dados de determinadas variáveis analisadas, acarretando variações no valor de “n" referente aos somatórios. Importante também ressaltar que o registro no banco de dados do Sisab/ E-SUS AD ocorre por demanda e não por paciente, assim uma pessoa pode apresentar mais de uma solicitação de avaliação de elegibilidade por motivos diferentes.

Entre 2016 e 2024, foram registradas 218.164 solicitações de avaliações de elegibilidade. Nesse intervalo, observaram-se oscilações, mas com crescimento progressivo, com destaque para o ano de 2020, em que houve expressivo aumento, de 15.748 em 2019 para 32.102 solicitações, aumento de 103,9% (Figura 1).

Figura 1 - Evolução das solicitações de elegibilidade - PMeC - MG - 2016 a 2024



Fonte: elaborada pelos autores

Das 216.064 solicitações com registro de sexo, verificou-se predomínio do sexo feminino (114.727; 53,1%), que supera o masculino (101.337; 46,9%) em 6,2% das solicitações. Quanto à faixa etária (n = 211.934), as solicitações concentraram-se nas idades de 60 a 79 anos (80.156; 37,8%), ≥80 anos (53.335; 25,1%) e 30 a 59 anos (53.250; 25,1%). A população com 60 anos ou mais representou 62,9% do total. Cabe destacar que, em todas as faixas etárias, houve demanda para AD. A Tabela 1, a seguir, apresenta a distribuição das solicitações por sexo e faixa etária.

Tabela 1 - Distribuição das solicitações por sexo e faixa etária – PMeC MG – 2016 – 2024

Ano	Avaliações	Fem	Masc	<28d	28 A 5	6 A 14	15 A 29	30 A 59	60 A 79	>80
2016	13.362	6.283	5.459	119	865	198	844	3.101	3.961	2.426
2017	10.161	5.551	4.610	91	705	145	727	2.530	3.538	2.245
2018	14.085	7.208	6.233	153	487	162	876	3.345	4.933	3.219
2019	15.748	8.326	7.422	213	363	110	918	3.958	5.937	3.871
2020	32.102	16.678	15.424	477	727	421	2.057	9.541	11.526	6.790
2021	31.286	17.270	14.015	473	1.045	489	1.862	7.176	11.722	7.924
2022	30.004	16.023	14.146	452	1.083	358	1.614	7.045	11.418	7.837
2023	34.840	18.363	16.477	444	792	333	1.824	7.974	13.407	9.280
2024	36.576	19.025	17.551	458	700	480	2.128	8.580	13.714	9.743
TOTAL	218.164	114.727	101.337	2.880	6.767	2.696	12.850	53.250	80.156	53.335

Legenda: Fem: Feminino; Masc: Masculino

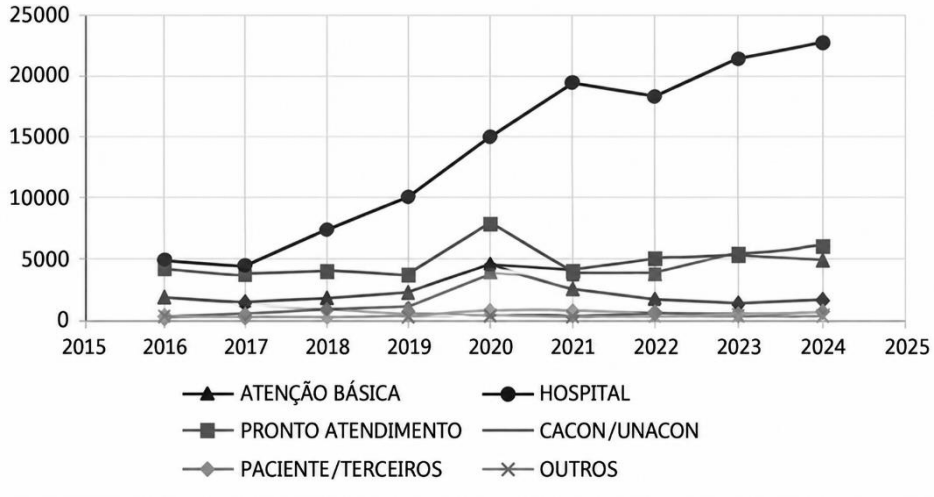
Fonte: elaborada pelos autores

No que tange às solicitações que apresentaram registro de raça/cor (n = 175.454), houve predominância de pacientes pardos (87.587; 49,9%) e brancos (64.442; 36,7%). Em relação às condições dos pacientes (n= 212.469), foram identificados 66.178 pacientes acamados (31,1%)

e 146.291 domiciliados (68,9%).

Quanto à origem das solicitações (n = 216.156), verificou-se que a maioria foi proveniente de hospitais (123.105; 56,9%) e unidades de pronto atendimento (43.145; 20,0%), seguidas das oriundas da atenção básica (31.317; 14,5%). As solicitações vindas de Cacons/Unacons (789; 0,4%) representaram a minoria. A procura por AD pelo próprio paciente ou por terceiros registrou apenas 1,2% do total das solicitações, representadas na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição das solicitações por serviço de saúde **–** PMeC MG – 2016 a 2024



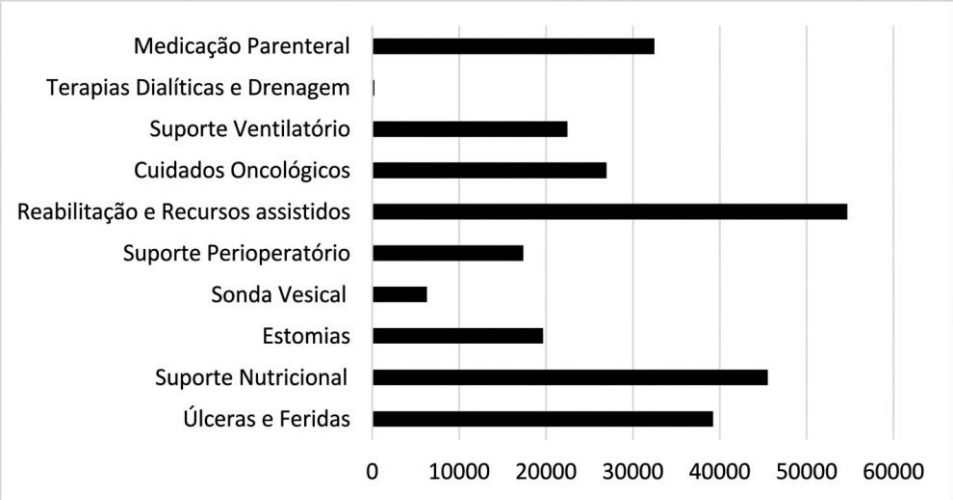
Fonte: elaborada pelos autores

Em relação aos motivos de solicitação para inclusão dos pacientes no Programa (n = 265.426), observa-se: presença de úlceras e feridas registrada em 39.218 solicitações (14,8%); suporte nutricional em 45.594 (17,2%), correspondendo a pacientes em acompanhamento nutricional, uso de sonda nasogástrica ou sonda nasoenteral; no que se refere às estomias, foram observados 19.809 registros (7,5%), nestes se incluem pacientes em uso de traqueostomia, gastrostomia, colostomia ou cistostomia; o uso de sonda vesical esteve presente em 6.369 solicitações (2,4%); quanto ao suporte perioperatório, identificaram-se 17.348 solicitações (6,5%) relacionadas ao acompanhamento pré ou pós-operatório; as solicitações para reabilitação e recursos assistivos, que abrangem reabilitação domiciliar e adaptação ao uso de órteses e próteses, corresponderam a 54.705 registros (20,6%); os cuidados paliativos totalizaram 26.982 solicitações (10,2%), contemplando tanto casos oncológicos quanto não oncológicos; o suporte ventilatório esteve presente em 22.485 registros (8,5%), distribuídos entre oxigenoterapia domiciliar, aspirador, CPAP e BiPAP; a categoria de terapias dialíticas e drenagens somou 350 solicitações (0,1%), relacionadas a pacientes em diálise peritoneal ou paracentese; e, por fim, a necessidade de medicação parenteral foi identificada em 32.566 solicitações (12,3%).

Cabe destacar que, na categoria motivo (condições clínicas), uma mesma solicitação

pode conter mais de uma indicação. Distribuição representada na Figura 3.

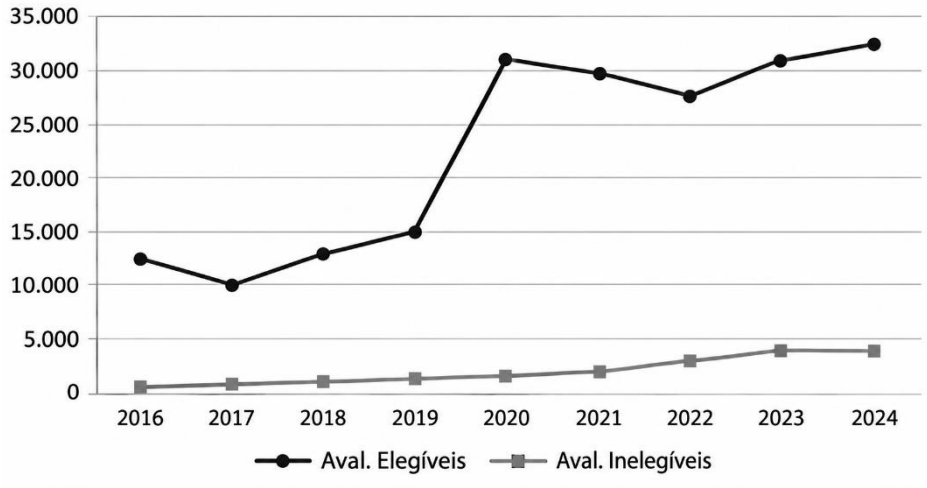
Figura 3 - Frequência de motivos para solicitações **-** PMeC - MG - 2016 a 2024



Fonte: elaborada pelos autores

O desfecho das solicitações de avaliação de elegibilidade é “elegível” ou “inelegível”. No período estudado, as elegíveis somaram 201.595 e as inelegíveis, 16.569. Destaca-se o crescimento dos desfechos elegíveis entre 2019 (14.869) e 2020 (31.084), período em que, de um ano para o outro, houve um acréscimo de 16.215 avaliações elegíveis, o que representa um aumento de 109,0%. A Figura 4 apresenta tais resultados.

Figura 4 - Distribuição dos desfechos das solicitações **-** PMeC - MG – 2016 a 2024.



Fonte: elaborada pelos autores

As 201.595 avaliações elegíveis foram classificadas em AD1, AD2, AD3. Para AD1, foram 15.356 (7,6%), AD2 177.670 (88,1%) e AD3 8.569 (4,3%).

Tabela 2- Distribuição das modalidades de Atenção Domiciliar - PMeC - MG - 2016 a 2024

Ano	AD1	AD2	AD3
2016	720	11.135	260
2017	663	8.947	163
2018	688	11.841	193
2019	1.041	13.331	305
2020	2.118	28.016	950
2021	1.823	26.664	1.364
2022	2.351	23.825	1.392
2023	3.111	26.360	1.622
2024	2.841	27.578	2.320
TOTAL	15.356	177.670	8.569

Fonte: elaborada pelos autores

Foram consideradas inelegíveis 16.569 solicitações, as quais tiveram o seguinte critério de exclusão: instabilidade clínica, motivos clínicos inelegíveis, ausência de cuidador, outras condições sociais ou familiares e necessidade de propedêutica complementar.

DISCUSSÃO

Como exposto nos resultados, entre 2016 e 2024, o PMeC apresentou crescimento. No entanto, o aumento expressivo do ano de 2020 em relação aos anos anteriores pode ter se dado em decorrência da pandemia de covid-19, tendo em vista a característica de contágio da doença, o que requereu isolamento. Isso pode ter influenciado tanto a desospitalização, para liberação de leitos para o tratamento de pacientes acometidos pela doença, quanto a desospitalização daqueles que apresentavam necessidades específicas para alta, como, por exemplo, a oxigenoterapia em domicílio.

Evidências foram encontradas em estudos internacionais e nacionais que apontaram crescimento nas solicitações de visitas domiciliares durante a pandemia e também demonstraram que a atenção domiciliar foi integrada de forma mais intensa à Atenção Primária à Saúde como medida de enfrentamento da pandemia [7,8,9]. Tais fatos são reforçados por informações do Ministério da Saúde que apontaram, que, em 2021, cerca de 40% a 60% dos atendimentos de equipes do PMeC estavam relacionados a quadros de pós-covid-19[10].

A maioria das solicitações elegíveis foi encaminhada à modalidade AD2 (88,1%) em todos os anos analisados, o que demonstra maior demanda por serviços de média complexidade, destinada, conforme orientação do MS, a pacientes que apresentam afecções agudas ou

crônicas agudizadas que requeiram cuidados intensos e contínuos; afecções crônico-degenerativas que requeiram cuidado intenso no mínimo semanal; cuidados paliativos, visando controlar dor e sofrimento no mínimo semanais; e bebês prematuros ou com baixo peso que necessitem de ganho ponderal, com demanda frequente de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo [11].

Notou-se que a distribuição por sexo das solicitações registradas para encaminhamento ao PMeC obteve percentuais próximos, sendo 46,9% homens e 53,1% mulheres. Resultados semelhantes aos encontrados na proporção entre sexo masculino (48,8%) e feminino (51,2%) na população geral de Minas Gerais[6].

Essa semelhança de proporção também foi evidenciada na relação entre a distribuição dos registros segundo a cor do paciente e a categorização nesta variável da populacional mineira. A maioria dos pacientes atendidos pelo PMeC de Minas Gerais, durante o período analisado, eram pardos (49,9%), seguidos de brancos (36,7%) e pretos (11%), evidenciando semelhança com a distribuição percentual da população mineira por cor (46,8%, 41,1% e 11,8%, respectivamente)[9]. Destaca-se que indivíduos pardos apresentam maior risco de desenvolver multimorbidades crônicas ao longo da vida, reforçando sua maior vulnerabilidade em termos de saúde, o que poderia justificar tal prevalência[6].

A população com 60 anos ou mais apresentou uma prevalência expressiva (62,9%) no total de solicitações, considerando que essa parcela etária na população mineira representa apenas 17,8%, menos de um quinto dos habitantes de Minas Gerais, que somam aproximadamente 3,6 milhões de pessoas[6]. Tal evidencia expressa a grande demanda de idosos por atenção domiciliar, o que pode ser associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas degenerativas e de incapacidade funcional nessa fase da vida, fenômenos que têm se intensificado nas últimas décadas e que geram elevado ônus social e crescente necessidade de assistência de todos os níveis de serviço de saúde[12,13].

Destaca-se, no entanto, que todas as faixas etárias estão representadas nas solicitações de assistência relacionada à atenção domiciliar, inclusive há presença de demanda pediátrica (< 28 dias a 5 anos), população também alvo do programa, que prevê acompanhamento de recém-nascidos prematuros com necessidade de ganho ponderal. Estudo realizado em diferentes regiões brasileiras descreveu o panorama da atenção nutricional domiciliar para crianças e adolescentes acompanhados pelo PMeC e evidenciou a diversidade e a complexidade dos casos pediátricos atendidos por nutricionistas, frequentemente caracterizados por condições crônicas, dependência de tecnologias de suporte à vida e necessidade de nutrição enteral[14].

Ressalta-se que os achados em relação ao perfil dos pacientes avaliados e atendidos pelo PMeC em Minas Gerais corroboram resultados de estudos realizados em outros estados

do Brasil, demonstrando equivalência em relação a gênero, raça, idade dos pacientes, ainda que abordem contextos sociodemográficos diferentes[9,15,16].

Houve predomínio da condição dos pacientes encaminhados como domiciliados. Trata-se de usuários do sistema de saúde que não se encontram restritos aos leitos com necessidades de cuidados especiais, mas domiciliados devido a limitações físicas, crônicas, transitórias ou permanentes, que impedem ou dificultam o deslocamento frequente até unidades de saúde para atendimento, bem como a realização de atividades cotidianas básicas. Pode-se inferir que o programa cumpre seu objetivo de desospitalização e amplia o acesso de indivíduos com restrições de locomoção, demonstrando ser o SAD mais um ponto de atenção efetivo da rede de atenção à saúde.

O fato de os hospitais e serviços de pronto atendimento serem os que mais solicitam avaliação de elegibilidade ao PMeC de Minas Gerais está em consonância com a proposta do programa de gerar desospitalização e evitar internações desnecessárias\prolongadas com o fim de liberação de leitos hospitalares, assim como minimizar a sobrecarga das unidades de urgência e reduzir custos[5]. Chama atenção a baixa frequência de solicitação por parte de Cacons\Unacons, o que poderia ser apontado como um subaproveitamento do PMeC, uma vez que são serviços que atendem pacientes vulneráveis e com condições clínicas complexas, os quais poderiam ser beneficiados pela AD. Pode-se inferir como sendo essa uma dificuldade na integração entre os serviços de atenção oncológica e o SAD.

Entre os motivos (condições clínicas) de solicitação de elegibilidade ao programa, identificou-se o predomínio da reabilitação, adaptação ao uso de próteses e órteses e suporte nutricional (acompanhamento nutricional, uso de sonda nasogástrica ou sonda nasoenteral). Essas categorias trazem à tona a relevância das Emaps, equipes de apoio que contam com nutricionistas e fisioterapeutas, profissionais qualificados para lidar com tais demandas. Além das Emaps-R, equipes implementadas pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, com atuação específica em atendimento de reabilitação. A Emap-R difere das outras equipes (Emad e Emap), pois, além de ser voltada à reabilitação, pode ser implantada em municípios menos populosos (<20 mil habitantes), o que representa uma ampliação do acesso [2].

A predominância de solicitações para AD2 refletiu perfil de pacientes com limitações físicas e crônicas, em consonância com os objetivos do PMeC de desospitalização e ampliação do acesso às redes de atenção à saúde. O PMeC representa uma estratégia de humanização e desospitalização no âmbito do SUS, no entanto, ainda enfrenta paradigmas como fragmentação do sistema de saúde, deficiência de recursos humanos especializados e limitações de infraestrutura, o que requer investimentos em capacitação, integração de serviços e apoio aos cuidadores familiares para aumentar a efetividade do cuidado[17,18].

Aponta-se como limitação do estudo a existência de falhas na coleta e no registro dos

dados no sistema de informação, o que dificulta a realização de uma análise quantitativa mais fidedigna à realidade. Verificou-se a presença de campos de informação não preenchidos em algumas solicitações, resultando na ausência de dados referentes a determinadas variáveis, o que, consequentemente, gera variações no valor de “N”, somatório das variáveis.

Além disso, o registro no banco de dados do Sisab/ E-SUS AD ocorre por demanda e não por paciente, de modo que uma mesma pessoa pode apresentar mais de uma solicitação de avaliação de elegibilidade por diferentes motivos ou ainda cumprir mais de um requisito de inelegibilidade. Esse contexto mostra a urgência de qualificar os profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas do Sisab/ E-SUS AD, a fim de garantir o registro adequado dos dados no sistema, para posterior avaliações.

CONCLUSÃO

A presença de registros de solicitação de atendimento para AD referentes a todas as faixas etárias, com predomínio de idosos, mostrou, de certa forma, a equidade do PMeC – MG, ao acolher essas demandas e, se necessário, auxiliar no tratamento dos pacientes, tendo em conta as diferenças individuais, com vistas a um tratamento justo e adequado às necessidades dos usuários do programa.

Traçar as características do perfil de utilização e a evolução do PMeC em Minas Gerais de 2016 a 2024, período que englobou o início do registro no banco de dados oficial até o último ano de produção disponível, contribuiu para discussões sobre o aprimoramento do Programa, ao instrumentar gestores e profissionais.

Ressalta-se que a maioria dos estudos sobre PMeC são qualitativos e tratam de aspectos do processo de trabalho dos profissionais e da vivência de cuidadores. Sendo assim, este estudo, ao se fundamentar numa abordagem quantitativa, só foi possível em razão da LAI, por meio da base de dados sobre a assistência enviada pelos estados ao Ministério da Saúde, uma vez que essas informações não estão disponíveis em bases do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus).

Sugere-se a realização de estudos que busquem aprofundar o conhecimento sobre cada serviço de Atenção Domiciliar situado nas diferentes macrorregiões de saúde de Minas Gerais, identificando fatores demográficos, sociais, econômicos e de serviços de saúde que possam interferir no perfil de demanda ao PMeC no estado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde**.** Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília (DF), 26 abr. 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3005, 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: seção 1, Brasília (DF), n. 4, p. 56, 5 jan. 2024.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Melhor em Casa beneficia população do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 Nov 14 [acesso em 2025 Nov 14]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/rio-grande-do-sul/2024/novembro/programa-melhor-em-casa-beneficia-populacao-do-rio-grande-do-sul
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Melhor em Casa completa 13 anos com mais de 2 mil equipes atuando no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 Nov 08 [acesso em 2025 Nov 14]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/programa-melhor-em-casa-completa-13-anos-com-mais-de-2-mil-equipes-atuando-no-brasil
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Melhor em Casa conta com 247 equipes em Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 Nov 14 [acesso em 2025 Nov 14]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/minas-gerais/2024/novembro/programa-melhor-em-casa-conta-com-247-equipes-em-minas-gerais
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
7. Hamano J, Oishi A, Kizawa Y, Hirakawa Y, Maeda I, Miyashita M, *et al*. Changes in home visit utilization during the COVID-19 pandemic: a multicenter cross-sectional web-based survey. BMC Res Notes [internet]. 2022 jul. 7 [acesso em 2025 out. 30];15(1):238. DOI: https://doi.org/10.1186/s13104-022-06128-7
8. Neri AP. Atenção domiciliar junto da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia Covid-19: análise de uma experiência de implantação [dissertação] [internet]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2022 [acesso em 2025 set. 26]. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/80723
9. Souza LK, Weis AH, Blatt CR. Oxigenoterapia domiciliar: perfil dos usuários assistidos pelo Programa Melhor em Casa. Rev Baiana Enferm [internet]. 2021 dez. 10 [acesso em 2025 out. 30];35:e45064. DOI: https://doi.org/10.18471/rbe.v35.45064
10. Lisboa V. Quadro pós-COVID tem aumentado nos atendimentos do Programa Melhor em Casa. Agência Brasil [Internet]. 8 nov 2021 [acesso em 14 nov 2025]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-11/quadro-pos-covid-tem-aumentado-nos-atendimentos-do-melhor-em-casa
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3005, 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: seção 1, Brasília (DF), n. 4, p. 56, 5 jan 2024.
12. Francisco PMSB, Assumpção D, Bacurau AGM, Neri AL, Malta DC, Borim FSA. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Cien Saude Colet [internet]. 2022 jul. [acesso em 2025 set. 26];27(7):2655–2665. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6pN8zZYJcY34dcRL5pmxW6j/?format=pdf&lang=pt

13. Biscione FM, Szuster DAC, Drumond EF, Ferreira GUA, Turci MA, Lima Júnior JF, *et al*. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 [acesso em 2022 abr. 9];29(Suppl 1):S73-S80. DOI: 10.1590/0102-311X00017813.

14. Simões FC, Valente F, Setúbal M, Gomes MM, Gomes C, Dias MB. Panorama da atenção nutricional domiciliar para crianças e adolescentes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa. Saude Debate [internet]. 2025 jan.–mar. [acesso em 2025 set. 26];49(144):e9520. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FD6HxHKM3qqP67FFt5BgN8y/?format=pdf&lang=pt

15. Van Aanholt DPJ, Niwa LMS, Torres LC, Ciosak SI. Programa Melhor em Casa: análise histórica da atenção domiciliar e o impacto da pandemia do COVID-19. *Caderno Pedagógico* [Internet]. 2025 [acesso em 2025 set. 26];22(11):e20132. DOI: 10.54033/cadpedv22n11-259.

16. Araujo RCG, Pinheiro RHO, Pelazza BB, Borges SDS, Silva GA, Paula CR, Maia LG. Perfil dos pacientes atendidos no Programa Melhor em Casa em um município da região Sudoeste de Goiás. Itinerarius Reflectionis [internet]. 2019 [acesso em 2025 set. 26];15(3):1–11. Disponível em: https://revistas.ufj.edu.br/rir/article/view/59222

17. Xavier EB, Zacarias GO, Pantoja CA, Cahú ITMS. Programa Melhor em Casa: cuidado domiciliar prestado a idosos. Rev FT [internet]. 2025 [acesso em 2025 out. 27]; 29:17–18. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/395895789

18. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. Saude Debate [internet]. 2019 abr.–jun. [acesso em 2025 out. 27];43(121):592–604. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/?format=pdf&lang=pt

Autoria			
Nome	**Afiliação institucional**	**ORCID**	**CV Lattes**
Henrique Ayupe Mota Henriques	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	https://orcid.org/0009-0002-5478-8481	http://lattes.cnpq.br/7891605712702261
Kenner Quintão Castro	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	https://orcid.org/0009-0008-1553-7261	http://lattes.cnpq.br/9512986265682713
Caroline Campos Fonseca	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	https://orcid.org/0000-0002-0745-8597	http://lattes.cnpq.br/6720848383178904
Estela Márcia Saraiva Campos	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	https://orcid.org/0000-0002-3569-9785	http://lattes.cnpq.br/9892915181255087
Autor correspondente	Caroline Campos Fonseca caroline.campos.992@gmail.com		

Metadados		
Submissão: 7 de janeiro de 2026	Aprovação: 18 de setembro de 2026	Publicação: 5 de novembro de 2026

Como citar (Vancouver)	Henriques HAM, Castro KQ, Fonseca CC, Campos EMS. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais: evolução do Programa Melhor em Casa. Rev. APS [Internet]. 2026; 29 (único): e292651310. DOI: 10.34019/1809-8363.2026.v29.51310

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 *Creative Commons Attribution* (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	Este trabalho foi realizado com o apoio da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), por meio do seu Programa de Iniciação Científica, com concessão de Bolsa de Iniciação Científica ao Projeto de Pesquisa Atenção Domiciliar no SUS de Minas Gerais: evolução e efeitos nos sistemas municipais de saúde (Projeto nº 56608).
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: CCF, EMSC. Análise ou interpretação dos dados: CCF, HAMH, KQC, EMSC. Elaboração do rascunho: CCF, HAMH, KQC, EMSC. Revisão crítica do conteúdo: CCF, HAMH, KQC, EMSC. Os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

Início