

Programa Melhor em Casa: Desafios e Perspectivas na Atenção Domiciliar - Revisão de Literatura

Better at Home Program: Challenges and Perspectives in Home Care - Literature Review

Programa Mejor en Casa: Desafíos y Perspectivas en la Atención Domiciliaria - Revisión de Literatura

RESUMO

Objetivos: Sintetizar desafios e perspectivas do Projeto Melhor em Casa descritos na literatura, destacando achados por eixos temáticos e recomendações para gestão e prática. **Métodos:** Revisão de literatura (2015–30/10/2025) nas bases LILACS, SciELO e PubMed. Incluíram-se estudos originais (qualitativos, quantitativos ou mistos), relatos/avaliações de serviço e revisões pertinentes. Excluíram-se editoriais, cartas, protocolos, resumos de congresso. O processo, gerido no StArt, identificou 178 registros; após triagem, 16 compuseram a amostra (13 em português e 3 em inglês). **Resultados:** A redução de internações, alta satisfação de usuários e maior eficiência do programa, embora persistam fragilidades operacionais e de padronização, foram identificados como resultados do Programa Melhor em Casa. **Conclusões:** A literatura sustenta o programa como estratégia promissora para qualificar a Rede de Atenção à Saúde, desde que apoiada por arranjos organizacionais, como investimentos em coordenação, suporte ao cuidador e maior informação clínica.

DESCRIPTORIOS: Programas Nacionais de Saúde; Serviços de Assistência Domiciliar; Sistema único de saúde; Qualidade de Vida; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objectives: To synthesize the challenges and perspectives of the Better at Home Program described in the literature, highlighting findings by thematic axes and recommendations for management and practice.

Methods: Literature review (2015–October 30, 2025) in the LILACS, SciELO, and PubMed databases. Original studies (qualitative, quantitative, or mixed methods), service reports/evaluations, and relevant reviews were included. Editorials, letters, protocols, and conference abstracts were excluded. The process, managed in StArt, identified 178 records; after screening, 16 studies (13 in Portuguese and 3 in English) comprised the final sample. **Results:** The reduction in hospitalizations, high user satisfaction, and greater program efficiency were identified as outcomes of the Better at Home Program, although operational and standardization weaknesses persist. **Conclusions:** The literature supports the program as a promising strategy to strengthen the Health Care Network, provided it is supported by robust organizational arrangements, such as investments in care coordination, caregiver support, and improved clinical information.

DESCRIPTORS: National Health Programs; Home Care Services; Unified Health System; Quality of Life; Continuity of Patient Care.

RESUMEN

Objetivos: Sintetizar los desafíos y perspectivas del Proyecto Melhor em Casa descritos en la literatura, destacando los hallazgos según ejes temáticos y las recomendaciones para la gestión y la práctica. **Métodos:** Revisión de la literatura (2015–30/10/2025) en las bases LILACS, SciELO y PubMed. Se incluyeron estudios originales (cualitativos, cuantitativos o mixtos), informes/evaluaciones de servicios y revisiones pertinentes. Se excluyeron editoriales, cartas, protocolos y resúmenes de congresos. El proceso, gestionado en StArt, identificó 178 registros; tras la selección, 16 conformaron la muestra (13 en portugués y 3 en inglés).

Resultados: La reducción de hospitalizaciones, la alta satisfacción de los usuarios y la mayor eficiencia del programa, aunque persisten debilidades operativas y de estandarización, fueron identificadas como resultados del Programa Melhor em Casa. **Conclusiones:** La literatura respalda el programa como una estrategia prometedora para cualificar la Red de Atención a la Salud, siempre que cuente con arreglos organizacionales sólidos, como inversiones en coordinación, apoyo al cuidador y mayor disponibilidad de información clínica.

DESCRIPTORIOS: Programas Nacionales de Salud; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Sistema Único de Salud; Calidad de Vida; Continuidad de la Atención al Paciente.

RECEBIDO EM: 28/11/2025 APROVADO EM: 15/12/2025

Como citar este artigo: Gonzalez VV, Assumpção JMOM, Feitosa LL, Vicente LS, Almeida ACG, Pisani RBF, Cristo VAO, Santiago LA. Programa Melhor em Casa: Desafios e Perspectivas na Atenção Domiciliar - Revisão de Literatura. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(103):15968-15983. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i103p15968-15983

ID **Virgínia Valiate Gonzalez**
Estudante de Medicina, Universidade Iguazu (UNIG). Doutora em Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2994-4151>

ID **Julia Maia de Oliveira Monsores Assumpção**
Estudante de Medicina, Universidade Iguazu (UNIG). Bacharel em Comunicação Social – Jornalismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1474-1450>

ID **Ludmyla Luz Feitosa**
Estudante de Medicina, Universidade Iguazu (UNIG).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5237-8775>

ID **Letícia da Silva Vicente**
Estudante de Medicina, Universidade Iguazu (UNIG) Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) Bacharel em Direito, Universidade Santa Úrsula (USU)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9620-6825>

ID **Ana Carolina Garcia de Almeida**
Estudante de Medicina, Universidade Iguazu (UNIG).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7823-8680>

ID **Renan Bruno Faria Pisani**
Estudante de Medicina, Universidade Iguazu (UNIG). Bacharel em Administração, Estácio de Sá
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5259-0661>

ID **Vanessa Amaral de Oliveira Cristo**
Estudante de Medicina, Universidade Iguazu (UNIG).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4376-7644>

ID **Lohane Alves Santiago**
Estudante de Medicina, Universidade Iguazu (UNIG).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8428-2270>

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma estratégia essencial para assegurar a continuidade do cuidado e qualificar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) frente ao envelhecimento populacional e ao aumento de condições crônicas. No Brasil, o Programa Melhor em Casa (PMeC), instituído no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2011, e operacionalizado pela Atenção Primária à Saúde (APS), organiza equipes multiprofissionais para acompanhamento no domicílio de pessoas com dependência, necessidades de reabilitação, suporte tecnológico ou cuidados paliativos⁽¹⁾.

A literatura nacional e internacional indica benefícios clínicos, psicossociais e econômicos dessa modalidade — me-

lhora do conforto e dos vínculos, redução de barreiras de acesso e de internações evitáveis^(2,1). Ao mesmo tempo, apontam-se desafios recorrentes de implementação: registros clínicos incompletos e padronização insuficiente da terapia nutricional domiciliar, com uso de fórmulas caseiras e falhas de diagnóstico⁽³⁾; elevada ocorrência de quedas, relacionada à fragilidade dos usuários, ao ambiente domiciliar e à sobrecarga dos cuidadores⁽⁴⁾; e limitações de recursos humanos, financeiros e de integração entre níveis assistenciais⁽⁵⁾. Essas lacunas justificam uma síntese crítica e atualizada sobre o desempenho e os nós operacionais do programa.

Diante disso, pergunta-se: quais são os principais desafios e perspectivas do PMeC na AD do SUS nos últimos dez

anos? O objetivo deste estudo é analisar, na literatura recente, os desafios e as perspectivas do PMeC na atenção domiciliar do SUS, considerando resultados assistenciais e econômicos, perfil dos usuários e gargalos operacionais, financeiros e técnicos^(6,7).

MÉTODO

Realizou-se uma revisão de literatura sobre desafios e perspectivas do PMeC na atenção domiciliar do SUS, no período de 01/01/2015 a 30/10/2025. As buscas foram conduzidas nas bases LILACS, SciELO e PubMed, em português e inglês, utilizando os descritores “Melhor em casa”, “SUS” e “Atenção domiciliar”, combinados por operadores booleanos e adaptados à sintaxe de cada

Revisão de Literatura

Gonzalez VV, Assumpção JMOM, Feitosa LL, Vicente LS, Almeida ACG, Pisani RBF, Cristo VAO, Santiago LA
Programa Melhor em Casa: Desafios e Perspectivas na Atenção Domiciliar - Revisão de Literatura

base. Complementarmente, aplicou-se snowballing nas listas de referências dos estudos incluídos para captar trabalhos não recuperados na busca primária.

As referências (formatos .RIS e .BIB) foram importadas para o StArt, organizando o processo em 3 fases: planejamento (pergunta, descritores e critérios); execução (busca, deduplicação automática com revisão manual e triagem) e sumarização (extração e síntese). Os critérios de inclusão/exclusão foram parametrizados no StArt e aplicados em

2 etapas: (I) triagem de títulos e resumos; (II) leitura na íntegra por dois revisores independentes com consenso para divergências. O StArt manteve registro (log) das decisões, gerando a matriz de extração (título, autores, ano, desenho, cenário, população/amostra,

principais resultados), utilizada na síntese narrativa e no PRISMA simplificado.

Critérios de inclusão:

- Publicações com texto completo entre 2015 e 2025;
- Estudos sobre PMeC e/ou atenção domiciliar no SUS que descrevam desafios e/ou perspectivas;
- Pesquisas originais (qualitativas, quantitativas ou mistas) e relatos/avaliações de serviço;
- Estudos em português e inglês.

Critérios de exclusão:

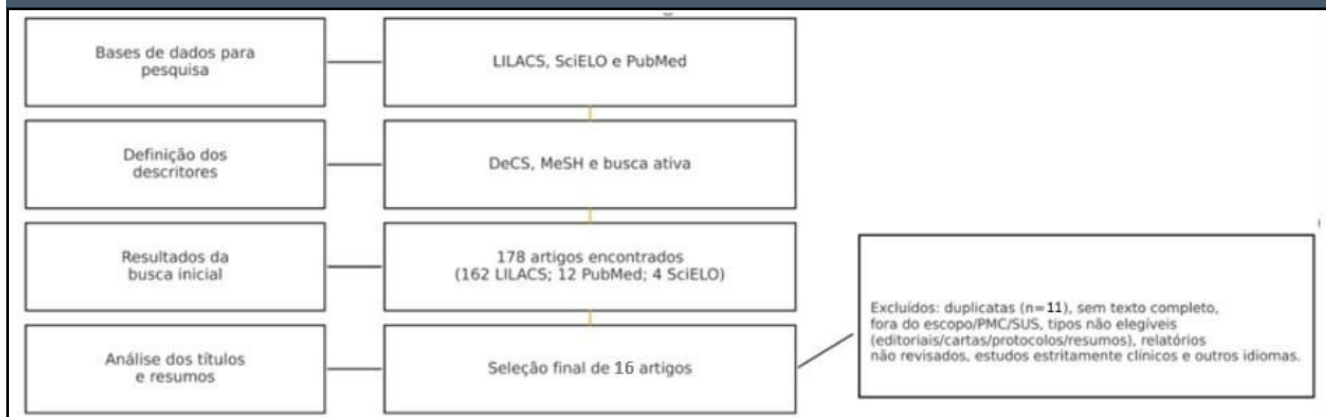
- Publicações fora do contexto do SUS;
- Estudos de AD sem menção ao PMeC;
- Editoriais, cartas, comentários,

protocolos e resumos de congresso;

- Relatórios técnicos e documentos não revisados por pares (exceto quando publicados como artigo);
- Estudos clínicos sem interface com organização/gestão da AD;
- Outros idiomas;
- Duplicatas.

Dos 178 registros identificados, 11 foram removidos (duplicatas), resultando em 167 registros. Após aplicação dos critérios de elegibilidade nas duas etapas (título/resumo e texto completo), 151 foram excluídos e 16 artigos compuseram a síntese final. As etapas de seleção estão apresentadas na Figura 1.

Figura 1 - seleção dos artigos para análise



A extração de dados foi realizada a partir da leitura integral, consolidada em matriz no StArt (título, autores, ano, desenho, cenário, população/amostra, principais resultados). Entre os estudos incluídos, 13 são em português e 3 em inglês. Dada a heterogeneidade dos desenhos e a ausência de base para síntese quantitativa combinável, procedeu-se à síntese narrativa temática que orientou os resultados.

RESULTADOS

Foram incluídos 16 estudos (2019–

2025), abrangendo cenários diversos do PMeC no SUS, com desenhos observacionais (transversais/séries de casos), qualitativos, estudo de caso e análises ecológicas/avaliativas (1–16).

Organização da AD/PMeC e acesso/fluxo

Observou-se heterogeneidade organizacional, com predominância de funcionamento em dias úteis, uso restrito de prontuário eletrônico e Projeto Terapêutico Singular (PTS) nem sempre sistematizado; referência/contrarreferência concentradas na admissão/alta

com lacunas no seguimento⁽⁸⁾. Gestores da APS relataram baixa priorização de agenda, dificuldades de capacitação e ausência de política específica para idosos dependentes. Sobrecarga familiar e fragmentação do cuidado também foram visualizados⁽⁹⁾.

Perfil clínico/epidemiológico e manejo

Em paliativos domiciliares (Joinville-SC), neoplasias ~94%, óbito domiciliar ~76%, opióides ~87% (morfina) e sedação paliativa ~25% (midazolam) indicam alta demanda de controle de

sintomas no domicílio⁽³⁾. Pediatria em ventilação mecânica domiciliar mostrou alta complexidade e dependência tecnológica, com cuidador central⁽¹⁰⁾. Na nutrição de pacientes paliativos houve predomínio de baixo peso/desnutrição e uso de fórmulas hiperproteicas⁽⁵⁾; em crianças e adolescentes, mapeou-se a atenção nutricional e necessidades específicas⁽¹¹⁾. Estudos ampliados delimitaram o perfil clínico-epidemiológico dos usuários da AD pública⁽¹²⁾, com relatos de prática multiprofissional que reforçam a integração entre áreas (medicina, enfermagem, nutrição)⁽²⁾.

Desospitalização e fim de vida

Serviços organizados apresentaram maior óbito em domicílio, baixa hospitalização e menos idas a pronto-socorro no fim de vida⁽¹³⁾; a tríade doente-cuidador-profissional emergiu como eixo de segurança e decisão compartilhada⁽⁴⁾. O caso do PMeC em Acreúna-GO ilustra a recuperação funcional com retirada de traqueostomia e retomada de via oral após cuidado integrado⁽⁷⁾. Inquérito nacional registrou alta satisfação de usuários/cuidadores, associada à qualidade percebida, menor espera e clareza das orientações⁽¹⁴⁾.

Capacidade instalada e variação regional

A análise nacional descreveu a distribuição e desigualdades das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), com implicações para alocação de recursos, equidade e intensidade do cuidado⁽¹⁵⁾.

Impacto econômico/uso de recursos

Há sinal de redução de gastos hospitalares associado ao PMeC, condicionado à estrutura, logística e qualidade assistencial⁽⁶⁾.

Cuidadores e transições

Sobrecarga e sintomas depressivos em cuidadores de idosos são frequen-

tes, reforçando a necessidade de apoio psicossocial e capacitação⁽²⁾. Persistem desafios de coordenação/comunicação, especialmente na transição hospital-domicílio e na organização de retaguardas⁽¹⁶⁾.

DISCUSSÃO

O PMeC/AD alinha preferências (permanecer em casa) e racionaliza recursos, mas sua efetividade depende da implementação no território. A heterogeneidade de processos (PTS, prontuário, fluxos) indica distância entre diretriz e prática, gargalos de agenda, provimento/capacitação de Recursos Humanos e apoio às famílias explicam a fragmentação^(8,9). A baixa capilarização da educação permanente sugere problemas sobretudo operacionais — supervisão e aprendizagem em serviço — e não normativo⁽¹⁾.

No plano clínico, a AD lida com alta complexidade: protocolos de dor e sedação paliativa; tecnologias domiciliares em pediatria; planos nutricionais por risco — exigindo governança clínica e indicadores de processo/resultado para segurança e qualidade^(3,5,10-12). Em fim de vida, quando fluxos e retaguarda funcionam, a AD viabiliza o domicílio como cenário preferencial; a tríade doente-cuidador-profissional sustenta segurança e decisão compartilhada^(4,13).

A capacidade instalada (EMAD/EMAP) é desigual, com risco de inequidade; a expansão deve seguir necessidade/risco, com monitoramento⁽¹⁵⁾. Há sinal de redução de gastos

hospitalares, condicionado à estrutura, logística e qualidade⁽⁶⁾. Usuários/cuidadores relatam boa experiência, mesmo coexistindo com sobrecarga e sofrimento psíquico do cuidador^(2,14,16).

Implicações: padronizar um “mínimo comum” organizacional (prontuário integrado, PTS útil, fluxos de transição); implementar protocolos clínicos (dor, sedação, nutrição) com educação permanente e supervisão; planejar equidade (dimensionamento EMAD/

EMAP por risco/necessidade); monitorar valor com indicadores clínicos, de experiência e uso de recursos^(1,3-6,8-11,13-16).

Limitações: predominam estudos observacionais/qualitativos com viés potencial e heterogeneidade que impede síntese quantitativa; revisão em três bases (PT/EN) pode ter perdido artigos, mitigado por checagem de referências e deduplicação. São necessárias avaliações multicêntricas e de implementação para consolidar protocolos e boas práticas^(1,3,4,6,15).

CONCLUSÃO

Este estudo indica que a Atenção Domiciliar no SUS, estruturada pelo PMeC, pode ofertar cuidado centrado na pessoa, alinhado ao desejo de permanecer em casa e ao uso mais racional de recursos. O desempenho depende menos de novas diretrizes e mais da execução: prontuários que apoiem a clínica, PTS operacionais, fluxos claros na transição hospital-domicílio e capacitação contínua das equipes. Persistem assimetrias regionais que exigem planejamento por necessidade/risco e suporte aos cuidadores, decisivo para a sustentabilidade do cuidado. Em síntese, o avanço do PMeC requer padronizar um “mínimo comum” organizacional e clínico, fortalecer a educação permanente e monitorar indicadores de qualidade, experiência e uso de recursos, reduzindo desigualdades e sustentando resultados favoráveis no território.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa MI, Bruera E, Alves JO, Souza S, Aguiar MÁF, Drummond-Lage AP. Transforming end-of-life care: impact of the “Melhor em Casa” home-based palliative care program in Brazil. *J Palliat Med.* 2025;28(7):917-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0544>. Acesso em: 1 nov. 2025.
2. Carvalho PARD, Andrade JBD, Rezende LBD, Leite ICG. Qualidade de vida: sobrecarga e depressão entre cuidadores de idosos em atendimento domiciliar. *Rev Enferm UERJ [Internet].* 2023 Dec 12 [citado 2025 Nov 2];31(1):e77207. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/77207>. Acesso em: 29 out. 2025.
3. Ehlert VA, et al. Perfil dos pacientes em cuidados paliativos na atenção domiciliar na APS brasileira. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2024;19(46):3922. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3922>. Acesso em: 30 out. 2025.
4. Prado E, et al. Home-based palliative care: challenges of de-hospitalization during dying and death. *Texto Contexto Enferm.* 2024;33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Wm5jpp9YnxhFFwY4CfwwHbp/?format=html&lang=en>. Acesso em: 30 out. 2025.
5. Cavagnari MAV, Velho CF, Mazur CE, Pellissari MTM. Fatores associados à terapia nutricional domiciliar em pacientes sob cuidados paliativos. *DEMETRA [Internet].* 2023 Apr 29 [citado 2025 Nov 2];18:e67398. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/67398>. Acesso em: 1 nov. 2025.
6. Nishimura F, Carrara AF, Freitas CE. Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. *Rev Saúde Pública.* 2019;53:104. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001343>. Acesso em: 1 nov. 2025.
7. Silva NRG, Gurgel-Junior GD, Sá DA, Silva VL, Moreira RS. Satisfaction of caregivers and older adults who use the Better at Home Program. *Rev Saúde Pública.* 2022;56:34. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003759>. Acesso em: 30 out. 2025.
8. Cavalcante MEPL, et al. Caracterização dos serviços de atenção domiciliar em funcionamento na Paraíba. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2022;26:e20220001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001en>. Acesso em: 1 nov. 2025.
9. Gonçalves JL, et al. Barriers to care for dependent older adults: Brazilian Primary Health Care managers’ perspective. *PLoS One.* 2024;19(10):e0309309. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309309>. Acesso em: 30 out. 2025.
10. Farias BL, Alvarenga LFC, Flores AE. Perfil da população pediátrica em ventilação mecânica acompanhada pelo Programa Melhor em Casa de Porto Alegre. *Rev Pesqui Fisioter.* 2025;15:e6059. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.2025.e6059>. Acesso em: 30 out. 2025.
11. Simões FC, Valente MSF, Setúbal NCM, Martins GM, Gomes JSC, Borges DM. Panorama da atenção nutricional domiciliar para crianças e adolescentes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa. *Saúde Debate [Internet].* 2025 Feb 17;49(144). Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9520>. Acesso em: 1 nov. 2025.
12. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MÉA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco.* 2019;10(3):112-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1050124>. Acesso em: 30 out. 2025.
13. Cunha DA. Narrativas de cuidadores do serviço de atenção domiciliar em Manaus sobre educação permanente na saúde. *Saúde Redes.* 2022;8(3):313-27. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n3p313-327>. Acesso em: 1 nov. 2025.
14. Silva Neto JG, et al. Contribuição da equipe multidisciplinar do Programa Melhor em Casa na reversão de um caso considerado paliativo no Município de Acreúna, Goiás, Brasil. *Research, Society and Development.* 2024;13:e47366. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/47366>. Acesso em: 30 out. 2025.
15. Lyra CR, Vollrath CF, Rodrigues TF. Analysis of Multidisciplinary Teams in the Melhor em Casa Program in the Various Regions of Brazil. *Arq Mudi.* 2025;29(1):e75905. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/arqmudi.v29i1.75905>. Acesso em: 30 out. 2025.
16. Quintans JR. Avaliação da transição de cuidados na perspectiva de pessoas idosas assistidas por uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-16102024-140929/>. Acesso em: 30 out. 2025.