

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

LUCIANA PIEPER

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA NO ÂMBITO DO SUS

Joinville

2025

LUCIANA PIEPER

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA NO ÂMBITO DO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Tecnologia em
Gestão Hospitalar do Câmpus Joinville do
Instituto Federal de Santa Catarina para a
obtenção do diploma de Tecnólogo em
Gestão Hospitalar

Orientadora: Dra. Andrea Heidemann

Joinville

2025

Pieper, Luciana Pieper.

A implementação do Programa Melhor em Casa no Âmbito do SUS/
Luciana Pieper. – Joinville, SC, 2025.

73 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de
Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso de Tecnologia em
Gestão Hospitalar, Joinville, 2025.

Orientador: Andrea Heidemann.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Programa Melhor em Casa. 3. Atenção
Domiciliar. I. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa
Catarina. II. Título.

LUCIANA PIEPER

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA NO ÂMBITO DO SUS

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em (Tecnólogo em Gestão Hospitalar), pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville, 10 de novembro de 2025.

Prof. Andrea Heidemann, Dra.

Orientadora

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina

Prof. Dr. Jorge Cunha, Dr.

Avaliador

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina

Prof. Marcelo Lisboa Pereira, Dr.

Avaliador

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força e sabedoria concedidas ao longo desta etapa.

À minha família, em especial ao meu pai, pelo apoio constante, pelo amor incondicional e por acreditar em mim mesmo nos momentos mais difíceis.

À memória da minha mãe, cuja presença continua viva em meu coração e em cada conquista que realizo.

À professora Andrea Heidemann, minha orientadora, pela dedicação, paciência e valiosas contribuições que tornaram este trabalho possível.

Aos colegas e professores do curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Santa Catarina – Câmpus Joinville, por compartilharem conhecimento, experiências e companheirismo ao longo da jornada acadêmica.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, minha sincera gratidão.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, representa a principal Política Pública Brasileira para garantir o acesso universal e equitativo à saúde. Entre suas iniciativas, está o Programa Melhor em Casa (PMeC), instituído em 2011, que visa oferecer atenção domiciliar multiprofissional, humanizada e de qualidade, reduzindo internações hospitalares desnecessárias e promovendo a integralidade do cuidado. Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar o processo de implementação do Programa Melhor em Casa no âmbito da gestão do SUS, considerando o período de 2011 a 2025. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sistemática, de natureza básica, abordagem qualitativa e caráter descritivo. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados Scielo, Lilacs, Capes e Google Acadêmico, utilizando descritores relacionados ao tema. Para este estudo foram selecionados 14 artigos científicos que possibilitaram a análise das sessões: adesão dos municípios, investimentos financeiros e de recursos humanos, e os avanços e limites do programa. Os resultados apontaram que, até 2025, o PMeC estava presente em aproximadamente mil municípios, com mais de 2.100 equipes habilitadas, abrangendo cerca de 45% da população brasileira. O programa apresentou avanços relevantes, como a redução de custos hospitalares, a ampliação do acesso e a humanização da atenção domiciliar. Contudo, persistem desafios relacionados à adesão desigual entre regiões, ao subfinanciamento da saúde e à escassez de profissionais especializados. Conclui-se que o PMeC representa uma estratégia essencial para o fortalecimento do SUS, contribuindo para maior eficiência, resolutividade e qualidade de vida dos usuários e suas famílias.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Programa Melhor em Casa. Atenção Domiciliar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD - Atenção Domiciliar

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

EC - Emenda Constitucional

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio

EMAP-R - Equipes multiprofissionais de apoio para reabilitação

ESF - Estratégia da Saúde da Família

eSF - Equipe de Saúde da Família

LC - Lei Complementar

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PMeC - Programa Melhor em Casa

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SNA - Sistema Nacional de Auditoria

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Ciclo de Políticas Públicas.....	10
Figura 02: Implantação versus implementação.....	11
Figura 03: Instâncias de controle social do SUS.....	18
Figura 04: Sistema de governança das secretarias de saúde.....	23
Figura 05: Funções dos serviços de APS.....	26
Figura 06: Atributos da Atenção Primária à Saúde.....	27
Figura 07: Classificação - Critérios de elegibilidade.....	29
Figura 08: Fluxo de Captação.....	32
Figura 09: Etapas da coleta de dados.....	36
Figura 10: etapas do procedimento de análise de dados.....	38
Figura 11: Categorias referente a adesão dos municípios ao Programa Melhor em Casa.....	41
Figura 12: Categorias referente aos dados de investimentos financeiros e de recursos humanos para o funcionamento do programa.....	44
Figura 13: categorias de análise referentes aos desafios para que a implementação ocorresse nos municípios.....	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Barreiras de implementação típicas.....	13
Quadro 02: Seleção das publicações.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
1.1 Contextualização.....	4
1.2 Problema De Pesquisa.....	6
1.3 Objetivos.....	7
1.3.1 Objetivo geral.....	7
1.3.2 Objetivos específicos.....	7
1.4 Justificativa.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2.1 Políticas Públicas e Programas de Saúde.....	9
2.1.1 Programas de Saúde.....	14
2.2 Sistema Único De Saúde - SUS.....	16
2.2.1 Gestão do SUS.....	21
2.2.2 Atenção Primária.....	24
2.2.3 Política Nacional de Atenção Domiciliar.....	28
2.3 Programa Melhor em Casa.....	30
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 Caracterização da Pesquisa.....	34
3.2 Procedimentos de Coleta de Dados.....	35
3.3 Procedimentos de Análise de Dados.....	38
3.4 Ética na Pesquisa.....	39
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	40
4.1 A Adesão dos Municípios ao Programa Melhor em Casa.....	40
4.2 Os Investimentos Financeiros e de Recursos Humanos para o Funcionamento do Programa Melhor em Casa.....	44
4.3 Avanços e Limites para a Implementação nos Municípios.....	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE A – Modelo de Fichamento.....	64

APÊNDICE B - LISTA DE TEXTOS SELECIONADOS PARA O ESTUDO..... 65

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de contribuir com a proteção social dos cidadãos. Através das políticas públicas, o SUS é importante para universalização do acesso à saúde e para combater as desigualdades sociais (Vidal; Vasconcelos, 2023).

Nesse sentido, compreende-se que as políticas públicas são compostas de ações e programas desenvolvidos pelo governo com o objetivo de garantir os direitos da população à saúde. Portanto, a política de saúde busca atender a população com foco na promoção, proteção e reabilitação da saúde. Ela considera os princípios de descentralização, regionalização, organização em níveis de complexidade, eficácia, envolvimento da sociedade e a colaboração com o setor privado na estruturação do sistema de saúde do país (Vidal; Vasconcelos, 2023).

Um dos programas executados pelo SUS é o Melhor em Casa, que visa atender usuários que precisam de atenção contínua, evitando internações prolongadas e promovendo o conforto e a recuperação no ambiente familiar (Brasil, 2025a). O Programa Melhor em Casa foi criado em 2011 e integra a estrutura de cuidados de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo formado por uma equipe multiprofissional que irá acompanhar os cuidados de enfermidades, prevenindo sequelas, oferecendo cuidados paliativos e reabilitação intensiva. Este programa representa uma opção relevante para assegurar um atendimento constante e de alta qualidade aos cidadãos (Brasil, 2025a).

O Ministério da Saúde habilitou centenas de equipes multiprofissionais vinculadas ao programa Melhor em Casa e que podem atuar em todo o país, desde 2011. Estes grupos são compostos por diversos profissionais da área da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem e outras especialidades. Estes profissionais realizam visitas periódicas aos pacientes que estão em continuidade de tratamento em suas residências. A frequência do acompanhamento é determinada conforme as necessidades de cada caso, e os serviços oferecidos podem ser exames,

administração de medicamentos, reabilitação, entre outros (Santos; Santos; Pereira, 2023).

Em 2016 o programa Melhor em Casa já se apresentava como um componente do SUS focado, principalmente, na atenção domiciliar de usuários com necessidade de cuidados intensivos, prevenção de sequelas, cuidados paliativos e reabilitação. Para a sua efetivação, contava com recursos financeiros provenientes das três esferas de governo e tinha como objetivo que guiava suas ações a missão de levar cuidados de saúde o mais próximo possível da população, evitando internações hospitalares desnecessárias (Brasil, 2016).

Em 2018, o referido programa tinha 2080 equipes habilitadas com 22.074 profissionais atuando em aproximadamente 951 municípios brasileiros, com uma cobertura de 47% da população. Neste ano, o programa assistiu 219.508 usuários do SUS, com um total de 4.195.373 atendimentos e 6.086.192 procedimentos realizados, com um repasse anual do Ministério da Saúde de R\$775.656.000 (Colegiado Nacional de Secretários de Saúde, 2023).

Em 2020, o programa tinha 1486 equipes, que trabalham no mínimo 12 horas por dia. Mesmo na época da pandemia de Covid 19, o programa manteve os atendimentos, o acompanhamento foi feito via telefone e os que exigiam procedimentos eram atendidos presencialmente (Brasil, 2020).

Ao passar dos anos, o número de equipes aumentou gradativamente. Em 2022, 1.971 estavam habilitadas e, no ano de 2024, eram 2.137. Em 2025, 2.187 equipes atendem cerca de 45% da população em mil municípios. O número total de atendimentos em 2023 foi de 5.190.708, resultando em uma média de 432 mil por mês. Deste total, 68,4% das assistências foram prestadas a pessoas com 60 anos ou mais (Brasil, 2024a).

Por se apresentar de uma iniciativa do Ministério da Saúde, o programa Melhor em Casa se insere na gestão do SUS como uma modalidade de atenção pautada na integralidade, humanização e otimização de recursos. Nesse sentido, a gestão deve envolver o planejamento, a execução e a avaliação dos serviços de saúde embasada, também, na descentralização, na regionalização e na territorialização. Agregando, desta forma, recursos das três esferas de governo e compartilhando responsabilidades de gestão. Em síntese, pode-se afirmar que a gestão do SUS é um processo complexo que envolve diversos atores sociais como o governo e a sociedade civil e conta com um aparato legal que deve conduzir os

processos de tomadas de decisão, como, por exemplo, aderir ou não a um programa, como no caso do Melhor em Casa (Brasil, 2025b).

Nesse encaminhamento, é relevante ressaltar que, o país tem 5.568 municípios, mas apenas mil deles aderiram a essa proposta. A não adesão ao programa tem algumas causas, uma delas é a descentralização da saúde que não encontrou maturidade política e econômica nos municípios (Figueiredo, 2022). Pode-se observar também que algumas regiões, historicamente, apresentam dificuldades em implantar políticas públicas devido a escassez de profissionais, o subfinanciamento global da saúde e a crise financeira nacional que se iniciou em 2014 (Figueiredo, 2022). Entende-se que a crise de 2014-2017 foi um resultado da combinação de variações de oferta e demanda decorrentes de falhas na política econômica. Esses impactos resultaram em uma diminuição da habilidade de expansão da economia do Brasil e ameaçou as finanças públicas, não só na saúde mais em toda área social (Barbosa Filho, 2017).

Neste contexto, o presente estudo visa analisar como se deu o processo de implementação do Programa Melhor em Casa, no âmbito da gestão do SUS, nos municípios brasileiros. Atentando-se à adesão, aos investimentos, aos recursos humanos e, ainda, aos desafios para que esta ação resultasse em indicadores positivos para a saúde pública.

1.2 Problema De Pesquisa

Como se deu a implementação do Programa Melhor em Casa no âmbito da gestão do SUS, de acordo com a literatura publicada no período de 2011-2025?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Analisar o processo de implementação do Programa Melhor em Casa no âmbito da gestão do SUS, de acordo com a literatura publicada no período de 2011-2025.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Verificar como se deu a adesão dos municípios ao Programa Melhor em Casa.
2. Apontar dados de investimentos financeiros e de recursos humanos para o funcionamento do programa.
3. Identificar os avanços e limites para que a implementação ocorresse nos municípios.

1.4 Justificativa

A Organização Mundial de Saúde (OMS), junto à Aliança Mundial de Cuidados Paliativos, mostra que no mundo existem mais de 56 milhões de pessoas que necessitam de cuidados paliativos e que até 2060 esse número pode dobrar (Brasil, 2024b).

No Brasil, os dados apontam que aproximadamente 625 mil pessoas necessitam de cuidados paliativos que demandam cuidados diários tanto em hospitais como nos domicílios (Brasil, 2024c). Neste sentido, são relevantes as iniciativas governamentais ou de políticas públicas que se atentem a essas demandas, como no caso do Programa Melhor em Casa.

Com uma atuação ininterrupta em todo o país há 14 anos, o programa se concentra no cuidado de indivíduos que estão em casa e que necessitam de assistência constante ou procedimentos complexos. A média anual de atendimentos é de 4,2 milhões. No entanto, o Melhor em Casa está disponível para aproximadamente 94 milhões de indivíduos, representando aproximadamente 44%

da população brasileira (Brasil, 2024b).

O presente estudo justifica-se pela importância da proposta implementada pelo Programa Melhor em Casa, que visa diminuir o tempo de hospitalizações e, também, pela oferta do tratamento após uma internação hospitalar. Visto que o tempo de tratamento no hospital ou em casa pode ser o mesmo, mas reduz os custos em torno de 70%, além do conforto proporcionado aos usuários (Brasil, 2024a).

Neste encaminhamento, sistematizar os dados referentes ao programa a partir de uma pesquisa bibliográfica pode contribuir para a divulgação desta proposta, assim como ampliar a compreensão dos desafios para sua implementação e, assim, subsidiar tomadas de decisão em gestão em saúde e, ainda, fomentar novas pesquisas.

Quanto ao recorte temporal definido para este estudo, justifica-se pela disposição em realizar uma revisão da literatura desde o início da implementação do Programa Melhor em Casa até as publicações mais recentes e, assim, possibilitar um olhar mais próximo à sua evolução e aos desafios que surgiram em diferentes momentos históricos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo visa apresentar o referencial teórico deste estudo. Para tanto, está subdividido em quatro subtítulos: Políticas Públicas e Programas de Saúde, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária e, por fim, Programa Melhor em Casa.

2.1 Políticas Públicas e Programas de Saúde

Para compreender o processo e os desafios na implementação do Programa Melhor em Casa no SUS é necessário, ter clareza de conceitos fundamentais como, por exemplo, políticas públicas, programas de saúde, implementação e implantação de propostas vinculadas à política de saúde.

Neste encaminhamento, compreende-se por políticas públicas como as ações ou omissões do governo que resultam em escolhas para enfrentar determinada situação considerada como um problema público. As políticas públicas têm impacto na economia e em toda a sociedade, portanto, qualquer teoria da política pública precisa, também, esclarecer as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (Souza, 2006).

As políticas públicas seguem um ciclo que inclui algumas fases; a identificação do problema; a formulação da política; a tomada de decisão, a implementação e a avaliação (Souza, 2006), conforme figura 01.

Figura 01: Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: Normando, 2024.

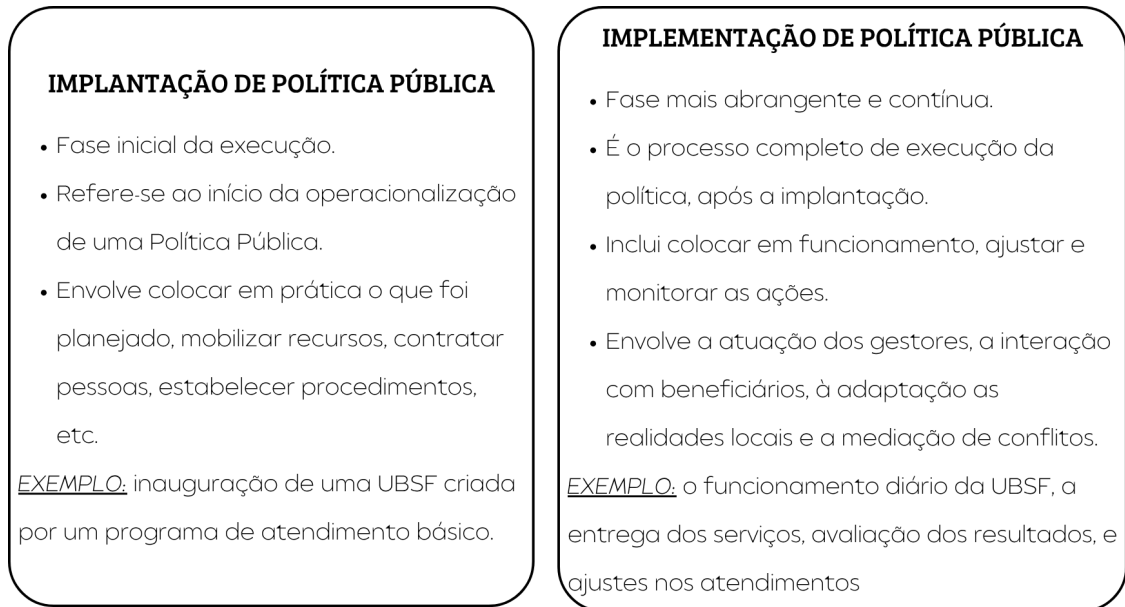
Dessa forma, as políticas públicas são formuladas a partir de estudos e pesquisas sobre as necessidades e exigências da sociedade, além de levar em conta aspectos políticos, econômicos e jurídicos. Elas são concebidas para enfrentar desafios e questões coletivas, com o objetivo de aprimorar a qualidade de vida dos indivíduos, incentivar a igualdade, preservar os direitos humanos e atingir o bem-estar coletivo. Sendo assim, podem ser postas em prática em variados níveis governamentais, desde as administrações locais até os governos nacionais e internacionais. E, ainda, podem mudar em termos de escopo e extensão, indo desde políticas específicas para solucionar um problema específico, até políticas mais extensas que lidam com questões sociais complexas (Medeiros, 2023).

Uma política pública é executada através de um processo que envolve a tradução de metas e objetivos em ações concretas, como a criação de serviços, programas e projetos. Neste sentido, os programas são um conjunto de ações coordenadas e planejadas, geralmente implementadas pelo governo, com o objetivo de resolver problemas ou alcançar metas específicas na sociedade. São medidas que visam melhorar a qualidade de vida, promover o desenvolvimento e garantir direitos aos cidadãos (Normando, 2025).

Em se tratando de políticas públicas e programas sociais, há de se considerar duas etapas essenciais que são o de implantação e de implementação,

conforme figura 02.

Figura 02: Implantação versus implementação



Fonte: síntese gerada a partir de IA Chat Gpt (2025)

Em síntese, a implantação está diretamente relacionada a iniciar alguma coisa, ou seja, por exemplo, para que uma lei seja implementada, primeiramente é preciso que ela seja implantada, ou seja, promulgada, sancionada, para só então ser executada (implementada). Neste encaminhamento, o início da operacionalização de uma política pública é conhecida como fase de implantação e é nesse momento que será colocado em prática o que foi planejado: criar estruturas, mobilizar recursos, contratar pessoas, estabelecer procedimentos (Perez, 2025).

A implementação de políticas e programas, por sua vez, envolve os esforços para destinação de fundos, organização dos esquemas operacionais para atingir os usuários, formação e treinamento de equipes para a entrega de produtos e serviços, além da realização de outras tarefas previstas no ciclo de políticas públicas. Nesta etapa, ou seja, na implementação, a política ou programa passa a maior parte de sua existência, e podem ocorrer constantes aprimoramentos. A implementação requer a sincronização de várias engrenagens internas, com milhares de indivíduos operando e distribuindo vários produtos, em áreas e públicos bastante diversificados (Jannuzzi, 2023).

Dessa forma, segundo Jannuzzi (2023), a tarefa de implementação pode, e

frequentemente vai, incorporar componentes de todas as etapas anteriores do desenvolvimento de políticas, além de todas as incertezas e contingências associadas a elas, podendo incluir a interpretação e a negociação de metas de políticas, assim como pode envolver a tomada de decisões entre opções significativamente distintas e influenciar no resultado efetivamente gerado.

Sendo assim, segundo Wu *et al.* (2014), a implementação é frequentemente desconsiderada na prática, resultando em falhas nesta etapa. As dificuldades neste momento, são geralmente apontadas como o motivo do revés das políticas públicas ou do insucesso. Duas razões são apontadas para para essa dificuldade em implementação, sendo elas: a complexidade com que se representa, tanto analítica como prática; e a outra diz respeito à sensibilidade política na implementação. Para ilustrar esse processo, o quadro 01 destaca três categorias de barreiras para a implementação de políticas públicas, ou seja, as políticas, as de competência analítica e de capacidade operacional.

Quadro 01: Barreiras de implementação típicas

PROBLEMA	DESCRIÇÃO
Barreiras Políticas (de suporte e autorização)	
Autorização lenta	Planos e mobilização de recursos avançam muito lentamente, devido à existência de múltiplos pontos de veto entre os stakeholders em uma rede, tornando o progresso difícil.
Fraco apoio político	Os planos podem progredir e até mesmo atingir níveis moderados de sucesso na fase de projeto-piloto, enquanto “voam sob o radar” de políticos importantes com interesses opostos, até que o programa comece a ser “ampliado”.
Oposição burocrática	Figuras fundamentais na rede de órgãos encarregadas de implementar uma política pública retardam ou sabotam a implementação, devido à baixa prioridade do projeto, falta de incentivos e/ou interesses conflitantes.
Fracos incentivos ao implementador	Os implementadores locais (executivos de coordenação do governo local ou o pessoal de linha de frente de órgãos), que não foram consultados durante a fase de tomada de decisão, não tem adesão ou incentivos adequados para cumprir com as diretrizes a partir de seu nível de atuação.
Barreiras de competências analíticas	
Missões vagas ou múltiplos	A natureza intersetorial dos planos e da implementação leva ao acobertamento dos objetivos conflitantes ou à não especificação clara das permutas em termos operacionais.
Mudanças de prioridades	Trocas feitas durante a tomada de decisão da política pública - por exemplo, entre as dimensões ambientais e econômicas de um problema - poderão ter de ser reconsideradas em função de mudanças nas condições econômicas e políticas.
Má concepção	Programas sociais ou ambientais que provavelmente não vão funcionar como o esperado, devido a diversos obstáculos deixados sem solução na concepção do programa; a falha está mais do que determinada - ou seja, ela vai ocorrer se qualquer das barreiras for ignorada.
Viabilidade desigual	Diferentes componentes dos planos integrados podem estar operacionalmente ligados - um só pode avançar se todos estiverem juntamente presentes, sujeitando as operações ao “elo mais fraco”.
Barreiras de capacidade operacional	
Limitações de fundos	O envio dos fundos necessários para a implementação dos planos aprovados demora para ser concretizado, impedindo o progresso, enquanto os elementos-chave da situação mudam na prática e /ou os apoiadores iniciais desanimam e abandonam os esforços.
Má estrutura de gestão ou capacidade de coordenação de rede	Precedentes de coordenação deficientes entre os principais órgãos - exacerbados no caso de parcerias intersetoriais - tornam as decisões de rotina lentas e a implementação disfuncional.
Falta de clareza nos planos operacionais	Planos aprovados e financiados são mal administrados devido à má especificação de papéis, responsabilidades e prestação de contas. O problema é de muitas vezes agravado por sistemas de supervisão e informação deficientes.

Fonte: Wu *et al.*, 2014.

Portanto, pode-se verificar que a implementação de uma política pública é um processo complexo e variado, que vai além da simples inauguração e início das atividades planejadas. Envolve a execução efetiva, com mobilização de recursos, contratação de pessoal e organização de procedimentos, além da contínua adaptação às realidades locais. No entanto, esse processo tende a enfrentar diversas barreiras, como lentidão na autorização, fraco apoio político, oposição burocrática, limitações operacionais e má concepção dos programas. A superação desses desafios exige clareza nos planos operacionais, incentivos adequados aos implementadores, articulação entre os atores envolvidos e uma gestão eficaz, capaz de adaptar-se dinamicamente às mudanças contextuais e garantir a entrega de resultados à população (Wu *et al.*, 2014).

Diante do exposto, entende-se que a compreensão clara dos conceitos de implantação e implementação é fundamental para analisar os desafios e avanços na operacionalização de políticas públicas e, conseqüentemente, de programas de saúde, como se lê na sequência.

2.1.1 Programas de Saúde

Um programa de saúde é um conjunto organizado, contínuo e articulado de ações e serviços que visam enfrentar problemas e necessidades específicas de saúde de uma população, com objetivos, metas, recursos e métodos definidos (Mendes, 1999).

Os programas de saúde traduzem, em ações específicas e articuladas, às diretrizes e objetivos das políticas públicas de saúde, constituindo instrumentos de implementação das mesmas (Paim, 2009).

Os programas de saúde constituem estratégias de organização do trabalho em saúde voltadas a problemas prioritários ou a grupos populacionais definidos, integrando ações de promoção, prevenção e atenção (Giovanella *et al.*, 2012).

Há uma variedade de programas de saúde, cada um com suas características únicas e metas específicas e cada um é elaborado considerando as demandas e as particularidades da população-alvo. Mesmo com as inúmeras vantagens, a execução dos programas de saúde podem encontrar alguns obstáculos, sendo que os principais incluem a escassez de recursos financeiros, a oposição dos

funcionários ou do público-alvo, a ausência de envolvimento das lideranças e a complexidade em avaliar os resultados alcançados. Para vencer esses obstáculos, é necessário um planejamento minucioso e a implementação de táticas de comunicação e engajamento eficientes (Hartz, 1999)

Os novos programas de saúde emergem da análise das condições de vida e saúde da população, com base em indicadores epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos. A formulação desses programas depende da articulação entre gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil, visando responder a problemas prioritários de saúde pública. A criação e implementação de programas no âmbito do SUS representam estratégias para concretizar as políticas de saúde, adaptando-se às necessidades locais e aos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Paim, 2006).

O Ministério da Saúde destaca que os programas de saúde são instrumentos operacionais das políticas públicas, concebidos a partir do planejamento em saúde, e devem ser monitorados e avaliados continuamente para garantir sua efetividade e sustentabilidade. Assim, novos programas surgem em resposta a lacunas detectadas na execução das ações de saúde existentes ou como forma de inovação para enfrentar desafios emergentes, como novas doenças, mudanças demográficas ou desigualdades regionais (Brasil, 2013).

Apesar de alguns problemas envolverem o sistema, alguns programas desenvolvidos pelo SUS são referência internacional. Com foco no atendimento da Atenção Básica, o Programa de Saúde da Família (PSF), que agora é chamado de Estratégia da Saúde da Família (ESF), foi eleito como um dos melhores programas de saúde do mundo. Também pode-se citar o Programa Nacional de Imunização, que é um programa de acesso gratuito às vacinas que são recomendadas pela OMS e foi através dessa iniciativa que foi possível erradicar algumas doenças e controlar outras no país. Outro programa com destaque mundial é o de Transplantes, o Brasil se destaca como o maior sistema público de transplantes do mundo (Baroni, 2018).

Dessa forma, fica evidente que, apesar dos inúmeros desafios enfrentados, os programas de saúde bem estruturados são essenciais para o desenvolvimento social e a melhoria da qualidade de vida da população, e que, com planejamento, comprometimento e foco no bem-estar coletivo, é possível alcançar resultados expressivos e se tornar referência na área da saúde.

2.2 Sistema Único De Saúde - SUS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década que antecedeu a Constituição de 1988, era entendida pelo Movimento da Reforma Sanitária como uma possibilidade de materializar o direito universal à saúde (Brasil, 2011). Com mais de trinta anos de criação, o SUS é a maior política de inclusão social do Brasil e tem melhorado o acesso a bens e serviços de saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019 mostrou que o SUS, para mais de 150 milhões de pessoas, é o único acesso a um sistema de tratamento de saúde (Sousa, 2023). Com o passar dos anos, o SUS se firmou como o maior sistema público de saúde do planeta, realizando 2,8 bilhões de atendimentos por ano e sendo o único acesso à saúde para 70% da população brasileira (Brasil, 2024d).

O Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se em diversos artigos da Constituição Federal: o art. 6º reconhece a saúde como um direito social; o art. 196 afirma que é responsabilidade do Estado assegurar esse direito por meio de políticas sociais e econômicas que busquem minimizar o risco de enfermidades e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços e ações voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde; o art. 197 enfatiza a importância pública dessas ações e serviços, incumbindo ao governo a tarefa de regulamentá-los, executá-los e fiscalizá-los; e o art. 198 determina que as ações e serviços de saúde pública sejam organizados em uma rede regional e hierárquica, formando um sistema único baseado em princípios de descentralização, atendimento integral e envolvimento da comunidade (Romero, 2022).

Na sequência, foi instituída a Lei nº 8080/90 que dispõe sobre a organização e o funcionamento do SUS e esclarece as condições que envolvem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (Brasil, 1990a). A referida lei possibilitou, de fato, o início da implementação de um sistema público de saúde no Brasil. No mesmo ano, a Lei nº 8142/90 estabeleceu a participação comunitária na administração do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de fundos na área da saúde e outras providências (Brasil, 1990b).

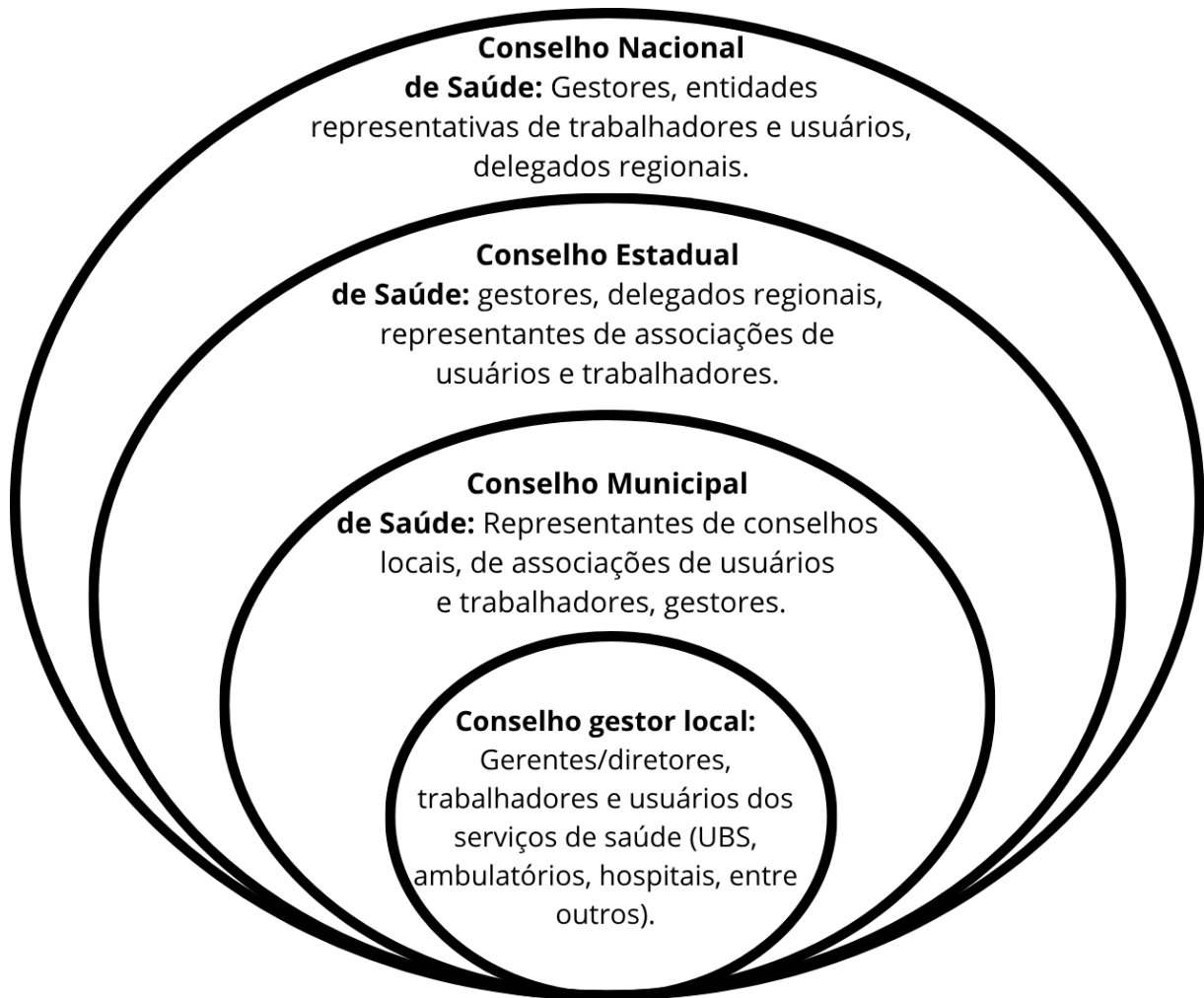
Dessa forma, o SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo e a sua criação proporcionou o acesso universal ao sistema público e a

atenção integral à saúde. Tem como princípios a universalização, que determina que todos têm direito de cidadania, sem distinção de sexo, raça, ocupação ou qualquer característica social ou pessoal, e o Estado tem que garantir esse direito. A equidade, que visa diminuir a desigualdade, respeitando as necessidades individuais e a integralidade, que institui que se deve observar o todo e se atende todas as necessidades através de integrações de ações (Brasil, 2025b).

Os princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, determinam que a administração do Sistema Único de Saúde - SUS se baseie na divisão de responsabilidades entre a União, os estados e os municípios. Portanto, é responsabilidade conjunta das três esferas governamentais estabelecer métodos de controle e avaliação dos serviços de saúde, acompanhar a condição de saúde da população, administrar e empregar recursos financeiros e orçamentários, estabelecer políticas de recursos humanos, conduzir o planejamento a curto e médio prazo e fomentar a integração de políticas de saúde, entre outras medidas (Brasil, 2025c).

De forma complementar, a lei nº 8.142 estabelece que devem ocorrer fóruns específicos para a participação popular, que são conhecidos como conferências e conselhos de saúde. Os conselhos de saúde são compostos por conselheiros de saúde e devem ser formados por usuários, trabalhadores e gestores do SUS, possuem caráter deliberativo e devem ser igualitários. Essa estrutura mínima garante o repasse de verbas vindas da União (Solha, 2014, p.27). A figura 03 representa as instâncias de controle do SUS, conforme preconizado na Lei 8142/90.

Figura 03: Instâncias de controle social do SUS



Fonte: Solha, 2014.

Já o financiamento do sistema se dá com recursos destinados à saúde pelas três esferas de governo, sendo sempre motivo de discussões e insatisfações por parte de gestores e usuários. Inicialmente, não havia informações sobre o percentual que cada esfera do governo deveria contribuir para as ações e ou serviços de saúde (Solha, 2014).

A promulgação da Emenda Constitucional (EC) 29, de 2000, foi uma tentativa de resolver esse problema, tendo um impacto positivo ao estabelecer os percentuais mínimos de investimento em saúde para estados e municípios. No entanto, a questão do financiamento federal, ainda em debate pelos movimentos sociais representados no Conselho Nacional de Saúde e no Senado, permaneceu em

aberto. Apesar dos esforços e debates envolvendo a questão do financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS), o assunto ainda permanece em aberto. Os movimentos sociais, representados no Conselho Nacional de Saúde e no Senado, estão em diálogo sobre este ponto, mas não há uma solução definitiva até o momento, a questão do financiamento federal do SUS continua pendente e em discussão (Solha, 2014).

Apesar da Emenda Constitucional 29 ter representado um avanço formal ao estabelecer percentuais mínimos de investimento em saúde, sua implementação revelou fragilidades significativas. Nos primeiros anos após sua promulgação, houve baixa adesão dos estados às exigências legais, com menos da metade cumprindo os percentuais mínimos em diversos períodos. Além disso, a União acumulou uma dívida bilionária com o SUS, evidenciando que, mesmo com a norma em vigor, o financiamento federal permaneceu aquém do necessário. Os dados revelam que os municípios, embora com menor capacidade fiscal, foram os que mais se aproximaram do cumprimento da EC 29, o que expõe uma inversão de responsabilidades e a fragilidade do pacto federativo na área da saúde (Campelli e Calvo, 2007).

O modelo de financiamento adotado pela União após a EC 29 manteve-se instável e vulnerável às decisões políticas e econômicas. Com o crescimento da arrecadação federal, não houve proporcional aumento dos recursos destinados ao SUS, o que comprometeu a expansão e a qualidade dos serviços ofertados. Além disso, a ausência de uma reforma tributária que promovesse maior justiça fiscal e redistribuição de recursos entre os entes federativos contribuiu para a perpetuação das desigualdades regionais. Assim, embora a EC 29 tenha sido um marco importante, ela não foi acompanhada de medidas estruturantes que garantissem a sustentabilidade financeira do sistema, mantendo o financiamento federal como uma questão pendente e politicamente sensível (Piola; França; Nunes, 2015).

A Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de dezembro de 2016, estabeleceu o Novo Regime Fiscal no Brasil, limitando os gastos públicos por vinte exercícios financeiros (Brasil, 2016a). Essa emenda foi justificada pelo déficit público produzido por administrações passadas, indicando a necessidade de um ajuste fiscal e estabelecendo ações para redução e controle dos gastos públicos, visando alcançar o superávit primário, pois com isso, o governo federal poderia economizar para quitar a dívida pública. No entanto, com o novo limite de gastos, percebeu-se que

não há verba disponível para realizar investimentos, expandir ou até preservar os programas de saúde já existentes. Isso se deve ao fato de que a emenda destinou a maior parte dos investimentos aos estados e municípios, que não possuem fundos (receitas) para sustentar a saúde em níveis médio e alto de complexidade (Ferreira; Fuzari; Vieira, 2023).

O total de prejuízos causados pela Emenda Constitucional 95 desde 2018 pode ultrapassar R\$60 bilhões. Os cortes impactam em todas as unidades e serviços do SUS, podendo resultar em uma diminuição de até 60% em setores essenciais, como imunização, assistência básica e farmácia popular (Brasil, 2022).

A EC 95, constitui-se como um obstáculo ao avanço do projeto democrático da Constituição de 1988, evidenciando retrocessos sociais e limitando o potencial emancipatório do Estado. Além dos impactos orçamentários e sociais, a EC 95 também revela uma lógica de racionalidade neoliberal que compromete a efetivação dos direitos sociais (Bitencourt; Bitencourt, 2021).

A EC 95 representa, ainda, desvio no modelo de Estado garantidor de direitos, ao priorizar o equilíbrio fiscal em detrimento das necessidades sociais, não restringindo apenas o financiamento de políticas públicas, mas também enfraquecendo os mecanismos de participação e controle social, pilares essenciais para a consolidação da cidadania ativa prevista na Constituição de 1988 (Mariano, 2021). Assim, a emenda colabora para a consolidação de um Estado que se distancia dos compromissos democráticos e emancipatórios, aprofundando desigualdades e limitando o acesso universal aos serviços públicos essenciais.

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidade, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológicas, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica (Brasil, 2025b).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) referem-se aos caminhos utilizados para acessar várias partes dos serviços de saúde. Esses caminhos são criados para gerenciar o atendimento e garantir o acesso dos usuários aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, visam assegurar que, ao apresentarem uma condição de saúde específica, os indivíduos sejam direcionados para um local de atendimento apropriado às suas necessidades (Brasil, 2025d).

Nas redes, cada ponto ou serviço desenvolve um papel dentro da organização. Dessa forma, a Atenção Primária é a porta de entrada preferencial do

SUS e é por meio das equipes de saúde da Atenção Primária que os usuários devem buscar atendimento, preferencialmente, e quando necessário serão encaminhados aos demais serviços (Brasil, 2025d).

Na sequência, será detalhado com mais profundidade a operacionalização e a relevância da Atenção Primária para a concretização do SUS.

2.2.1 Gestão do SUS

A gestão abrange o planejamento, a organização, a coordenação e o controle das atividades e recursos de uma empresa, com o objetivo de atingir metas específicas. Para alcançar isso, é preciso tomar decisões, administrar pessoas e recursos, e assegurar a eficácia das operações. Esse princípio é utilizado em vários contextos, incluindo empresas, organizações não lucrativas, entidades governamentais e até mesmo em projetos e equipes. Portanto, é uma prática fundamental para assegurar o bom desempenho de uma organização e a obtenção dos resultados almejados (Maximiano, 2000).

Gestão é a realização das metas/objetivos dentro de uma organização, de forma eficiente e eficaz, através de processos como planejamento, organização, liderança, controle, execução e acompanhamento, por meio de recursos humanos e organizacionais. É, principalmente, o papel de tomar decisões e liderar pessoas, a fim de obter melhores resultados. Pode ser vista como uma arte (criatividade, intuição, aplicação de habilidades) e uma prática (requer experiência e contexto). A gestão pode ser algo realizado por diversas pessoas, em contexto de liderança e comando de um grupo (Ng; Mazzei, 2020).

A gestão em saúde é quase tão antiga quanto a Saúde Pública. A saúde pública se baseou em algumas ciências para explicar sobre o processo saúde e doença e através da saúde pública iniciou uma área denominada administração sanitária e de práticas em saúde. A administração sanitária trouxe a forma de organização dos campos militares, com planejamento estratégico, tático, programas sanitários e gestão operacional (Campos; Campos, 2009) .

A gestão em saúde pode ser descrita como a aplicação de conhecimentos no gerenciamento dos sistemas das organizações de saúde, que abrange a administração de redes, setores públicos de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e

outras instituições e serviços de saúde. Inclui três dimensões complexas: os espaços de cuidados diretos, que podem ser singulares ou multiprofissionais; as várias instituições de saúde; e a necessidade de formar e operar redes de serviços de saúde para garantir uma assistência universal, integral, equitativa, de qualidade e eficaz para as demandas de saúde da população (Lorenzetti et.al., 2014).

A evolução do conceito de gestão em saúde, vindo de um desdobramento contemporâneo e com definições originárias da ciência política, sociologia e da teoria geral da administração que iniciaram nas guerras. E a partir do século XX, ampliou-se o campo de intervenção da gestão em saúde, onde foram construídos os Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde, que iniciaram por alguns países da Europa. O Estado foi responsabilizado pelo financiamento e pela gestão de uma rede de serviços constituída segundo o conceito de integração sanitária, não apenas com ações de caráter preventivo e de relevância coletiva, mas assumiria a assistência individual em hospitais e outros serviços (Campos; Campos, 2009).

Nesse viés, a gestão em saúde é desenvolvida como uma abordagem administrativa, otimizando o desempenho das instituições através de recursos disponíveis, por meio de ações que sejam eficientes, eficazes e efetivas, permitindo que a organização atinja seus propósitos (Dermindo; Guerra; Gondinho, 2020).

Neste sentido, o SUS defende que seu modelo de gestão funcione como uma ferramenta para a implementação de cuidados completos à saúde da população e para a organização dos três níveis de gestão do sistema. As três esferas governamentais precisam seguir uma única direção que atenda às necessidades e exigências da população, fortalecendo a conexão dos serviços com seus usuários para fomentar a participação efetiva e o controle social (Dermindo; Guerra; Gondinho, 2020).

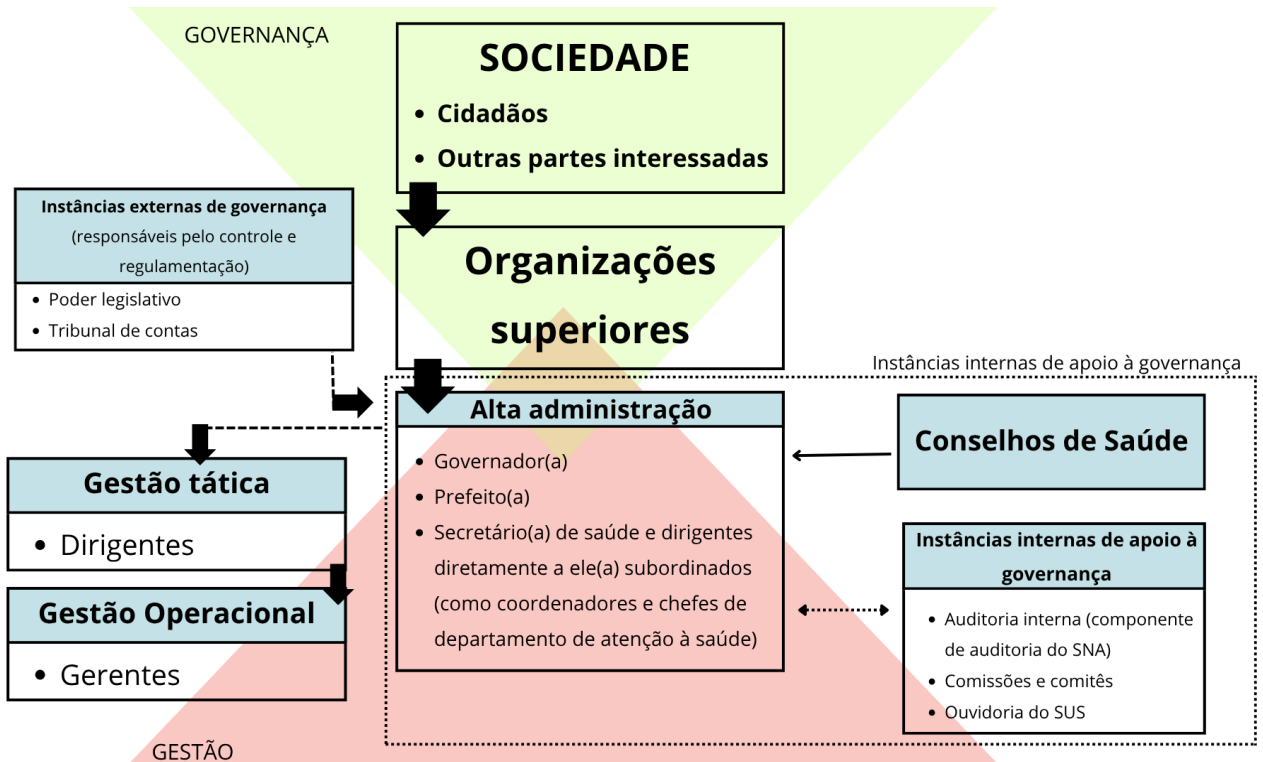
Nesse encaminhamento, na gestão do SUS, o sistema de atendimento funciona de modo descentralizado e hierarquizado. A descentralização se dá porque a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, através da transferência de recursos financeiros da União e do estado. Quanto à hierarquização, as partes envolvidas no sistema público de saúde negociam e chegam a um consenso sobre ações, serviços, estruturação do atendimento e outras interações. Isso é conhecido como pactuação intergestores. Ela pode acontecer tanto na Comissão Intergestora Bipartite (estados e municípios), quanto na Comissão Intergestora Tripartite (os três entes federativos) (Brasil, 2025b).

A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é complexa e está sujeita a regulamentações extensas e constante evolução. Seus fundamentos estruturais encontram-se na Constituição Federal, especialmente nas Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/90, bem como na Lei nº 141/2012, no Decreto nº 7.508/2011, e também com regulamentos e resoluções, que são discutidos e publicados em conformidade com acordos regionais, estaduais e nacionais, por meio dos Conselhos (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná, 2025).

A gestão do SUS precisa, ainda, estar alinhada à participação popular. Dessa maneira, a Lei Complementar (LC) n. 141/2012 agrega que aos Conselhos de Saúde, cabe definir a partir de diretrizes, o estabelecimento de prioridades. Essa mudança, reforça a importância da participação popular na elaboração de políticas públicas (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015).

Em busca de ilustrar o modelo de governança e gestão em saúde, o Tribunal de Contas da União publicou o Guia de Governança e Gestão em Saúde, em 2018, a partir de um levantamento nacional e alinhado aos padrões internacionais, estabelecendo o sistema de governança, conforme apresentado na figura 04 (Brasil, 2022).

Figura 04: Sistema de governança das secretarias de saúde.



Fonte: Brasil, 2022.

O sistema de governança das secretarias de saúde, caracteriza-se pela atuação das categorias internas da gestão, a alta administração, sendo os governadores, prefeitos, secretários de saúde e seus dirigentes. E os Conselhos de Saúde, possuem a missão de definir, avaliar e monitorar políticas e estratégias. Ainda na categoria interna, mas como apoio à governança, faz parte o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), as comissões e comitês e a ouvidoria do SUS (Brasil, 2018). Nessa estrutura de governança, como parte da gestão, se apresenta ainda um nível que engloba a gestão tática, que é responsável por coordenar a gestão operacional em áreas específicas, sendo os dirigentes que integram o nível tático da secretaria de saúde, alguns dirigentes podem se encontrar tanto no nível da alta administração quanto no nível da gestão tática. E a gestão operacional, presente nas unidades de saúde , onde irão ocorrer diretamente os serviços clínicos, campanhas, logística e auditorias (Brasil, 2018).

A governança de sistemas e serviços de saúde no SUS é realizada de maneira prática pelo conjunto de estruturas, processos e vínculos institucionais que possibilitam que os envolvidos no sistema público de saúde (governos, prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde, comunidades e cidadãos) colaborem para atingir metas comuns na prestação contínua de serviços de saúde (Pernambuco, 2024).

2.2.2 Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) fundamenta-se, então, no compromisso com a justiça social e a equidade, bem como no reconhecimento do direito essencial ao melhor padrão de saúde possível, conforme destacado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]” (OPAS, 2025). O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) foi inicialmente proposto em 1920 pelo Relatório Dawson¹, que propôs uma

¹ O Relatório Dawson, publicado em 1920, foi o marco da ideia de APS como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde, no qual se propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento (Portela, 2016).

mudança no sistema de saúde do Reino Unido. No entanto, a APS foi consolidada e definida na Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, sendo vista como a porta de entrada dos sistemas de saúde e o ponto de partida de um cuidado contínuo (Rodrigues et.al., 2012).

Após a conferência de Alma-Ata, as ideias e as práticas da APS manifestaram-se de maneira variada globalmente. Nos países periféricos destacou-se com um enfoque mais pontual que passou a caracterizar um conjunto de intervenções de baixo custo para o controle de certos problemas de saúde, realizadas por profissionais de baixa qualificação e sem a possibilidade de encaminhamento para níveis de atenção mais complexos (Rodrigues et.al., 2012).

A implementação da APS no Brasil, influenciada pela Declaração de Alma-Ata, tem sido marcada por uma abordagem seletiva, devido a fatores como desigualdades sociais, econômicas e a falta de recursos. Apesar da importância da APS para a saúde da população, o Brasil, como país periférico, enfrenta desafios na universalização e na efetividade da APS (Facchini, 2022).

Neste sentido, a atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários no sistema de saúde, ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção primária funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (Fiocruz, 2013). As funções dos serviços da APS estão destacadas na figura 05.

Figura 05: Funções dos serviços de APS



Fonte: Campos, 2020.

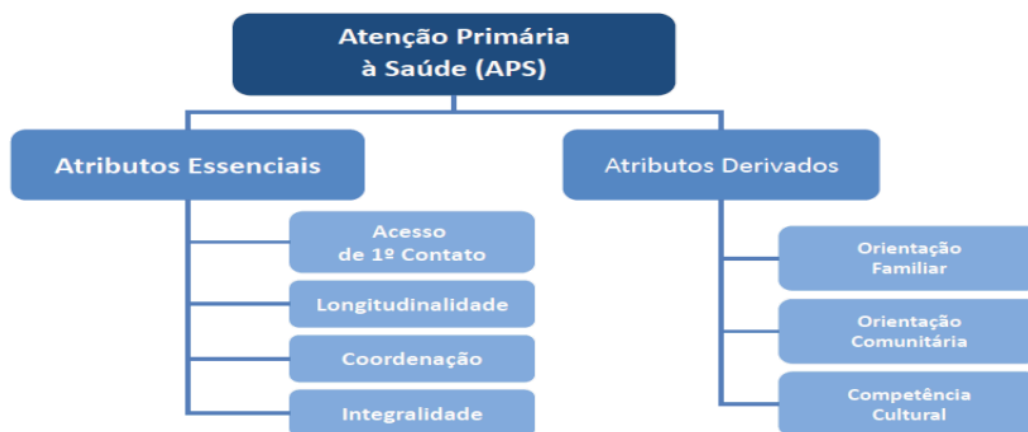
No Brasil, a Atenção Primária é implementada com um elevado nível de descentralização e abrangência, ocorrendo no lugar mais próximo da realidade das pessoas. Existem várias estratégias governamentais associadas, e uma delas é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que proporciona serviços multidisciplinares às comunidades através das Unidades de Saúde da Família (USF), como por exemplo, consultas, exames ou imunizações, serviços estes que são oferecidos aos usuários nas UBSF (Brasil, 2025e).

A APS atua como um método para sistematizar e unir, considerando a visão da comunidade, os serviços de saúde. Dessa forma, um sistema de saúde fundamentado na APS visa assegurar que haja cobertura e acesso a cuidados de saúde amplos e que sejam bem aceitos pela população, destacando a assistência clínica, a prevenção de enfermidades e a promoção do bem-estar (Brasil, 2019).

Os serviços da APS são a porta de entrada às redes de atenção à saúde e quatro são considerados como essenciais: o acesso de primeiro contato com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema. Também se destacam outros serviços considerados derivados: atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural (Brasil, 2019). A figura 06, representa os atributos da Atenção

Primária à Saúde conforme a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS).

Figura 06: Atributos da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Brasil, 2019.

As ações de atenção primária são todas aquelas que as equipes de saúde devem oferecer para que os usuários tenham acesso à atenção integral, tanto na parte biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas relacionadas à APS. Os serviços estão divididos da seguinte forma: “Vigilância em Saúde”, “Promoção à Saúde”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente”, “Procedimentos na APS” e “Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal” (Brasil, 2019).

Na atenção primária, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o fundamento organizacional dos sistemas de saúde. Em um sistema tão vasto, complexo e inclusivo como o SUS, é fundamental uma rede de atenção básica bem organizada e eficaz. Isso permite que uma parte considerável dos problemas de saúde sejam solucionados na UBS. Sendo assim, com soluções de baixo custo para o sistema, direciona-se os recursos mais relevantes para os casos que realmente necessitam deste nível de dedicação do bem público e dos trabalhadores (Manzini, 2023).

As UBS estão inseridas na comunidade, próximo da localidade onde os usuários residem, por isso o atendimento se torna mais próximo das famílias e usuários, melhorando o vínculo das pessoas com a unidade de atendimento, pois se tratando da sua primeira referência em saúde, torna fundamental para o alcance do objetivo de acompanhar o desenvolvimento, promover a saúde, prevenir e tratar

doenças (Manzini, 2023).

Neste sentido, a porta de entrada do SUS, na Atenção Primária, são as unidades básicas de saúde (UBS), e as estatísticas apontam que, no ano de 2021, uma média de 223 pessoas por dia receberam algum tipo de atendimento nas UBSs de todo o Brasil (Lara, 2021).

A equipe de Saúde da Família (eSF) é primordial para a Atenção Primária à Saúde e está encarregada de implementar ações de saúde individuais, familiares e comunitárias que abrangem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e monitoramento da saúde. Essas ações são implementadas através de práticas de cuidado integradas e gestão competente. É voltada para a população em um território específico, onde as equipes multiprofissionais assumem a responsabilidade sanitária (Brasil, 2025f).

A equipe multiprofissional da eSF é formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo ser complementada com profissionais da área de saúde bucal, agente de combate a endemias e outros profissionais ligados à área de saúde. As principais atividades executadas pelas equipes de Saúde da Família englobam ações individuais e coletivas, tais como consultas, imunizações, procedimentos, visitas domiciliares, grupos e outras ações focadas no atendimento integral à saúde. Essas atividades acontecem na UBS, nos lares e em outros ambientes comunitários, como escolas e associações, conforme as demandas de saúde da comunidade local, bem como as prioridades e orientações clínicas e terapêuticas definidas (Brasil, 2025f).

A ação desenvolvida nas casas dos usuários, que é chamada de atenção domiciliar, é realizada pela equipe multiprofissional da eSF, e caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde, esse atendimento é assistido, também, pelo Programa Melhor em Casa, que será melhor detalhado na sequência.

2.2.3 Política Nacional de Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar (AD) é um modelo de cuidado à saúde prestado na residência do paciente, composto por uma série de ações voltadas à promoção da

saúde, prevenção e tratamento de doenças, além da reabilitação. Dessa forma, no SUS, a AD está integrada à Rede de Atenção à Saúde e proporciona a continuidade do cuidado (Brasil, 2025g).

Na AD as abordagens são diferenciadas, conforme a necessidade de cada usuário. Durante o processo de atendimento, quando as visitas passam a ser menos frequentes e o paciente está mais estável, o atendimento pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica. Já quando os casos são de maior complexidade são acompanhados por equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa (Brasil, 2025g).

A Portaria 825 do Ministério da Saúde, de 25 de abril de 2016, redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Ela estabelece três modalidades de atenção domiciliar (AD1, AD2 e AD3, conforme a figura 07, com diferentes níveis de cuidado e se diferenciam pela complexidade, visando garantir a continuidade dos cuidados em saúde para pacientes que necessitam de assistência em suas residências (Brasil, 2016c).

Figura 07: Classificação - Critérios de elegibilidade.



Fonte: Brasil, 2012a.

Nesse sentido, conforme o Art. 3º da Portaria 825, os principais objetivos da Política Nacional de Atenção Domiciliar são: a redução da demanda por atendimento hospitalar; a redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS (Brasil, 2016c).

No que diz respeito às diretrizes, a PNAD propõe que a atenção domiciliar deve ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS; deve estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde; adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es) (Brasil, 2016c).

Dessa maneira, a Atenção Domiciliar, representa uma estratégia essencial para garantir a continuidade do cuidado, promovendo a humanização do atendimento, a autonomia dos usuários e otimização de recursos em saúde, e contribui para os serviços em saúde de uma maneira eficaz. Sendo assim, a PNAD busca integrar os serviços de atenção domiciliar com outros pontos da rede de atenção à saúde, como as unidades básicas, hospitais e serviços especializados (Brasil, 2016c).

2.3 Programa Melhor em Casa

O Programa Melhor em Casa (PMeC) visa proporcionar assistência residencial para usuários que necessitam de atenção constante, prevenindo internações prolongadas e fomentando o conforto e a recuperação no seio da família. Neste encaminhamento, tem como público alvo indivíduos que estão enfrentando um período de piora de sua enfermidade e, devido a restrições temporárias ou permanentes, não conseguem se locomover até um serviço de saúde (Brasil, 2025a).

O Programa foi lançado no dia 08 de novembro de 2011, visando ampliar o atendimento domiciliar ofertado pelo SUS e integrar as redes de Atenção às Urgências e Emergências (Saúde Toda Hora) e da Atenção Básica (Saúde Mais Perto de Você) e expandindo a assistência domiciliar. O programa também contribui para a descentralização e o fortalecimento do sistema de saúde pública. Deste modo, o programa auxilia os usuários hospitalizados a receber alta mais rapidamente, possibilitando que prossigam com o tratamento em casa, quando viável. Entende-se que, sem essa opção de assistência domiciliar, essas pessoas poderiam acabar precisando de internação hospitalar prolongadas (Brasil, 2025a).

Nesse sentido, o PMeC tem como objetivos proporcionar um cuidado mais humano e personalizado, evitar internações desnecessárias, melhorar a qualidade de vida dos usuários e familiares e melhorar a rotatividade de leitos, ampliando o acesso à hospitalização (Brasil, 2025a). O PMeC disponibiliza o acesso ao tratamento de várias enfermidades para pessoas de todas as idades e com diferentes problemas de saúde. Alguns exemplos de enfermidades atendidas pelo programa são, usuários que tiveram AVC, que passaram por cirurgias, que necessitam de curativos extensos ou medicação venosa, que necessitam de cuidados frequentes ou pessoas que estão em fase terminal e necessitam de um suporte especializado (Brasil, 2025a).

Para que o PMeC funcione, uma equipe multiprofissional realiza os atendimentos. Estas equipes são divididas em três tipos: as equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD), que são responsáveis por fornecer cuidados médicos, de enfermagem e outros serviços essenciais diretamente na residência do usuário; as equipes multiprofissionais de apoio (EMAP), que oferecem suporte às EMAD, garantindo que todas as necessidades do usuário sejam atendidas de forma integrada e eficiente e; equipes multiprofissionais de apoio para reabilitação (EMAP-R), são direcionadas para a reabilitação intensiva dos pacientes, auxiliando na recuperação e na melhoria da qualidade de vida através de terapias específicas e personalizadas. As Equipes Multiprofissionais de Apoio para Reabilitação (EMAP-R) são exclusivamente para municípios com menos de 20.000 habitantes (Brasil, 2025a).

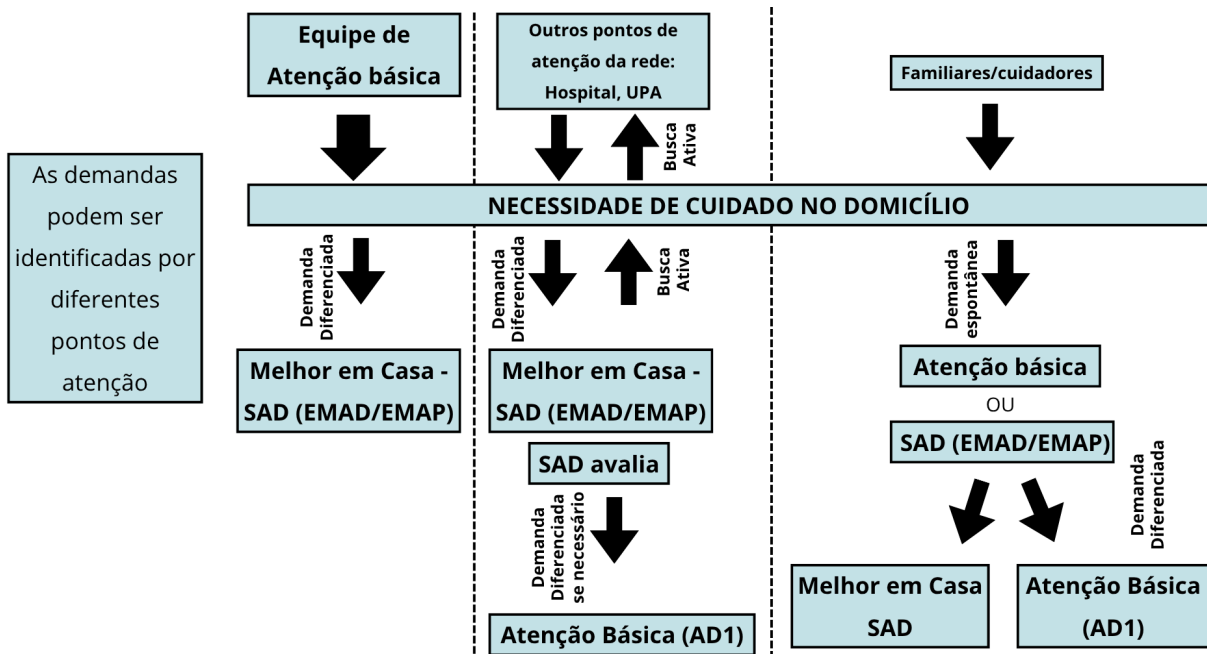
No ano de 2023, as estatísticas apontaram que ocorreram mais de 5 milhões de atendimentos através do PMeC, sendo uma média de 432 mil atendimentos ao mês, deste total. O programa mudou o cenário não só dos profissionais de saúde,

mas também de milhares de cidadãos (Brasil, 2024a).

A possibilidade de inserção de um usuário no serviço de atenção domiciliar - SAD, pode vir da indicação da atenção básica, hospitalar ou urgência/emergência. A assistência a um usuário em um Serviço de Atenção Domiciliar - SAD (EMAD/EMAP) envolve um desafio triplo: o primeiro, a compreensão de que certos pacientes podem ser tratados com qualidade e eficácia, segundo, entender os critérios utilizados pela atenção domiciliar (AD) para identificar os usuários que serão beneficiados e, por fim, a determinação da modalidade de Assistência Domiciliar na qual o paciente se enquadra. O profissional de saúde da rede que é apto para a indicação do SAD (Brasil, 2012a).

Como a recomendação da atenção domiciliar percorre por toda a rede, cada serviço deverá ser competente para poder identificar o usuário elegível para o serviço de AD (Brasil, 2012a). Assim, as formas de captação ocorrem de acordo com os serviços que podem ser “porta de entrada” para a AD, conforme estruturado na figura 08.

Figura 08: Fluxo de Captação



Fonte: Brasil, 2012a.

Dessa forma, o fluxo de captação da atenção domiciliar, de acordo com a figura 9, começa com a identificação do paciente elegível, que pode ser feita por diversos pontos de entrada, como hospitais, unidades de pronto atendimento,

atenção básica e até mesmo pela própria família. A partir daí, a equipe de atenção domiciliar avalia o paciente e, se ele se encaixa nos critérios, depois é criado um plano de cuidados personalizado, conforme suas necessidades (Brasil, 2012a).

Dessa maneira, o Programa Melhor em Casa representa um avanço significativo na reestruturação do cuidado em saúde no Brasil, promovendo a desospitalização segura, o acolhimento no ambiente familiar e a integralidade da atenção. Ao articular diferentes pontos da rede de serviços e valorizar o protagonismo da família e da comunidade no processo de cuidado, o PMeC contribui para a humanização da assistência, a otimização de recursos e a ampliação do acesso. Dessa forma, consolida-se como uma estratégia essencial para um sistema de saúde mais eficiente, resolutivo e centrado nas necessidades reais dos usuários (Brasil, 2025a).

3 METODOLOGIA

A metodologia é o detalhamento minucioso de cada ação realizada no processo de pesquisa. Neste encaminhamento, o presente capítulo trata da descrição do tipo de estudo, caracterização da pesquisa, procedimentos de coleta e análise de dados e ética da pesquisa do que será empregado no estudo.

3.1 Caracterização da Pesquisa

No que diz respeito à natureza, trata-se de uma pesquisa básica, pois permite articular conceitos e sistematizar a produção de uma determinada área de conhecimento. Ela visa criar novas questões num processo de incorporação e superação daquilo que já se encontra produzido (Minayo, 2001).

Quanto à abordagem, se classifica como qualitativa, pois neste tipo de pesquisa não ocorre a preocupação com a representação numérica de informações coletadas, mas, sim, com o estudo da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc (Gerhardt; Silveira, 2009). E conforme Gil (2002), a análise qualitativa é influenciada por diversos elementos, como a natureza das informações recolhidas, os métodos de pesquisa e os conceitos teóricos que orientaram a pesquisa. No entanto, pode-se caracterizar esse procedimento como uma sequência de tarefas que inclui a redução dos dados, a classificação desses dados, sua interpretação e a elaboração de um relatório.

Já quanto aos objetivos, pode ser classificada como pesquisa descritiva. A pesquisa descritiva observa, registra e analisa. Não busca identificar as causas dos fenômenos, mas sim, descrever as características e possíveis relações entre variáveis (Gil, 2002).

A pesquisa se caracteriza, quanto aos procedimentos, como bibliográfica - do tipo sistemática. A pesquisa bibliográfica é realizada a partir de material já existente, predominantemente livros e artigos científicos. Apesar de quase todos os estudos englobarem algum tipo de trabalho desse tipo, existem pesquisas que são exclusivamente baseadas em fontes bibliográficas (Gil, 2002). A revisão sistemática da literatura é um tipo de investigação que se concentra numa questão bem definida,

com o objetivo de identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis. Esta abordagem visa reunir e analisar sistematicamente estudos primários, seguindo um protocolo claro e replicável, para responder a uma pergunta de pesquisa específica (Galvão; Pereira, 2014).

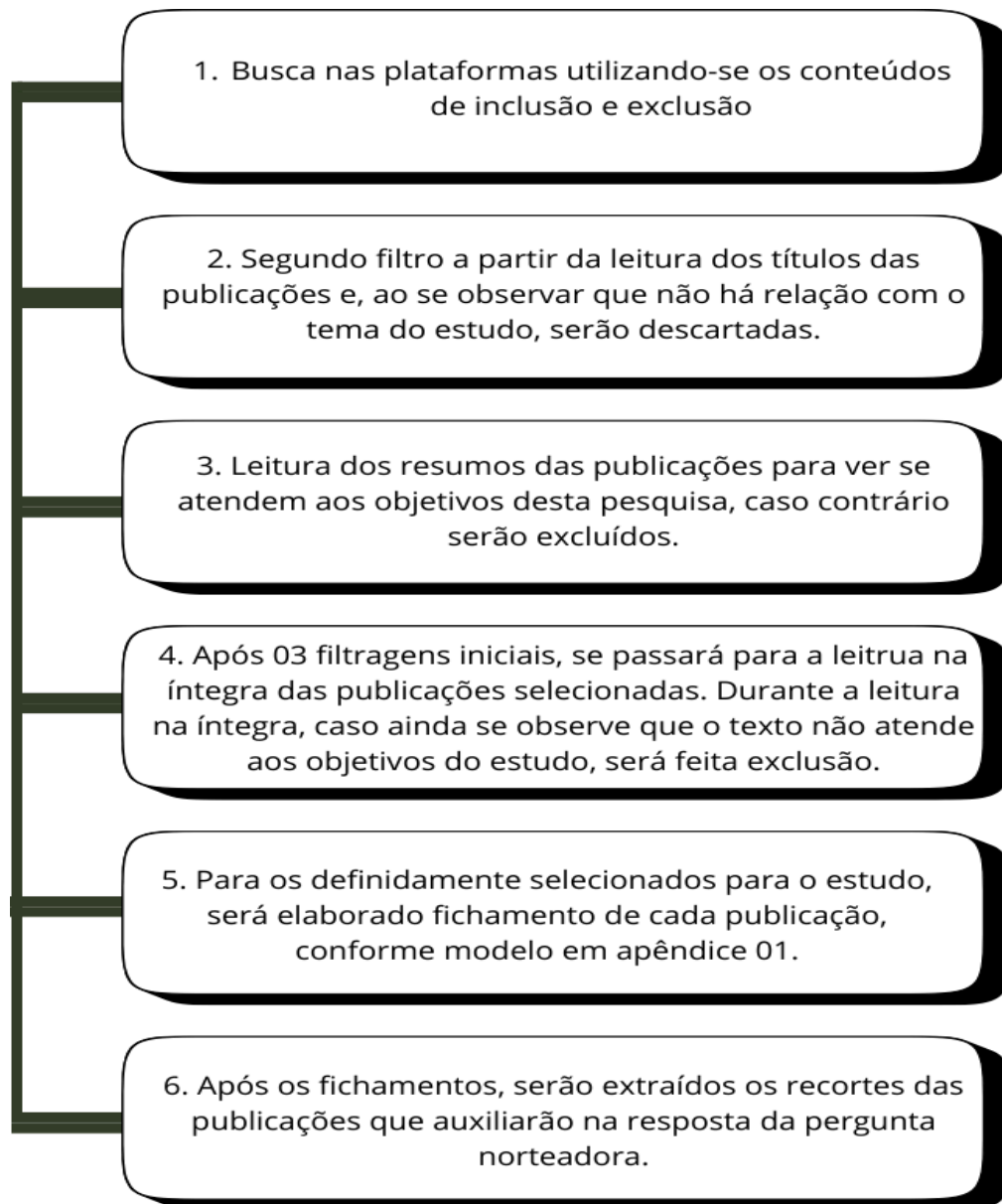
3.2 Procedimentos de Coleta de Dados

O planejamento detalhado da coleta de dados inclui algumas etapas, como responder a pergunta problema da pesquisa; quais meios serão utilizados para busca de informações; descritores; critérios de inclusão e exclusão de publicações. Na sequência, cada etapa está descrita:

- 1) **Pergunta norteadora:** Como se deu a implementação do Programa Melhor em Casa no âmbito do SUS, de acordo com a literatura no período de 2011-2025?
- 2) **Plataforma de buscas:** Lilacs, Scielo, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Google acadêmico.
- 3) **Descritores:** Programa Melhor em casa, SUS, implementação.
- 4) **Critérios de inclusão:** artigos científicos, publicados em língua portuguesa e com recorte temporal de 2011-2025.
- 5) **Critérios de exclusão:** artigos que sejam resultados de revisão da literatura, que no título ou no resumo não apresentem relação direta com o objetivo deste estudo, idioma que não seja língua portuguesa e fora do período definido para esta pesquisa.

Dessa maneira, então, a coleta de dados ocorreu conforme figura 09:

Figura 09: Etapas da coleta de dados



Fonte: Adaptado Rêgo *et al.* (2023)

Com esse detalhamento da coleta de dados, buscou-se construir uma base de informações e que fosse possível realizar a análise de dados e compreender a implementação do Programa Melhor em Casa no âmbito do SUS entre os anos de 2011 e 2025.

Ao finalizar o processo de seleção das publicações que foram utilizadas neste estudo, chegou-se a este panorama:

Quadro 02: Seleção das publicações

SCIELO	Não localizou nenhum resultado, foi realizada a pesquisa usando os três descritores e também separando eles.
LILACS	<p>Com os três descritores, não teve resultado. Com descritores Programa Melhor em Casa e SUS, tiveram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 26 resultados ● 02 repetidos ● 01 monografia ● 01 manual <p>O filtro separando pelo título, resultou em:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 04 resultados <p>Depois de comparar com as outras plataformas foi identificado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 01 título repetido <p>Após a terceira etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 03 resultados
GOOGLE Acadêmico	<p>Utilizando os três descritores, identificou:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 118000 resultados. <p>Foi definido verificar as seis primeiras páginas, continham 10 resultados em cada e resultou em:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 60 resultados ● 08 monografias ● 02 repetidos <p>O filtro separando por título, resultou em:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 12 resultados <p>Depois de comparar com as outras plataformas foi identificado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 03 repetidos <p>Após a terceira etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 09 resultados <p>Após a quarta etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 08 resultados
CAPES	<p>Com os três descritores, não teve resultado. Com descritores Programa Melhor em Casa e SUS, tiveram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 14 resultados ● 01 repetido <p>O filtro separando por título, resultou em:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 04 resultados <p>Após a terceira etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 03 resultados

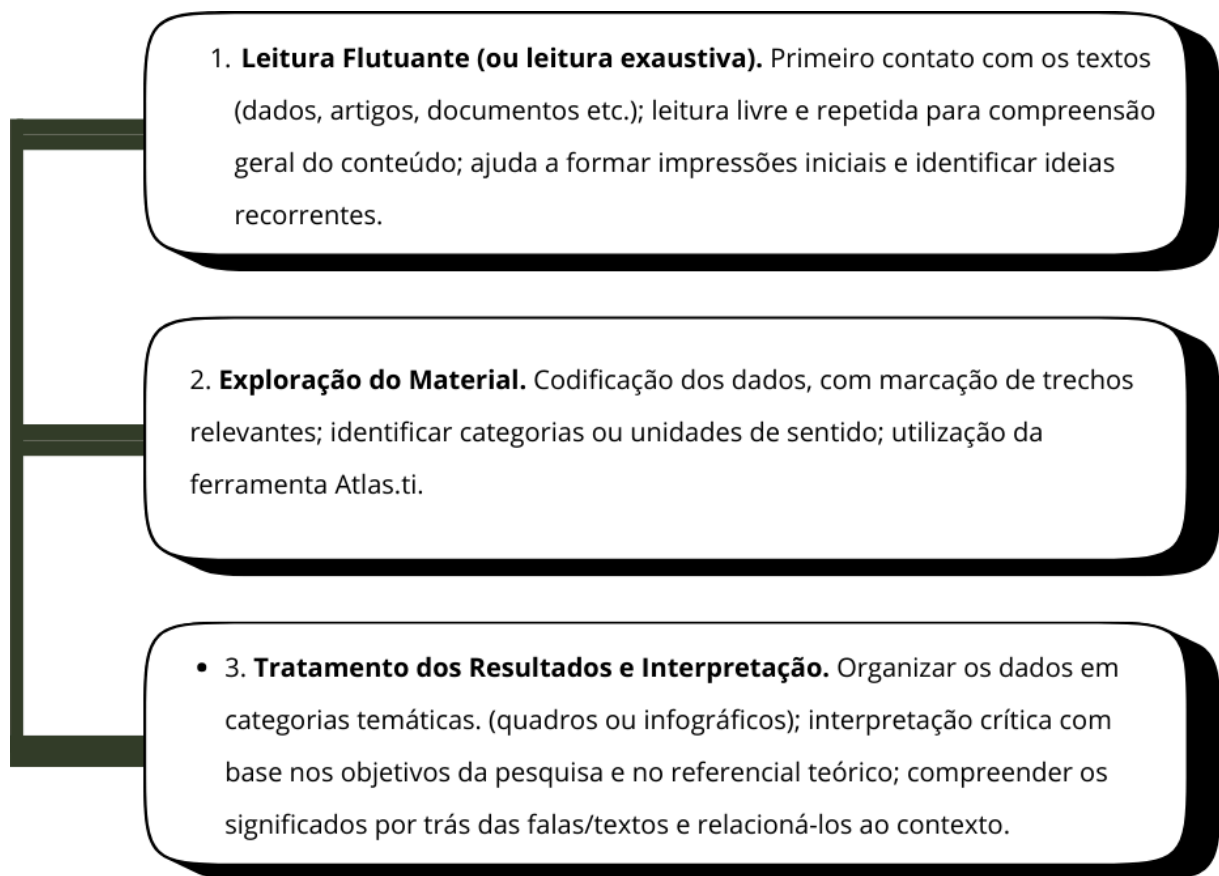
Fonte: a autora (2025)

Neste cenário, ao final foram selecionadas um total de 20 publicações, após a leitura dos resumos resultaram 14 artigos que foram lidos na íntegra e devidamente fichados.

3.3 Procedimentos de Análise de Dados

Como procedimento de análise de dados, foi utilizado o modelo adaptado de Minayo (2014) que segue as etapas conforme a figura 10.

Figura 10: Etapas do procedimento de análise de dados



Fonte: Adaptado Minayo (2014)

Destaca-se que, para a codificação dos dados coletados foi utilizado a ferramenta disponibilizada pelo [Atlas.ti](#)². Após esse processo, as categorias foram

² É um software especializado na análise de dados qualitativos, utilizado por pesquisadores e profissionais para organizar, codificar, analisar e interpretar grandes volumes de informações, como textos, imagens, áudios e vídeos (Silva Júnior, 2018).

devidamente analisadas para que possibilitasse responder aos objetivos deste estudo. Os resultados finais foram apresentados com suporte de quadros e infográficos e analisados à luz do referencial teórico deste projeto. As publicações utilizadas foram identificadas com a inicial A que se refere a artigo seguido do número de sua ordem, por exemplo, A1, A2, A3.

3.4 Ética na Pesquisa

A pesquisa bibliográfica, conforme a Resolução CNS 510, não exige análise prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Brasil, 2016b). No entanto, a pesquisa bibliográfica, apesar de não envolver seres humanos diretamente, demanda cuidados éticos significativos, especialmente no que diz respeito à integridade acadêmica, honestidade científica e respeito à propriedade intelectual (Brasil, 2025h), pontos que serão rigorosamente observados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

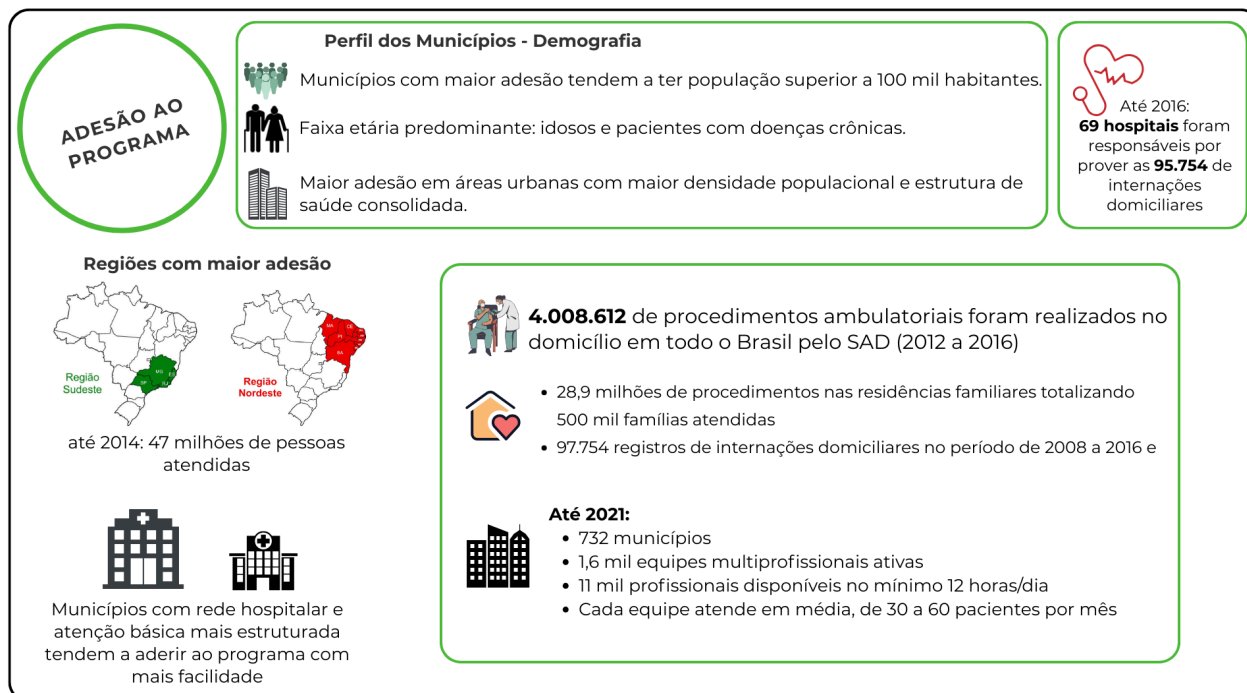
Neste capítulo estão apresentados os resultados obtidos a partir da coleta e análise dos dados deste estudo. As publicações selecionadas e utilizadas para responder os objetivos estão representadas no quadro disponível no apêndice B.

Para viabilizar que todos os objetivos fossem alcançados, dividiu-se em três (03) sessões: A Adesão dos Municípios ao Programa Melhor em Casa; Os Investimentos Financeiros e de Recursos Humanos para o Funcionamento do Programa Melhor em Casa; Avanços e Limites para a Implementação nos Municípios. Para encerrar, estão dispostas as considerações finais.

4.1 A Adesão dos Municípios ao Programa Melhor em Casa

O primeiro objetivo específico deste estudo era verificar como se deu a adesão dos municípios ao Programa Melhor em Casa. Neste sentido, as categorias de análise que emergiram apontam para questões como: perfil dos municípios, demografia e a organização da rede de atendimento, como se pode observar na figura 11.

Figura 11: Categorias referente a adesão dos municípios ao Programa Melhor em Casa.



Fonte: Desenvolvido a partir das categorias geradas pelo Atlas.ti 2025.

Quando se trata de adesão ao Programa Melhor em Casa, os autores de A4 apontam que, até 2021, foram registrados 732 municípios brasileiros que implantaram o PMeC com a cobertura nacional de mais de 1.600 equipes multiprofissionais ativas, evidenciando a capilaridade e o alcance do programa.

Os primeiros resultados da adesão ao Programa Melhor em Casa (PMeC) o apontam como uma estratégia relevante na consolidação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse encaminhamento, de acordo com o A8, entre os anos 2008 a 2016, 69 hospitais foram responsáveis por prover mais de 95 mil internações domiciliares, e no período de 2012 a 2016, mais de 4.000.000 de procedimentos ambulatoriais foram realizados em domicílio, o que demonstra a relevância e as demandas para esse programa.

Conforme os dados do IBGE, em 2018 o número de idosos representaram 9,6% da população brasileira e a expectativa de vida passou para 76,3 anos, corroborando o que os autores do A10 demonstraram, que o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos, são de idosos (67,9%) e também pacientes com doenças vasculares (42%).

Entretanto, considerando-se que o Brasil tem 5569 municípios, 732 representa aproximadamente 13% da cobertura nacional do PMeC. Santa Catarina, por exemplo, com 295 municípios, apenas 26 têm cobertura das ações desenvolvidas pelas equipes do Melhor em Casa, o que corresponde a apenas 8%. Isto demonstra que, apesar da implementação estar ocorrendo desde 2011, os municípios têm encontrado dificuldades para adesão ou não apresentam interesse nas ações em suas cidades (Brasil, 2024e).

Os autores de A8 alertam que a adesão ao PMeC apresenta variações regionais significativas. A região Sudeste lidera em número de municípios participantes, com destaque para o estado de São Paulo. Em seguida, o Nordeste demonstra forte engajamento, enquanto as regiões Sul, Norte e Centro-Oeste apresentam menor adesão, revelando desigualdades na implementação do serviço.

Na região norte, especificamente, segundo Oliveira Neto (2016), a baixa adesão de municípios e equipes de Atenção Domiciliar (AD) ao Programa Melhor em Casa (PMeC) pode estar associada às dificuldades históricas de implementação de políticas públicas de saúde, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) não incorporou plenamente a dimensão territorial, evidenciando o desafio de estruturar uma política diferenciada para a Amazônia Legal.

Os autores do A3, verificaram que a maioria dos municípios que aderiram ao programa (63%), possuem população superior a 100 mil habitantes e apresentam maior estrutura urbana, concentrando 82% de todas as equipes de atenção domiciliar. Nesse caso, há de se considerar, também, que os municípios que arrecadam mais, em princípio, têm mais condições de arcar com as necessidades de saúde de sua população (Simão; Orellano, 2014). Nesse caso, os municípios com baixo potencial de arrecadação têm dificuldades de dar a contrapartida para a implementação do referido programa, em especial os municípios com áreas rurais mais extensas.

Os autores do A14 observaram que outro fator relevante para a adesão dos municípios diz respeito a rede de atendimento já instituída, ou seja, se a atenção primária já está fortemente implantada e há o suporte de serviços de média e alta complexidade, principalmente com a presença de hospitais, facilita a adesão ao PMeC. Isto se dá, conforme Oliveira Neto (2016), porque a implementação de novos programas de saúde em um município torna-se mais viável quando este possui uma

rede de saúde já estruturada, pois há maior disponibilidade de recursos humanos qualificados, infraestrutura adequada e mecanismos de gestão consolidados.

Nessas condições, a capacidade técnica e operacional das equipes, a existência de planejamento administrativo e a integração entre os diferentes níveis de atenção favorecem a incorporação de novas ações. Além disso, municípios com redes mais fortes costumam dispor de melhores condições financeiras para cumprir as exigências orçamentárias, o que contribui para a sustentabilidade das políticas implementadas. Também se observa que a confiança da população no sistema de saúde local aumenta a adesão às iniciativas propostas. Em contrapartida, municípios com baixa capacidade técnica e estrutural tendem a enfrentar maiores dificuldades para aderir a programas como o Melhor em Casa (Oliveira Neto, 2016).

Em 2024, foi instituída a Portaria GM/MS nº 3.005, que estabeleceu a criação das equipes multiprofissionais de apoio para reabilitação (EMAP-R) em municípios com menos de 20.000 habitantes, incentivando, assim, a implantação em municípios menores (Brasil, 2024b). No entanto, segundo Figueiredo (2022), a alteração da regra para permitir a adesão de municípios menores não resultou, necessariamente, no ingresso desses municípios ao Programa Melhor em Casa (PMeC), o que pode ser explicado pela limitada capacidade técnica, operacional e orçamentária dos municípios de pequeno porte para implementar políticas de saúde.

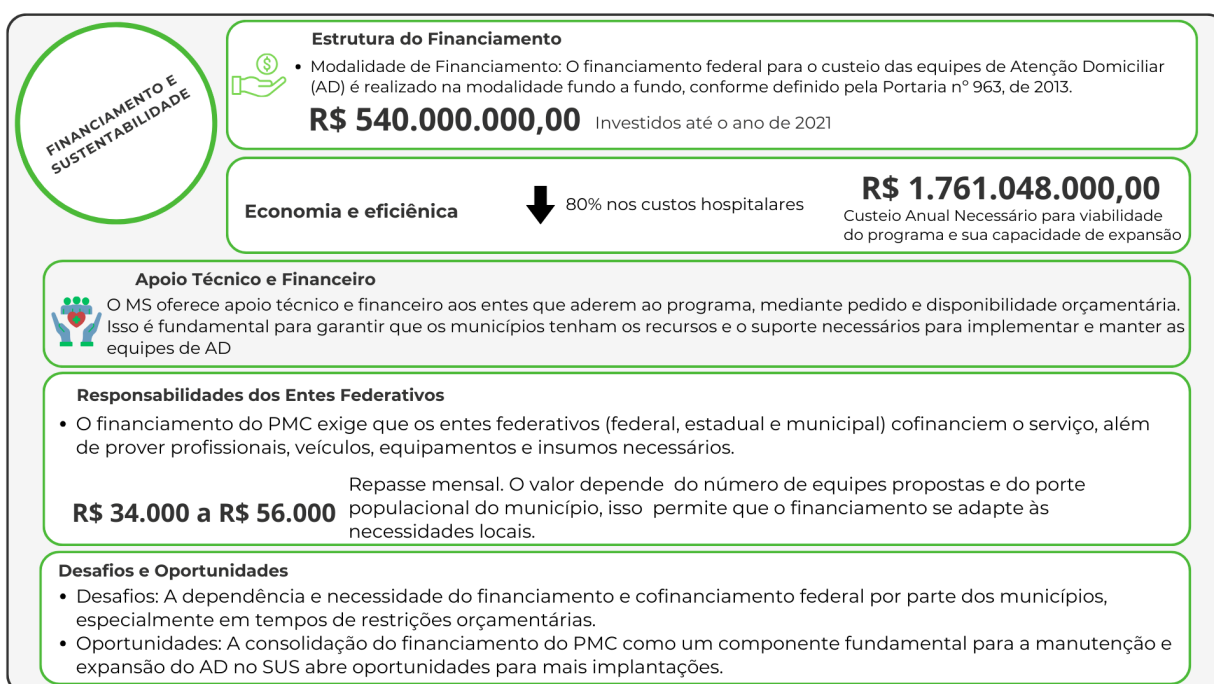
De acordo com Figueiredo (2022), os municípios enfrentam desafios para aderir ao programa Melhor em Casa, como a falta de preparo político e econômico para a descentralização da saúde, dificuldades logísticas em áreas de difícil acesso, infraestrutura inadequada, ausência de equipes capacitadas e a necessidade de adaptar as diretrizes do programa à realidade local, especialmente nos municípios sem histórico de atenção domiciliar.

Por fim, a literatura selecionada para este estudo reforça a preocupação com relação a implementação de ações de saúde de forma mais consciente e alinhada à realidade brasileira. Sendo assim, é importante que o governo considere as particularidades dos municípios ao implantar políticas de saúde, avaliando a capacidade técnico-científica para aderirem a essas iniciativas, incluindo o Programa Melhor em Casa (PMeC), sob risco de que os municípios das regiões mais desenvolvidas continuem a ser privilegiados em detrimento da maioria menos favorecida.

4.2 Os Investimentos Financeiros e de Recursos Humanos para o Funcionamento do Programa Melhor em Casa

O segundo objetivo deste estudo é apontar dados de investimentos financeiros e de recursos humanos para o funcionamento do programa. Nesse encaminhamento, as categorias de análise que emergiram apontam para questões como: estrutura do financiamento, economia e eficiência, apoio técnico, responsabilidade dos Entes Federativos e os desafios e oportunidades relativos ao financiamento, como se pode observar na figura 12.

Figura 12: Categorias referente aos dados de investimentos financeiros e de recursos humanos para o funcionamento do programa.



Fonte: Desenvolvido a partir das categorias geradas pelo Atlas.ti 2025.

De acordo com os autores do A3, o Programa Melhor em Casa (PMeC), apresenta uma estrutura de financiamento baseada na modalidade fundo a fundo, conforme estabelecido pela Portaria nº 963/2013. Essa forma de repasse direto entre os entes federativos é essencial para garantir agilidade e eficiência na transferência de recursos. Até o ano de 2021, conforme os autores do A4, o Ministério da Saúde (MS) já havia investido cerca de R\$ 540 milhões no programa, evidenciando o compromisso institucional com a promoção da assistência domiciliar.

Belisário (2013) destaca, em suas análises sobre o financiamento da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), que o modelo de repasse fundo a fundo é essencial para garantir a autonomia dos municípios na execução de programas como o Melhor em Casa. No entanto, ela ressalta que a efetividade desse modelo depende da capacidade técnica e administrativa local, além da necessidade de investimentos complementares em recursos humanos e infraestrutura. A autora enfatiza que, embora o financiamento federal seja significativo, a gestão local eficiente é crucial para transformar os recursos em serviços de qualidade.

Do ponto de vista econômico, o PMeC se destaca pela significativa redução de custos hospitalares, podendo gerar economia de até 80% em relação ao atendimento convencional, como observado pelos autores do artigo A5. Essa eficiência não apenas alivia o sistema de saúde, como também proporciona maior conforto e qualidade de vida aos pacientes (Brasil, 2025a). Contudo, conforme os autores do A7, o custeio anual acima de R\$1,76 bilhão exige uma análise criteriosa da viabilidade financeira do programa, especialmente no que tange à sua expansão.

De acordo com os autores do A14, a sustentabilidade do PMeC depende de uma articulação entre os entes federativos. O cofinanciamento é uma exigência, sendo necessário que estados e municípios contribuam com recursos humanos, infraestrutura e insumos. Os valores repassados pelo MS variam entre R\$34 mil e R\$56 mil mensais, ajustando-se conforme o número de equipes e o porte populacional de cada município, o que confere flexibilidade ao modelo de financiamento.

Silveira (2013) destaca que o cofinanciamento, aliado à contratualização de resultados com os municípios, é fundamental para fortalecer a gestão local, assegurar a sustentabilidade das políticas públicas e aprimorar a qualidade dos serviços prestados à população. No caso do PMeC não é diferente, precisa a garantia do comprometimento dos três entes federados com o financiamento e o acompanhamento de seus resultados.

De acordo com os autores do A14, além do suporte financeiro, o Ministério da Saúde oferece apoio técnico aos gestores locais, mediante solicitação e disponibilidade orçamentária. Essa assistência é fundamental para garantir a implementação adequada das equipes de AD e a continuidade dos serviços. Entretanto, o programa enfrenta entraves importantes, sobretudo relacionados à

dependência do financiamento federal e à capacidade dos municípios de manter o cofinanciamento. Por outro lado, a consolidação do PMeC como política pública estratégica abre espaço para sua ampliação, sobretudo em localidades que ainda não aderiram ao modelo, reforçando o papel da Atenção Domiciliar como alternativa eficaz e humanizada no SUS.

A implementação e o funcionamento do Programa Melhor em Casa (PMeC) dependem diretamente do financiamento adequado, uma vez que os recursos financeiros são fundamentais para a composição e manutenção das equipes multiprofissionais exigidas, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais. Nesse sentido, o cofinanciamento federal, realizado por meio de repasses fundo a fundo, desempenha papel crucial ao permitir que municípios com menor capacidade técnica e orçamentária consigam estruturar suas equipes e prestar serviços de atenção domiciliar adequados (Silveira, 2013).

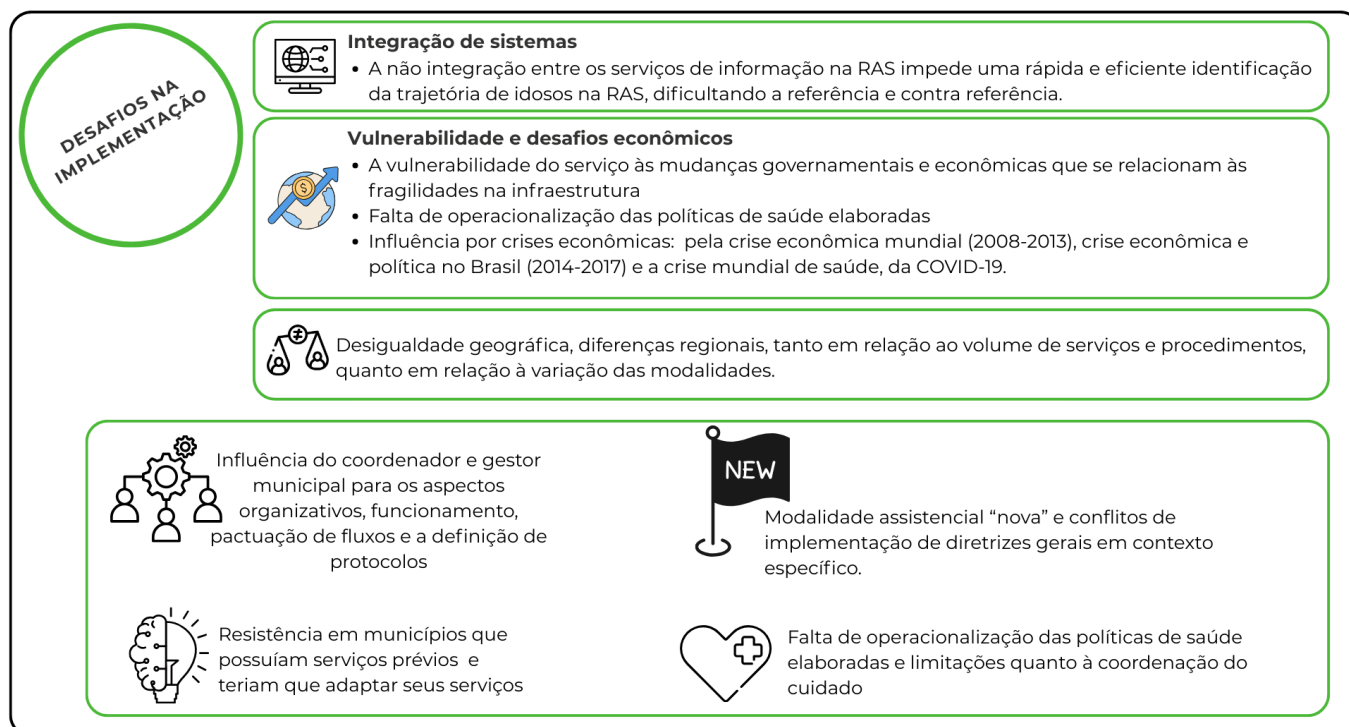
Além disso, a disponibilidade de recursos para capacitação, treinamento e valorização profissional influencia diretamente na motivação e retenção dos trabalhadores de saúde, garantindo eficiência e sustentabilidade do programa. Portanto, a articulação entre financiamento e recursos humanos é essencial para que o PMeC cumpra seu objetivo de reduzir internações hospitalares, melhorar a qualidade do cuidado domiciliar e gerar economia para o sistema de saúde.

Assim, os artigos selecionados para este estudo sinalizam que, o êxito do programa depende não apenas de financiamento adequado, mas também de investimentos consistentes em políticas de gestão, fixação e valorização dos profissionais de saúde

4.3 Avanços e Limites para a Implementação nos Municípios

O terceiro e último objetivo deste estudo visa a identificação dos avanços e dos limites para que a implementação do Programa Melhor em Casa ocorresse nos municípios. Neste sentido, as categorias de análise que emergiram apontam para questões como: a integração entre os sistemas, a vulnerabilidade e desafios econômicos, desigualdade e diferenças geográficas, resistência ao novo, influência da gestão e falta de operacionalização de políticas de saúde, como se pode observar na figura 13.

Figura 13: categorias de análise referentes aos desafios para que a implementação ocorresse nos municípios.



Fonte: Desenvolvido a partir das categorias geradas pelo Atlas.ti 2025.

Na categoria de análise relacionada à integração de sistemas, de acordo com os autores do A1, é necessário observar que a efetividade do Programa Melhor em Casa (PMeC) está diretamente ligada à capacidade de integração dos sistemas de informação na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A ausência dessa integração compromete a identificação ágil da trajetória dos pacientes, especialmente idosos, dificultando os processos de referência e contrarreferência. Essa lacuna impacta negativamente a continuidade do cuidado, sobretudo após altas hospitalares, deixando áreas descobertas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Nesta situação, entende-se que a unificação dos sistemas de saúde diminui a fragmentação das informações e aprimora a continuidade do atendimento, possibilitando que os profissionais acessem os dados atualizados e pertinentes em todas as etapas e pontos de atendimento (Santos, 2025).

Os autores do A2 ressaltam que, quando se trata da categoria analítica embasada na vulnerabilidade dos serviços e desafios econômicos, trata-se de outro ponto crítico que é a coordenação do cuidado. A baixa articulação entre os diferentes pontos da RAS e a limitada operacionalização das políticas de saúde

dificultam a cooperação entre os serviços. Nesse contexto, conforme os autores do artigo A7, o papel dos gestores municipais e coordenadores locais torna-se essencial, na implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar analisados, no funcionamento do Programa e na pactuação de fluxos e na definição de protocolos. Isto porque a RAS têm como finalidade promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, garantindo uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Além disso, buscam melhorar o desempenho do sistema em relação ao acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além da eficiência econômica (Brasil, 2010).

De acordo com os autores do A4, os desafios de financiamento do PMeC foram acentuados por crises econômicas e sanitárias, como a recessão global (2008–2013), a crise brasileira (2014–2017) e a pandemia de COVID-19. Tais eventos revelaram fragilidades na infraestrutura e na continuidade dos serviços.

Entende-se que, conforme já abordado no referencial teórico deste estudo, a crise de 2014-2017 foi um resultado da combinação de variações de oferta e demanda decorrentes de falhas na política econômica. Esses impactos resultaram em uma diminuição da habilidade de expansão da economia do Brasil e ameaçou as finanças públicas, não só na saúde, mas em toda área social (Barbosa Filho, 2017).

A vulnerabilidade estrutural se agrava quando se observa dados de financiamento como, por exemplo, em 2021, no Brasil, os gastos com saúde somaram R\$ 872,7 bilhões. O referido montante representa 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB), que é a soma de todos os bens e serviços produzidos pelo país ao longo do ano. No ano anterior, ou seja, 2020, os investimentos em saúde totalizaram R\$ 769 bilhões, representando 10,1% do PIB. Antes da pandemia, em 2019, esse percentual foi de 9,6% (R\$ 711,9 bilhões) (Ferreira; Britto, 2024). É evidente que essas oscilações de financiamento impactam diretamente na quantidade e na qualidade dos serviços prestados pelo SUS, inclusive no PMeC.

Em se tratando de desigualdades e diferenças geográficas, conforme os autores do A8, é nítido que persistem desigualdades geográficas e regionais, tanto na oferta de serviços quanto na diversidade das modalidades de atendimento. Municípios com menor estrutura demonstraram maior dificuldade na adesão e implementação não só do PMeC, mas de toda a rede de serviços.

Nesse sentido, há de se observar que, historicamente, as áreas urbanas oferecem uma maior e melhor disponibilidade de serviços de saúde. Nesse caso, há

dois aspectos que merecem ser considerados: Primeiramente, há uma grande desigualdade no acesso entre os diversos grupos sociais nas regiões urbanas e rurais, especialmente nas regiões rurais. Em segundo lugar, a falta de mudanças significativas ao longo da última década, um período caracterizado por transformações socioeconômicas significativas, indica a persistência de importantes desigualdades territoriais (Arruda *et al.*, 2017).

Nesse encaminhamento, a implementação de políticas públicas em contextos federativos apresenta o desafio de equilibrar a autonomia dos entes locais com a necessidade de coordenação nacional. A resistência ao novo, conforme os autores do A14 relataram, os municípios que não dispunham de serviços prévios enfrentaram conflitos ao adaptar diretrizes gerais às suas realidades específicas, evidenciando a importância de um planejamento contextualizado e flexível.

Na categoria de análise definida como influência da gestão e falta de operacionalização de políticas de saúde, segundo Oliveira Neto (2016), os principais impasses estão relacionados aos recursos humanos no Programa Melhor em Casa, ou seja, ligados à dificuldade de composição e manutenção das equipes multiprofissionais exigidas para o atendimento domiciliar. Os municípios enfrentam carência de profissionais qualificados, sobretudo médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, o que compromete a formação mínima das equipes previstas nas normativas do Ministério da Saúde.

Além disso, a literatura estudada aponta que a rotatividade de trabalhadores de saúde, motivada por vínculos precários de contratação, baixos salários e ausência de planos de carreira, gera descontinuidade no cuidado e fragiliza a consolidação do programa. Outro desafio recorrente é a sobrecarga de trabalho, visto que os profissionais muitas vezes acumulam funções em diferentes serviços da rede municipal, o que limita sua dedicação exclusiva ao atendimento domiciliar.

Essas dificuldades se acentuam em municípios de pequeno porte e nas regiões mais afastadas, onde há menor disponibilidade de mão de obra especializada e condições menos atrativas de trabalho, reforçando desigualdades no acesso à atenção domiciliar (Oliveira Neto, 2016).

Apesar dos desafios, há oportunidades concretas de aprimoramento. O fortalecimento da integração dos sistemas de informação e da articulação entre os pontos da RAS pode otimizar a continuidade do cuidado e a eficiência do PMeC. Além disso, investir na capacitação de gestores e coordenadores é uma estratégia

promissora para consolidar a implementação do programa, garantindo que as equipes estejam preparadas para enfrentar os desafios locais e atender às especificidades da atenção domiciliar.

Assim, os artigos selecionados para este estudo sinalizam que o êxito do programa depende não apenas de financiamento adequado, mas também de investimentos consistentes em políticas de gestão, fixação e valorização dos profissionais de saúde. Em síntese, o Programa Melhor em Casa representa um avanço significativo na atenção à saúde no domicílio, promovendo economia, conforto e resolutividade, no entanto, há limites a serem superados quanto à infraestrutura, recursos humanos, financiamento e diferenças regionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada permitiu compreender que a implementação do Programa Melhor em Casa (PMeC) no âmbito do Sistema Único de Saúde representa um avanço importante na consolidação da atenção domiciliar no Brasil. O estudo evidenciou que, embora o programa esteja presente em diversos municípios e já tenha alcançado resultados significativos em termos de redução de internações hospitalares, ampliação da resolutividade e humanização do cuidado, ainda enfrenta limitações estruturais, financeiras e de recursos humanos.

Constatou-se que a adesão dos municípios permanece desigual, concentrada em regiões com maior capacidade técnica e administrativa, o que reforça a necessidade de políticas mais equitativas que considerem as especificidades locais. Além disso, os investimentos, apesar de expressivos, nem sempre são suficientes para garantir a sustentabilidade das equipes multiprofissionais, cuja manutenção enfrenta desafios como rotatividade, vínculos precários e escassez de profissionais especializados em determinadas áreas.

Apesar dos limites identificados, é inegável que o PMeC se consolida como uma estratégia eficaz para promover a integralidade da atenção em saúde, ampliando o acesso ao cuidado e possibilitando maior autonomia e qualidade de vida para usuários e suas famílias. O fortalecimento da articulação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, somado ao aprimoramento da gestão e à valorização dos profissionais envolvidos, constitui caminho essencial para superar barreiras e expandir os benefícios do programa.

No que se refere à metodologia empregada para a construção deste trabalho, a escolha pela revisão bibliográfica mostrou-se adequada para o alcance dos objetivos propostos, uma vez que permitiu reunir, organizar e analisar a produção científica disponível sobre o Programa Melhor em Casa no período de 2011 a 2025. A seleção das bases de dados e os descritores de busca, auxiliaram a localizar as publicações. Quanto ao material encontrado, verificou-se que, embora a quantidade de estudos específicos sobre o programa ainda seja limitada, os artigos identificados apresentaram boa qualidade, possibilitando a construção de uma análise.

Além das considerações aqui apresentadas, este estudo aponta possibilidades de pesquisas futuras que possam aprofundar o conhecimento sobre o

tema, tais como: Estudos de caso em municípios de pequeno porte, que enfrentam maiores dificuldades de adesão; Avaliações de impacto econômico comparando custos da atenção domiciliar e hospitalar em diferentes regiões; Pesquisas qualitativas sobre a percepção de usuários, familiares e profissionais acerca da qualidade e humanização do cuidado domiciliar; Investigações sobre estratégias de gestão e fixação de equipes multiprofissionais, especialmente em localidades com alta rotatividade; Análises sobre o papel da tecnologia e da integração de sistemas de informação na efetividade do Programa Melhor em Casa.

Assim, este trabalho não apenas contribui para ampliar a compreensão sobre a implementação do Programa Melhor em Casa no SUS, mas também incentiva a continuidade de estudos na área, visando fortalecer a atenção domiciliar como política pública essencial para a garantia do direito à saúde no Brasil.

Por fim, este estudo evidencia que o Programa Melhor em Casa não deve ser compreendido apenas como uma alternativa às internações hospitalares, mas como uma política pública estratégica que contribui para a eficiência do SUS, ao mesmo tempo em que reafirma o direito constitucional à saúde de forma humanizada, descentralizada e próxima da realidade dos cidadãos brasileiros. Dessa forma, compreende-se que a continuidade e o fortalecimento do Programa Melhor em casa depende do investimento público sustentado, da formação continuada de profissionais e do aprimoramento da gestão interfederativa do SUS.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Natália Martins *et al.* Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008.

Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 34, n. 6, p. 01-14, 21 jun. 2018.

FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/zMLkvHQzMQQHjqFt3D534x/?format=html&lang=pt#>

1. Acesso em: 29 set. 2025

BARBOSA FILHO, Fernando de Holanda. A crise econômica de 2014/2017.

Estudos Avançados, [S.L.], v. 31, n. 89, p. 51-60, abr. 2017. FapUNIFESP.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142017.31890006>. Acesso 26 mar. 2025.

BARONI, Larissa Leiros. **6 programas de saúde pública do Brasil considerados referência no mundo**. 2018. Disponível em:

<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/06/05/6-programas-d-e-saude-publica-do-brasil-considerados-referencia-no-mundo.html>. Acesso em: 07

maio 2025.

BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Financiamento da Atenção Primária à Saúde:**

desafios e perspectivas. In: Pinto, Isabela Cardoso de Matos; Belisário, Soraya Almeida; Nunes, Tânia Celeste Matos (orgs.). Trabalho e Educação na Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. p. 319-465. Disponível em:

https://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/PDF/Pinto%2C%20Isabela%20C.M.%20et%20al.%20Trabalho%20e%20Educacao%20na%20Saude-Prod.Cient%C3%ADfica_Abrasco_2012.pdf. Acesso 16 de set. 2025.

BITENCOURT, Laura Vaz; BITENCOURT, Caroline Muller. A austeridade da emenda constitucional nº 95/2016 e o avanço do Estado Pós-Democrático. **Revista Direito e Práxis**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 139-164, mar. 2023. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/2179-8966/2021/56212>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rdp/a/KYvZK7MXpzH7bCCsyycyBwc/?lang=pt>. Acesso em: 07

out. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal.

2016a. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso

em 09 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. 2016b. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio

2016. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.

Acesso em: 18 maio 2025.

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. 2016c. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.

Acesso em: 11 AGO. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa do SUS, Melhor em Casa, completa nove anos de atuação**. 2020. Disponível em:

<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/novembro/programa-do-sus-melhor-em-casa-completa-nove-anos-de-atuacao>. Acesso em: 05 ago. 2025.

BRASIL. Governo Federal. **Sistema de Governança**. 2022. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/denasus/sna/funcao-da-auditoria-interna-governamental/sistema-de-governanca>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Guia de governança e gestão em saúde : aplicável a secretarias e conselhos de saúde**. 2018. Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018. Disponível em:

https://portal.tcu.gov.br/data/files/08/26/90/E1/5E43071076A7C107E18818A8/Guia_governanca_gestao_saude.pdf. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Governo Federal. **Gestão do SUS**. 2025c. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus>. Acesso em: 06 abr. 2025.

BRASIL. Governo Federal. **Programa Melhor em Casa**. 2025a. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/melhor-em-casa>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Governo Federal. **Programa Melhor em Casa completa 13 anos com mais de 2 mil equipes atuando no Brasil**. 2024a. 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>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Governo Federal. **Programa Melhor em Casa: 43 equipes em atuação em Santa Catarina**. 2024e. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/santa-catarina/2024/novembro/programa-melhor-em-casa-43-equipes-em-atuacao-em-santa-catarina>.

Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Governo Federal. **Sistema Único de Saúde - SUS**. 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 04 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 04 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 06 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Articulação das redes de atenção e APS**. 2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/redes-de-atencao-a-saude#:~:text=As%20Redes%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0,pontos%20dos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 08 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNS recebe o apoio de parlamentares para garantir o orçamento de 2023**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/cns-recebe-apoio-de-parlamentares-para-garantir-orcamento-da-saude-em-2023>. Acesso em 08 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 02 maio 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Carteira De Serviços Da Atenção Primária À Saúde (Casaps) Ministério Da Saúde - Brasil**. 2019. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe de Saúde da Família**. 2025f. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/equipe-saude-da-familia>. Acesso em: 23 abr. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Melhor em Casa inclui equipes de reabilitação e tem novas diretrizes para gestores**. 2024b. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202403/melhor-em-casa-inclui-equipes-de-reabilitacao-e-tem-novas-diretrizes-para-gestores>. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança política inédita no SUS para cuidados paliativos**. 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/ministerio-da-saude-lanca-a-politica-inedita-no-sus-para-cuidados-paliativos>. Acesso em: 05 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde comemora 34 anos de democracia e cidadania**. 2024d. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202409/sistema-unico-de-saude-comemora-34-anos-de-democracia-e-cidadania#:~:text=Nenhum%20outro%20pa%C3%ADs%20no%20mundo,brasileira%20depende%20exclusivamente%20desse%20servi%C3%A7o>. Acesso em: 05 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saiba mais sobre APS**. 2025e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: 16 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. 2010. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioe-s-e-resumos/2010/dezembro/2-b-documento-de-diretrizes-para-organiza-o-das-rede-s-de-aten-o-sa-de-do-sus.pdf>. Acesso em 29 set. 2025.

BRASIL. Instituto Federal Goiano. **Pesquisas que não precisam de avaliação**. 2025h. Disponível em: [https://www.ifgoiano.edu.br/home/index.php/component/content/article/76-comites/comite-de-etica-em-pesquisa/20739-pesquisas-que-nao-precisam-de-avaliacao-sistema-cep-conep.html#:~:text=25%20da%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CNS%20n.%C2%BA%20510%2C%20de,prote%C3%A7%C3%A3o%20dos%20direitos%20dos%20participantes%20da%20pesquisa%E2%80%9D.&text=F\)%20Atividade%20realizada%20exclusivamente%20com%20textos%20e,bibliogr%C3%A1fica%2C%20de%20literatura%20ou%20estado%20da%20arte](https://www.ifgoiano.edu.br/home/index.php/component/content/article/76-comites/comite-de-etica-em-pesquisa/20739-pesquisas-que-nao-precisam-de-avaliacao-sistema-cep-conep.html#:~:text=25%20da%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CNS%20n.%C2%BA%20510%2C%20de,prote%C3%A7%C3%A3o%20dos%20direitos%20dos%20participantes%20da%20pesquisa%E2%80%9D.&text=F)%20Atividade%20realizada%20exclusivamente%20com%20textos%20e,bibliogr%C3%A1fica%2C%20de%20literatura%20ou%20estado%20da%20arte). Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar. 2025g. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento no SUS: diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_sus_diretrizes_processo.pdf. Acesso em: 6 out. 2025.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M.. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 23,

n. 7, p. 1613-1623, jul. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/G9vWSh4xznqyYjhZc3rWFDj/?format=html&lang=pt>.
Acesso em: 07 out. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **Gestão em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em:
<https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>. Acesso em: 12 ago. 2025.

CAMPOS, Daniele Olímpio de. **Atenção Primária à Saúde em Paraisópolis durante a pandemia de coronavírus**. 2020. Disponível em:
<https://informasus.ufscar.br/atencao-primaria-a-saude-em-paraisopolis-durante-a-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 23 abr. 2025.

COLEGIADO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atualização Programa Melhor em Casa Atenção Domiciliar. 2023. Disponível em:
https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Atualizacao-Programa-Melhor-em-Casa_-Atencao-Domiciliar.pdf. Acesso em: 05 ago. 2025.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ. A gestão do sistema único de saúde. Disponível em:
<https://cosemspr.org.br/wp-content/uploads/2023/03/A-GESTAO-DO-SUS-Marina-Martins.pdf>. Acesso em 12 ago. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Gestão do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2015. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2025.

DERMINDO, Mariana Pereira; GUERRA, Luciane Miranda; GONDINHO, Brunna Verna Castro. O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira. **Jmphc | Journal Of Management & Primary Health Care | Issn 2179-6750**, [S.L.], v. 12, p. 1-17, 13 abr. 2020. Lepidus Tecnologia. Disponível em:
<https://jmphc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/972/887>. Acesso em: 12 ago. 2025.

FACCHINI, Luiz Augusto. **A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos**. Disponível em:
<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios#:~:text=A%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Alma%20Ata,distanciam%20do%20texto%20de%201978>. Acesso em: 21 maio 2025.

FERREIRA, Andréia Dantas Pinto; FUZARI, Claudinéia Pereira; VIEIRA, Cleudson da Silva. Financiamento do Sistema Único de Saúde: reflexos da EC 95/2016 na

garantia do direito à saúde no hospital municipal de Alta Floresta D'Oeste. **Revista Foco**, [S.L.], v. 16, n. 7, p. 1-15, 7 jul. 2023. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/1411>. Acesso em: 05 maio 2025.

FERREIRA, Igor; BRITTO, Vinícius. **Sob efeitos da pandemia, consumo de bens e serviços de saúde cai 4,4% em 2020, mas cresce 10,3% em 2021**. 2024. Agência IBGE Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39675-sob-efeitos-da-pandemia-consumo-de-bens-e-servicos-de-saude-cai-4-4-e-m-2020-mas-cresce-10-3-em-2021>. Acesso em: 29 set. 2025.

FIGUEIREDO, Zilanda da Silveira Barbosa. MELHOR EM CASA: a não adesão pelos municípios ao programa. **Revista Científica Semana Acadêmica**, [S.L.], v. 10, n. 217, p. 1-21, 25 mar. 2022. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/4.zilanda.melhor_em_casa_a_nao_adesao_pelos_municipios_ao_programa_um_problema_da_administracao_publica_1_1_1.pdf. Acesso 05 maio. 2025.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 183-184, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100018#:~:text=Trata%2Dse%20de%20um%20tipo,da%20sa%C3%BAde%20h%C3%A1%20muito%20tempo. Acesso 12 maio 2025.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. 2009. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/cursopqdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 08 maio 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2002. 4ª edição. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 08 maio 2025.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Ana Inês (orgs.). **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gwZSxVfbmgQ8zp5p5CyLRwz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2025.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Delineamentos experimentais na avaliação de políticas públicas: Usos e abusos**. Disponível em:

<https://publicacoes.fcc.org.br/eae/article/view/9956>. Acesso em: 07 maio 2025.

LARA, Mahila. **Porta de entrada do SUS: conheça histórias de profissionais de saúde e brasileiros atendidos na Atenção Primária**. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/porta-de-entrada-do-sus-conheca-historias-de-profissionais-de-saude-e-brasileiros-atendidos-na-atencao-primaria>. Acesso em: 23 abr. 2025.

LORENZETTI, Jorge; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; ASSUITI, Luciana Ferreira Cardoso; PIRES, Denise Elvira Pires de; RAMOS, Flávia Regina Souza. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 417-425, 05 ago. 2025. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

www.scielo.br/j/tce/a/qJDNdKlvQ9qc6wVRsQRmyyH/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 05 ago. 2025.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Introdução à Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2000. Disponível em:

http://ftp.demec.ufpr.br/disciplinas/EngMec_NOTURNO/TM038/2013-1/Livro_-_Introducao_-_Antonio_Cesar_Amaru_Maximiano_-_5aEd.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

MANZINI, Isabelle. **Hospital, UPA ou UBS: onde buscar atendimento?** Disponível em:

<https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/hospital-upa-ou-ubs-onde-buscar-atendimento/>. Acesso em: 23 abr. 2025.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômica e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 259, 16 fev. 2017. Universidade Federal do Paraná. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rinc/a/wJb3fZFMmZh65KfmrcWkDrp/?lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2025.

MEDEIROS, Rozélia. Política Pública. 2023. **Governo do Estado de São Paulo**. Disponível em:

<https://semil.sp.gov.br/educacaoambiental/prateleira-ambiental/politica-publica/#:~:text=%C3%89%20conjunto%20de%20medidas,a%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20resultados%20alcan%C3%A7ados>. Acesso em: 03 maio 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. A organização da saúde no nível local: fundamentos, princípios e processos. São Paulo: Hucitec, 1998. Disponível em:

<https://periodicos.fgv.br/rap/article/download/7643/6188>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. 2001. Disponível em: https://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NORMANDO, Célio. **Ciclos de políticas públicas**. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://medium.com/@celionormando/ciclos-de-pol%C3%ADticas-p%C3%ABlicas-138a29d4bf2b>. Acesso em: 04 maio 2025.

NG, Yasmin Botheon; MAZZEI, Leandro Carlos. **Elucidação do conceito de gestão e administração e sua associação com o esporte**. 2020. Anais do XVII Congresso de Iniciação Científica da UNICAMP. Disponível em: <https://prp.unicamp.br/inscricao-congresso/resumos/2020P17572A35362O5336.pdf>. Acesso 12 ago. 2025.

OLIVEIRA NETO, Aristides Vitorino de. Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Orientadora: Dra. Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara Rehem. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20974/1/2016_AristidesVitorinodeOliveiraNeto.pdf. Acesso em: 16 set. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. ISBN 978-85-7541-185-8.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 459-491. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8h5v3/pdf/giovanella-9788575416354.pdf>

PERNAMBUCO. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. **Curso Governança no SUS: livro didático do curso autoinstrucional**. Recife, 2024. Disponível em: https://esppe.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/82888/mod_glossary/attachment/589/Governan%C3%A7a%20no%20SUS%20-%20EBOOK%20COMPLETO.pdf. Acesso em 13 ago. 2025.

PEREZ, Luana Castro Alves. **Implantação e implementação**. Disponível em: <https://www.portugues.com.br/gramatica/implantacao-implementacao.html>. Acesso em: 07 maio 2025.

PIOLA, Sérgio Francisco; FRANÇA, José Rivaldo Mello de; NUNES, André. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 21, n. 2, p.

411-422, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rYPRLDRgFYCRjd9B7bmTLRf/?lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2025.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 255-276, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDByNh/?lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2025.

RÊGO, Anderson da Silva; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; SANTOS, José Luís Guedes dos; CARREIRA, Lígia; SALCI, Maria Aparecida; ANDRADE, Luciano de; BÜSCHER, Andreas. Utilização da grounded theory na extração, codificação e análise de dados em metassínteses de literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 32, p. 01-15, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/jTRJx8VvmdXjSgst9xS8CGt/?lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2025.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira; SILVA, Patricia Costa dos Santos; PERUHYPE, Riarianne Carvalho; PALHA, Pedro Fredemir; POPOLIN, Marcela Paschoal; CRISPIM, Juliane de Almeida; PINTO, Ione Carvalho; MONROE, Aline Aparecida; ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 343-352, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nBKRxhLTPkdp489zfNGhKnt/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

ROMERO, Luiz Carlos. **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – UM CAPÍTULO A PARTE**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>. Acesso em: 6 abr. 2025.

SANTOS, Brenda Belize da Silva, SANTOS, Handy Marcela da Silva, PEREIRA, Adrielle Cristine Jimenes. **CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA “MELHOR EM CASA” PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Disponível em: <https://revistaft.com.br/contribuicoes-do-programa-melhor-em-casa-para-o-fortalecimento-da-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 30 mar. 2025.

SANTOS, Maria Eduardo dos. **Prontuário eletrônico e interoperabilidade**. Saúdevianet. Disponível em: <https://saudevianet.com.br/blog/interoperabilidade-e-prontuario-eletronico/#:~:text=A%20integra%C3%A7%C3%A3o%20de%20sistemas%20de%20sa%C3%BAde%20r>

[eduz.relevantes%20em%20todos%20os%20pontos%20de%20atendimento](#). Acesso em: 29 set. 2025.

SENSI SAÚDE. **O que é: Programa de saúde**. 2025. Disponível em: <https://sensisaude.com.br/glossario/o-que-e-programas-de-saude/#:~:text=Programas%20de%20sa%C3%BAde%20s%C3%A3o%20iniciativas,por%20profissionais%20de%20sa%C3%BAde%20independentes>. Acesso em: 07 maio 2025.

SILVA JUNIOR, Luiz Alberto; LEÃO, Marcelo Brito Carneiro. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no ensino de ciências em teses brasileiras. **Ciência & Educação (Bauru)**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 715-728, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/yBwC9L74v4vD3s4PwVXgqsk/>. Acesso em: 21 maio 2025.

SILVEIRA, Camilla Teixeira da. **Práticas exitosas de monitoramento e avaliação: a experiência do Programa Saúde em Casa – contratualizando resultados com os 853 municípios mineiros**. Brasília: CONSAD, 2013. Disponível em: <https://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/05/030-PR%C3%81TICAS-EXITOSA-S-DE-MONITORAMENTO-E-AVALIA%C3%87%C3%83O-A-EXPERI%C3%8ANCIA-DO-PROGRAMA-SA%C3%9ADE-EM-CASA-%E2%80%93-CONTRATUALIZANDO-RESULTADOS-COM-OS-853-MUNIC%C3%8DPIOS-MINEIROS.pdf>. Acesso em: 16 set. 2025.

SIMAO, Juliana Barby; ORELLANO, Veronica Ines Fernandez. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. *Estudos econômicos*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 33-63, jan-mar, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ee/a/rFMqvqZ384yTcJMZ79XpKgH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2025.

SOLHA, Raphaela Karla de T. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Érica, 2014. *E-book*. p.72. ISBN 9788536513232. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536513232/>. Acesso em: 06 abr. 2025.

SOUSA, Marina. **Três décadas da criação do SUS - A maior política de inclusão social do Brasil**. Disponível em: <https://iptsp.ufg.br/n/174770-tres-decadas-da-criacao-do-sus-a-maior-politica-de-inclusao-social-do-brasil#home>. Acesso em: 02 abr. 2025.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, julho, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 maio de 2025.

VIDAL, Victor Cirino; VASCONCELOS, Taise de Almeida. **A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE EM TEMPO DE PANDEMIA NO BRASIL.** 2023. 15 f. TCC (Graduação) - Curso de Tecnologia em Processos Gerenciais – Mba em Gestão de Governança Pública, Unipace, Fortaleza, 2023. Disponível em: <https://unipacealece.al.ce.gov.br/repositorio/downloads/pelo-id/111>. Acesso em: 02 abr. 2025.

WU Xum, M. Ramesh, Michael Howlett, Scott Fritzen. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos.** Brasília: Enap, 2014. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2555/1/Guia%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20Gerenciando%20Processos.pdf>. Acesso em: 07 maio 2025.

APÊNDICE A – Modelo de Fichamento

FICHAMENTO DE ARTIGO

1. Identificação da publicação		
Título:		
Ano:	Link de acesso:	
Plataforma:	Número de páginas:	Revista:
Autores:		
Formação dos autores:		
Qualis da Revista:		
Participação de doutores como autores: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

Identificação de relação com o objetivo da pesquisa:

no título

no resumo

somente depois da leitura na íntegra

Breve síntese da leitura:

A adesão dos municípios ao Programa Melhor em Casa

Dados de investimentos financeiros e de recursos humanos para o funcionamento do programa

Desafios para que a implementação ocorresse nos municípios.

APÊNDICE B - LISTA DE TEXTOS SELECIONADOS PARA O ESTUDO

A1	
Título: Cenário assistencial estabelecido para atenção ao idoso dependente após a alta hospitalar	
Autores: Rosângela Aparecida Elerati Silva, Edna Aparecia Barbosa de Castro, Maria do Socorro Lina Van Keulen, Camila do Nascimento Silva, Talita Matos Pereira Santos, Elenir Pereira Paiva.	
Revista: Revista de APS	Plataforma: LILACS
Município Estudado: Juiz de Fora/MG	Ano: 2022
A2	
Título: Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar	
Autores: Maria Eduarda Pires Lima Cavalcante, Mariana Matias Santos, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Elenice Maria Cecchetti Vaz, Paloma Mayara Vieira de Macena Lima, Neusa Collet.	
Revista: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Plataforma: LILACS
Município Estudado: Não especificou a localidade	Ano: 2022
A3	
Título: Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?	
Autores: Aristides Vitorino de Oliveira Neto, Mariana Borges Dias	
Revista: Saúde para Debate	Plataforma: LILACS
Município Estudado: Não especificou a localidade	Ano: 2014
A4	
Título: Internamento domiciliar via SUS no Brasil, o impacto do programa “Melhor em Casa”	
Autores: Jhony Marcelo Bogado Gabardo, Matheus Jacometo Coelho de Castilho, Ademilson José Bernardineli, Hana Paula Schuroff, Maria Dalva de Barros Carvalho, Sandra Marisa Pelloso, Raíssa Bocchi Pedroso.	
Revista: Sociedade de Pesquisa e Desenvolvimento	Plataforma: CAPES
Município Estudado: Não especificou a localidade	Ano: 2022
A5	
Título: Programa Melhor em Casa: processo de trabalho da equipe multiprofissional	
Autores: Reila Campos Guimarães de Araújo, Cácia Régia de Paula, Cristiane Aparecida de Macedo, Juliana Flávia Ferreira e Silva Paranaíba, Bruno Bordin Pelazza, Ludmila Grego Maia, Lucila Pessuti Ferri Gleydson Alves Silva, Gleydson Alves Silva.	
Revista: Revista eletrônica graduação/pós-graduação em educação UFJ/REJ	Plataforma: CAPES
Município Estudado: Município do Sudoeste Goiano, da região de Saúde Sudoeste I	Ano: 2018

Cont. Apêndice B

A6	
Título: Satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do Programa Melhor em Casa	
Autores: Natália Romana Gomes da Silva, Garibaldi Dantas Gurgel Junior, Domício Aurelio de Sá, Vanessa de Lima Silva, Rafael da Silveira Moreira.	
Revista: Revista de Saúde Pública	Plataforma: CAPES
Município Estudado: Não especificou a localidade	Ano: 2022
A7	
Título: Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa	
Autores: Edna Aparecida Barbosa de Castro, Denise Rocha Raimundo Leone, Camila Medeiros dos Santos, Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta, Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves, Divanice Contim, Kênia Lara Silva.	
Revista: Revista Gaúcha de Enfermagem	Plataforma: Google Acadêmico
Município Estudado: Não especificou a localidade	Ano: 2018
A8	
Título: Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde.	
Autores: Fabiana Lima Rajão, Mônica Martins.	
Revista: Ciência e Saúde Coletiva	Plataforma: Google Acadêmico
Município Estudado: Não especificou a localidade	Ano: 2019
A9	
Título: Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: revisão narrativa	
Autores: Janaína Maria Valaristino, Jonathan Mendes De Castro, Wendel Jose Teixeira Costa, Paula Cristina Da Silva Botelho.	
Revista: Artigos.com	Plataforma: Google Acadêmico
Município Estudado: Não especificou a localidade	Ano: 2019
A10	
Título: Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar	
Autores: Daniel Vinícius Alves Silva, Júlia Rocha do Carmo, Monique Évellin Alves Cruz, Carolina Amaral Oliveira Rodrigues, Edileuza Teixeira Santana, Diego Dias de Araújo	
Revista: Enfermagem em foco	Plataforma: Google Acadêmico
Município Estudado: Montes Carlos / MG	Ano: 2019

Cont. Apêndice B

A11	
Título: Perfil sociodemográfico-clínico e de lesões cutâneas de internados no programa melhor em casa.	
Autores: Franlayde de Moura Evangelista Almondes, Juliana Graciela Vestena Zillmer, Adrize Rutz Porto, Eduarda Rosado Soares, Daniela Marques Herzer, Bárbara Resende Ramos	
Revista: Brazilian Journal of Development	Plataforma: Google Acadêmico
Município Estudado: Não especificou	Ano: 2020
A12	
Título: Melhor em Casa: Dispositivo de segurança	
Autores: Stefanie Griebeler Oliveira, Maria Henriqueta Luce Kruse	
Revista: Texto & Contexto Enfermagem	Plataforma: Google Acadêmico
Município Estudado: Não especificou	Ano: 2017
A13	
Título: Perfil dos pacientes atendidos no programa melhor em casa em um município da região sudoeste de Goiás.	
Autores: Reila Campos Guimarães de Araújo, Raul Henrique Oliveira Pinheiro, Bruno Bordin Pelazza, Sena Daiana da Silva Borges, Gleydson Alves Silva, Cácia Régia de Paula, Ludmila Grego Maia.	
Revista: Revista eletrônica graduação/pós-graduação em educação UFJ/REJ	Plataforma: Google Acadêmico
Município Estudado: Não especificou	Ano: 2019
A14	
Título: Entre padronização e flexibilidade: a implementação do programa federal Melhor em Casa, considerando a diversidade local.	
Autores: Débora Spalding Verdi, Roberto Rocha Coelho Pires.	
Revista: Revista do Serviço Público (RSP)	Plataforma: Google Acadêmico
Município Estudado: Não especificou	Ano: 2022

Fonte: a autora (2025)