saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

O papel do Programa Melhor em Casa na transição do cuidado: desempenho, valor e sustentabilidade

The role of the Programa Melhor em Casa in transitional care: Performance, value, and sustainability

El papel del Programa Melhor em Casa en la transición del cuidado: desempeño, valor y sostenibilidad

Aline Arebalo Veppo[1], Tarcísio Nema de Aquino[2], Mariana Borges Dias[2], Roberto Martins de Andrade[3], José Martim Marques Simas[4]

DOI: 10.1590/2358-2898202615111233P

RESUMO O envelhecimento populacional, o aumento das condições crônicas e a transição dos modelos de atenção têm imposto desafios significativos aos sistemas de saúde, demandando a reorganização dos cuidados com enfoque na continuidade, integralidade e sustentabilidade. Nesse contexto, o Programa Melhor em Casa (PMeC) emerge como uma estratégia central na atenção domiciliar e na transição de cuidados na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo quantitativo, aliado a uma revisão narrativa da literatura, analisou dados de produção assistencial do PMeC entre 2019 e 2023, investigando o perfil dos pacientes, os fluxos assistenciais e os desfechos clínicos. Registraram-se 515.624 avaliações com desfecho consolidado. As altas para a Atenção Primária à Saúde representaram 62,5% dos casos, e os óbitos totalizaram 14,3%, refletindo a complexidade do serviço. Os encaminhamentos para internação (6,4%) e urgência (4,5%) operam como indicadores indiretos (proxies), sugerindo que o programa apresenta potencial para colaborar para a desospitalização segura, sem comprovar efetividade clínica direta. Os achados indicam que o PMeC pode sugerir caminhos para a reorganização da atenção no SUS, apontando que o debate sobre economia em saúde (saving) deve ser mediado por critérios de equidade.
PALAVRAS-CHAVE Serviços de assistência domiciliar. Cuidado transicional. Atenção Primária à Saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Planos e programas de saúde.

ABSTRACT *Population aging, rising chronic conditions, and the transition of care models have imposed significant challenges for health systems, requiring care reorganization focused on continuity, comprehensiveness, and sustainability. In this context, the Programa Melhor em Casa (PMeC) emerges as a central strategy in home care and care transition within the Health Care Network of the Unified Health System (SUS). This quantitative study, combined with a narrative literature review, analyzed production data from the PMeC between 2019 and 2023, investigating patient profiles, care flows, and clinical outcomes. A total of 515,624 assessments with consolidated outcomes were recorded. Discharges to Primary Health Care accounted for 62.5% of cases, and deaths totaled 14.3%, reflecting the service's complexity. Referrals for hospitalization (6.4%) and emergency care (4.5%) serve as indirect indicators (proxies), suggesting the program could contribute to safe dehospitalization without proving direct clinical effectiveness. The findings suggest that the PMeC may offer pathways for care reorganization in the SUS, indicating that equity criteria should guide the debate on healthcare savings.*
KEYWORDS *Home care services. Transitional care. Primary Health Care. Continuity of patient care. Health programs and plans.*

RESUMEN *El envejecimiento poblacional, el aumento de las condiciones crónicas y la transición de los modelos de atención plantean desafíos significativos para los sistemas de salud y exigen reorganizar los cuidados con continuidad, integralidad y sostenibilidad. En este contexto, el Programa Melhor em Casa (PMeC) constituye una estrategia central para la atención domiciliaria y la transición de cuidados en la Red de Atención de Salud del Sistema Único de Salud (SUS). Este estudio cuantitativo, con una revisión narrativa de la literatura, analizó datos de producción asistencial del PMeC entre 2019 y 2023, investigando el perfil de los pacientes, los flujos asistenciales y los resultados clínicos. Se registraron 515.624 evaluaciones con resultado consolidado. Las altas para la Atención Primaria de Salud representaron el 62,5% de los casos y las muertes, el 14,3%, reflejando la complejidad del servicio. Las derivaciones para hospitalización (6,4%) y urgencias (4,5%) funcionan como indicadores indirectos (proxies) y sugieren potencial para apoyar la deshospitalización segura, sin demostrar efectividad clínica directa. Los hallazgos indican que el PMeC puede sugerir caminos para la reorganización de la atención en el SUS, señalando que el debate sobre economía de la salud (saving) debe estar mediado por criterios de equidad.*
PALABRAS CLAVE *Servicios de atención de salud a domicilio. Cuidado de transición. Atención Primaria de Salud. Continuidad de la atención al paciente. Planes y programas de salud.*

[1] Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
aline.vepo@hotmail.com

[2] Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.

[3] Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (Crefito-4 MG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

[4] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

O envelhecimento populacional e o aumento das condições crônicas impõem desafios crescentes aos sistemas de saúde[1]. Nesse contexto, a reorganização dos modelos assistenciais, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos cuidados de transição, torna-se essencial para garantir continuidade, integralidade e sustentabilidade do cuidado, especialmente sob a lógica da saúde baseada em valor, que relaciona desfechos clínicos e funcionais aos custos[2].

A transição de cuidados emerge como um componente estratégico para assegurar continuidade assistencial entre os níveis de atenção. Desde a década de 1980, o conceito envolve intervenções estruturadas no momento da alta hospitalar e reintegração ao domicílio ou comunidade[3]. Uma revisão sistemática recente indica que intervenções pré e pós-alta estão associadas à redução de readmissões em pacientes idosos, especialmente quando intensivas e com duração mínima de um mês[4].

Nesse cenário, o Programa Melhor em Casa (PMeC), criado em 2011, apresenta-se como uma estratégia central da atenção domiciliar para pacientes com quadros clínicos complexos ou em reabilitação pós-hospitalar. O programa expandiu progressivamente o número de equipes habilitadas e a inclusão de pacientes de maior complexidade clínica, enquanto a revisão normativa recente introduziu novas tipologias de equipes de reabilitação em municípios menores e incentivou a implementação da telessaúde[5]. Atualmente, o PMeC cobre cerca de 45% da população brasileira, integrando Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad), de Apoio (Emap) e de Apoio – Reabilitação (Emap-R) com equipes de Saúde da Família e multiprofissionais, ampliando práticas clínicas, reabilitadoras e de apoio ao autocuidado. Essa conformação organizacional reflete a lógica poliárquica e cooperativa da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenada pela APS[6], sustentando o potencial complementar da atenção domiciliar[7].

Experiências internacionais evidenciam benefícios clínicos e econômicos de modelos baseados em cuidados transicionais, especialmente no enfrentamento de doenças crônicas e no atendimento à população idosa[8-14]. No Brasil, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) contribui para a liberação de leitos e ampliação do acesso[15], sendo relevante diante das desigualdades regionais e reforçando a necessidade de avaliações de efetividade que incorporem indicadores de equidade e qualidade do cuidado.

Diante desse panorama, este artigo tem como objetivo analisar o desempenho assistencial do PMeC como estratégia de cuidado domiciliar e de transição na RAS, discutindo suas potenciais contribuições para a organização dos fluxos assistenciais, a continuidade do cuidado e o debate sobre sustentabilidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, articula-se uma análise quantitativa dos dados de produção assistencial com uma reflexão crítica sobre os modelos de financiamento do SUS e sobre a geração de valor em saúde, a partir do conceito de *saving* em saúde.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de métodos mistos no desenho convergente-paralelo: os componentes quantitativos e qualitativos (revisão narrativa com busca estruturada) foram conduzidos em paralelo e integrados na fase de interpretação dos achados.

O componente quantitativo de base populacional utilizou dados secundários de abrangência nacional referentes aos acompanhamentos assistenciais do PMeC. O fluxo de alimentação de dados do programa inicia-se no nível local, a partir dos registros clínicos efetuados pelas Emad e Emap, por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do sistema e-SUS APS. Esses dados de produção assistencial são transmitidos ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) do Ministério da Saúde. Para fins desta

investigação, os dados consolidados de produção e desfechos assistenciais foram obtidos mediante extração direta do sistema de informação institucional do programa, sem acesso a dados identificáveis, com autorização da gestão nacional/estadual do PMeC.

A extração contemplou os dados registrados no período de 1º de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2023, obtidos em formato agregado (frequências por categoria). Para evitar qualquer viés de sobreposição de registros, a população de estudo foi constituída exclusivamente pelos registros de avaliações domiciliares que apresentaram desfecho consolidado (encerramento definitivo do cuidado), validadas e consolidadas no sistema administrativo do PMeC nacional no referido período. Por tratar-se de uma investigação de base censitária que abrangeu a totalidade das observações registradas no sistema nacional durante o período delimitado, prescindiu-se da realização de cálculo amostral.

Para fins de caracterização epidemiológica e análise de fluxo assistencial, a categoria analítica central constituiu as avaliações com desfecho consolidado, correspondentes ao encerramento formal do episódio de atenção domiciliar do paciente pelas equipes do PMeC (desligamento do programa por conclusão clínica). Nesta investigação, as avaliações domiciliares referem-se aos procedimentos de avaliação clínica, triagem multidimensional e verificação de elegibilidade realizados pelas Emad diretamente no domicílio do paciente, voltados tanto a fundamentar a inclusão e admissão do usuário no programa quanto a subsidiar a decisão de alta ou desligamento. Para assegurar a precisão do denominador de análise, o estudo limitou-se às avaliações domiciliares que culminaram em um desfecho consolidado no sistema, caracterizado pela atribuição de um dos seguintes desfechos mutuamente excludentes registrados no sistema: alta clínica; encaminhamento para acompanhamento longitudinal na APS; óbito; encaminhamento ou transferência para internação hospitalar; ou encaminhamento ou transferência para unidades de urgência ou emergência. Esse montante consolidado de avaliações com desfecho foi adotado como o denominador principal para o cálculo das proporções de desfechos assistenciais e para a caracterização do perfil sociodemográfico, no qual a idade foi categorizada em faixas etárias predefinidas com base em critérios do serviço, e o sexo e a raça/cor foram registrados conforme as categorias disponíveis no sistema.

As fórmulas aplicadas para o cálculo das proporções de interesse foram estruturadas em formato de descrição textual, dividindo-se o numerador pelo respectivo denominador e multiplicando-se o quociente por 100. Desse modo, a proporção de alta/encaminhamento APS foi calculada dividindo-se a soma de altas clínicas e encaminhamentos para a APS pelo total de avaliações com desfecho. A proporção de internação/urgência correspondeu à divisão da soma de encaminhamentos hospitalares e de urgência/emergência pelo total de avaliações com desfecho. Outrossim, a taxa de mortalidade constituiu o quociente entre os óbitos registrados e o total de avaliações com desfecho.

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Foram calculadas frequências absolutas e relativas, além de intervalos de confiança de 95% (IC 95%) para estimar a precisão das proporções de desfecho. Para comparar proporções, como a distribuição dos desfechos segundo sexo, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson (^{62}). Considerou-se significância estatística para $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas no *software* SPSS®, versão 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA). Devido à natureza agregada dos dados, não foram realizadas análises multivariadas nem ajustes para confundimento.

O componente qualitativo-sintético correspondeu a uma revisão narrativa. A busca ocorreu de março de 2025 a setembro de 2026 nas bases PubMed, SciELO

e Cochrane Library. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde e Medical Subject Headings (DeCS/MeSH) e termos livres referentes a cuidado transicional e atenção domiciliar ("*Transitional Care*", "Cuidado Transicional", "transição de cuidados", "*Home Care Services*", "Serviços de Assistência Domiciliar", "Assistência domiciliar"), atenção primária e condições sensíveis ("*Primary Health Care*", "Atenção Primária à Saúde", "*Ambulatory Care Sensitive Conditions*", "Condições Sensíveis à Atenção Primária") e economia/valor em saúde ("*Value-Based Health Care*", "Cuidados de Saúde Baseados em Valores", "Saúde baseada em valor", "*Health Care Economics and Organizations*", "Avaliação Econômica em Saúde"), combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos, sem restrição de idioma, artigos originais, revisões e documentos normativos. Para fortalecer a fundamentação teórica, incorporaram-se contribuições analítico-críticas de autores estratégicos da saúde coletiva. Adotou-se também a busca nas citações dos artigos selecionados (*citation tracking*), compondo um *corpus* analítico final de 46 referências.

A integração dos achados ocorreu por triangulação metodológica, na qual os resultados quantitativos foram interpretados à luz das categorias teóricas e da evidência consolidada na literatura, permitindo discutir desfechos, utilização de serviços e implicações econômicas e organizacionais no SUS.

Os dados foram disponibilizados de forma agregada, sem qualquer elemento que permitisse a identificação individual dos usuários, garantindo completa anonimização das informações. Dessa forma, não houve risco ético aos participantes, e o estudo foi considerado isento de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispensa apreciação ética para pesquisas que utilizam dados secundários, públicos e não identificáveis.

Resultados e discussão

No período de 2019 a 2023, foram contabilizadas 515.624 avaliações domiciliares com desfecho consolidado no PMeC. A análise da população atendida revela predominância de pessoas idosas, com 39,8% dos atendimentos a pacientes entre 60 e 79 anos e 26,8% a pessoas idosas com mais de 80 anos, totalizando 66,6% das avaliações. Observa-se também predomínio do sexo feminino (52,9%, p = 0,001). Quanto à raça, a maioria se autodeclara parda (44,7%) ou branca (43,5%), seguida por pretos (8,2%), amarelos (3,2%) e indígenas (0,1%), sendo 0,4% sem declaração. No entanto, a análise dessa variável epidemiológica demanda cautela analítica, uma vez que a completude e a consistência das informações podem apresentar flutuações temporais e operacionais entre as diferentes equipes habilitadas. Essa potencial heterogeneidade na qualidade de preenchimento do campo raça/cor restringe a precisão do indicador para subsidiar diagnósticos aprofundados sobre iniquidades de acesso e desigualdades estruturais no âmbito do programa, exigindo uma leitura prudente de sua representatividade nacional.

A convergência do perfil etário, de sexo e raça sugere que o PMeC atua principalmente com grupos populacionais mais vulneráveis – pessoas idosas e pardas e negras –, reforçando a necessidade de estratégias assistenciais que considerem os determinantes sociais e que promovam equidade no acesso e na continuidade do cuidado. Isso é fundamental para a efetividade da RAS e para a prevenção de internações evitáveis por meio da APS[1,16].

Esses achados acompanham tendências demográficas nacionais: o Brasil atravessa um acelerado processo de envelhecimento populacional, com cerca de 30 milhões de pessoas idosas em 2020 e projeção de 57 milhões até 2040[17,18]. Esse envelhecimento associa-se à 'feminização da velhice', já que as mulheres representam 55,5% das pessoas idosas e mais de 60% entre os com 80 anos ou mais[18]. Quanto à composição racial, o País é marcado por

miscigenação ampla, mas negros e pardos enfrentam desigualdades persistentes no acesso à saúde, além de concentrarem maiores taxas de doenças crônicas e multimorbidade[19,20]. Ao acompanhar essas tendências, a atuação do PMeC sinaliza relevância estratégica na provisão de assistência a segmentos populacionais de maior vulnerabilidade, corroborando o debate sobre a inserção dos determinantes sociais no planejamento do cuidado domiciliar.

Para além da caracterização demográfica, a análise do programa remete à dimensão organizativa do cuidado. Sob a ótica da integralidade, o perfil epidemiológico assistido pelo PMeC sugere a relevância de práticas tecnoassistenciais centradas no usuário, articulando as necessidades singulares dos sujeitos, de suas famílias e do território. Nesse desenho de rede, o programa configura-se como um elo estratégico entre a APS, ordenadora e coordenadora longitudinal do cuidado, e os componentes de média e alta complexidade da rede assistencial. Ademais, a interface entre as equipes multiprofissionais do PMeC (Emad e Emap) e os arranjos multiprofissionais da atenção básica (como as equipes Multiprofissionais na APS – eMulti e as estratégias de apoio matricial) indica caminhos para fortalecer a resolutividade territorial e a continuidade assistencial. Esse arranjo colaborativo sugere potencial para qualificar a transição do cuidado, atuando indiretamente na mitigação de readmissões hospitalares e de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Icsap).

Caracterização da procedência dos usuários e interação do PMeC com os pontos da RAS

A integração do PMeC com os demais pontos de atenção da RAS é essencial para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes. Essa integração se expressa na articulação entre o PMeC e os diferentes serviços da rede, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), os hospitais e serviços especializados, que estabelecem fluxos bidirecionais de referência e contrarreferência para o acompanhamento e a transição do cuidado[21]. Além do eixo assistencial, o programa se articula com outros setores, como os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), a Educação, o Ministério Público e as instituições religiosas, configurando uma rede intersetorial de apoio voltada à integralidade do cuidado e à proteção social das famílias[21].

Essa articulação pode ser compreendida ao analisar a procedência dos atendidos pelo PMeC no período de 2019 a 2023, o que revela uma diversidade de pontos de origem e sinaliza inserção do programa na RAS. Observa-se que a maior parte dos pacientes provém de instituições hospitalares, correspondendo a 40,2% do total de 527.163 encaminhamentos realizados ao serviço nesse período. Esse dado corrobora as discussões sobre o papel estratégico do PMeC na continuidade do cuidado após alta hospitalar. A centralidade das altas hospitalares como principal porta de entrada, contudo, pode apontar tanto para o potencial do PMeC de contribuir para a desospitalização qualificada quanto para o desafio de consolidar a APS como coordenadora desses fluxos assistenciais, fortalecendo o cuidado preventivo e longitudinal no território.

Além disso, a APS representa a segunda maior fonte de encaminhamento, com 35,8% dos casos. Essa participação expressiva reforça o papel estratégico da APS como coordenadora do cuidado[6] e sugere que a interface com o PMeC tem potencial para ampliar a resolutividade da rede e contribuir para a mitigação de internações evitáveis, em consonância com o papel ordenador da APS.

Os dados, entretanto, também revelam uma participação ainda incipiente dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e outros serviços, sinalizando um desafio já relatado: a articulação da atenção domiciliar com os demais pontos da RAS[7], especialmente para pacientes com

condições crônicas complexas. Tal configuração assistencial pode comprometer a integralidade da atenção a pacientes de maior complexidade clínica, apontando para a relevância de estruturar arranjos colaborativos mais robustos entre atenção domiciliar e atenção especializada.

Desfechos dos pacientes no PMeC: desempenho assistencial e contribuições para a RAS

A análise dos desfechos dos pacientes acompanhados pelo PMeC evidencia seu papel estratégico na manutenção do cuidado no território e na articulação com a APS. No período analisado, 62,5% dos casos com desfecho evoluíram para alta clínica ou encaminhamento para acompanhamento na APS (IC 95%: 62,4–62,6%), o que sugere a contribuição do serviço na continuidade do cuidado em nível territorial.

O óbito constituiu o segundo desfecho mais frequente, registrado em 14,3% dos casos (IC 95%: 14,2–14,4%) com desfecho consolidado. Essa proporção de mortalidade está associada ao próprio perfil assistencial do serviço, que é direcionado prioritariamente ao acompanhamento de pacientes com condições crônicas avançadas, elevado grau de dependência funcional e, frequentemente, em cuidados paliativos.

As taxas de encaminhamento para internação hospitalar (6,4%; IC 95%: 6,3–6,5%) e para unidades de urgência e emergência (4,5%; IC 95%: 4,4–4,5%) permaneceram estáveis e relativamente baixas no período analisado. Em termos exploratórios, esses achados sugerem o potencial do programa no manejo oportuno de agravos agudos e sinalizam hipóteses de mitigação indireta de novas internações, colaborando para a resolutividade do cuidado domiciliar. No entanto, embora esses dados apontem tendências favoráveis, a interpretação desse cenário demanda cautela analítica. Tais encaminhamentos operam como indicadores organizacionais indiretos (*proxies*), e não como mensurações diretas de readmissão hospitalar. Dessa forma, tais resultados atuam prioritariamente como sinais de desempenho e de organização de fluxos do programa, necessitando de ponderação metodológica antes de serem traduzidos como evidência direta de efetividade clínica ou de redução de internações evitáveis.

Os resultados obtidos estão em consonância com evidências prévias, que apontam para o potencial de intervenções de baixa e média complexidade na mitigação de readmissões hospitalares durante a transição do cuidado hospitalar para o comunitário[22]. Achados semelhantes foram descritos em um estudo que avaliou o acompanhamento domiciliar de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, sinalizando benefícios clínicos favoráveis e reiterando a relevância da continuidade do cuidado em condições crônicas[23].

Integração com a APS e organização do cuidado domiciliar

Os desfechos analisados, especialmente a elevada proporção de altas com acompanhamento pela APS e a proporção relativamente baixa de encaminhamentos para internação ou urgência, permitem discutir, em caráter exploratório, a potencial contribuição do PMeC para a organização do cuidado e para a formulação de hipóteses sobre a prevenção de Icsap. Cabe destacar que, embora a mensuração direta das taxas de Icsap ou de readmissões hospitalares em 30 dias não tenha sido realizada no escopo desta investigação, a adoção dos desfechos de encaminhamento e acompanhamento como variáveis aproximadas (*proxies*) constitui um recurso analítico útil. Ressalta-se, contudo, que tais variáveis não configuram indicadores formais de impacto, mas sim marcadores operacionais que sugerem hipóteses e tendências de fluxo, exigindo estrita cautela interpretativa para não serem tomadas como evidências diretas de efetividade clínica.

As Icsap correspondem a hospitalizações que poderiam ser evitadas mediante

intervenções oportunas e resolutivas na APS, como o manejo adequado de doenças crônicas, o acompanhamento longitudinal e a adoção de ações preventivas. Evidências apontam que intervenções que fortalecem o gerenciamento do cuidado e a integração efetiva entre os serviços estão associadas à redução de internações evitáveis e à melhoria dos desfechos clínicos[24]. No contexto brasileiro, esse indicador tem sido amplamente usado para monitorar desempenho da APS, embora apresente forte variação regional, refletindo desigualdades sociais e de oferta de serviços.

No Brasil, análises realizadas no período de 2010 a 2019 sugerem que a qualificação e expansão da APS contribuíram para a redução das taxas de Icsap, assim como para a diminuição da necessidade de leitos hospitalares[25]. Complementarmente, o Boletim nº 9 do Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde – Proadess aponta que, em 2020, as taxas de Icsap foram mais elevadas entre pessoas idosas com 70 anos ou mais, seguidas da faixa etária de 60 a 69 anos[26]. Esse achado dialoga diretamente com os resultados deste estudo, que identificou que a população idosa corresponde ao principal público atendido pelo PMeC, o que sugere a relevância do cuidado domiciliar na gestão das condições crônicas e no potencial de atenuação de admissões hospitalares nesse segmento populacional. Dessa forma, ao atuar de forma complementar à APS, sugere-se potencial para colaborar na reorganização do fluxo e na mediação da atenção a condições crônicas, especialmente em pessoas idosas e com condições crônicas complexas, reiterando o debate sobre a articulação entre integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Financiamento e regulação da atenção domiciliar no SUS e na saúde suplementar

Diante desses desfechos e do potencial de desempenho assistencial discutido, torna-se pertinente analisar os modelos de financiamento que sustentam a atenção domiciliar, iniciando-se pela estruturação pública no âmbito do SUS e, sequencialmente, as especificidades do setor suplementar.

Nesse cenário, o PMeC configura-se como uma estratégia pública e estruturada de cuidado domiciliar no âmbito do SUS. Diferentemente do mercado suplementar, seu custeio apoia-se, sobretudo, em repasses federais fixos, de modo que a remuneração das equipes apresenta, tradicionalmente, independência direta em relação a indicadores de desempenho ou resultados clínicos específicos[27].

O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do programa é distribuído de acordo com o porte e a composição das equipes. O valor mensal é de R$ 65.000 para cada Emad tipo 1, e de R$ 44.200 para cada Emad tipo 2[27]. Além disso, há o repasse de R$ 7.800 mensais para cada Emap e para cada Emap-R, considerando a ampliação do escopo assistencial para as demandas específicas de reabilitação e incentivo adicional, no valor de R$ 15.000 em parcela única, destinado aos municípios que implementarem serviços de telessaúde no âmbito do SAD[5,27]. Para serviços localizados na região da Amazônia Legal, aplica-se um adicional de 30% sobre o valor do incentivo, como estratégia para compensar os desafios operacionais e logísticos característicos dessa região[27].

Os recursos destinados ao custeio das equipes de Atenção Domiciliar são incorporados ao limite financeiro da Média e Alta Complexidade (MAC) dos entes federados habilitados, conforme as diretrizes normativas do Ministério da Saúde. O repasse desses valores ocorre mediante publicação de portaria específica, que formaliza a habilitação e o reconhecimento do serviço[28].

A liberação do incentivo financeiro depende da aprovação, pelo Ministério da Saúde, do projeto técnico de criação ou ampliação do SAD. Após a portaria de habilitação, as Emad, Emap e, quando existentes, Emap-R devem ser vinculadas ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), marcando o início das atividades e do repasse de recursos[28]. O repasse pode ser suspenso em

casos de desativação do estabelecimento, ausência superior a 60 dias de qualquer profissional da equipe mínima, descumprimento da carga horária ou falhas na alimentação de sistemas oficiais de informação, identificadas por monitoramento, supervisão ou auditorias[5]. Apesar de não incorporar incentivos financeiros ligados ao desempenho, o PMeC sinaliza potencial ordenador dos fluxos assistenciais da RAS. A experiência do programa sugere caminhos para o reordenamento dos processos assistenciais.

Em contraste com a lógica de custeio público do SUS, o financiamento e a provisão da atenção domiciliar na saúde suplementar operam sob dinâmicas de mercado e regulação setorial específica. Na saúde suplementar, a atenção domiciliar, especialmente em sua modalidade de internação domiciliar, não constitui cobertura obrigatória, conforme estabelece a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998[29], e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), regulamentado pela Resolução Normativa nº 555, de 14 de dezembro de 2022[30]. Nos termos do Parecer Técnico nº 05/Geas/GGRST/Dipro/2021 da ANS, contudo, quando a internação domiciliar é oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar (por iniciativa própria ou previsão contratual), o serviço deve cumprir as exigências da Lei nº 9.656/1998 para o plano hospitalar, abrangendo equipe multiprofissional, medicamentos e insumos[31] A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 917, de 19 de setembro de 2024, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por sua vez, estabelece os requisitos para o funcionamento dos SAD, regulamentando aspectos estruturais, operacionais e de segurança da assistência. Essa norma, entretanto, não impõe aos planos de saúde a obrigatoriedade de contratação ou oferta desse serviço[32].

Essa delimitação regulatória mantém a atenção domiciliar restrita ao caráter substitutivo da internação, deixando descobertas modalidades preventivas e de reabilitação com elevado potencial de impacto clínico e econômico. Tal lacuna reduz a visibilidade do trabalho multiprofissional e, em especial, da fisioterapia, cuja atuação em prevenção de quedas, manejo de condições crônicas e reabilitação pós-alta hospitalar é determinante para evitar hospitalizações evitáveis e readmissões. Valorizar esse componente é fundamental para a sustentabilidade do sistema e para a efetiva incorporação da lógica de saúde baseada em valor.

Modelos de remuneração na transição de cuidados

Os modelos de remuneração ainda são pouco descritos nos modelos de transição de cuidados. Em uma revisão sistemática conduzida em 2022, foram identificados diferentes tipos de incentivos financeiros empregados nas transições de cuidados em sistemas de cuidados de longo prazo[33]. Oito estudos abordaram o uso de recompensas na APS, enquanto apenas um evidenciou as recompensas em hospitais. Os mecanismos de reembolso foram discutidos em três estudos tanto em relação à APS quanto aos hospitais. As penalidades foram menos frequentes, sendo mencionadas em dois estudos no contexto hospitalar, um no setor social e um na APS. Além disso, três estudos trataram de incentivos financeiros aplicados simultaneamente a múltiplos cenários, abrangendo todos os provedores de cuidados, embora dois deles não tenham especificado claramente os contextos abordados. A análise revelou que a APS tem sido o cenário mais frequentemente explorado em relação aos incentivos financeiros, especialmente no que se refere a programas de pagamento por desempenho.

No Brasil, esse debate também tem avançado no âmbito da saúde suplementar. A ANS iniciou, em 2019, um projeto-piloto de modelos de pagamento baseados em valor, com 13 experiências selecionadas em operadoras de planos de saúde. Resultados recentes indicam que os principais fatores que motivam a transição do *fee-for-service* para modelos baseados em valor, segundo a percepção de

gestores, foram a insustentabilidade financeira do *fee-for-service*, associada a desperdícios e conflitos de interesse, e os potenciais benefícios econômicos do *value-based care*, especialmente em termos de redução de custos e retorno sobre investimento[34]. Esses achados reforçam que a sustentabilidade do setor privado depende da adoção de modelos de remuneração que reconheçam o papel multiprofissional na produção de valor, em especial nos processos de prevenção, reabilitação e transição do cuidado.

Embora a literatura internacional sugira que os incentivos financeiros são ferramentas potentes para induzir a melhoria na transição de cuidados[33], a aplicação direta dessa lógica de recompensas e penalidades encontra limites severos no contexto brasileiro. No SUS, marcado por profundas desigualdades locorregionais e vazios assistenciais históricos, a introdução de bônus ou punições financeiras traz o risco de aprofundar as iniquidades já existentes. Conforme analisam Santos et al.[35], os municípios de menor porte, mais isolados e com infraestrutura fragilizada enfrentam barreiras estruturais severas, agravadas por cenários de desfinanciamento e pela desconsideração da dinâmica e dos fluxos reais dos territórios no planejamento regionalizado. Sob essas condições de extrema vulnerabilidade, a indução por metas quantitativas de desempenho tende a penalizar justamente as gestões que carecem de condições basais para organizar seus serviços. Desse modo, o fortalecimento de estratégias como a transição de cuidados e a atenção domiciliar no País depende, prioritariamente, de repasses federais estáveis de custeio, de um planejamento interfederativo tripartite e do apoio técnico contínuo às gestões locais, em vez de mecanismos punitivos que fragilizam a equidade e a justiça social.

Saving e produção de valor no cuidado domiciliar: entre a eficiência e o direito à saúde

Por fim, a partir dos dados de desfechos e da discussão sobre financiamento, torna-se pertinente situar o conceito de *saving* em saúde no debate acadêmico do campo. Embora amplamente utilizado na literatura internacional sobre eficiência em sistemas de saúde, esse conceito não é neutro nem consensual: no campo da saúde coletiva brasileira, é objeto de controvérsia teórica e política. Como advertem Ocké-Reis et al.[36], não basta ser eficiente, entendido como fazer de modo econômico; é igualmente necessário ser eficaz e efetivo para garantir saúde pública de qualidade e afirmar o direito social à saúde inscrito na Constituição de 1988. Nesse sentido, o *saving* será aqui tratado não como solução gerencial, mas como categoria analítica que exige mediação crítica quando aplicada a sistemas universais como o SUS.

Nesse contexto, a discussão sobre eficiência em saúde não pode ser reduzida à contenção imediata de gastos. Como aponta a literatura crítica do campo, há um vínculo indissociável entre financiamento adequado do SUS e a contenção do avanço da lógica de mercado sobre a saúde pública: o subfinanciamento crônico, aprofundado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, fragiliza o sistema público e induz sua mercantilização[37,38]. A literatura internacional sobre saúde baseada em valor reforça que a geração de valor em saúde consiste em enfatizar os desfechos alcançados pelos pacientes, mantendo uma relação ótima com os custos, mas com resultados ainda heterogêneos e dependentes de condições sistêmicas de implementação[36,39]. Nessa perspectiva, demonstrar o valor gerado pelo cuidado domiciliar não constitui argumento para redução de repasses, mas, ao contrário, para a qualificação e ampliação do investimento público em modelos assistenciais que produzam melhores desfechos, com uso mais racional dos recursos disponíveis.

Modelos assistenciais integrados à atenção domiciliar e às linhas de transição de cuidados podem ser eficazes tanto do ponto de vista clínico quanto econômico[8-14,22]. Programas de atenção domiciliar, em contextos de sistemas de saúde com cobertura estruturada, podem associar-se à redução expressiva de

custos hospitalares decorrentes de complicações evitáveis, com estimativas da ordem de dezenas de milhões de dólares ao longo de dois anos de seguimento[40], evidenciando o potencial econômico de modelos centrados na continuidade do cuidado.

Evidências internacionais sugerem que a atuação coordenada de equipes multiprofissionais em programas domiciliares e de transição do cuidado apresenta potencial para favorecer a recuperação funcional e a otimização de desfechos clínicos[22,41]. Nesse contexto, desfechos funcionais, como prevenção de quedas, manutenção da capacidade funcional e redução de reinternações, constituem indicadores sensíveis à qualidade do cuidado domiciliar com potencial de expressão econômica. A inserção da fisioterapia na APS e na atenção domiciliar representa uma reorientação do campo profissional, que avança da lógica exclusivamente reabilitadora para uma atuação integrada em equipes multiprofissionais, com ênfase na prevenção e na integralidade do cuidado[42].

Nesse marco teórico, a fisioterapia opera a partir do modelo biopsicossocial expresso na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que amplia o conceito de saúde para além da dimensão biológica, integrando estruturas e funções corporais, atividade, participação social e fatores contextuais, incluindo ambientais e pessoais[42,43]. Sob essa perspectiva, a funcionalidade humana constitui o eixo central da prática fisioterapêutica, e sua mensuração por meio de desfechos como capacidade funcional, independência para atividades de vida diária e participação social oferece indicadores sensíveis não só para a avaliação clínica como também para a análise econômica do cuidado domiciliar. A ação da fisioterapia, enquanto ciência e profissão, não se limita à correção da incapacidade, mas contempla intervenções de amplo alcance, centradas na pessoa, em sua funcionalidade, no ambiente social e nas políticas públicas, sob coordenação da APS[42].

O cuidado domiciliar produzido pelo PMeC realiza-se, sobretudo, por meio do trabalho vivo em ato, encontros singulares entre trabalhadores e usuários mediados por tecnologias leves, relacionais e comunicativas, cujo referente simbólico, nas sociedades de direito à saúde, deve ser o ato de cuidar da vida, e não a produção de procedimentos[44,45]. Nessa perspectiva, o trabalhador de saúde é sempre coletivo: não há profissional que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, sendo a caixa de ferramentas de um deles necessária para completar a do outro, o que confere ao arranjo multiprofissional do PMeC não apenas eficiência organizacional, mas também legitimidade ético-política[44].

Nesse arranjo multi e interprofissional, estudo retrospectivo conduzido na Espanha demonstrou que um programa domiciliar com componente de reabilitação respiratória pré-operatória reduziu o tempo de internação hospitalar e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de diminuir complicações pós-cirúrgicas[46]. De forma semelhante, intervenções multifatoriais de prevenção de quedas têm demonstrado efeito protetivo consistente, com redução de fraturas e hospitalizações[47]. Esses achados, contudo, devem ser lidos como contribuições da equipe multiprofissional, sob coordenação da APS, e não como evidência isolada de uma categoria profissional. O trabalho em equipe configura-se na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas dos diferentes profissionais e a interação entre esses agentes, sendo que a prática interprofissional colaborativa centrada no usuário pressupõe comunicação efetiva, tomada de decisão compartilhada e objetivos comuns orientados pelas necessidades de saúde, condições particularmente relevantes na APS e no cuidado domiciliar, em que a complexidade das demandas não se reduz a um modelo de doença, mas se vincula às condições de vida e ao contexto social da população[48].

Esse debate é particularmente relevante no contexto do SUS como sistema universal. O fortalecimento do PMeC como política pública estratégica requer que o argumento do valor em saúde seja mediado por critérios

de equidade, acesso e garantia de direitos, e não subordinado à lógica de eficiência econômica de sistemas privados[36]. O fortalecimento da saúde da população exige que todos os indivíduos tenham acesso a cuidados abrangentes, seguros, humanizados e de qualidade, capazes de ampliar a expectativa de vida saudável e reduzir mortes e internações evitáveis[49]. Nesse sentido, a experiência do PMeC sugere que investir em continuidade do cuidado, reabilitação domiciliar e fortalecimento dos fluxos com a APS, por meio de equipes multiprofissionais, gera valor ao sistema, com melhores desfechos e uso mais racional de recursos. Esse valor, contudo, só adquire legitimidade plena quando ancorado no projeto político da Reforma Sanitária Brasileira, que situa a saúde como direito universal e dever do Estado, e não como bem de mercado[37,50].

Essa análise indica que a utilidade do conceito de *saving* depende de sua associação direta à produção de valor e à coordenação clínica no âmbito do SUS. A experiência do PMeC, financiada por repasses federais fixos, sugere que o investimento na continuidade do cuidado e na reabilitação domiciliar, sob coordenação da APS, tem potencial para mitigar a dependência de leitos hospitalares de alta complexidade. Essa perspectiva, entretanto, só se concretiza plenamente quando acompanhada de financiamento público adequado, sem o qual o argumento da eficiência tende a operar como substituto do direito, e não como seu reforço[36,37]. Indica-se, em síntese, a necessidade de pesquisas avaliativas longitudinais que investiguem o impacto real das transições de cuidado no SUS, com atenção especial aos territórios de maior vulnerabilidade e às dimensões de raça, gênero e classe na distribuição dos desfechos.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Inicialmente, os dados utilizados são de natureza agregada, o que impede análises individuais e ajustes para potenciais confundidores. Em consequência, não é possível avaliar associações causais entre as características dos usuários e os desfechos clínicos. O uso de testes de qui-quadrado e de IC 95% confere precisão estatística às estimativas, mas não elimina o problema central de confundimento inerente a dados administrativos agregados sem ajuste para variáveis de controle, limitação que deve ser considerada ao interpretar as associações reportadas.

Adicionalmente, variações na completude e acurácia do registro ao longo do período analisado e entre os diferentes serviços podem introduzir vieses de informação. Destaca-se, em particular, a incompletude do campo raça/cor nos registros do PMeC, o que impede análises sobre iniquidades raciais nos desfechos, dimensão considerada relevante no contexto do SUS e das desigualdades estruturais em saúde no Brasil. Variações nos padrões de registro entre serviços e ao longo do tempo também podem refletir diferenças na qualidade do preenchimento, e não apenas diferenças reais nos perfis assistenciais, o que deve ser considerado na comparação entre regiões e períodos.

Em suma, os indicadores utilizados como *proxies* de desfecho, como encaminhamento para internação, alta com acompanhamento na APS e encaminhamento para urgência/emergência, constituem medidas organizacionais indiretas, e não mensurações diretas de readmissão hospitalar em 30 dias ou de Icsap. Sua utilidade como sinais de desempenho do programa é reconhecida, mas não sustenta, sem cautela, afirmações de efetividade clínica ou de redução de internações evitáveis.

Conclusões

O PMeC sinaliza relevância estratégica para a atenção domiciliar e a transição de cuidados no SUS, atendendo prioritariamente a grupos vulneráveis e apresentando-se como dispositivo para continuidade assistencial na APS.

Diante das especificidades metodológicas deste estudo, ressalta-se que os indicadores de desfecho analisados operam como medidas organizacionais indiretas (*proxies*) de fluxo, e não como mensurações diretas de efetividade clínica. Sob essa premissa interpretativa, os achados fornecem sinais favoráveis quanto à proporção dos desfechos e à organização dos fluxos assistenciais, apontando que o programa apresenta potencial para apoiar a transição hospital-domicílio e a articulação com a rede no território, embora tais dados não sustentem, de forma isolada, afirmações definitivas de redução de internações.

Nesse cenário, as proporções observadas refletem o perfil assistencial de alta complexidade do programa e sua integração com o cuidado longitudinal (sinalizada pelas altas com encaminhamento para a APS). Sob a perspectiva da economia da saúde, as hipóteses sobre os potenciais desdobramentos econômicos do programa aproximam-se conceitualmente da lógica de *saving* em saúde, cuja utilidade no SUS depende de sua subordinação ética e política ao direito universal à saúde. A racionalização de fluxos e o potencial de suporte à desospitalização devem servir de argumento para qualificar, sustentar e expandir o financiamento público do SUS diante da restrição orçamentária estrutural, e não para legitimar a austeridade. Ademais, alerta-se que a transição de modelos de remuneração demanda cautela para evitar que a indução por desempenho culmine no reducionismo das práticas assistenciais a metas quantitativas, valorizando-se desfechos funcionais e coletivos produzidos pelo trabalho multiprofissional.

Por fim, aponta-se a necessidade de fomentar uma agenda de pesquisas sobre a sustentabilidade da atenção domiciliar, constituindo hipóteses relevantes para estudos avaliativos futuros. Sugere-se, adicionalmente, a incorporação de abordagens qualitativas orientadas a compreender a experiência vivida pelos usuários e cuidadores na transição de cuidados, consolidando a avaliação da qualidade sob a ótica da integralidade do cuidar.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001.

Declaração de uso de Inteligência Artificial Generativa

Os autores declaram a utilização de ferramenta Gemini de Inteligência Artificial Generativa exclusivamente para auxílio na revisão ortográfica e gramatical do texto. O conteúdo final foi integralmente revisado, validado e aprovado pelos autores, que assumem total responsabilidade pela publicação.

Contribuições de autoria

Veppo AA (0009-0009-7427-2002)* e Aquino TN (0000-0002-3183-7204)* contribuíram para a conceitualização, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, redação do rascunho original, revisão e edição do manuscrito. Dias MB (0000-0003-1009-6416)* contribuiu para a conceitualização, curadoria de dados, interpretação de dados, e revisão e edição do manuscrito. Andrade RM (0009-0006-7686-3234)* contribuiu para a conceitualização, investigação, metodologia, administração do projeto, revisão e edição do manuscrito. Simas JMM (0000-0003-1742-3707)* contribuiu para a conceitualização, análise formal, investigação, metodologia, revisão e edição do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Lesser A, Israni J, Lo AX, et al. Older adult visits to the emergency department for ambulatory care sensitive conditions. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2020;1(5):824-828. DOI: https://doi.org/10.1002/emp2.12164

2. Smart M, O'Gorman P. The relationship between value-based care, workforce engagement and clinical leadership: learning from an outpatient physiotherapy team. Healthc Q. 2021;24(2):53-58. DOI: https://doi.org/10.12927/hcq.2021.26545

3. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, et al. The importance of transitional care in achieving health reform. Health Aff (Millwood). 2011;30(4):746-754. DOI: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041

4. Fønss Rasmussen L, Grode LB, Lange J, et al. Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. BMJ Open. 2021;11(1):e040057. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040057

5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 maio 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html

6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [acesso em 2025 abr 15]. 549 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf

7. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, et al. A atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. Saúde Debate. 2019;43(121):592-604. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123

8. Li Y, Fu MR, Fang J, et al. The effectiveness of transitional care interventions for adult people with heart failure on patient-centered health outcomes: a systematic review and meta-analysis including dose-response relationship. Int J Nurs Stud. 2021;117:103902. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103902

9. Hwang YS, Kim WJ, Kim TH, et al. Cost-utility analysis of transitional care services for older inpatients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Korea. Cost Eff Resour Alloc. 2024;22(1):19. DOI: https://doi.org/10.1186/s12962-024-00526-3

10. Wang CH, Kao FY, Tsai SL, et al. Policy-driven post-acute care program lowers mortality rate and medical expenditures after hospitalization for acute heart failure: a nationwide propensity score-matched study. J Am Med Dir Assoc. 2023;24(7):978-984.e4. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.03.031

11. Murrow JR, Rabeeah Z, Osei K, et al. Reducing costs and improving care after hospitalization: economic evaluation of a novel transitional care clinic. Health Serv Manage Res. 2022;35(3):164-171. DOI: https://doi.org/10.1177/09514848211028710

12. Tung Y-J, Lin W-C, Lee L-F, et al. Comparison of cost-effectiveness between inpatient and home-based post-acute care models for stroke rehabilitation in Taiwan. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):4129. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph18084129

13. Collet R, Groenewoud C, Ostelo R, et al. Cost-effectiveness of multidisciplinary transitional care interventions: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2025;168:105103. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105103

14. Landi S, Panella MM, Leardini C. Unraveling organizational levers and economic benefits in transitional care programs: a systematic review and configurational analysis. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):46. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-023-10461-3

15. Borges Júnior L, Borges E, Ferreira H, et al. Relação do Serviço de Atenção Domiciliar com a oferta de leitos de terapia intensiva. Rev Bras Atenção Domic [Internet]. 2018 [acesso em 2025 maio 15];4:31-34. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/624785912/Revista-Brasileira-de-Atencao-Domiciliar-4-Ed

16. Chen H-F, Lin H-R. Social determinants of ambulatory care sensitive conditions: a qualitative meta-synthesis based on patient perspectives. Front Public Health. 2023;11:1147732. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1147732

17. Fonseca Travassos G, Bragança Coelho A, Arends-Kuenning MP. The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. Rev Bras Estud Popul. 2020;37:1-27. DOI: https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0129

18. Vivas E, Rocha S. The Brazilian population aging and its contemporary challenges. MOJ Gerontol Geriatr. 2020;5:165-168. DOI: https://doi.org/10.15406/mojgg.2020.05.00251

19. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(9):4021-32. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021

20. Hone T, Stokes J, Trajman A, et al. Racial and socioeconomic disparities in multimorbidity and associated healthcare utilisation and outcomes in Brazil: a cross-sectional analysis of three million individuals. BMC Public Health. 2021;21(1):1287. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-021-11328-0

21. Savassi LCM, organizador. Tratado de Atenção Domiciliar. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2022. 1104 p.

22. Tyler N, Hodkinson A, Planner C, et al. Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: a systematic review and network meta-analysis. JAMA Netw Open. 2023;6(11):e2344825. DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.44825

23. Ridwan ES, Hadi H, Wu Y-L, et al. Effects of transitional care on hospital readmission and mortality rate in subjects with COPD: a systematic review and meta-analysis. Respir Care. 2019;64(9):1146-1156. DOI: https://doi.org/10.4187/respcare.06959

24. Duminy L, Ress V, Wild E-M. Complex community health and social care interventions – which features lead to reductions in hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions? A systematic literature review. Health Policy. 2022;126(12):1206-1225. DOI: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.003

25. Santos FMD, Macieira C, Machado ATGDM, et al. Associação entre internações por condições sensíveis e qualidade da atenção primária. Rev Saúde Pública. 2023;57(1):85. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004879

26. Viacava F, Carvalho CC, Martins M, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP): análise descritiva por sexo e idade e diagnósticos principais [Internet]. In: Boletim Informativo nº 9. Rio de Janeiro: PROADESS/ICICT/Fiocruz; 2022 out [acesso em 2025 jul 23]. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_n9_PROADESS_ICSAP_out2022.pdf

27. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, DF. 2024 jan 5 [acesso em 2025 jun 22]; Seção 1:56. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012

28. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2025 jun 22]; Seção 1:41. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/copy_of_portarias/2017/portaria_consolidacao_n_6_28_09_2017.pdf

29. Presidência da República (BR). Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, DF. 1998 jun 4 [acesso em 2025 jun 22]; Seção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm

30. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Resolução Normativa – RN nº 555, de 14 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a regulamentação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, DF. 2022 dez 15 [acesso em 2025 jun 22]; Seção 1:112. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-555-de-14-de-dezembro-de-2022-450700817

31. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Parecer Técnico nº 05/GEAS/GGRST/DIPRO/2021: cobertura: atenção domiciliar/internação domiciliar [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2021 [acesso em 2025 jun 22]. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer_tecnico_no_05_2021_atencao_domiciliar_-_home_care.pdf

32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 917, de 19 de setembro de 2024. Dispõe sobre o funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2024 set 26 [acesso em 2025 jun 22]; Seção 1:167. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&tipo=RDC&numeroAto=00000917&seqAto=000&valorAno=2024&orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&codTipo=&desItem=&desItemFim=&cod_menu=9434&cod_modulo=310&pesquisa=true

33. Wieczorek E, Kocot E, Evers S, et al. Do financial aspects affect care transitions in long-term care systems? A systematic review. Arch Public Health. 2022;80(1):90. DOI: https://doi.org/10.1186/s13690-022-00829-y

34. Bernz IM, Pedro GO, Tanaka M, et al. PD61 what are the drivers of transitioning from fee-for-service to value-based payment models in the Brazilian private healthcare system? Int J Technol Assess Health Care. 2022;38(Supl 1):S113. DOI: https://doi.org/10.1017/S026646232200318X

35. Santos AM, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Dinâmica da regionalização e repercussões dos vazios assistenciais na comercialização da saúde em municípios rurais remotos. Cad Saúde Pública. 2024;40(8):e00194523. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT194523

36. Ocké-Reis CO, organizador. SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde [Internet]. Brasília, DF: Ipea; Conass; Opas; 2022 [acesso em 2025 nov 3]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/12029

37. Funcia FR, Bresciani LP, Benevides R, et al. Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19. Saúde Debate. 2022;46(132):5-19. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213301

38. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2016 dez 16 [acesso em 2025 jun 22]; Seção 1:2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

39. Fernández-Salido M, Alhambra-Borrás T, Casanova G, et al. Value-based healthcare delivery: a scoping review. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(2):134. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph21020134

40. Ni W, Colayco D, Hashimoto J, et al. Reduction of healthcare costs through a transitions-of-care program. Am J Health Syst Pharm. 2018;75(10):613-621. DOI: https://doi.org/10.2146/ajhp170255

41. Zou D, Wang L, Li J, et al. The benefits of transitional care in older patients with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. Aging Clin Exp Res.

2022;34(4):741-750. DOI: https://doi.org/10.1007/s40520-021-01973-1

42. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(Supl 1):1627-1636. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074

43. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

44. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2025 abr 15]. p. 108-37. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-470400

45. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde [Internet]. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2008 [acesso em 2025 abr 15]. p. 278-84. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf

46. Montero-Cámara J, Ferrer-Sargues FJ, Peredo DC, et al. Home-based physiotherapy programme reduces hospital stay and costs in cardiac surgery: a retrospective cohort study. Physiother Res Int. 2025;30(2):e70032. DOI: https://doi.org/10.1002/pri.70032

47. Schoberer D, Breimaier HE, Zuschnegg J, et al. Fall prevention in hospitals and nursing homes: clinical practice guideline. Worldviews Evid Based Nurs. 2022;19(2):86-93. DOI: https://doi.org/10.1111/wvn.12571

48. Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Lopes AC, organizador. Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. Vol. 1. Barueri: Manole; 2016. p. 17-28.

49. Tasca R, Benevides RPS. SUS: desafios para tornar eficiente um sistema universal e subfinanciado. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde [Internet]. Brasília, DF: Ipea; Conass; Opas/OMS; 2023 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/84b1a809-480c-40a1-a2cf-9acdfcd6a426

50. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [Internet]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf

Recebido em 27/10/2025
Aprovado em 11/09/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001

Editora responsável: Jamilli Silva Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5997468854789199 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8965-0904 – e-mail: jamilli.santos@ufba.br