



## O PROGRAMA MELHOR EM CASA EM SANTA CATARINA: um panorama da sua expansão no período 2011-2021<sup>1</sup>

Keli Regina Dal Prá<sup>2</sup>

Michelly Laurita Wiese<sup>3</sup>

Jasmyne Ferreira Brito<sup>4</sup>

Maria Luiza Ferreira de Oliveira<sup>5</sup>

Melícia Isabel de Pinho<sup>6</sup>

**RESUMO:** O artigo tem como objetivo apresentar dados sobre a expansão do Programa Melhor em Casa no estado de Santa Catarina, na primeira década de sua implantação, sendo o período de 2011 a 2021. Trata-se de um estudo documental, a partir das informações em leis, decretos e da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), onde são registradas, pelos municípios, as equipes de Atenção Domiciliar (eAD) do Programa. Os principais resultados demonstram que Santa Catarina aderiu ao Programa Melhor em Casa desde seu lançamento em 2011 e nessa primeira década observa-se uma rápida expansão do número de municípios no período da pandemia do novo coronavírus (covid-19).

**PALAVRAS-CHAVE:** Política de Saúde; Atenção Domiciliar; Programa Melhor em Casa; Cuidados.

### INTRODUÇÃO

O Programa Melhor em Casa é um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), que possibilita o atendimento de pacientes, que seriam tratados no hospital, em casa. Possui como principal objetivo a redução das demandas hospitalares, a

---

<sup>1</sup> Este estudo integra o projeto de pesquisa: “Família, Cuidado e Atenção Domiciliar (AD) no Programa Melhor em Casa em Santa Catarina no contexto da pandemia de covid-19”, financiado pela FAPESC edital n. 16/2020 Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS.

<sup>2</sup> Assistente Social, Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutora em Serviço Social, E-mail: keli.regina@ufsc.br.

<sup>3</sup> Assistente Social, Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutora em Serviço Social, E-mail: michelly.wiese@ufsc.br.

<sup>4</sup> Graduanda em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Bolsista de Iniciação Científica, E-mail: jasmyyb@gmail.com.

<sup>5</sup> Graduanda em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Bolsista de Iniciação Científica, E-mail: maluiza.ferreira1809@gmail.com.

<sup>6</sup> Graduanda em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Bolsista de Iniciação Científica, E-mail: melicia.pinho@hotmail.com.



humanização do atendimento e a otimização de recursos financeiros da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O público-alvo do Programa Melhor em Casa são as pessoas que se caracterizam nas modalidades de Atenção Domiciliar (AD) 2 e 3. No caso da modalidade de AD 2 os usuários apresentam

I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal (BRASIL, 2016, s/p).

Já na modalidade de AD 3 os usuários são aqueles que apresentam as situações citadas anteriormente, porém, necessitam de cuidados multiprofissionais com maior frequência e uso de equipamentos e procedimentos de maior complexidade, como “[...] ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea [...]” (BRASIL, 2016, s/p).

Além das modalidades de AD 2 e 3 atendidas pelo SAD, há a modalidade de AD 1 que é ofertada aos usuários estáveis que possuem dificuldades de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Esses usuários exigem cuidados com menos frequência e menos recursos de saúde. A atenção em saúde é ofertada pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e pelos “antigos” Núcleos de Atenção em Saúde da Família (NASF). As visitas são regulares sendo realizadas pelo menos uma vez por mês (BRASIL, 2016).

Quadro 1: Modalidades de atenção domiciliar

|                             | <b>AD1</b>                                 | <b>AD2</b>  | <b>AD3</b>   |
|-----------------------------|--|---|--|
| <b>Perfil do paciente</b>   | Pessoas com problemas de saúde compensados | Maior necessidade de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo                             | Maior necessidade de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos específicos |
| <b>Equipe de referência</b> | Atendidos pelas eSF e NASF                 | Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar podendo contar com a Equipe Multiprofissional de Apoio | Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar podendo contar com a Equipe Multiprofissional de Apoio      |

Fonte: Brasil (2016).

Importa destacar que para um usuário ser elegível à atenção em saúde pela AD 2 ou AD 3 é necessária a presença de um cuidador identificado no âmbito do lar, sendo este cuidador uma pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2016). Destaca-se também



que as equipes de Atenção Domiciliar (eAD) podem estar alocadas nos mais diversos serviços de atenção à saúde, tais quais os hospitais, unidades de pronto atendimento, UBS, contudo, essas equipes devem estar vinculadas administrativamente a um SAD.

Dentro do Programa os atendimentos são realizados por três tipos de equipes: a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) – tipo 1 e tipo 2 e a Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP). Sendo que a implantação da EMAD é um pré-requisito para a existência do SAD.

As EMAD tipo 1 são compostas por profissional(is) médico(s), que deve possuir carga horária semanal mínima de quarenta horas, enfermeiro(s), com também quarenta horas semanais, fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social, como carga horária de trinta horas e técnico(s) de enfermagem, com 120 horas semanais. Já na EMAD tipo 2, se mantêm os mesmos profissionais, porém se altera a carga horária semanal do(s) médico(s) e enfermeiros(s), sendo 20 e 30 horas respectivamente (BRASIL, 2016).

Em relação a EMAP, os profissionais não são determinados a priori, a exigência é que na equipe sejam três profissionais de nível superior, que juntos devem realizar carga horária semanal de 90 horas. As possibilidades de profissionais são assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico ou terapeuta ocupacional (BRASIL, 2016).

Além disso, para a implementação do SAD nos municípios, existem algumas exigências, como por exemplo, população municipal igual ou superior a vinte mil habitantes, possuir hospital de referência no município ou região e cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) habilitado e em funcionamento. O financiamento das equipes ocorre através do Fundo Nacional de Saúde (FNS), mensalmente, considerando que o município siga todas as regras de elegibilidade previstas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Apresentadas essas informações iniciais, na sequência o artigo trata sobre a expansão do Programa Melhor em Casa em Santa Catarina, estado cuja adesão foi realizada desde o primeiro ano de implantação, em 2011. Desde então, o número de municípios que passaram a contratar eAD tem crescido ao longo dos anos, com expressiva expansão a partir de 2019.

## **PANORAMA DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA EM SANTA CATARINA: QUEM SÃO OS MUNICÍPIOS?**



A implantação das eAD no Brasil iniciou, segundo dados do CNES (2022), em outubro de 2011 nas cidades de Recife (PE), que implantou uma EMAP e Cubatão (SP), que implantou uma EMAD tipo 1. Em dezembro do mesmo ano já havia 23 municípios das diversas regiões do país com eAD. A Tabela 1 mostra a evolução na quantidade de municípios que passaram a executar o SAD e a Tabela 2 a quantidade de eAD implantadas no período de dezembro de 2011 a dezembro de 2021.

**Tabela 1 - Número de municípios com eAD no Brasil**  
**Período: Dez/2011 – Dez/2021**

| Ano  | N. Município(s) |
|------|-----------------|
| 2011 | 23              |
| 2012 | 90              |
| 2013 | 186             |
| 2014 | 318             |
| 2015 | 361             |
| 2016 | 366             |
| 2017 | 413             |
| 2018 | 447             |
| 2019 | 486             |
| 2020 | 639             |
| 2021 | 755             |

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (MS, 2022).

A Tabela 1 sistematiza a evolução da implantação do Programa Melhor em Casa durante a primeira década de existência. Os dados mostram um elevado crescimento de municípios que aderiram ao Programa, especialmente nos três primeiros anos após 2011, sendo 2012, 2013 e 2014. Entre 2015 e 2019 o que se observa é uma estabilidade do crescimento no número de municípios novos, com exceção de 2016, ano do golpe parlamentar que provavelmente interferiu na liberação do financiamento de novas adesões.

Apesar da expansão do número de municípios ser ascendente a cada ano, destacam-se os dados dos últimos três anos, quando se observa um crescimento importante na implantação do Programa no período da pandemia de covid-19. Em 2020, houve um aumento de 31% no número de municípios que implantaram o Programa (153 a mais que em 2019), e em 2021 o acréscimo foi de 18% (269 a mais que em 2019).

Conseqüentemente, observa-se uma expansão crescente também no número de eAD durante a década de implantação do Programa e um aumento expressivo também nos últimos dois anos (2020 e 2021), conforme demonstra a Tabela 2.



**Tabela 2 - Número de eAD no Brasil**  
**Período: Dez/2011 – Dez/2021**

| Ano  | EMAD Tipo 1 | EMAP | EMAD Tipo 2 | EAD | Total |
|------|-------------|------|-------------|-----|-------|
| 2011 | 65          | 28   | 0           | 0   | 93    |
| 2012 | 198         | 98   | 0           | 0   | 296   |
| 2013 | 352         | 195  | 15          | 1   | 563   |
| 2014 | 482         | 308  | 63          | 1   | 854   |
| 2015 | 546         | 360  | 81          | 2   | 989   |
| 2016 | 569         | 369  | 82          | 3   | 1023  |
| 2017 | 611         | 400  | 95          | 3   | 1109  |
| 2018 | 660         | 442  | 114         | 7   | 1223  |
| 2019 | 687         | 472  | 134         | 6   | 1299  |
| 2020 | 835         | 608  | 204         | 6   | 1653  |
| 2021 | 912         | 705  | 267         | 7   | 1891  |

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (2022).

No comparativo com o ano de 2019, foram implantadas 354 novas eAD em 2020 (27%) e 592 novas equipes em 2021 (14%). Os três primeiros meses de 2022 registram 1972 equipes no país, um acréscimo de 81 novas equipes em comparação com 2021. A predominância das equipes se concentra em EMAD Tipo 1 e EMAP. Chama a atenção a escassa expansão das Equipes de Cuidados Domiciliares (7 no total), cadastradas no CNES, mas sem definição na Portaria n. 825/2016.

Apresentados alguns dados gerais, passa-se a localizar a expansão do Programa Melhor em Casa no estado de Santa Catarina, onde desenvolve-se o estudo “Família, cuidado e Atenção Domiciliar (AD) no Programa Melhor em Casa em Santa Catarina no contexto da Pandemia de covid-19” (DAL PRÁ, 2021).

Na primeira década de implantação do Programa em Santa Catarina, ou seja, de 2011 até 2021, vários foram os municípios que aderiram ao SAD, mas no fechamento da década, em 2021, estão registrados 16 municípios, sendo: Araranguá; Biguaçu; Blumenau; Brusque; Canelinha; Capivari de Baixo; Chapecó; Criciúma; Gaspar; Jaguaruna; Jaraguá do Sul; Joinville; Lages; Maravilha; Palhoça e Xanxerê.

O primeiro município a implantar o Programa Melhor em Casa em Santa Catarina foi Blumenau, em dezembro de 2011 com 2 equipes de EMAD tipo 1 e 1 EMAP. Desde então, outros municípios aderiram ao SAD, como foi o caso de Araranguá em agosto de 2012, e Passo de Torres em novembro de 2012, ambos com 1 EMAD tipo 1 cada.

Já em 2021, pelos dados do CNES sistematizados na Tabela 3, observa-se os 16 municípios e a quantidade de eAD em cada um deles.

**Tabela 3 – Municípios catarinenses com SAD e quantidade de eAD**



| <b>Período: Dez/2021</b> |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <b>Município</b>         | <b>Quantidade</b> |
| Araranguá                | 1                 |
| Biguaçu                  | 2                 |
| Blumenau                 | 4                 |
| Brusque                  | 1                 |
| Canelinha                | 2                 |
| Capivari de Baixo        | 1                 |
| Chapecó                  | 3                 |
| Criciúma                 | 3                 |
| Gaspar                   | 1                 |
| Jaguaruna                | 1                 |
| Jaraguá do Sul           | 2                 |
| Joinville                | 3                 |
| Lages                    | 3                 |
| Maravilha                | 1                 |
| Palhoça                  | 2                 |
| Xanxerê                  | 1                 |
| <b>Total</b>             | <b>31</b>         |

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (2022)

A partir das informações apresentadas, observa-se que Blumenau é a cidade com maior número de eAD, seguida por Chapecó, Criciúma, Joinville e Lages. Dessas 4 cidades, Blumenau e Joinville possuem o Programa implantado a mais tempo, sendo que Chapecó, Criciúma e Lages são mais recentes.

**Tabela 4 - Municípios catarinenses e número de eAD por tipo**  
**Período: Dez/2021**

| <b>Município</b>  | <b>22 EMAD Tipo 1</b> | <b>23 EMAP</b> | <b>46 EMAD Tipo 2</b> |
|-------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
| Araranguá         | 1                     | 0              | 0                     |
| Biguaçu           | 1                     | 1              | 0                     |
| Blumenau          | 3                     | 1              | 0                     |
| Brusque           | 0                     | 1              | 0                     |
| Canelinha         | 0                     | 1              | 1                     |
| Capivari de Baixo | 0                     | 0              | 1                     |
| Chapecó           | 2                     | 1              | 0                     |
| Criciúma          | 2                     | 1              | 0                     |
| Gaspar            | 1                     | 0              | 0                     |
| Jaguaruna         | 0                     | 0              | 1                     |
| Jaraguá do Sul    | 1                     | 1              | 0                     |
| Joinville         | 2                     | 1              | 0                     |
| Lages             | 2                     | 1              | 0                     |



|              |           |           |          |
|--------------|-----------|-----------|----------|
| Maravilha    | 0         | 0         | 1        |
| Palhoça      | 1         | 1         | 0        |
| Xanxerê      | 1         | 0         | 0        |
| <b>TOTAL</b> | <b>17</b> | <b>10</b> | <b>4</b> |

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

No que se refere aos tipos de eAD a predominância é de EMAD tipo 1, que se constitui critério para a implantação de equipes tipo EMAP. Os critérios populacionais são fatores importantes para a decisão municipal indicar qual equipe implantar. Nesse sentido, apresenta-se alguns dados relacionados a população e porte municipal dos municípios com SAD.

**Tabela 5 – Número de habitantes, população idosa, porte e macrorregião de saúde dos municípios catarinenses com Programa Melhor em Casa - 2022**

| Município         | Habitantes* | População idosa** | Porte do município*** | Macrorregião de saúde do Estado**** |
|-------------------|-------------|-------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Araranguá         | 69.493      | 9.595             | MP                    | Macro Sul                           |
| Biguaçu           | 70.471      | 9.082             | MP                    | Macro Grande Florianópolis          |
| Blumenau          | 366.418     | 50.375            | GP                    | Macro Vale do Itajaí                |
| Brusque           | 140.597     | 16.012            | GP                    | Macro Vale do Itajaí                |
| Canelinha         | 12.553      | 1.521             | PP1                   | Macro Grande Florianópolis          |
| Capivari de Baixo | 25.477      | 3.705             | PP2                   | Macro Sul                           |
| Chapecó           | 227.587     | 26.231            | GP                    | Macro Grande oeste                  |
| Criciúma          | 219.393     | 30.978            | GP                    | Macro Sul                           |
| Gaspar            | 71.925      | 8.734             | MP                    | Macro Vale do Itajaí                |
| Jaguaruna         | 20.547      | 3.919             | PP2                   | Macro Sul                           |
| Jaraguá do Sul    | 184.579     | 19.446            | GP                    | Macro Nordeste                      |
| Joinville         | 604.708     | 77.816            | GP                    | Macro Nordeste                      |
| Lages             | 157.158     | 25.231            | GP                    | Macro Serra Catarinense             |
| Maravilha         | 26.463      | 4.111             | PP2                   | Macro Grande oeste                  |



|         |         |        |    |                            |
|---------|---------|--------|----|----------------------------|
| Palhoça | 178.679 | 20.408 | GP | Macro Grande Florianópolis |
| Xanxerê | 52.290  | 7.370  | MP | Macro Grande oeste         |

\* População estimada 2021 (IBGE, 2022).

\*\* População idosa total 2019 (SISAP, 2022).

\*\*\* PNAS (2005).

\*\*\*\* SES (2022).

Como é possível observar na Tabela 5, existe uma importante diversidade entre as cidades, que aderiram ao Programa Melhor em Casa, em relação ao número de habitantes, porte e concentração de idosos. Em relação ao número de habitantes e ao porte dos municípios destaca-se que Canelinha, Capivari de Baixo, Maravilha e Jaguaruna são os menores municípios respectivamente, sendo o primeiro o único de PP1. Chama a atenção que Canelinha aparece com eAD no CNES, mesmo não cumprindo o critério populacional para adesão do Programa que é população acima de 20 mil pessoas. Os municípios de MP são 4, sendo Araranguá, Biguaçu, Gaspar e Xanxerê e os municípios de GP são a maioria, sendo 8: Blumenau, Brusque, Chapecó, Criciúma, Jaraguá do Sul, Joinville, Lages e Palhoça. Assim, Joinville se apresenta como o município com maior concentração de habitantes, seguido de Blumenau e Chapecó.

Em relação aos municípios com maior número de idosos estão Joinville, Blumenau e Criciúma, com respectivamente 77.816, 50.375 e 30.978. Porém, em comparação com a porcentagem de habitantes é possível perceber que Jaguaruna possui maior concentração, onde 19,07% dos habitantes são idosos, seguida por Lages com 16,05% e Maravilha 15,53%. Faz-se referência ao número de habitantes idosos dos municípios com SAD, pois esse segmento é o maior público-alvo do Programa, uma vez que apresentam doenças crônicas e situações de saúde que demandam cuidados em função do envelhecimento.

E sobre a localização desses municípios nas macrorregiões de saúde, observa-se que a região que mais concentra cidades com SAD é a Macro Sul, com quatro municípios: Araranguá, Capivari de Baixo, Criciúma e Jaguaruna. Além disso, destaca-se que as macrorregiões Macro Meio Oeste, Macro Planalto Norte e Macro Foz do Rio Itajaí, não possuem municípios que aderiram ao programa.

**Tabela 6 – salário médio mensal e PIB per capita dos municípios catarinenses com Programa Melhor em Casa - 2022**

| Município | Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2019] (salários mínimos)* | PIB per capita [2019]* |
|-----------|---|------------------------|
|-----------|---|------------------------|



---

|                   |     |               |
|-------------------|-----|---------------|
| Araranguá         | 2,1 | R\$ 28.453,67 |
| Biguaçu           | 2,4 | R\$ 32.388,10 |
| Blumenau          | 2,8 | R\$ 48.416,09 |
| Brusque           | 2,4 | R\$ 51.452,46 |
| Canelinha         | 1,9 | R\$ 16.834,44 |
| Capivari de Baixo | 2,6 | R\$ 36.842,78 |
| Chapecó           | 2,8 | R\$ 47.749,34 |
| Criciúma          | 2,5 | R\$ 38.244,79 |
| Gaspar            | 2,3 | R\$ 45.770,14 |
| Jaguaruna         | 2,2 | R\$ 29.042,30 |
| Jaraguá do Sul    | 3,1 | R\$ 55.182,83 |
| Joinville         | 2,8 | R\$ 58.476,90 |
| Lages             | 2,2 | R\$ 35.366,36 |
| Maravilha         | 2,2 | R\$ 54.385,60 |
| Palhoça           | 2,3 | R\$ 34.839,90 |
| Xanxerê           | 2,3 | R\$ 37.206,72 |

---

\* IBGE (2022).

A Tabela 6 apresenta os dados referente ao salário médio e PIB dos municípios que possuem o Programa Melhor em Casa, onde pode-se observar que Jaraguá do Sul possui o maior salário médio, com 3,1 salários, logo atrás de Blumenau, Chapecó e Joinville, com 2,8 salários. Em contrapartida, os municípios com menores salários médios são Canelinha, com 1,9 salários, Araranguá, com 2,1 salários, e Jaguaruna, Lages e Maravilha, com 2,2 salários.

Já em relação ao PIB per capita os municípios com maior concentração são Joinville, com R\$ 58.476,90, Jaraguá do Sul, com R\$ 55.182,83 e Maravilha, com R\$54.385,60. Já os municípios com menor PIB per capita são Canelinha, Araranguá e Jaguaruna, com R\$ 16.834,44; R\$ 28.453,67 e R\$ 29.042,30 respectivamente.

Os dados referentes a salário médio e PIB per capita auxiliam nas análises sobre as condições econômicas da população para viabilizar seu sustento financeiro, mas também



arcar com as questões relacionadas ao cuidado em saúde domiciliar, por exemplo. É com a família e seus recursos que o SAD conta para viabilizar a AD, uma vez que nem todos os custos do cuidado são abarcados pelo SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Melhor em Casa oferece AD no SUS e em 2021 completou uma década de existência. Desde o lançamento do Programa o estado de Santa Catarina aderiu à contratação de eAD em diferentes cidades, sendo Blumenau a primeira delas, seguida por Araranguá e Passo de Torres (atualmente sem equipe). Desde então, as cidades catarinenses foram aderindo a proposta de implantar um SAD paulatinamente, sendo seu crescimento aos poucos ao longo dos anos.

No entanto, a pandemia acirrou uma expansão que se anunciava devido à adoção de políticas públicas de austeridade, de caráter neoliberal, reforçadas pelo governo de Jair Bolsonaro e gestadas desde a aprovação da Emenda Constitucional n. 95/2016, que decretou o desfinanciamento da política de saúde e, conseqüentemente, aumentou o gasto privado *per capita* com saúde, ou seja, o repasse dos gastos para as famílias; desobrigou os governos de alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico e aumentou as iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde, uma vez que a redução do financiamento público impactará a população mais pobre que terá dificuldades de acesso, principalmente nos estados que mais dependem das transferências federais para o financiamento da saúde.

No caso catarinense, observa-se um crescimento no número de municípios a partir dos últimos três anos: 2019, 2020 e 2021. Em 2021, segundo ano da pandemia, tem-se o número de 16 cidades com SAD, mas em 2022 (ano que não foi objeto de análise) já são 21 cidades a implantar o Programa Melhor em Casa. Com essa rápida expansão a AD apresenta-se como uma estratégia de privatização da provisão de bem-estar, por meio das responsabilidades atribuídas às famílias, pois é pelo cuidado que são articuladas diferentes formas de imposição ou transferência dos custos do cuidado às famílias.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em: 11 maio 2022.

BRASIL. **Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827). Acesso em: 25 mar. 2022.

DAL PRÁ, Keli Regina, et. al. **Família, cuidado e Atenção Domiciliar (ad) no Programa Melhor em Casa em Santa Catarina no contexto da pandemia de covid -19**. Florianópolis, DSS/UFSC. Projeto de Pesquisa. 2021, digitado.

IBGE. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em 12 maio 2022.

MS. Ministério da Saúde. **CNES. Equipes de Saúde – Brasil**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SES. **Macrorregionais de Saúde**. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/12883-macrorregionais-de-saude-sc/file>. Acesso em: 12 maio 2022.

SISAP. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso)**. Disponível em: [https://www.saudeidoso.iciict.fiocruz.br/novo2/td\\_munic\\_5.php](https://www.saudeidoso.iciict.fiocruz.br/novo2/td_munic_5.php). Acesso em: 12 maio 2022.