O CUIDADO DOMICILIAR EM SAÚDE EM TEMPOS PANDÊMICOS: apontamentos para pensar as responsabilidades assumidas pelas famílias catarinenses[1]

HOME HEALTH CARE IN PANDEMIC TIMES: notes for thinking about the responsibilities assumed by families in Santa Catarina

Keli Regina Dal Prá[2]
Michelly Laurita Wiese [3]
Regina Célia Tamaso Mioto[4]
Bruno Grah[5]
Patrícia da Silva Caetano[6]

RESUMO
O artigo objetiva analisar a inter-relação entre cuidado domiciliar em saúde, a partir do Programa Melhor em Casa, e as responsabilidades atribuídas às famílias catarinenses na pandemia do novo coronavírus (covid-19). É importante compreender como ocorre o acesso, a qualidade e a resolutividade do cuidado à saúde das pessoas e famílias atendidas pelos serviços de atenção domiciliar, especialmente no contexto de uma pandemia que, por suas proporções, forçou a reorganização dos sistemas de saúde em todos os níveis de atenção e trouxe alterações nas rotinas dos cuidados. Trata-se de um estudo teórico embasado pela revisão de literatura sobre os temas cuidado domiciliar e família e por pesquisa documental nas legislações do Ministério da Saúde. Como resultados destacam-se a sobrecarga de responsabilidades familiares assumida pela proteção social, considerando a particularidade da pandemia de covid-19.
Palavras-Chave: Família; Cuidado Domiciliar em Saúde; Pandemia Covid-19.

ABSTRACT
The article aims to analyze the interrelationship between home health care, from the Melhor em Casa Program, and the responsibilities assigned to families in Santa Catarina in the new coronavirus pandemic (covid-19).It is important to understand how the access,

[1] Projeto de pesquisa financiado pela FAPESC (Edital n. 16/2020 Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS).
[2] Universidade Federal de Santa Catarina; Doutora em Serviço Social; keliregina@yahoo.com.
[3] Universidade Federal de Santa Catarina; Doutora em Serviço Social; michelly.wiese@ufsc.br.
[4] Universidade Federal de Santa Catarina; Doutora em Serviço Social; regina.mioto@gmail.com.
[5] Prefeitura Municipal de São José; Mestre em Serviço Social; brunograh@hotmail.com.
[6] Prefeitura Municipal de Joinville; Especialista em Saúde; patricia.silvacaetano@yahoo.com.br.

quality and resoluteness of health care for people and families served by home care services occur, especially in the context of a pandemic that, due to its proportions, forced the reorganization of health systems in all levels of attention and brought changes in care routines. This is a theoretical study based on a review of the literature on the themes of home care and family and on documentary research in the legislation of the Ministry of Health. As a result, the burden of family responsibilities assumed by social protection is highlighted, considering the particularity of the covid-19 pandemic.

Keywords: Family; Home Health Care; Covid-19 pandemic.

1 INTRODUÇÃO

Na política de saúde têm sido crescente a necessidade de cuidado advinda do envelhecimento populacional e da transição epidemiológica. Estas mudanças no perfil de saúde tencionam a família a se tornar mais presente e “parceira” no cuidado (MENDES, 2012). Com frequência os serviços de saúde exigem a presença de uma pessoa de referência para os cuidados que, em geral, ultrapassa a fronteira dos cuidados domésticos e do afeto próprios da família para se caracterizarem cada vez mais como um cuidado tecnificado (GRAH, 2018).

Nos municípios brasileiros e em especial no Estado de Santa Catarina, expandem-se os serviços de atenção domiciliar que preveem o atendimento das pessoas público-alvo do serviço, visando cuidados próximos da família através do suporte de uma equipe multiprofissional de saúde. Sob o *slogan* da melhoria e ampliação da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) aos pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado em casa e perto da família, o Programa Melhor em Casa incentiva e normatiza a presença das famílias. Por meio da obrigatoriedade da indicação de um/a cuidador/a afirma-se um processo de privatização, pois a família ao ser incorporada na gestão do cuidado passa a ser “oficialmente” requisitada para tal. Para responder às requisições as famílias têm basicamente duas alternativas: 1) a contratação/pagamento de cuidadores e a 2) utilização do trabalho familiar, não pago e invisível, e que continua recaindo majoritariamente sobre as mulheres (MIOTO; DAL PRÁ, 2015).

Frente aos benefícios arrolados para a implementação e desenvolvimento de projetos de cuidado domiciliar e pelas questões levantadas por pesquisadores

quanto a responsabilização da família, considerando que “o domicílio transformou-se num local de prestação de cuidados” (MONTEIRO, 2009, p.422), é fundamental debater e analisar a conformação e as experiências de atenção domiciliar. Esta análise nesse momento implica considerar por um lado as proposições dos serviços de saúde e por outro as condições de vida das famílias no contexto da pandemia de covid-19, uma vez que as consequências da pandemia (isolamento social, trabalho remoto e suspensão das aulas) e a reorganização dos serviços de saúde certamente trouxeram novos elementos para a rotina de cuidados desenvolvida pelas famílias que participam do Programa Melhor em Casa. A instituição do Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da pandemia do novo coronavírus (MS, 2020a) é o exemplo consolidado sobre as importantes mudanças nos serviços de saúde e para seus profissionais, uma vez que o atendimento da população passou a ser direcionado aos casos de covid-19. Em todo o país foi necessário “reorganizar os fluxos na rede de atendimento, redefinir os papéis das diferentes unidades e níveis de atenção e criar novos pontos de acesso ao sistema de saúde [...]” (DAUMAS, et al., 2020, p.2). Com a atenção domiciliar não foi diferente, pois estes serviços são estratégicos em meio a pandemia de covid-19: interrompem a transmissão de humano para humano, ao manter as pessoas em casa; identificam, isolam e cuidam dos pacientes infectados precocemente, fornecendo atendimento diferenciado e; disponibilizam leitos hospitalares com a continuidade do cuidado no domicílio (SAVASSI, et al. 2020).

Dessa forma esta nova conjuntura incita a reflexão sobre as relações que se estabelecem entre as famílias e os serviços de saúde, uma vez que a crise econômica e sanitária parece evidenciar ainda mais o cuidado como elemento chave de transferência para as famílias de responsabilidades na provisão de bem-estar. Na tônica do cuidado são articuladas diferentes estratégias de transferência dos custos do cuidado às famílias. Custos de natureza financeira, emocional e principalmente do trabalho do cuidado (MIOTO, 2012).

Assim, a partir do cenário pandêmico pretende-se analisar sobre a inter-relação entre cuidado domiciliar em saúde, a partir das proposições do Programa Melhor em Casa, e as responsabilidades das famílias catarinenses na pandemia de

covid-19. Uma análise imprescindível, pois diante da crise econômica e sanitária vivida pelos brasileiros é fundamental dar visibilidade para as responsabilidades assumidas pelas famílias. Estas advindas da expansão de serviços privatizantes no SUS e com importantes repercussões para a garantia do direito universal à saúde. A partir da escassez de recursos para o financiamento da política de saúde, se estabelece um pacote limitado de serviços e uma parceria infinita com a família na proteção social.

2 CUIDADO DOMICILIAR EM SAÚDE, PANDEMIA DE COVID-19 E O PAPEL DA FAMÍLIA

A família é cada vez mais incentivada a fazer a gestão do cuidado em saúde dos seus membros. De acordo com Leandro (2009, p.15) “a explosão dos gastos estatais com saúde conduz, desta maneira, a encorajar a manutenção das pessoas doentes ou dependentes no domicílio, transferindo uma parte econômica dos cuidados para a esfera privada”. Ou seja, os serviços de atendimento domiciliar se constituem como estratégias racionalizadoras que visam a redução da demanda por atendimento hospitalar (REHEM; TRAD, 2005). Através da substituição ou abreviação das internações hospitalares surge uma proposta de diminuição de custos através de uma reorientação do modelo de atenção à saúde como criação de novos espaços e formas de cuidar (SILVA et al, 2010).

O processo de privatização do cuidado via atenção domiciliar, se intensifica no Brasil a partir de 2011 com o Programa Melhor em Casa que marca a redefinição deste tipo de atenção em saúde no SUS. O Programa está estruturado com o objetivo de atender

> pessoas de qualquer faixa etária que necessitem de cuidados diários para recuperação de problema agudo de saúde, seja por infecções, traumas, descompensações de doenças crônicas ou pessoas com necessidade de cuidados paliativos, como pacientes com doenças terminais. O programa também promove o bom uso do sistema hospitalar, dando maior giro aos leitos, reduzindo as permanências prolongadas e consequentemente os episódios de infecções hospitalares (MS, 2020b, s/p).

O principal benefício indicado é a melhora e a ampliação da assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento

humanizado, em casa, e perto da família. Além da redução dos riscos de contaminação e infecções hospitalares, o atendimento na casa do paciente favoreceria o carinho e a atenção familiar aliados à assistência em saúde (MS, 2020b).

Outro ponto positivo do Programa, indicado pelo Ministério da Saúde, é a redução na ocupação de leitos hospitalares, com a economia de até 70% nos custos de um paciente, se comparado ao custo desse mesmo paciente quando internado na unidade hospitalar e a redução nas filas das urgências e emergências já que a assistência, quando houver a indicação médica, passará a ser feita na própria residência do paciente, desde que haja o consentimento da família (MS, 2020b).

No entanto, outros aspectos do Programa não são igualmente enfatizados como, por exemplo, a exigência de indicação obrigatória de um cuidador, que segundo a regulamentação é(são)

> pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s)no atendimento domiciliar (MS, 2016, s/p).

O cuidador é o foco central das atribuições da equipe multiprofissional que irá oferecer assistência aos usuários inseridos no Programa, uma vez que ele será o elo entre o paciente/usuário e o serviço de atenção domiciliar (MIOTO; DAL PRÁ, 2015). Na maioria das situações, o cuidador se constitui num familiar haja vista a dificuldade para custear o pagamento de um cuidador formal remunerado. Assim, o Programa Melhor em Casa explicita oficialmente a incorporação das famílias na gestão do cuidado em saúde, atribuição precípua dos serviços de saúde. Esta nova forma de operar o cuidado em saúde evidencia a redescoberta da família como agente privado de proteção social como destaca Pereira (2004). Para a autora, com a adoção dessa orientação, “quase todas as agendas governamentais preveem, de uma forma ou de outra, medidas de apoio familiar” (PEREIRA 2004, p.32). Assim, a família é chamada para o interior das políticas sociais através de orientações que rebatem na organização dessas famílias e nas possibilidades que esta tem na provisão de recursos, sendo estes financeiros ou emocionais (MIOTO, 2012).

A centralidade da família nas políticas sociais também é perpassada pela questão de gênero, pois “é das mulheres que se espera a renúncia das conquistas no campo do trabalho e da cidadania social, se presume que o foco central de suas preocupações continua sendo a casa, enquanto o do homem ainda é o local de trabalho” (PEREIRA, 2004, p.39). São as mulheres que, no interior das famílias, tornam-se as responsáveis pelos cuidados prestados aos membros dependentes para o autocuidado, e este é um trabalho invisibilizado. Além dos serviços ofertados não abarcarem as necessidades familiares, deixando este dever para o âmbito privado das relações sociais, afetam ainda as mulheres que, como agentes de promoção do cuidado informal não possuem nenhum direito trabalhista.

Reforça-se a tendência histórica da família ser sobrecarregada com a incapacidade do mercado e do Estado em prover segurança material e bem-estar aos sujeitos, de forma que esta absorção de responsabilidades não é igualmente distribuída dentro do seio familiar, tendendo a sobrecarregar instantaneamente e desproporcionalmente as mulheres, demonstrando uma divisão sexual dos cuidados (ITABORAÍ, 2005).

Assim, através do próprio Programa Melhor em Casa, percebe-se a centralidade que as famílias ocupam no cenário da saúde no Brasil, e reforça como responsabilidade familiar o cuidado dos usuários internados em domicílio. As famílias, por sua vez, apontam um de seus membros para realizar o cuidado ou partem para o mercado para suprir esta necessidade através da contratação de cuidadores. Com baixas remunerações as famílias deparam-se com uma incapacidade financeira para suprir as demandas emergentes com gastos exacerbados acarretados pelo cuidado domiciliar com pacientes em situações agudas e não possuem renda necessária para contratação de cuidadores, necessitando remanejar um de seus membros para suprir esta necessidade.

Com base nos documentos que demarcam o Programa Melhor em Casa, entende-se que ele é parte de um movimento instaurado no campo da política de saúde e cujas bases podem ser rastreadas nas recomendações do Banco Mundial nos anos de 1990. Na realidade brasileira são retomadas iniciativas com importantes repercussões para a garantia do direito à saúde, pois, a partir do diagnóstico de

escassez de recursos para o financiamento das políticas sociais de modo geral, mas para a saúde de um modo universal, se estabeleceria um pacote de serviços clínicos essenciais.

Essa ideia, advinda da década de 1990, tem sido rediscutida recentemente com a privatização da saúde, encaminhada de diversas maneiras pelo governo de Michel Temer e Jair Bolsonaro: a) a proposta dos Planos Populares de Saúde, que, com serviços a baixo custo, incentiva parte da população a pagar, principalmente por exames e consultas de média complexidade, b) a execução dos serviços públicos, por meio de Parceria Público-Privada, operacionalizada principalmente pelas secretarias estaduais que repassa os serviços de saúde, principalmente de média e alta complexidade, para a administração de Organizações Sociais (OS) e c) nos municípios expandem-se os serviços de atenção domiciliar que preveem o atendimento das pessoas público alvo do serviço, com cuidados próximos da família através do suporte de uma equipe multiprofissional de saúde, mas com enfoque prioritário na redução da demanda por atendimento hospitalar, na redução do período de permanência de usuários internados e na desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da rede de atenção em saúde (MS, 2016).

A partir dessas iniciativas privatizantes, intensificadas no contexto neoliberal mais recente, caberia ao Estado garantir apenas serviços básicos de saúde para a população que não pudesse arcar com as despesas via mercado. Este contexto demarca um processo de responsabilização das famílias na garantia da saúde. No caso do Programa Melhor em Casa esta responsabilização está relacionada à manutenção do cuidado a partir do domicílio.

Responsabilização esta acentuada no contexto da pandemia de covid-19, pois já se pode perceber que as sequelas do adoecimento pelo coronavírus exigirão mais tempo para o trabalho de cuidado por parte das famílias. Estudo desenvolvido por universidades catarinenses indicou que entre as sequelas da covid-19 estão “fadiga física e mental, falta de ar (dispneia), falta de memória, dor muscular, dor articular, sintomas de ansiedade e depressão, limitação da funcionalidade, diminuição na força muscular periférica e limitação da capacidade de exercício”

(FAPESC, 2021, s/p). Sequelas dessa natureza demandam do sistema de saúde a estruturação e ampliação de programas de reabilitação física, respiratória e de saúde mental, mas principalmente uma readaptação, mesmo que temporária, dos pacientes e uma reorganização de suas famílias para a continuidade do cuidado no domicílio.

Esse período de readaptação e reorganização dos pacientes e familiares devido ao adoecimento pela covid-19 implica também em consequências na dimensão econômica. Segundo Heinen e Mattei (2021, s/p), em Santa Catarina, no ano de 2020, cresceu cerca de 30% o número de domicílios sem renda do trabalho, especialmente porque o

> afastamento dos trabalhadores, a inviabilização de atividades e a queda no nível de atividade econômica observadas ao longo de 2020 provocaram uma grande redução do número médio de horas efetivamente trabalhadas, que chegou a cair 13% abaixo das jornadas habituais entre abril e junho de 2020. Essa redução acabou se transformando em uma grande perda de renda na primeira metade do ano, sobretudo para os trabalhadores por conta própria.

Destaca-se a situação daquelas "*famílias cujos responsáveis necessitariam trabalhar para auferir renda, porém não conseguiram fazê-lo",* pois ao longo de 2020, primeiro ano da pandemia, o total desses casos em Santa Catarina cresceu *35%*. "Considerando os residentes nesses domicílios, estima-se que aproximadamente 40 mil domicílios de catarinenses tenham perdido sua fonte de renda no ano de 2020" (HEINEN; MATTEI, 2021, s/p).

Esses números podem refletir a estratégia de contenção do vírus por meio do isolamento social, que ao provocar o fechamento de serviços importantes como escolas e creches, acentuou o trabalho de cuidados com crianças e adolescentes em idade escolar e pessoas dependentes como é o caso dos usuários dos serviços de atenção domiciliar.

No caso do Programa Melhor em Casa, durante a pandemia da covid-19

> [...] as equipes realizaram monitoramento diário dos pacientes por telefone. Porém, os atendimentos presenciais que exigiam procedimentos foram mantidos para não prejudicar os tratamentos. Além disso, algumas equipes passaram a colher o teste RT-PCR (aquele que utiliza o swab no nariz) e, nos pacientes recuperados do coronavírus, intensificaram as reabilitações respiratória, funcional, nutricional e psicológica (MS, 2020b, s/p).

Pressupõe-se que a carga de cuidados assumida pelas famílias por meio da reorganização do Programa na pandemia, aliada ao fechamento dos serviços de educação, como mencionado anteriormente, tenha comprometido diretamente a participação das mulheres no mercado de trabalho, já que estas são majoritariamente as cuidadoras dos usuários inseridos nos serviços de atenção domiciliar (DAL PRÁ; WIESE, 2018).

Estudo realizado pelo Observatório das Políticas Sociais e das Famílias Catarinenses (OPSFaC) com 2.101 famílias catarinenses sobre os efeitos da pandemia de covid-19 demonstrou algumas dificuldades para o acompanhamento das atividades escolares das crianças e adolescentes: a) a criação de rotina de estudo, b) dos filhos seguirem as orientações/ordens paternas na ausência dos professores, c) entendimento das crianças e adolescentes do conteúdo ensinado de forma online, d) além da ausência de equipamentos de informática e o não acesso à rede de internet. “O acompanhamento escolar dos filhos/enteados evidenciou a sobrecarga familiar provocada pela educação não presencial em virtude do isolamento social, alterando rotinas e aumentando a demanda de cuidados dos pais ou responsáveis no espaço doméstico” (OPSFaC, 2020, p.19).

Nas famílias catarinenses as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelo cuidado e afazeres domésticos, pois indicaram alta incidência de atividades relacionadas aos cuidados com a casa, necessários ao bem-estar das pessoas, como cozinhar e lavar louças, limpar a casa, lavar e passar roupas, seguidas pelo trabalho remoto. Diferente dos homens que não mencionaram realizar atividades como cozinhar e lavar louça (OPSFaC, 2020, p.19).

E referente aos cuidados de saúde o estudo do OPSFaC (2020) indicou que 1.212 famílias (58%) afirmaram ter pessoas pertencentes a grupos com maior risco para a covid-19, com destaque para doentes crônicos (com hipertensão, problemas cardíacos e respiratórios, diabéticos ou com imunidade baixa) e pessoas com mais de 60 anos. Outro dado importante é a indicação da baixa presença de cuidador externo: 4% das famílias que têm pessoas de risco nos seus lares dispõem de cuidador remunerado.

E quando se trata dos “cuidados de saúde no domicílio tendo o respondente como responsável, as mulheres (36%) aparecem com maior incidência se comparadas aos homens (32%) – ainda que a diferença seja pequena” (OPSFaC, 2020, p.31).

A realidade das famílias catarinenses, a partir dos resultados desse estudo indica que há uma predominância de cuidadoras informais/familiares, sem vínculo empregatício e/ou sem remuneração pelo trabalho de cuidado. Destaca-se que a impossibilidade dessas/es cuidadoras/es se inserirem em atividades produtivas impacta economicamente as famílias, uma vez que não há a possibilidade de autonomia financeira e a disponibilização de mão de obra ao mercado.

3 CONCLUSÃO

O cuidado e a solidariedade familiar não são novos e acompanham a família em sua história, mas a incorporação das famílias pelas políticas sociais enquanto um mecanismo funcional à política e o desenvolvimento de um cuidado cada vez mais tecnificado se faz cada vez mais presente na cena contemporânea das políticas sociais. Portanto, nesse movimento que atinge seu ápice com o Programa Melhor em Casa o que se confirma é a ascensão do cuidado no contexto do debate da humanização. É justamente através do campo do cuidado que ocorrem, na prática, os deslizamentos em torno de atribuições de responsabilidades familiares na provisão de bem-estar (MIOTO, 2012).

Com a crise sanitária provocada pela pandemia da covid-19, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) indicou que a atenção domiciliar, desde que oferecida de maneira adequada, pode prevenir a necessidade de tratamento agudo ou de longa permanência, ajudando pacientes a ter o cuidado à saúde e o apoio necessário enquanto estiverem em suas casas e comunidades. Mas em tempos de agudização da crise econômica a atenção domiciliar também pode ser eficiente para baixar os custos e a desospitalização visando economia de recursos e o estresse do sistema de saúde superlotado com pessoas doentes pela covid-19.

Dessa forma, é fundamental aprofundar a relação família, cuidado e atenção domiciliar no SUS a partir de uma abordagem crítica em relação à produção teórica hegemônica. É fundamental dar visibilidade à responsabilização da família pela proteção social em saúde e às características familistas dos programas de atenção domiciliar, principalmente no reforço da família – leia-se da mulher - como instância natural do cuidado.

REFERÊNCIAS

DAL PRÁ, K. R; WIESE, M. Protección social y familia: la experiencia de la construcción del Sistema Nacional Integrado de Cuidados de Uruguay – Entrevista con el profesor Marcelo Castillo. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 42, v. 16, 2028, p.261-273. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/39438/27897. Acesso em: 14 set. 2020.

DAUMAS, R. P., et.al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020, p.1-7. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1093/o-papel-da-atencao-primaria-na-rede-de-atencao-a-saude-no-brasil-limites-e-possibilidades-no-enfrentamento-da-covid-19. Acesso em: 23 jul. 2020.

FAPESC. **Estudo preliminar indica que exercícios físicos melhoram sintomas de sequelas de Covid-19**. Disponível em: https://noticias.ufsc.br/2021/06/estudo-preliminar-indica-que-exercicios-fisicos-melhoram-sintomas-de-sequelas-de-covid-19/. Acesso em: 15 jul. 2021.

GRAH, B. **O Programa Melhor em Casa enquanto arquétipo do familismo na política de saúde e suas nuances no Estado de Santa Catarina**. 2018. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina.

HEINEN, Vicente Loeblein; MATTEI, Lauro. **Domicílios sem renda do trabalho cresceram cerca de 30% em Santa Catarina no ano de 2020**. https://necat.ufsc.br/domicilios-sem-renda-do-trabalho-cresceram-cerca-de-30-em-santa-catarina-no-ano-de-2020/. Acesso em: 15 jul. 2021.

LEANDRO, M. E. Introdução. In: LEANDRO, M. E.; SOUZA NOSSA, P.N; RODRIGUES, V.T (orgs). **Saúde e Sociedade:** os contributos (in) visíveis da família. Viseu - Portugal: Psicosoma, 2009, p.13-23.

ITABORAÍ, N. R. A proteção social da família brasileira contemporânea: reflexões sobre a dimensão simbólica das políticas públicas. In: **Anais do Seminário Famílias e Políticas Públicas.** Porto Alegre: ABEP, 2005. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/outros/FamPolPublicas/NathalieItaboraí.pdf> Acesso em: 30 nov. 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MIOTO, R. C. T. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: SARMENTO, H. B M. (org). **Serviço Social**: questões contemporâneas. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2012, p.125-138.

MIOTO, R. C. T; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da Política Social brasileira. In: MIOTO, R.; CAMPOS, M. CARLOTO, C. (Orgs.) **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social.** São Paulo: Cortez, 2015, p.147-178.

MONTEIRO, B. R. A desospitalização e a gestão familiar dos cuidados. In: LEANDRO, M. E.; SOUZA NOSSA, P.N; RODRIGUES, V. T (orgs). **Saúde e Sociedade:** os contributos (in) visíveis da família. Viseu - Portugal: Psicosoma, 2009, p.413-438.

MS. **Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020a**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt188-20-ms.htm. Acesso em: 5 maio 2020.

MS. **Programa de atendimento domiciliar especializado pelo SUS completa nove anos de atuação**. 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/novembro/programa-do-sus-melhor-em-casa-completa-nove-anos-de-atuacao#:~:text=Programa%20do%20SUS%2C%20Melhor%20em%20Casa%2C%20completa%20nove%20anos%20de%20atua%C3%A7%C3%A3o,-Programa%20de%20atendimento&text=O%20programa%20Melhor%20em%20Casa,doen%C3%A7as%20agudas%20e%20cr%C3%B4nicas%20graves. Acesso em: 12 jul. 2020.

MS. **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. Acesso em: 13 jul. 2020.

OPSFaC. **Os efeitos da pandemia de Covid-19 nas famílias residentes em Santa Catarina**. Disponível em: https://nisfaps.paginas.ufsc.br/files/2020/12/Vers%C3%A3o-final_Relatorio-pandemia-e-fam%C3%ADlias-catarinenses_OPSFaC.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

PEREIRA, P. A. P. **Mudanças estruturais, política social e papel da família**: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.de; LEAL, M.C. (orgs.). Política social, família e juventude: uma questão de direitos. São Paulo, Cortez, 2004, p.25-42.

REHEM, T. C. M. S. B; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p.231-242, 2005.

SAVASSI, L. C. M. et al. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 15 n. 42, 2020, p.1-21. Disponível em: https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/2611/1562. Acesso em: 3 set. 2020.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, 2010, p.166-176.