

ENTRE PADRONIZAÇÃO E FLEXIBILIDADE: A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA FEDERAL MELHOR EM CASA, CONSIDERANDO A DIVERSIDADE LOCAL

Débora Spalding Verdi¹
Roberto Rocha Coelho Pires²

¹Ministério da Saúde (MS) Porto Alegre - RS, Brasil

²Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Brasília - DF, Brasil

Este trabalho aborda a implementação local de política de saúde com diretrizes federais padronizadas, buscando analisar a necessidade de adaptações, a partir do caso do Programa Melhor em Casa. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, baseado em entrevistas com atores-chave de três diferentes cenários de implantação do programa. Nos resultados, identificou-se a dificuldade maior de adesão ao programa federal no cenário em que havia uma iniciativa semelhante que precisou ser adequada às novas regras. Quanto aos aspectos da formulação que contribuíram para a implementação, evidenciou-se o fato de o programa ter tido seus subsídios em experiências concretas, bem como de ter contado com atores locais para a inclusão na agenda federal. O estudo reiterou a importância de que haja instrumentos de coordenação federal, ainda que sejam realizadas adaptações para o efetivo funcionamento, reforçando as perspectivas teóricas que apontam para a necessidade de flexibilização.

Palavras-chave: implementação de políticas públicas, relações interfederativas, atenção domiciliar no SUS.

ENTRE ESTANDARIZACIÓN Y FLEXIBILIDAD: LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA FEDERAL MEJOR EM CASA CONSIDERANDO LA DIVERSIDAD LOCAL

Este texto aborda la implementación local de política de salud con lineamientos federales estandarizados, buscando analizar la necesidad de adaptaciones, a partir del caso del Programa *Melhor em Casa*. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo, basado en entrevistas a actores de tres escenarios de implementación del programa. En los resultados, la mayor dificultad para incorporarse al programa federal se identificó en el escenario donde había una iniciativa similar que necesitaba adaptarse a las nuevas reglas. En cuanto a los aspectos de la formulación que contribuyeron a la implementación, se hizo evidente el hecho de que el programa tuvo sus subsidios en experiencias concretas, además de haber contado con actores locales para su inclusión en la agenda federal. El estudio reiteró la importancia de contar con instrumentos de coordinación federal, aunque se realicen adaptaciones para funcionamiento, reforzando las perspectivas teóricas que apuntan a la necesidad de flexibilidad.

Palabras clave: implementación de políticas públicas, relaciones interfederativas, atención domiciliar a salud en el SUS.

BETWEEN STANDARDIZATION AND FLEXIBILITY: THE IMPLEMENTATION OF FEDERAL PROGRAM BETTER AT HOME CONSIDERING LOCAL DIVERSITY

This research addresses the local implementation of health policy with standardized federal guidelines, seeking to analyze the need for adaptations, based on the case of the *Melhor em Casa* Program. This is a descriptive qualitative study, based on interviews with key actors from three different implementation scenarios. In the results, the greatest difficulty in joining the federal program was identified in the scenario where there was a similar initiative that needed to be adapted to the new rules. Regarding the aspects of the formulation that contributed to the implementation, the fact that the program had its subsidies in concrete experiences, as well as having local actors supporting the inclusion in the federal agenda, became evident. The study reiterated the importance of having federal coordination instruments, even if adaptations are made for effective functioning, reinforcing the theoretical perspectives that point to the need for flexibility.

Keywords: public policy implementation, federative relations, home health care in Brazil.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como foco a implementação local de política de saúde com diretrizes federais, a partir da análise do caso do Programa Melhor em Casa (serviços de atenção domiciliar), criado pelo Ministério da Saúde em 2011. Considerando o pacto federativo constitucional, que prevê ações coincidentes e complementares entre os entes no que se refere à oferta de serviços de saúde, busca-se compreender como ocorre a concretização, em nível local, da política formulada nacionalmente, para, a partir disso, analisar a necessidade de flexibilidade diante de padronizações decorrentes de normativas federais. Trata-se de tema relevante para fornecer subsídios para a gestão de políticas públicas que são elaboradas pela União, mas que terão o processo de implementação vinculado a diferentes realidades locais.

O cotidiano de gestão de um programa de atenção à saúde, proposto pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com gestores de saúde de municípios e estados, suscita reflexões com implicações mais amplas para debates sobre gestão, coordenação e implementação de políticas públicas em ambientes político institucionais complexos. Até que ponto a coordenação exercida pelo órgão federal nas políticas e ações de saúde deve se pautar pela garantia de que a implementação ocorra estritamente conforme o previsto na elaboração? Ou, por outro lado, deveria o órgão federal se concentrar mais na transferência de recursos, deixando que cada gestor local desenvolva suas próprias ações e estabeleça suas prioridades? Ou, ainda, há meios de conciliar direcionamento nacional com flexibilidade para adaptações locais às diferentes realidades?

O avanço desse debate requer, entre outras coisas, uma melhor compreensão sobre como gestores locais, em situações e condições diversas, experimentam e respondem aos direcionamentos e normatizações federais relativos à implementação dos programas e serviços. Este artigo pretende contribuir precisamente nesse sentido, a partir de uma análise focada no caso do Programa Melhor em Casa (PMC).

A reflexão proposta se inicia com a apresentação e contextualização do PMC. Em seguida, desenvolve-se o referencial teórico sobre implementação de políticas públicas no contexto federativo brasileiro. Em seguida, descreve-se a estratégia metodológica e o desenho de pesquisa adotado. Por fim, são discutidos os principais achados e conclusões.

A formulação e a implementação do Programa Melhor em Casa (serviço de atenção domiciliar) no Sistema Único de Saúde

A atenção domiciliar (AD) passa a ser realizada no Brasil, de forma mais contínua e estruturada, entre os anos 1980 e 1990, em função da inclusão na agenda da saúde pública de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde realizadas pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por meio de visitas domiciliares (REHEM; TRAD, 2005). Tais ações foram incorporadas posteriormente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006), na qual também se definiu como atribuição dos demais profissionais da equipe de saúde da família a realização de consultas, procedimentos e outras ações no domicílio e na comunidade sempre que necessário. Nas versões seguintes da PNAB, de 2011 e 2017 (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2017a), a AD é mantida como atribuição das equipes de atenção básica, ainda que se mantendo sem regulamentação mais específica.

Em paralelo a isso, no final dos anos 1990, são produzidas normativas sobre AD no contexto hospitalar e que abordam o tema na perspectiva da internação, ou seja, de substituir o leito hospitalar por cuidado equivalente no domicílio. A Portaria GM/MS nº 2.416, de 23 de março de 1998 (BRASIL, 1998), definiu requisitos e critérios para credenciamento de hospitais para realização de internação domiciliar no SUS; e a publicação da Lei nº 10.424/2002 incorporou o “Subsistema de atendimento e internação domiciliar” à Lei Orgânica do Sus, Lei nº 8.080/1990, promulgando a existência de atendimento e internação domiciliar, mas sem definir ou regulamentar tais modalidades. Partem do pressuposto de uma ação necessariamente complementar ao atendimento hospitalar e que, portanto, mantém a lógica de cuidado, terminologias, formas de registro de informação e custeio do serviço e, principalmente, restringem o vínculo das equipes e a origem do paciente ao âmbito hospitalar.

É partindo desses dois contextos que o Programa Melhor em Casa (marca criada para o serviço de atenção domiciliar) foi estabelecido, em 2011, pelo Ministério da Saúde (MS). Ainda que tenha havido iniciativa do MS em sua elaboração, a construção se deu contando com apoio de atores de diferentes segmentos, principalmente profissionais e gestores de municípios que já vinham desenvolvendo ações ou serviços com esse foco desde os anos 1990 (BRASIL, 2012). Assim, em 2011, foi criado um grupo de trabalho (GT) para elaboração das diretrizes de AD no SUS, com representantes de áreas do MS e de alguns desses municípios, bem como com interlocutores da academia.

A presença dos representantes de serviços buscava contemplar as diversas realidades do país, tais como diferentes cenários de redes de atenção à saúde (RAS), os custos envolvidos, bem como apresentar as especificidades de cada serviço, a partir de sua experiência, como a composição das equipes ou o perfil de pacientes atendidos. Por exemplo, havia municípios com serviços voltados ao atendimento do paciente agudo geralmente captado em unidades de urgência e que poderia receber atendimento de curta duração no domicílio, em detrimento da internação hospitalar; municípios com serviço mais direcionado ao paciente com condições crônicas, geralmente oriundos de internações prolongadas; e ainda aqueles exclusivos para idosos ou focados em um tipo de procedimento, como os específicos para tratamento de feridas.

Após cerca de seis meses de trabalho, foi produzida uma minuta de portaria regulamentando a AD e criando os serviços de atenção domiciliar (SAD), a Portaria GM/MS nº 2.029 (BRASIL, 2011b), além de propostas de outros documentos orientadores. O texto incentivava municípios, principalmente por meio de aporte técnico e financeiro, a constituírem SAD, ou seja, definiu normativas ou diretrizes para a execução local e considerou, em seus objetivos, tanto aspectos de otimização de gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto de qualificação e humanização da atenção à saúde.

Atualmente tais diretrizes estão estabelecidas pelas Portarias de Consolidação GM/MS nº 5 e 6, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b), com conteúdo, em linhas gerais, semelhante à norma original. Nelas são definidos como objetivos do SAD: a redução da demanda por atendimento hospitalar ou redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; a desinstitucionalização; e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A normativa determina ainda a operacionalização do SAD por meio de equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (Emad) e equipes multiprofissionais de apoio (Emap), especificando a composição dessas equipes, em termos de disponibilidade e carga horária de profissionais. Define também o perfil de pacientes, ainda que de forma bastante abrangente.

O SAD se direciona aos pacientes com necessidades de cuidado domiciliar à saúde, em período que necessitem de cuidado intensivo, tais como aqueles com sequelas de eventos recentes de acidente vascular cerebral (AVC), doenças crônico-degenerativas, crianças com condições crônicas complexas, entre outros, referidos na portaria como

modalidades de AD 2 e 3. Diferencia-se, portanto, da função que deve ser desempenhada pela atenção básica, especialmente equipes de saúde da família (ESF), as quais devem realizar o cuidado longitudinal de todos os cidadãos em seu território, incluindo AD aos acamados/domiciliados ou em situações em que essa modalidade for oportuna, nominados como AD 1. Ainda que a AD já estivesse presente em normativas anteriores, essa diferenciação de público e de serviços é instituída pela portaria que regulamentou o Programa Melhor em Casa.

Como instrumento de incentivo à implementação, o MS definiu apoio técnico e financeiro aos entes que aderissem, mediante solicitação destes e disponibilidade orçamentária do MS. Os valores também estão estabelecidos nas referidas portarias e podem variar de R\$ 34.000,00 a R\$ 56.000,00 mensais, a serem multiplicados pelo número de equipes que forem propostas, com limitações máximas dadas pelo porte populacional do município. Apesar desse valor repassado pelo MS, é previsto que o ente que aderir deve cofinanciar o serviço, além de prover profissionais (conforme composição de equipes mínimas estabelecidas), carros, equipamentos e insumos conforme a necessidade.

Independentemente de o ente municipal ou estadual ter um serviço equivalente em funcionamento, para a adesão ao programa (chamada habilitação) é demandado que sejam cumpridos os requisitos previstos na normativa, tanto estruturais, tais como composição da equipe e horários do serviço, quanto processuais, tais como foco no público-alvo e articulação com os demais serviços. As únicas variações na implementação definidas em portaria são: a) quanto à carga horária mínima dos profissionais de acordo com o porte populacional do município ao que correspondem as diferenças dos valores repassados pela União; e b) possibilidade de não atendimento de pacientes considerados AD3 (maior complexidade) nos municípios menores. Além disso, são estabelecidas condições para o recebimento dos recursos, como registros de informações das equipes e de sua produção em sistemas de informação oficiais do MS.

O monitoramento de tais determinações é feito basicamente por meio de sistemas de informação, ainda que eventualmente ocorram visitas técnicas a partir de denúncias de funcionamento inadequado. Identificado descumprimento do previsto em portaria, pode haver a suspensão temporária do recurso financeiro ou mesmo a perda da habilitação junto ao MS, com consequente perda permanente do recurso.

O contexto federativo e a implementação de políticas públicas no Brasil

Nos Estados federativos, vigoram os princípios de autonomia dos governos subnacionais e de compartilhamento da legitimidade e do processo decisório entre os entes federados, ou seja, o governo central e os governos regionais ou locais (ABRUCIO, 2010). Assim, um dos principais desafios da implementação de políticas públicas em contextos federativos é produzir arranjos que viabilizem, simultaneamente, o respeito à autonomia de cada ente e o direcionamento e a coordenação nacional das ações governamentais.

No caso brasileiro, tem sido recorrente a análise sobre nosso sistema federativo em torno da alternância de períodos marcados por maior ou menor autonomia dos entes, ou seja, maior ou menor centralização. Segundo Abrucio (2010), é possível reconstituir uma linha histórica dessa alternância, de maneira coincidente com diferentes ciclos da vida política do país. Assim, após período de forte unitarismo, durante a ditadura militar, o período imediatamente posterior à promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 é marcado por fortalecimento dos processos de descentralização. O Brasil, inclusive, optou por transformar todos os municípios em entes federativos plenos, o que não ocorre na grande maioria das federações. Vale destacar que essa valorização da descentralização, no caso do federalismo brasileiro, está fortemente atrelada à oposição ao período autoritário e centralizador da ditadura militar recentemente findada (FRANZESE; ABRUCIO, 2009).

Em termos legais, a divisão constitucional de atribuições imprime um caráter preponderantemente cooperativo, em função da definição de competências compartilhadas entre União, estados e municípios, assim como das interdependências dessas esferas de governo no que tange às diferentes funções na execução de políticas públicas (normatização, financiamento, execução, monitoramento etc.). Entretanto, a falta de regulamentação dessas potenciais cooperações deixou vários setores com áreas nebulosas, especialmente entre responsabilidades de formulação e execução de políticas. Assim, estados e municípios podem decidir entre adotar agendas federais ou criar suas próprias agendas, inclusive em setores das políticas sociais.

Diante desse cenário marcado por lacunas e incertezas, a União tem buscado avançar em seu papel de coordenação nacional no âmbito de políticas públicas setoriais, estabelecendo direcionamento e parâmetros gerais, mas, também, garantindo algum nível de autonomia na execução por parte dos entes locais. Essa atuação se justifica tanto pela

necessidade de coordenação de algumas situações que extrapolam a gestão local, quanto para equalizar as desigualdades de capacidades de gestão e financeiras dos entes locais (ARRETCHE, 2004).

No setor da saúde, a nacionalização da política se deu pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela CF e regulamentado posteriormente pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, e pela Lei nº 8.142, em 1990. Uma vez que a legislação e atuação prévias eram centralizadas via Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), as linhas gerais para a descentralização do SUS foram, em grande medida, dadas pela União. Entretanto, a tendência da descentralização foi muito forte, atrelada ao movimento municipalista, havendo, portanto, grandes tensionamentos para garantir maior autonomia aos gestores locais na definição das políticas de saúde.

Nesse quadro político-institucional mais amplo, envolvendo um sistema nacional com execução descentralizada, a implementação de políticas de escopo nacional implicou o desenvolvimento gradual de arranjos e fóruns para definições e pactuações sobre os rumos e operacionalização do SUS. Esse processo se institucionalizou com a criação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), com participação de representantes do gestor federal (MS), gestores estaduais (por meio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass) e municipais (por meio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems), estabelecendo um espaço de decisões compartilhadas entre todos os entes, o que configurou um bloqueio formal a decisões unilaterais do governo federal.

Os debates sobre o federalismo no Brasil nos ajudam a contextualizar e compreender a origem dos desafios de coordenação e produção de consistência nas políticas públicas nacionais. Porém, uma compreensão mais aprofundada desses processos, no que tange às relações entre órgãos centrais e entes locais, requer aportes da literatura mais específica sobre implementação de políticas públicas. Trata-se de inclinação analítica que nos leva a explorar as dinâmicas, os atores e suas intervenções no longo itinerário entre as decisões políticas centrais e a efetivação da oferta de bens e serviços aos públicos-alvo no nível local. Nesse sentido, a literatura sobre implementação permite irmos além da percepção dos desafios de coordenação, abordando em maior detalhe a forma como estes são experimentados e enfrentados pelos diferentes atores envolvidos, com especial atenção às estratégias e condutas adotadas pelos entes locais na execução dos serviços.

Os estudos de implementação há muito vêm evidenciando que raramente políticas

públicas são executadas da forma como foram elaboradas (HILL; HUPE, 2002; ARRETCHE, 2002; PIRES, 2009; LIPSKY, 2010). Essa constatação coloca em xeque as perspectivas que enfatizam exclusivamente os processos decisórios, de planejamento e formulação como definidores da política pública e passa a exigir atenção às dinâmicas envolvidas na tradução dessas decisões e planos em ações concretas e operações cotidianas que se desenrolam no momento da implementação (HILL; HUPE, 2002).

As contribuições aportadas pelos estudos de implementação tradicionalmente se apresentam a partir de duas vertentes principais. Uma primeira, conhecida como top-down, prioriza o olhar para o desenho de arranjos e estruturas institucionais e busca compreender os fatores que dificultam ou afastam a execução da política pública daquilo que foi planejado. A segunda vertente, denominada bottom-up, enfatiza a compreensão de como as adaptações feitas pelos agentes locais, a partir de suas ações e comportamento, interferem nas estratégias e conteúdos da política formulados no topo (PIRES, 2009; LOTTA *et al.*, 2014).

A vertente *bottom-up*, em especial, vem consolidando o entendimento de que a produção de políticas públicas, para além de suas dimensões propriamente técnicas, resulta da convergência de múltiplas rotinas burocráticas e embates políticos que se dão no interior das organizações governamentais responsáveis pela execução local. Não se restringe, portanto, aos debates e dinâmicas políticas nos níveis mais elevados da hierarquia governamental (LIPSKY, 2010).

Essa distinção clássica entre uma perspectiva top-down e outra bottom-up, nos debates sobre implementação, é útil no sentido de apontar diferentes pontos de vista a partir dos quais as relações entre atores nos níveis centrais e locais podem ser abordadas, ora privilegiando as intenções dos tomadores de decisão, ora dando maior ênfase às ações efetivamente conduzidas pelos atores locais. No entanto, essa polarização dos olhares tem sido questionada no debate contemporâneo pelos adeptos da governança experimentalista.

Conforme expoentes dessa abordagem, Sabel e Zeitlin (2012) esclarecem que a governança experimentalista parte do princípio de que a formulação e normatização, no nível central, precisam estar atentas e conectadas com as experiências de execução dos atores locais, como forma não só de tornar a coordenação central mais efetiva, mas, também, ampliar o aprendizado e a inovação em todo o sistema. Nesse sentido, a diversidade de situações e experiências locais se apresenta como ativo importante na alimentação de um processo contínuo de revisão dos objetivos e normas no nível central de

coordenação das políticas.

Assim, a abordagem da governança experimentalista sugere a revisão de conceitos como centro e linha de frente, atrelados respectivamente aos processos de formulação e implementação. O centro deixa de ser apenas o “monitor da adequação da linha de frente aos padrões estabelecidos, mas passa a ser responsável pelo provimento de infraestrutura e serviços necessários às iniciativas da linha de frente” (SABEL; ZEITLIN, 2012, p 8).

A variabilidade da implementação local, em vez de ser percebida negativamente como dispersão ou inconsistência a ser combatida, passa a ser concebida como fonte de experimentação e inovação. Mais do que opor as diferenças entre as lógicas de formuladores (centro) e implementadores (agentes locais), busca-se instaurar processos por meio dos quais o acompanhamento e a reflexão sobre as experiências locais fornecem elementos para o aprimoramento dos objetivos, direcionamentos e normatizações a partir do centro.

No federalismo brasileiro, como discutido anteriormente, uma boa parte das ações e políticas de saúde são produzidas a partir da combinação de diretrizes federais e execução local (DALFIOR, 2015). Tomando por base os desafios implicados na relação entre esses dois polos no processo de implementação, o arcabouço teórico mobilizado aponta no sentido de que uma melhor compreensão dessa relação requer a valorização das experiências dos atores locais na execução dos serviços sob variados contextos. Isso demanda um esforço de reconhecimento das diferentes formas como os atores locais, em seus contextos próprios, recebem e aderem aos programas federais e que usos fazem dos direcionamentos e normatizações emanados pelos órgãos centrais do sistema. Trata-se de conhecimento útil para a avaliação da adequação e possível revisão das estratégias federais visando ao aprimoramento da implementação da política pública.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Partindo do objetivo de conhecer melhor as diferentes experiências de gestores locais com os direcionamentos e normatizações federais relativos à implementação do Programa Melhor em Casa, desenhou-se uma estratégia qualitativa descritiva que permitisse acesso a diferentes cenários locais de implementação. Essa estratégia foi definida a partir de levantamento bibliográfico sobre implementação de políticas públicas e sobre a formulação do programa, por meio de artigos e documentos institucionais públicos ou restritos sobre a criação do PMC.

A definição inicial dos municípios componentes da amostra se deu conforme a proposta de Trost (1986) de estratificação intencional não estatisticamente representativa. Segundo o autor, em amostras pequenas para estudos qualitativos, sem pretensão de generalizações estatísticas, a definição de casos a serem incorporados na amostra deve considerar possíveis categorias ou variáveis que, ainda que sejam determinadas pelo próprio pesquisador, com base na teoria ou experiência própria, sejam justificadamente relevantes ao tema e possam ser controladas em sua ausência ou presença. Essas categorias podem tanto se referir ao público a ser incorporado na amostra, quanto ao contexto em que estão inseridos.

Identificaram-se três cenários de implementação a partir de critérios construídos com base no levantamento bibliográfico e na experiência da pesquisadora na gestão do programa tanto no nível municipal quanto federal. Foram estabelecidas algumas categorias que buscaram representar diferentes cenários locais no processo de implementação do programa: a) os municípios que possuíam serviços prévios e, além disso, tiveram representantes participando da construção do programa nacional; b) os que possuíam serviços, mas não participaram da formulação; e c) os que não participaram da formulação, nem possuíam serviços previamente ao programa nacional.

Os primeiros tenderiam a ter menor resistência e menores transformações, dado que teriam influenciado a formulação do PMC. Os municípios do segundo grupo (b), pelo contrário, tenderiam a apresentar as maiores resistências e necessidades de adaptações, visto que o programa formulado poderia ser diferente do serviço previamente existente. Já os municípios que não possuíam serviços e só implementaram após o programa nacional demonstrariam a situação em que não há necessidade de adaptação de algo prévio, mas evidenciariam os conflitos de implementação de diretrizes gerais em contexto específico.

Na composição dos cenários, foi considerado também o porte populacional do município, como elemento contextual que poderia influenciar os resultados. Entende-se que essa característica agrega questões como a densidade e o grau de complexidade da demanda para o serviço, bem como maior ou menor orçamento. Como balizador, foi considerada a própria normativa inicial, que definia uma restrição da adesão ao programa para municípios com mais de 100 mil habitantes, e a posterior abertura para os menores. Assim, nesta análise foram considerados de grande porte (GP) os municípios com 100 mil habitantes ou mais; e de pequeno porte (PP), os com população de até 99.999 habitantes.

Quadro 1 | Composição de amostra estratificada não representativa estatisticamente

	CENÁRIO 1 Possuíam SAD e participaram na formulação da normativa (M1)	CENÁRIO 2 Possuíam SAD (M2)	CENÁRIO 3 Instituíram serviços somente após a normativa federal (M3)
Grande porte (GP)	M1GP – 1 município	M2GP – 2 municípios	M3GP – 1 município
Pequeno porte (PP)	Município inexistente nessa categoria	M2PP – 1 município	M3PP – 1 município

Fonte: Elaborado pelos autores.

Considerados esses fatores de variação, compôs-se o Quadro 1, com a identificação de seis municípios para os três cenários possíveis. O primeiro cenário de implementação é representado pelo município M1GP, o qual já possuía um serviço de AD e que, além disso, participou ativamente da elaboração da normativa federal que criou o PMC. É um município de grande porte da Região Sul do país, sendo que não possui paralelo com municípios menores, como nos demais cenários, visto que houve participação exclusiva de cidades grandes e de regiões metropolitanas no grupo que subsidiou a criação da normativa federal.

O segundo cenário é composto por municípios que já possuíam serviços de AD, mas não participaram da construção da normativa. Constam nele dois municípios de grande porte, identificados por M2GP, um da Região Norte e um da Região Sudeste, e um município de pequeno porte, M2PP, também da Região Sudeste. Por fim, o terceiro cenário envolve os municípios que não possuíam serviços ou equipes de AD e que aderiram ao PMC. Nesse grupo, há um município de grande porte (M3GP), também da Região Sudeste, e outro de pequeno porte (M3PP), da Região Nordeste.

Em cada um desses seis municípios foi conduzida entrevista com um ator-chave no processo de implementação do serviço local. Todos eram os(as) coordenadores(as) dos SAD no período de adesão ao PMC e início da implementação, e alguns permaneciam na função no momento da pesquisa, sendo que todos serão referidos(as) no texto como coordenadores(as). Por se tratar de equipes pequenas e especializadas, entendeu-se que os(as) coordenadores(as) representariam os atores locais com maior experiência e visão abrangente da história e dos processos de implementação do programa, especialmente no que diz respeito às interfaces com o governo federal. Pelos mesmos motivos, optou-se por

omitir os nomes dos municípios e dos(as) entrevistado(as) nos registros e na análise, visando atender aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e evitar constrangimentos aos entrevistados por abordarem temas sensíveis à gestão local e federal.

Ao todo, foram realizadas seis entrevistas, com duração média de aproximadamente 37 minutos, no período entre setembro e novembro de 2018, abordando questões relativas a: situação anterior à implementação do PMC, financiamento, diretrizes locais, envolvimento na formulação da normativa federal, processo de adesão ao PMC, adaptações realizadas em função da normativa federal, normas que não foram seguidas, além de críticas e sugestões de revisão nas normas e estratégias de gestão em nível federal. Todas as entrevistas foram audiogravadas mediante autorização e posteriormente transcritas para identificação de conteúdos a serem explorados em confronto com o aporte teórico.

A análise do material foi feita com uso de metodologia estruturada para identificação de temas emergentes e recorrentes, tendo como base as antecipações produzidas pela experiência da pesquisadora, juntamente com o levantamento de referencial bibliográfico. Foi utilizado o programa Atlas.ti 8^o para organização e codificação dos trechos destacados das entrevistas. Esse procedimento fez emergir as categorias de análise discutidas a seguir.

3. RESULTADOS: O ENCONTRO DE UM PROGRAMA FEDERAL COM REALIDADES LOCAIS

A pesquisa partiu da antecipação de que diferentes cenários de desenvolvimento de uma política pública gerariam diferentes desafios e resultados em sua implementação. Tal hipótese e o desenho metodológico inicial levaram à criação das seguintes categorias de análise: a adesão ao programa Melhor em Casa, abarcando a forma como se deu a implementação inicial, com foco nas facilidades e dificuldades desse processo e efeitos identificados; e a avaliação da normativa federal e adaptações, ou seja, como esses atores percebem a normativa em sua relação com a realidade local. Essas categorias são desenvolvidas separadamente nos tópicos subsequentes.

Adesão ao Programa Melhor em Casa

Conforme referido anteriormente, a adesão ao PMC é facultativa aos gestores estaduais e municipais, que devem se comprometer com o cumprimento dos requisitos para habilitação e recebimento do incentivo financeiro. Nesse sentido, além de provimento de infraestrutura e equipe, há diversas ações de articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para que o SAD funcione adequadamente.

A atenção domiciliar surgiu como uma prática de cuidado, no cotidiano de serviços, gestores e trabalhadores de saúde, antes mesmo de haver uma grande teorização a seu respeito. Assim, algo que é comum aos diferentes cenários acessados por meio das entrevistas é o reconhecimento da existência da demanda para AD. Já os aspectos como composição de equipe, diretrizes de funcionamento do serviço e público-alvo são diferentes.

No que se refere às resistências ou dificuldades encontradas para a adesão e implementação inicial do programa federal, apareceram diversos elementos. Foram relatadas dificuldades nas questões mais processuais, especialmente na atuação profissional, seja do próprio SAD, seja de outros serviços, mas com impacto direto na atuação das equipes de AD:

Não vejo [resistências]. Apenas as resistências de quebra de paradigmas. Cada vez aumentando a complexidade, levando casos mais difíceis para o domicílio, e nesse processo tem aquelas pessoas mais conservadoras que acreditavam que isso não era possível. Ouvimos muitas vezes, especialmente de médicos, “você são doidos, levar ventilação mecânica para casa”... Isso te amedronta, você trabalhando pelo SUS, achando que está ajudando e de repente pode tomar um processo nas costas. Mas não aconteceu. Não ficamos com medo e avançamos (M2GP)!

Maior problema, e que eu ainda não consegui resolver, é convencer o médico horizontal [do hospital] que eles têm que dar alta [encaminhamento para o SAD] para os pacientes do hospital (M3GP).

Os entrevistados apontaram também dificuldades mais operacionais ou mesmo de infraestrutura, em especial na composição da equipe:

Tinha que contratar pessoal, o grande calcanhar de Aquiles era a contratação de um médico para o programa, né, como sempre, são os médicos, que é muito difícil... (M2PP).

É uma dificuldade que às vezes a equipe é formada não pelo perfil, mas porque fulano indicou, que tem muito isso no interior (M3PP).

Teve também resistência de a equipe trabalhar sábado e domingo, pois [antes da adesão] era só de segunda a sexta (M2GP).

Como previsto nas antecipações que orientaram a pesquisa, a adesão ao programa no caso de M1GP (cenário 1) deu-se de forma bastante fluida, não apresentando resistências na adesão às novas diretrizes. Nas palavras da entrevistada:

Como a gente participou do grupo da construção da portaria lá em Brasília, foi meio que automático isso. A gente já, quando saiu a portaria, a gente era um dos primeiros serviços que já estava lá com projeto pronto. Logo que teve a discussão da portaria, a gente foi construindo a portaria e construindo o projeto também. Então foi bem tranquilo o processo de adesão (M1GP).

O cenário 2, ao contrário do primeiro, mas também conforme esperado, foi o que relatou com mais ênfase as dificuldades ou desafios com relação à adaptação do antigo serviço para as novas normativas.

As resistências foram maiores porque aí tivemos que mudar modelo. Antes cada um trabalhava sozinho, não tinha que mostrar produção, não tinha regra... A partir da adesão, você tem que mudar modelo, AD1 não é mais nosso, o SAD tem que atender maior complexidade, tem regras, tem que prestar contas e mudar a forma de atendimento (...). Aí teve o trabalho de convencimento da rede, de orientação sobre os serviços (M2GP).

Mas a dificuldade foi essa, muito trabalho para por dentro dos critérios, normatizar as coisas, fazer impressos, construir ferramentas que fomos fazendo em equipe (...). A gente começou a ter algumas dificuldades um pouco depois, pois aí vieram as regras. Pois antes não tinha regra e, se não tem regra, não tem problema, tudo é ótimo (M2PP).

Para além das dificuldades, a adesão ao PMC trouxe também outras mudanças, desejadas e indesejadas. Talvez a mais saliente dentre as mudanças destacadas pelos coordenadores municipais diga respeito à possibilidade de criação ou ampliação do serviço em função do aporte financeiro e da visibilidade desencadeados pela vinculação ao programa federal.

Acho que a possibilidade de ampliar as equipes foi uma mudança superimportante. E o recurso que possibilitou isso (...). Ter uma cobertura de 100% do município, conseguir os equipamentos, os insumos, os veículos que foi bem importante. Conseguimos comprar uma frota nova, pois o transporte é extremamente importante por Melhor em Casa (M1GP).

A partir daí o processo deslanchou, houve um grande aumento de profissionais, teve uma divulgação em massa, aumentamos nossa capacidade de atender em muitos por cento (M2GP).

Como evidenciado nesses relatos, o aumento do recurso é referido de forma atrelada à capacidade de ampliação do serviço, bem como de melhor estruturação, especialmente no que se refere à estrutura física e equipe. Mas, para além disso, a adesão ao programa federal também foi vista como forma de reorganizar o serviço já existente, ou seja, uma mudança qualitativa, além dos aspectos quantitativos:

O grande diferencial foi a organização do serviço. Nós termos uma equipe mais adequada, trabalhando de maneira mais sistemática, nós conseguimos começar a organizar, desde dispensação de materiais de uso contínuo, organização de fluxo de assistência, como seria (M2PP).

Ainda no âmbito das mudanças mais processuais, destaca-se a reformulação ou construção de trabalho em rede. A questão do trabalho em rede é identificada não apenas como uma condição que auxilia os resultados assistenciais, visto que há maior integração no cuidado. É vista também como um aspecto de qualidade da gestão municipal na saúde e mesmo no contato com outros setores.

Acho que o Melhor em Casa faz essa costura da rede e consegue observar bastante como que está funcionando essa rede. Muitas vezes aqui no município, o PMC foi um disparador para essas discussões (M1GP).

A partir da adesão ao Melhor em Casa é que começou a ter um trabalho em rede. (...) Antes era só a gente. A partir do momento que você multiplica a informação, os próprios profissionais já orientam outros profissionais e outros serviços da rede (M2GP).

A gente foi falar com cada uma das equipes pessoalmente, se apresentar, dizer qual era a função e ia a equipe toda, até para estabelecer as parcerias, as enfermeiras conversarem, discutirem caso. (...) A resistência que havia era [da ESF] que eles deveriam acompanhar também o paciente que a gente acompanhava. Esse foi um desafio pra gente no início. Diziam 'o seu paciente' e a gente tinha que sempre dizer que era de ambos e foi aí que surgiu a agenda de cuidados compartilhados para facilitar (...). Uma resistência que passou a acontecer depois do PMC foi o hospital não querer acolher mais o paciente lá e devolver pra gente fazer a avaliação no Melhor em Casa (M3PP).

Por fim, a partir da adesão ao PMC, outro destaque a ser feito é sobre os resultados obtidos com o funcionamento do serviço. Eles vão desde aspectos bastante concretos de avaliação de melhorias clínicas no público atendido, até os mais amplos de organização da gestão. Inicialmente os que são destacados são os benefícios clínicos:

O município ganhou demais com a criação do SAD. Os resultados nos pacientes são muito bons. Nós já estamos conseguindo fazer [o acompanhamento de] óbitos no domicílio, que antes não existia (M2PP).

Começamos a desospitalizar os pacientes mais graves, com ventilação, paciente que precisa ser visitado duas vezes por dia (...). Então é isso que faz valer a pena... Igual o paciente que tirei [do hospital para casa] com ventilação mecânica: na hora que ele entrou na ambulância do Samu, as lágrimas escorreram... Paciente com ELA [Esclerose Lateral Amiotrófica]! (M3GP).

A gente ouviu algumas vezes dos pacientes “eu já tive algo semelhante, mas demorou muito mais tempo pra tratar” e claro, como a gente ia diariamente, era muito mais rápido. E isso também foi ajudando a gente a conseguir mais coisas com a gestão, porque mostrava que investindo mais, ele ia se recuperar mais rapidamente e ia gastar menos insumos (M3PP).

Mudanças importantes após a adesão ao programa também são identificadas em outros serviços da rede, como a redução de internações desnecessárias, como previsto nos objetivos do programa. Além disso, o aumento contínuo de resolutividade é mencionado como meio de convencimento de atores envolvidos nas tomadas de decisão:

A questão do impacto no hospital foi o que eu mais me lembro, porque a gente tem um bom contato com o diretor do hospital, com a equipe, e ele sempre elogiava, nas reuniões, que havia diminuído muito os encaminhamentos. E o ESF falou em relação à ajuda de não estarem se sentindo sobrecarregados (M3PP).

O superintendente de urgência pediu pra gente fazer alguma coisa com o povo que estava aguardando cirurgia. O mesmo que não havia acreditado no programa antes, mas, como ele começou a ver que a resposta com o usuário era muito positiva... foi convencido (M3GP).

Por fim, outro aspecto relatado é a integração entre os serviços e com a sociedade, garantindo a manutenção do serviço, em momentos de mudança:

A gente já está tão consolidado com a própria sociedade civil, que ninguém vai conseguir derrubar, sabe. E se mudar a coordenação, se eu saio e vem outro, eu acredito que o próprio usuário vai cobrar (M2PP).

Em síntese, o processo de adesão ao programa federal gera impactos em diversos aspectos da implementação. Vão desde as questões mais esperadas e objetivas, como a ampliação e melhor estruturação do SAD, em função do financiamento obtido, passando pelas dificuldades de integração com os demais pontos da RAS, chegando aos resultados esperados. Esses são percebidos tanto nos demais serviços, especialmente em hospitais, quanto nos próprios pacientes do SAD.

Em relação aos variados cenários de implementação observados, percebeu-se diferença significativa no que se refere às dificuldades de adesão, conforme esperado. O primeiro cenário foi o que não apenas teve a experiência prévia, mas também lançou as

bases para o que viria a ser o programa federal e, portanto, referiu não ter tido obstáculos para a adesão. O segundo, conforme antecipações, foi o que teve mais dificuldades para se adaptar em função de já ter ação divergente do que viria a ser implementado. O terceiro cenário é o que envolve situação mais neutra em termos de relação com a normativa federal, pela possibilidade de já iniciar o SAD conforme as normas previstas, enfrentando apenas as dificuldades de iniciar uma nova ação de saúde. Em relação aos diferentes portes dos municípios, apesar de incidirem em pequenas diferenças de tipo de demanda ou relações com a RAS, não indicaram especificidades relevantes em relação às dificuldades de adesão, portanto foram tratados sem destaque dentro dos três cenários propostos.

Assim, conforme esperado, as diferentes situações em que ocorre a implementação (cenários) importam no condicionamento das experiências que serão vividas pelos gestores locais no momento da adesão a um programa em escala nacional. Isso sugere que esses cenários devem ser levados em consideração na adequação de estratégias pelo nível central na gestão de novos programas nacionais.

Avaliação da normativa federal e adaptações locais: a norma como “arma” ou como amarra

Conforme mencionado na descrição do caso, a criação do PMC se deu a partir de uma normativa federal com diretrizes para implementação de uma ação de saúde pelos demais entes federados. A partir do objetivo de identificar se há necessidades de adaptação ou de flexibilização da ação formulada para sua efetivação na realidade, destacamos neste bloco as considerações ambivalentes que emergiram sobre o tema.

Todos(as) os(as) coordenadores(as) entrevistados(as), mesmo com as grandes diferenças que há entre os municípios, referem que a portaria regulamentadora do PMC é, em grande medida, adequada à realidade. Há fala sobre o uso da portaria como “arma”, instrumento para defender e orientar o funcionamento do serviço diante dos gestores superiores (por ex., secretário de saúde) ou de outras ameaças, quando há algum risco de descumprimento das diretrizes

Ela nos clareia. Cada local tem sua realidade, a gente acaba fazendo adaptações. Mas a gente precisa ter um norte (M2GP).

A gente tenta levar tão à risca a portaria...Eu briguei muito pela função das 12 horas, com os funcionários a gente consegue. Carro, pra medicação no final de semana eu precisei usar a portaria, porque antes a gente não tinha e hoje a gente tem o fluxo, com motorista (M2PP).

Eu acho que é uma das maiores armas, recursos que um coordenador tem... Você vir com aquele papel e mostrar que está ali... nos ajuda demais para exigir aquilo que está preconizado (M3PP).

Aí já entra a política nacional, que nos dá parâmetros, parâmetros para inclusão, parâmetros para monitoramento. A gente começa a ter alguma coisa que nos guia. Até então a gente fazia o que a gente achava que era correto, parâmetros que considerava que eram bons, mas era extremamente subjetivo, pois não tinha nada que nos ordenasse. Com a política organizando o processo e dando mais legitimidade, chegamos ao que a gente tem hoje (...). A partir do momento que tem uma política nacional, a gente começa a se ver no contexto de país (M2GP).

Por outro lado, menções também são feitas à necessidade de modificações, ou seja, de ajustes diante dos desafios locais, para que a norma não seja uma amarra impeditiva do funcionamento. Algumas situações são mais explícitas e sabidamente “subversivas” à norma, outras são consideradas pequenas adequações:

Assim nada é imutável, no dia a dia as coisas vão mudando, mas a gente precisa ter sim normativas, cadernos, cartilhas, aí cada um vai adaptando para sua realidade (M2GP).

Nós criamos aqui uma nova modalidade, além de AD 1, 2 e 3: é o AD1 esporádico (risos) (M2PP).

[Profissionais] ficavam de sobreaviso, e aí se tivesse uma medicação que precisasse fazer fora do horário, às vezes até fora, fora mesmo (...). Da mesma forma que eu podia liberar mais cedo, mas numa necessidade de ficar até mais tarde, eles deveriam estar disponíveis e aí todo mundo concordou. (...) Não sei se poderia fazer assim dessa forma, mas foi a saída que a gente encontrou, conseguir atender o que tinha na portaria, dentro da nossa possibilidade (M3PP).

Esses relatos apontam para um aspecto interessante da relação dos coordenadores locais com a normativa federal. Há, por um lado, um uso como “arma” para que as condições de funcionamento do programa sejam garantidas, por exemplo, quando entrevistados referem que usam a portaria para constranger os gestores a garantirem veículo ou algum outro item fundamental para o funcionamento do serviço. Por outro lado, há a consideração de que é amarra, ou seja, que dificulta adequações às necessidades reais de cada contexto e, portanto, haveria necessidade de maior flexibilização. Isto é, a relação é marcada concomitantemente pela adesão e pela adaptação da normativa federal.

Essa relação observada no caso do PMC tem ressonância com a abordagem teórica clássica nos estudos organizacionais. O trabalho “Organizações institucionalizadas: mito e cerimônia”, de Meyer e Rowan (1977), apresenta a tese de que organizações pós-industriais com estruturas complexas possuem um funcionamento ambivalente. Por um lado, adotam regras e estruturas institucionais que funcionam como

mitos, ou seja, elementos que geram confiança, estabilidade e legitimidade com públicos externos. De outro, organizam internamente respostas para demandas específicas do cotidiano, que não necessariamente coincidem com soluções “míticas”.

Para que consigam operar com essa dualidade, as organizações compatibilizam as estruturas institucionais, que promovem legitimidade externa, com outros padrões internos para respostas mais eficazes no seu funcionamento cotidiano. A essa compatibilização de sistemas duplos, eles dão o nome de “sistemas frouxamente articulados”, nos quais há possibilidade de atuações segundo diferentes padrões, conforme a demanda seja por legitimidade ou efetividade (MEYER; ROWAN, 1977).

Assim, essa concepção de organizações frouxamente articuladas serve para entendermos os usos ambivalentes que são feitos da portaria pelos(as) coordenadores(as) locais. Há atuações por parte dos(as) coordenadores(as) no sentido de legitimação da normativa, em especial diante de ameaças, em que a portaria é usada para defesa do programa. E em outras situações, especialmente nas operacionalizações cotidianas, são adotadas práticas que sejam consideradas mais efetivas, ainda que seja mantida uma fachada de conformidade com a norma.

Esse achado coloca em questão o dilema, ou aparente contradição, entre flexibilidade para adaptações locais na implementação e padronização para viabilizar a gestão de programas elaborados com diretrizes federais. Compreende-se, a partir da análise do caso, que essas posturas são passíveis também de complementaridade e não apenas oposição. Adaptações para implementação local de um programa com diretrizes federais são inevitáveis e também fator importante para aumentar sua efetividade local (THOMANN 2018; THOMANN; ZHELYAZKOVA, 2017).

4. DISCUSSÃO

Em estudos sobre políticas públicas, e considerando a imensidão e diversidade do Brasil, é muito importante analisar elementos presentes na relação entre a formulação e a implementação (DALFIOR *et al.*, 2015). Tais estudos devem compreender como esses diferentes momentos de uma política se articulam em dinâmica de reinterpretação de objetivos, redirecionamento de ações e concretização dos resultados. Essa relação ganha ainda maior relevância quando se trata de políticas de saúde, muitas vezes formuladas em âmbito federal para serem implementadas pelos gestores locais, com contextos, atores e arranjos diversos entre si e do âmbito da formulação.

Nesse sentido, este estudo buscou lançar luz sobre esse processo, analisando o caso do Programa Melhor em Casa. Partindo de bibliografia sobre a AD no Brasil e de informações sobre como se deu a formulação do programa, as entrevistas com os(as) coordenadores(as) buscaram evidenciar elementos desse encontro do que foi planejado com a realidade em distintos cenários, principalmente em relação a fatores que podem ter contribuído ou dificultado a implementação.

Os maiores desafios que aparecem se relacionam a quando há um choque entre o que a nova ação propõe e uma já existente na localidade. Visto por outro lado, no caso dos municípios que haviam tido influência na construção do programa, houve notável facilidade e ganhos com a implementação a partir da adesão. É relevante, portanto, observar que, conforme for a situação prévia local em relação a uma ação ou política, sua implementação terá diferentes desafios.

Além disso, essa diversidade de vozes na elaboração, ainda que com representação restrita (por exemplo, não havia representantes de municípios de pequeno porte participando do grupo de elaboração), pode ter contribuído para a normativa conter alguma abertura para adaptação aos diferentes cenários. Isso dialoga com as teorias de implementação, principalmente da governança experimentalista, de que não apenas a formulação e a implementação não devem estar separadas, como é importante a retroalimentação e diálogo entre os atores envolvidos em ambas (SABEL; ZEITLIN, 2012).

O processo de elaboração da normativa federal contou com a participação de diversos atores representantes da gestão local. A construção coletiva e baseada em experiências concretas pode ser, em boa medida, fator explicativo para a marca da flexibilidade impressa na normativa, promovendo maior facilidade de adesão e êxito na implementação em diferentes contextos. Ademais, é relevante subsídio para sua defesa ou manutenção, mesmo diante de mudanças de gestão ou de desmonte de ações semelhantes.

De outro lado, no âmbito da gestão federal, é importante destacar também mudanças significativas em relação ao contexto das normativas anteriores, que podem ser consideradas, em parte, resposta a esse movimento dos municípios, mas, em parte, iniciativas promovidas pelo próprio órgão federal. Destaca-se, inicialmente, a criação de uma equipe específica para atuar na gestão do programa, a qual tomou o material produzido previamente pelo grupo de trabalho com os municípios como base para a normativa federal e demais materiais de apoio produzidos, além de sua própria atuação (BRASIL, 2012).

Além disso, a entrada na agenda governamental, inclusive presidencial, como descrito por Ortiz (2017), garantiu visibilidade e orçamento específico, o que havia ocorrido apenas parcialmente nas normativas anteriores. Soma-se a isso a mudança de perspectiva sobre as políticas de saúde, dando ênfase ao caráter de rede assistencial, ou seja, reforçando a atuação integrada dos serviços, no que o PMC se destaca por sua permeabilidade.

Análises acerca de adaptações locais ou customização de normativas, no âmbito da União Europeia (UE), indicam que há diretrizes elaboradas pelo bloco que são transpostas, de forma literal ou não, pelos países membros que as firmaram (THOMANN, 2018). Em estudo com 27 países (THOMANN; ZHELYAZKOVA, 2017), as autoras analisam em que medida normativas sobre justiça e meio ambiente são modificadas nos países em termos de aumento ou diminuição de regramentos e exigências normatizadas, bem como em termos de público-alvo. Concluem que as modificações ocorreram frequentemente nos casos analisados, ainda que sem padrões observáveis.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou ampliar o olhar sobre os meandros entre a formulação e a implementação de políticas públicas, com vistas a compreender a tensão entre a padronização dada por normas federais e a flexibilização demandada pelas diferentes realidades. Parte do pressuposto de que o federalismo impõe a necessidade de cooperação entre os entes, especialmente no setor saúde, em que há responsabilidades concorrentes e complementares, mas em que, ao mesmo tempo, não há uma forma única dessa relação. Ademais, considera que a implementação envolve uma série de fatores, como a discricionariedade dos atores envolvidos, as subversões às normas e as adaptações aos contextos locais, que acabam por influenciar em grande medida na (re)formulação da política.

Evidenciou-se ainda que grande parte da explicação do êxito no processo de implementação, comum entre os diferentes cenários, e da possibilidade de adaptações da normativa, tal como a governança experimentalista propõe, pode ser atribuída ao fato de esse programa ser originário de experiências já realizadas localmente. A partir disso, formou-se o que pode se considerar uma “coalizão de defesa” (JENKINS-SMITH; SABATIER, 1988), que não apenas deu subsídios para a formulação da normativa, como também pressionou para a inclusão do tema na agenda federal.

Por outro lado, a partir dos diferentes cenários propostos, foram destacados aspectos que geraram dificuldades ou resistências na adesão ao programa, a exemplo da adaptação do serviço previamente existente às novas normativas federais, no cenário que contemplava municípios que já possuíam serviços de AD. Isso confirma as antecipações iniciais do estudo.

Além disso, percebeu-se o uso ambivalente da portaria pelos(as) coordenadores(as) locais. Assim como na literatura sobre as organizações frouxamente acopladas, foi identificado um jogo entre, de um lado, os ritos de valorização da portaria e demanda por seu cumprimento e, de outro lado, as modificações ou customizações para que seja mais efetiva considerando a realidade local. Conclui-se que a flexibilidade para adaptações não equivale a um desvio ou algo a ser corrigido, mas é parte do processo que precisa ser considerado e acompanhado ao longo da implementação. O estudo do caso em questão revela que, sob certas condições, é possível conciliar o direcionamento nacional com a flexibilidade para adaptações locais.

Dessa forma, entende-se, a partir da experiência analisada neste trabalho, e em acordo com o identificado por Lício (2012), que é possível fortalecer os espaços e instrumentos de relação intergovernamental com coordenação federal de forma que seja permeável às pautas e especificidades locais. Portanto, não se trata de tomar como superadas a atuação e as normativas federais, dado seu papel de coordenação e possibilidade de expansão da política ou programa (RAJÃO, 2018; OLIVEIRA NETO, 2016; BICHIR, 2011, LÍCIO *et al.*, 2011) e mesmo de intervenção nas desigualdades regionais (JACCOUD; VIEIRA, 2018). Trata-se de levar em conta os diferentes contextos de implementação e, por meio dos instrumentos de coordenação adequados, promover o que há de padronização essencial, garantindo a flexibilidade necessária, especialmente no âmbito da operacionalização, para efetivação da ação de forma mais potente.

Por fim, cabe mencionar limitações da pesquisa, em especial o número reduzido de municípios em cada cenário, além de restrições no conjunto de fatores contextuais da implementação que foram considerados. Destaca-se também o envolvimento profissional da pesquisadora com o tema, que, à época da realização do estudo, atuava na gestão federal do PMC. Acreditando na potência de pesquisas que integrem a perspectiva dos profissionais da gestão das políticas públicas com olhares e metodologias tipicamente acadêmicos, são desejáveis novos estudos que ampliem o conjunto de cenários e de atores permitindo maior campo de análise.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luís. Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. In: CUNHA, Alexandre dos Santos; MEDEIROS, Bernardo Abreu de; AQUINO, Luseni Maria C. de. *Estado, instituições e democracia: república*. Brasília: Ipea, 2010. Cap. 5, p. 177-212. (Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro, Livro 9, volume 1).

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

_____. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2002.

BICHIR, Renata. *Mecanismos federais de coordenação de políticas sociais e capacidades institucionais locais: o caso do Programa Bolsa Família*. 2011. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a.

_____. *Portaria de Consolidação GM/MS 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. Brasília, DF, 2017b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Domiciliar*. Volume 1. Brasília, DF, 2012.

_____. *Portaria GM/MS nº 2.488*, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011a.

_____. *Portaria GM/MS nº 2.029*, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011b.

_____. *Portaria GM/MS nº 648*, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006.

_____. *Portaria GM/MS nº 2.416*, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 1998.

DALFIOR, Eduardo Tonole *et al.* Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde em Debate* [online], v. 39, n. 104, p. 210-225, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040201>>. Acesso em: 12/03/2021.

FRANZESE, Cibele; ABRUCIO, Fernando. A combinação entre federalismo e políticas públicas no Brasil pós-1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação. In: ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). *Reflexões para Ibero-América: avaliação de programas sociais*. Brasília: Enap, 2009.

HILL, Michael. J.; HUPE, Peter. L. Implementation theory: the top down/bottom up debate. In: HILL, Michael. J.; HUPE, Peter. *Implementing public policy: governance in theory and practice*. London: Sage, 2002. Cap. 3, p. 41-56.

JACCOUD, Luciana; VIEIRA, F. S. *Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*. Texto para Discussão nº. 2399. Rio de Janeiro: Ipea, 2018

JENKINS-SMITH, Hank; SABATIER, Paul A. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy Sciences*, v. 21, n. 2/3, p. 129-168, 1988.

LÍCIO, Elaine C. *Para além da recentralização: os caminhos da coordenação federativa do Programa Bolsa Família*. 2012. Tese (Doutorado em Política Social) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

LÍCIO, Elaine C. *et al.* Desafios para a coordenação intergovernamental do Programa Bolsa Família. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 458-470, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902011000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/02/2019.

LIPSKY, Michael. Street-level bureaucrats as policy maker. In: LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation, Foundation, 2010. p.13-23.

LOTTA, Gabriela *et al.* Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 65, n. 4, p. 463-492, out./dez. 2014.

MEYER, John. W.; ROWAN, Brian. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, v. 83, p. 340-363, 1977.

OLIVEIRA NETO, Aristides. V. *Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde*. 2016. 161 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20974>. Acesso em: 04/10/2018.

ORTIZ, Bruna M. L. R. *Tecendo uma análise sobre a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde*. 2017. 170p. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/12791>. Acesso em: 04/10/2018.

PIRES, Roberto R. C. Estilos de implementação e resultados de políticas públicas: fiscais do trabalho e o cumprimento da lei trabalhista no Brasil. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 3, p. 734-769, 2009.

RAJÃO, Fabiana L. *Atenção domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre o marco legal, consolidação e utilização de serviços no âmbito do SUS*. 2018. 110 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30862>. Acesso em: 10/01/2019.

REHEM, Tânia C. M. S. B.; TRAD, Leny. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-42, 2005. Suplemento 1.

SABEL, C.; ZEITLIN, J. Experimentalist governance. In: LEVI-FAUR, David (ed.). *The Oxford Handbook of Governance*. Oxford: Oxford University Press, 2012.

THOMANN, Eva. *Customizing Europe*. Research and projects. 2018. Disponível em: <https://www.evathomann.com/research-and-projects>. Acesso em: 15/01/2019.

THOMANN, Eva; ZHELYAZKOVA, Asya. Moving beyond (non-)compliance: the customization of European Union policies in 27 countries. *Journal of European Public Policy*, v. 24, n. 9, p. 1269-1288, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13501763.2017.1314536>. Acesso em: 10/01/2019.

TROST, Jan E. Statistically nonrepresentative stratified sampling: a sampling technique for qualitative studies. *Qualitative Sociology*, v. 9, p. 54-57, mar. 1986. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00988249>. Acesso em: 15/04/2018.

Débora Spalding Verdi

 <https://orcid.org/0000-0002-0792-2388>

Mestrado Profissional em Governança e Desenvolvimento (Enap). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Servidora pública da Carreira de Desenvolvimento de Políticas Sociais no Ministério da Saúde (MS). Atuou na gestão do Programa Melhor em Casa entre 2013 e 2020. deboraverdi@gmail.com

Roberto Rocha Coelho Pires

 <https://orcid.org/0000-0001-9392-949X>

Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Professor dos Mestrados Profissionais em Políticas Públicas e Desenvolvimento (Ipea) e Governança e Desenvolvimento (Enap). Doutor em Políticas Públicas pelo Massachusetts Institute of Technology (MIT). roberto.pires@ipea.gov.br