



**Enap**

**Escola Nacional de  
Administração Pública**

**ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**  
**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GOVERNANÇA**  
**E DESENVOLVIMENTO**

***ENTRE PADRONIZAÇÃO E FLEXIBILIDADE NA  
IMPLEMENTAÇÃO LOCAL DE PROGRAMA COM  
DIRETRIZES FEDERAIS: O CASO DO MELHOR EM  
CASA.***

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**DÉBORA SPALDING VERDI**

BRASÍLIA – DF

2019

***ENTRE PADRONIZAÇÃO E FLEXIBILIDADE NA  
IMPLEMENTAÇÃO LOCAL DE PROGRAMA COM  
DIRETRIZES FEDERAIS: O CASO DO MELHOR EM  
CASA.***

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Governança e Desenvolvimento da Escola Nacional de Administração Pública - ENAP como requisito para obtenção do título de Mestre em Governança e Desenvolvimento.

Aluna: Débora Spalding Verdi

Orientador: Dr. Roberto Rocha Coelho Pires

Brasília - DF

2019

Ficha catalográfica elaborada pela equipe da Biblioteca  
Graciliano Ramos da Enap

---

- V484p Verdi, Débora Spalding  
Entre padronização e flexibilidade na implementação local de programa  
com diretrizes federais: o caso do Melhor em Casa / Débora Spalding Verdi. -  
- Brasília, 2019.  
98 f. : il.
- Dissertação (Mestrado -- Programa de Mestrado Profissional em  
Governança e Desenvolvimento) -- Escola Nacional de Administração  
Pública, 2019.
- Orientação: Prof. Dr. Roberto Rocha Coelho Pires.  
1. Políticas Públicas. 2. Programa Melhor em Casa. 3. Atenção à Saúde.  
4. Assistência Domiciliar. I. Pires, Roberto Rocha Coelho, orient. II. Título.

CDU 616-08:364-783

---

Bibliotecária: Elda Campos Bezerra – CRB1/1425

**DÉBORA SPALDING VERDI**

***ENTRE PADRONIZAÇÃO E FLEXIBILIDADE NA  
IMPLEMENTAÇÃO LOCAL DE PROGRAMA COM DIRETRIZES  
FEDERAIS: O CASO DO MELHOR EM CASA.***

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Governança e Desenvolvimento da Escola Nacional de Administração Pública - ENAP como requisito para obtenção do título de Mestre em Governança e Desenvolvimento.

Defendida em 14 de março de 2019.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Roberto Rocha Coelho Pires, Orientador - ENAP

---

Prof. Dr. Ciro Campos Christo Fernandes - ENAP

---

Prof. Dra. Elaine Cristina Lício – IPEA

BRASÍLIA  
2019

## AGRADECIMENTOS

*A minha família, em especial, pais, irmãos (incluindo as cunhadas) e sobrinhos, que foram e são a base pra que eu me sentisse segura para vir de mala sem cuia para o Planalto Central, e aqui construir novos caminhos e pontes, inclusive (re)encontrando outra família, que, mesmo sendo do mundo, me acolheu carinhosamente em Brasília e além-mar;*

*Às amigas e aos amigos que tantos não ouviram por causa do mestrado e mesmo assim seguiram sendo companhia para os momentos de respiro (de travas e de inspirações), além de interlocutores importantes para que a pesquisa avançasse;*

*Às trabalhadoras e aos trabalhadores dos SAD no Brasil, que desenvolvem seu trabalho com tanta dedicação e invenção de novas formas de cuidar, em especial às coordenadoras e coordenadores com quem temos o prazer de ter contato frequente, seja nos momentos de duras dificuldades, seja para celebrarmos as conquistas e analisarmos desafios e mudanças de rumos necessárias. Agradecimento maior às(os) que, além do já dito, ainda se dispuseram a dar seus depoimentos, sem os quais esse trabalho não existiria;*

*Às usuárias e aos usuários dos SAD, que depositam sua confiança nessas equipes, e ao mesmo tempo desafiam os instituídos, provocando sempre mudanças e inovações para que o SAD e o SUS sejam cada vez mais centrados na necessidade das pessoas, integrais e equânimes;*

*Às queridas e aguerridas colegas da CGAD, Cgadianas, que tornaram possível a passagem desse período tão difícil, em diversos aspectos, ajudando a superar as angústias e criando novas inspirações para seguir o trabalho e a luta para que a beleza do SUS legal, se torne cada vez mais o real e para que os problemas sejam tomados como obstáculos a serem superados e não justificativas para o desmonte do Sistema que é fundamental para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das brasileiras e brasileiros;*

*Às/aos colegas, professores e demais servidores do Mestrado Profissional em Governança e Desenvolvimento da ENAP (que presente ter convivido esse mestrado com vocês!), que enriqueceram imensamente os conteúdos, análises e discussões sobre gestão pública, sobre a burocracia e o desenvolvimento econômico e social do país;*

*Ao meu orientador Roberto que desde as excelentes aulas, comentários e questionamentos nos trabalhos até o final da escrita da dissertação, com escuta atenta, dedicação e embasamento teórico e científico deu linha – nem tão padronizada, nem tão flexível - para a costura possível desta pesquisa;*

*À democracia brasileira, que mesmo ainda tão frágil e suscetível aos maus tempos, permitiu-me formação em instituição pública, com pensamento crítico e engajado na defesa dos princípios constitucionais, em especial na qualificação do Estado para que possa servir ao desenvolvimento econômico e social do país, com justiça e igualdade.*

## RESUMO

Este trabalho trata sobre a interseção entre a formulação de diretrizes federais e a implementação local de política de saúde no contexto federativo, a partir da análise do caso do Programa Melhor em Casa (Serviços de Atenção Domiciliar). 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 de que forma ocorre a execução, em nível local, do que foi elaborado nacionalmente, a fim de analisar a necessidade de flexibilidade diante da padronização existente. Considera-se tema relevante para elucidar formas de qualificação da gestão de políticas públicas que são elaboradas pela União, mas que serão modificados em sua implementação nos demais entes.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que o caso servirá para elucidar situações a serem analisadas diante do aporte teórico sobre o tema, com vistas à reflexão sobre casos semelhantes. Após formação de arcabouço teórico sobre o contexto federativo e sobre implementação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com atores-chave, coordenadores(as) locais que acompanharam o processo de implantação do programa em diferentes cenários, representados por seis municípios. Os cenários foram definidos com base na estratégia de amostra estratificada não representativa estatisticamente, considerando elementos significativos que os diferenciavam, quais sejam: a existência de serviço prévio de atenção domiciliar ou não, ter ou não participado da construção da normativa federal e o porte populacional.

Como resultados, o estudo identificou que foram fatores facilitadores da implementação do programa, de forma geral entre os diferentes cenários, a identificação real da demanda para Atenção Domiciliar, a presença de apoio da gestão local, a atuação dos(as) coordenadores(as) dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), no âmbito local. Nos aspectos de diferença entre os cenários propostos, ressaltou-se a dificuldade maior de adesão às normativas naquele em que havia uma iniciativa local semelhante que precisou ser adequada. Também houve diferença nas configurações iniciais do serviço em função do tipo de demanda prévia, especialmente considerando os diferentes portes populacionais. Já no que tange aos aspectos da normativa que também contribuíram para a implementação e os bons resultados referidos, evidenciou-se o fato de o programa ter tido seus subsídios em experiências concretas, bem como de ter sido incluído agenda federal a partir dos atores envolvidos localmente.

Partindo de análises sobre o federalismo brasileiro, este estudo considera a realidade de políticas e programas federais com implementação local como característica presente e necessária para a indução de ações e a busca de diminuição de desigualdade regional. De forma complementar, o caso em análise reforça as perspectivas teóricas que apontam para a necessidade de flexibilização de normas federais de acordo com as diferentes realidades a fim de que sejam efetivas.

**Palavras Chaves:** Gestão de políticas sociais; Relações interfederativas; Programa Melhor em Casa; Atenção Domiciliar no SUS.

## ABSTRACT

This research is about the intersection between the creation of federal normative and the local implementation of a health program in federative context, considering the analysis of the case Better at Home Program (Home Health Care Services/SAD). Considering the federative pact regarding health services, which includes coincident and complementary actions by the three government levels, the aim is to understand how the local implementation occurs, in order to analyze the need for flexibility, given the standardization imposed with the federal norms. It is considered a relevant theme to elucidate ways of qualifying the public policies management, mainly those that are elaborated by the central government, but that will be modified during local implementation.

It is a case study, in which the case will bring up situations to be analyzed with theoretical support, in order to elucidate reflections to similar cases. After taken the theoretical field, a series of semi-structured interviews were taken with key-actors, services' coordinators that accompanied the implementation process of the program in different settings, represented by six municipalities. The settings were defined based at statistically nonrepresentative stratified sampling, which took into consideration significant differential elements between them: the previous existence of home health care service, the participation in the elaboration of the federal normative and the population size.

As results, the study identified some factors that facilitated the implementation of the program, as the real need for home health care in all the scenarios; the presence of local management support; and the SAD coordinator's initiative, at local level. As differential aspects between the settings, a higher grade of difficulties to adhere to the federal program happened in the cities where there already had been similar services that needed to be adapted to the new model. In addition, differences were found in the initial formats of the service due to different previous demands, especially considering the city size. As for the normative aspects that contributed for the implementation and referred good results, the study highlighted the fact of the norm being based in real experiences, besides being supported by local actors.

Taking place in the Brazilian federalism analyzes field, this research considers the reality of federal programs implemented by local governments as a necessary fact in the sense of supporting actions and reducing regional inequality. Complementary, the case strengthen the theoretical perspective that points to the need for flexibility of federal norms, in order that the policies and programs are effective.

**KEYWORDS:** Social Policy Management; Federative relations; Better at home Program; Home Health Care at Brazilian Public Health System.

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AB - Atenção Básica

AD - Atenção Domiciliar

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CF - Constituição Federal

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

EBES – Estado de Bem-estar Social

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio

ESF – Equipe de Saúde da Família/Estratégia de Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro

GT – Grupo de Trabalho

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PMC – Programa Melhor em Casa

PP – Políticas Públicas

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

(M1/2/3) GP – Grande Porte

(M1/2/3) PP – Pequeno Porte



## Índice

Introdução.....	10
Sobre a construção da pergunta e do objetivo da pesquisa.....	10
Objetivo da pesquisa.....	16
Capítulo 1 - O caso em análise: A formulação e implementação do Programa Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar) no Sistema Único de Saúde .....	20
Capítulo 2 – O contexto federativo e a implementação de políticas públicas.....	28
O Federalismo e o Estado Social .....	28
Federalismo no Brasil .....	32
A implementação de políticas públicas.....	37
Capítulo 3 - Percurso metodológico .....	45
Capítulo 4 – Relatos sobre o encontro de um programa federal com realidades locais .....	51
Como (não) era realizada a Atenção Domiciliar antes do Programa Melhor em Casa ..	52
Adesão ao Programa Melhor em Casa.....	58
Avaliação da normativa federal e adaptações .....	64
Atuação dos(as) coordenadores(as) .....	66
Capítulo 5 – A norma como “arma” ou como amarra .....	69
Considerações finais .....	79
Referências .....	83
Anexo I – Roteiro semiestruturado para as entrevistas .....	91
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	93
Anexo III – Quadro síntese de excertos das entrevistas .....	95

## **Introdução**

Este trabalho tem como objeto a interseção entre as diretrizes federais e a implementação local de política de saúde no contexto federativo, a partir da análise do caso do Programa Melhor em Casa (Serviços de Atenção Domiciliar). 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 que elementos interferem na concretização da política, ou seja, na sua execução, em nível local, do que foi elaborado nacionalmente. A partir disso, busca-se conhecer melhor a necessidade de flexibilidade diante de padronizações decorrentes de normativas federais. Trata-se de tema relevante para fornecer subsídios para a formulação e avaliação de políticas públicas que são elaboradas pela União, mas possuem maior parte do processo de implementação vinculado a diferentes realidades locais.

Por se tratar de um trabalho resultante de mestrado profissional, as inquietações que o provocaram emergem, em grande medida, da vivência de trabalho da pesquisadora como analista de políticas sociais no Ministério da Saúde (MS). O cotidiano de gestão de uma ação governamental, no caso um programa de atenção à saúde gerido por este Ministério, em parceria com gestores de saúde de municípios e estados, provoca reflexões sobre até que ponto a coordenação exercida pelo MS nas políticas e ações de saúde deve se pautar pela garantia de que a implementação ocorra de forma estritamente semelhante à elaboração. Ou se, por outro lado, o MS deve apenas repassar os recursos e deixar que cada gestor local desenvolva suas próprias ações, estabeleça suas prioridades, como discussões recentes que levaram, por exemplo, à publicação da Portaria GM/MS 3.992 (Brasil, 2017c), que, resumidamente, unifica os repasses do governo federal aos demais entes. Ou ainda se há meios de garantir direcionamento, mas com flexibilidade para adaptações às diferentes realidades.

### **Sobre a construção da pergunta e do objetivo da pesquisa**

A ideia inicial para essa dissertação era um projeto de intervenção que

promoveria a construção e implementação de modelo de avaliação do Programa Melhor em Casa. Considerava que seria uma etapa necessária antes de realizar uma avaliação sobre os resultados do programa, propriamente dito, dada a complexidade e diversidade do desenvolvimento do programa. Tal complexidade deve-se tanto ao contexto de sua criação, e principalmente de implementação nos mais diversos cenários e recantos do país, quanto à viabilidade de medir impactos quando se está tratando da saúde da população o que, portanto, envolve uma gama imensa de condicionantes, de políticas e seus efeitos, inclusive mútuos.

Entretanto, revisando a pertinência dessa proposta, avaliei que não seria ainda o processo mais adequado especialmente por persistirem elementos pouco claros na implementação, tal como resultados bastante diferentes e ainda pouco sistematizados em decorrência das realidades muito diversas, tanto em termos de demandas, quanto de rede de serviços e capacidade de gestão. Soma-se a esse cenário, o fato de o programa ter sido criado com objetivos muito claros, especialmente a desospitalização, mas de não ter partido de parâmetros exatos de resultados e diagnóstico preciso, por exemplo, em termos de quais seriam os municípios com maior necessidade, bem como quais seriam as metas após implementação do programa. Assim o foco da dissertação passou a ser a análise sobre esse processo de implementação local do programa, a partir de diretrizes elaboradas nacionalmente.

Com isso não se trata de considerar desnecessária ou superada a realização de avaliação sobre o programa. Por mais que o contato bastante próximo entre a gestão federal e as gestões locais forneça diversas informações sobre o real funcionamento do programa, sabe-se que isso é insuficiente. Especialmente para garantir seu reconhecimento como serviço essencial na Rede de Atenção à Saúde e mesmo para identificar possíveis adequações ao seu desenho para que seja mais efetivo, por exemplo, formatos de equipe que sejam mais custo-efetivos ou perfil de paciente que mais se beneficia deste serviço, a realização de avaliações estruturadas é ainda um alvo a ser perseguido.

Em relação ao que já foi desenvolvido, no que se refere ao monitoramento e avaliação do programa, pode-se considerar que há rotina de monitoramento parcial por parte da equipe gestora, ainda que tenha sido base para poucos momentos avaliativos de forma sistemática aprofundada, em grande medida pelas lacunas que persistem. Houve avaliação cuidadosa em momento de mudança de normativa, entretanto, devido à baixa governabilidade da equipe para propor mudanças que impactassem em mudança de financiamento ou mesmo na necessidade de novas pactuações com gestores municipais e estaduais, por meio de seus conselhos (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - Conass), poucas das alterações consideradas necessárias foram realmente propostas. Basicamente, restringiram-se às alterações conceituais e operacionais, visando tornar menos rígidas as normas que incidiam no processo de trabalho das equipes.

Há ainda trabalhos recentes analisando a implementação e expansão do Programa Melhor em Casa no país. Meloni (2015) analisou quantitativamente a adesão dos municípios ao programa federal (habilitação) e a implementação de fato dos serviços (funcionamento ou, nos termos adotados pelo MS, implantação). Comparou os resultados de habilitação e implantação com indicadores como o porte populacional dos municípios, Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Cobertura de Equipes de Saúde da Família (ESF), de forma a identificar possíveis relações.

Entre seus achados, encontrou que as equipes estão concentradas nas regiões Sudeste e Nordeste e que as variáveis como porte populacional, Produto Interno Bruto (PIB), IDHM podem influenciar a adesão do município ao programa, mas não influenciam o início do funcionamento de fato. Por fim, recomendou que sejam adotados critérios além dos populacionais por parte do MS para adesão dos municípios a programas federais, como forma

de buscar maior equidade na oferta de AD ou de outras ações e programas, visto que os municípios maiores possuem maior capacidade de adesão aos programas, mesmo quando são retiradas as restrições de porte populacional.

O estudo de Oliveira Neto (2016) caracterizou a implantação do programa com base em dados quantitativos e qualitativos, neste caso, buscando compreender avanços e desafios a partir da perspectiva dos gestores locais. Na análise quantitativa, encontrou que houve concentração de equipes implantadas no Sudeste e Nordeste, havendo baixo quantitativo no Norte e Centro-Oeste, o que ocorre de forma semelhante a diversas outras ações e programa na saúde. Encontrou ainda que houve concentração de adesão em municípios maiores (76% dos municípios com equipes possui mais que 40 mil habitantes), mesmo com possibilidade de adesão dos menores a partir de 2013, o que pode indicar uma fragilidade técnica, operacional e orçamentária destes municípios.

Nas análises qualitativas, dentre suas conclusões considera que a criação do programa federal promoveu de fato a expansão de oferta da atenção domiciliar, ainda que persistam grandes desafios, como as dificuldades de gestão local, inclusive de adaptação das normativas federais, e de maior apoio para seu desenvolvimento. Identificou ainda riscos de que a ampliação do programa ocorra sem provocar uma mudança de modelo assistencial, ou seja, que reproduza uma hospitalização do domicílio.

Ortiz (2017) analisou o programa do ponto de vista da definição de agenda e implementação nos anos iniciais, a partir de análise de dados obtidos no sistema de informação e de entrevistas com gestores envolvidos na elaboração do programa. Em relação à agenda, encontrou que o tema teve inserções diversas, mas sem força, desde o final dos anos 90, tendo sido enunciado tanto em relatórios de Conferências Nacionais de Saúde, quanto em alguns documentos governamentais. Entretanto, foi a partir de 2011, com um governo de continuidade, certa estabilidade econômica, e inserção de gestores de alto escalão no MS com trajetória na

saúde pública e sensibilidade com a pauta, que houve janela de oportunidade, em função do ativismo de atores ligados ao tema, os quais tiveram oportunidade de se aproximar do governo federal, passando a disputar agendas internas. Destaca ainda que o tema entrou vinculado ao debate e prática já existentes atrelando a AD à desospitalização. Já na análise dos dados de implantação, encontra resultados semelhantes ao de Meloni (2015).

Mais recentemente Rajão (2018) faz um resgate conceitual e de marcos regulatórios da AD no Brasil, além de levantamento sobre volume de ações realizadas (separadas por internação e atendimento) por diferentes serviços, incluindo os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Teve como base os dados de sistemas de informação do Ministério da Saúde, ainda que sem captação dos dados mais recentes, em função de mudanças nos registros do SAD.

Em relação às normativas, destaca que a portaria de criação do Programa Melhor em Casa, em 2011, foi importante por tratar a Atenção Domiciliar de forma mais ampla, retirando o foco apenas da internação domiciliar e do hospital. Em relação ao volume de atendimento, encontra ápice de registros de internação domiciliar em 2011 e ampliação gradual dos registros de atendimento domiciliar até 2015, identificando declínio deste registro em 2016 (Rajão, 2018). Apesar de não constar nas análises do estudo, isso demonstra a substitutividade que o SAD teve em relação à oferta de AD anterior, visto que 2011 foi o ano de criação do PMC, sendo que foram cessados novos repasses do governo federal para o formato antigo. Além disso, a diminuição dos dados sobre atendimento domiciliar, entre 2015 e 2016, pode ser atribuída à mudança de sistema de informação utilizado pelos SAD (Brasil, 2017), sendo que o estudo utilizou o sistema antigo pelas dificuldades de acesso aos dados do novo sistema, o que foi mencionado no início do estudo de Rajão, mas não aparece na discussão dos dados. Em análise sobre a expansão da oferta de AD, reforça os achados anteriores de que ainda há alta concentração dos serviços nos grandes centros e muitas regiões ainda descobertas.

Por fim, Reis (2018) também aborda experiências reais vinculadas ao Melhor em Casa, ainda que com foco maior na assistência, diferentemente dos anteriores que abordam quase exclusivamente aspectos da gestão. Em um estudo cujo foco é a desospitalização de crianças em uso de Ventilação Mecânica, apresenta as práticas de cuidado construídas por serviços no Governo do Distrito Federal, evidenciando as ofertas do governo local, sejam adaptações baseadas na normativa federal, sejam definições próprias, como a contratação de um serviço privado para atendimento com semelhanças ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Os estudos mencionados, com exceção do último, cujo foco é assistencial, focaram na implementação do Programa Melhor em Casa ou na Atenção Domiciliar de forma mais ampla, produzindo contribuições neste campo. Partem de uma situação dada em relação ao programa, focando em sua ampliação, seja nas dificuldades de colocação do tema na agenda, seja em como se disseminou no país.

Em complementação aos trabalhos citados, esta pesquisa almeja contribuir no campo da gestão de políticas públicas, deslocando o olhar apenas da implementação e se voltando para os meandros entre a formulação central e a implementação local, tendo em vista os dilemas entre padronização e flexibilidade. Neste sentido, por um lado a permeabilidade que o programa tem tido de forma a adaptar-se aos diferentes contextos, mostra-se necessária ou mesmo incontornável. Por outro lado, tem gerado grande desafio para a construção de unidade e padronização mínima das ações e seus impactos, inclusive com vistas ao estabelecimento de parâmetros de resultados esperados e de qualidade, como se espera de uma política nacional.

Como exemplos dessas reflexões, dadas as diferenças de um país continental como o Brasil, surgem dúvidas como: quais regras de composição de equipe podem ser adequadas a municípios grandes e pequenos? Como os resultados podem ser

esperados tanto em uma capital, quanto em município longínquo do interior ou que resultados podem ser esperados em cada contexto? Como garantir um mínimo de padronização que justifique o recurso público repassado da mesma forma para todos? É possível exigir resultados iguais para todos, considerando as grandes diferenças entre as localidades? Retirar regras de adesão, como definição de equipes, carga horária de funcionamento, dentre outras, facilitaria o desenvolvimento de soluções locais ou descaracterizaria totalmente o serviço, com risco de se desvincular de seus objetivos?

Questões como essas desafiam cotidianamente a gestão federal, uma vez que, por um lado, há expectativas e cobranças de obtenção de resultados padronizados, inclusive para definição de quem “merece” permanecer habilitado pelo programa, recebendo apoio técnico e financeiro. Por outro lado, o olhar um pouco mais aprofundado torna evidente a impossibilidade de resultados idênticos em contextos tão diferentes e desiguais, sendo que tal exigência levaria ao fim do programa ou impedimento de acesso a grande parte dos municípios. Compreender melhor esse dilema entre a flexibilidade para a discricionariedade necessária e a padronização mínima para garantir a gestão em âmbito federal é o que justifica a realização deste trabalho.

### **Objetivo da pesquisa**

O objetivo dessa pesquisa é compreender a necessidade de flexibilidade para adaptações locais e padronização para viabilizar a gestão federal de programas elaborados com diretrizes federais e implementação local, a partir do caso do Programa Melhor em Casa, na perspectiva dos atores envolvidos na gestão local.

### **Objetivos específicos**

- 1) Identificar as semelhanças e diferenças no processo de implantação de um programa federal em diferentes realidades, a partir do caso do Programa Melhor em Casa;



- 2) Sistematizar elementos que possam apoiar ou diminuir as resistências na implementação, no que se refere aos desafios de implementação local de políticas e programas com diretrizes elaboradas em âmbito federal; e
- 3) Identificar a necessidade de flexibilidade no aprimoramento das diretrizes federais, incluindo a qualificação de sistema de monitoramento.

No que se refere à metodologia adotada, trata-se de estudo qualitativo de natureza descritiva com desenvolvimento a partir de estudo de caso, considerando a necessidade de melhor descrição e sistematização dos conhecimentos acerca do tema em questão. Apesar de historicamente a metodologia quantitativa e experimental ter sido considerada por muitos metodólogos e cientistas como a verdadeira ou mais qualificada forma de ciência (Guba e Lincoln, 1994), cada vez mais as concepções sobre produção de conhecimento se ampliam, especialmente quando se considera a necessidade de pesquisa sobre objetos com grande complexidade. Ademais, por se tratar de análise sobre política pública, os métodos qualitativos propiciam “descrições aprofundadas de contextos, processos e mecanismos que permitem explicar os resultados obtidos a partir das características e circunstâncias de operação de programas e projetos” (p. 661, Ipea, 2010).

Como abordagem, considerando as especificidades apresentadas, tratar-se-á de um estudo de caso pela possibilidade dada por esse método de aprofundar análises sobre uma situação. Nessa abordagem, o objetivo principal é conhecer aprofundadamente uma situação, seja com um caso apenas, seja com casos múltiplos, mas com o foco nas especificidades em detrimento de obter representatividade amostral, dado que os próprios limites entre o fenômeno e o contexto estão em análise. Segundo Stake, “o estudo de caso é tanto o processo de investigação sobre o caso, quanto o resultado desta” (2003, p. 444).

Nesse estudo o caso é a implementação do Programa Melhor em Casa em diferentes municípios, representando os diferentes cenários que serão descritos posteriormente. Não se considerou um estudo de casos múltiplos, pois antes de focar em comparações, buscou-se por meio dos cenários, produzir uma imagem do conjunto da realidade de implementação do programa.

Considerado esse delineamento, inicialmente, partiu-se do levantamento de bibliografia sobre o tema, tanto no que se refere à atenção domiciliar em si, quanto dos referenciais teóricos propostos. Tal levantamento se deu em bases de dados nacionais e internacionais, como o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e o Catálogo de Teses e Dissertações da Capes.

Após esse levantamento para formação de arcabouço teórico inicial, desenvolveu-se a etapa de coleta e registro das informações referentes ao caso. Essa etapa foi realizada por meio de consulta a documentos e informações publicadas sobre a política (tanto os públicos, como as Portarias e materiais de apoio e de divulgação, quanto acervo interno à instância de formulação no MS, como registros não publicados de reuniões ou minutas de documentos) a fim de obter informações sobre a construção e definições em relação ao Melhor em Casa. Por fim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas para levantamento de material a ser analisado, conforme detalhamento descrito na seção sobre o percurso metodológico.

Resgatados a contextualização, justificativas, objetivos e metodologia do estudo, apresento brevemente a estrutura do conteúdo, para além desta introdução e das considerações finais. Como capítulo seguinte consta a descrição do caso em análise, apresentando elementos que desencadearam as questões abordadas no estudo. Nesta unidade, encontra-se um recorrido, de forma breve, sobre a Atenção Domiciliar no mundo e no Brasil, chegando à formulação do Programa Melhor em Casa e as questões sobre sua implementação.

O capítulo dois discorre sobre referencial teórico pertinente ao caso, iniciando pelas discussões sobre federalismo, visto ser este o pano de fundo em que se desenvolvem os processos de formulação e implementação. A seguir, uma retomada de abordagens sobre implementação com foco naquelas com maior relação com o caso, como as perspectivas *top-down* e *bottom-up*, a questão dos atores envolvidos e a discricionariedade de suas ações, e uma agregação não natural do campo, mas complementar, que é a governança experimentalista.

Após apresentação do caso e fornecimento de subsídios teóricos, o capítulo três descreverá o percorrido metodológico do estudo. Apresenta as teorias que embasaram as definições metodológicas, além de detalhar a forma de seleção de atores a serem entrevistados e o conteúdo das entrevistas.

Nos capítulos quatro e cinco teremos os resultados das entrevistas, iniciando por um capítulo mais descritivo e seguindo por outro de análise. A escolha por separá-los se deu pela busca de privilegiar os conteúdos das entrevistas, material principal do estudo e que de fato trouxeram muita riqueza e, assim, mereceram um destaque isolado, para, em momento seguinte, serem escrutinados diante dos subsídios teóricos e questões em análise no estudo.

## **Capítulo 1 - O caso em análise: A formulação e implementação do Programa Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar) no Sistema Único de Saúde**

A modalidade de cuidado em saúde chamada de Atenção Domiciliar (AD), definida aqui, de forma genérica<sup>1</sup>, como práticas de atenção à saúde realizadas em domicílio, recentemente vem ganhando destaque teórico e prático no Brasil e no mundo. Não se trata de uma prática recente, mas sim de novas perspectivas para forma de cuidado recorrentemente utilizada. Tal valorização se dá a partir de mudanças demográficas e epidemiológicas, como o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas, como as cardiovasculares e oncológicas (Silva et al., 2010; Feuerwerker e Merhy, 2008), que demandam ofertas de cuidado prolongado. Na maioria dos casos, esse cuidado objetiva melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida, mas sem levar à cura. Situação diferente das doenças agudas, a exemplo das infectocontagiosas, que demandam intervenções pontuais, geralmente por intermédio de atendimento hospitalar ou em serviços de urgência, visando a cura e o total restabelecimento do paciente.

Este contexto impõe a necessidade de mudanças no SUS, assim como em outros sistemas públicos de saúde, orientados inicialmente para atendimento às situações agudas, de forma que se produzam resultados mais efetivos para as pessoas e se utilizem os recursos do sistema de forma mais eficaz e eficiente. Assim, ganham relevância os cuidados fora do ambiente hospitalar e mesmo as ações para evitar ou abreviar internações, sendo a atenção domiciliar uma oferta muito relevante neste contexto.

Permeada por concepções e análises diversas e, por vezes, divergentes, a atenção domiciliar gera diferentes usos e consequências tanto conceitualmente, quanto nas experiências

---

<sup>1</sup> Há larga discussão sobre conceitos relacionados à atenção à saúde no domicílio, o que não será explorado neste trabalho, por abrir campo de debate não pertinente ao objetivo do estudo. Rajão (2018) retoma amplamente os conceitos, contextualizando com as políticas públicas relacionadas.

práticas. Exemplo dessas diferentes perspectivas em relação à AD relaciona-se ao quanto esta modalidade de cuidado tem se disseminado em função de diminuir ou racionalizar custos, comparativamente a outros tipos de atendimento (como a internação hospitalar), em relação ao foco em sua potencialidade de cuidado mais humanizado e integral para o paciente e sua família (Rehem e Trad, 2005).

Nesse sentido, provoca ainda uma relevante discussão sobre quais devem ser as atribuições do Estado e da sociedade, neste caso, das famílias em relação ao cuidado de familiares dependentes. Mudanças no *locus* de cuidado, de um local predominantemente público, mas submetido ao poder dos profissionais de saúde, para outro privado, o domicílio, geram perdas e ganhos para ambas as partes e, portanto, demandam análises que auxiliem nos pactos e entendimentos sobre atribuições, responsabilidades e objetivos para que a AD seja exitosa. Ainda que desde o início, a satisfação de beneficiários e cuidadores atendidos pelo Programa em questão seja sempre muito elevada, sendo a avaliação preponderante a de grande aumento de qualidade de vida, a ida para o domicílio também gera desafios como custos e desgastes gerados para as famílias e a relação, por vezes tensa ou até conflituosa, entre profissionais de saúde e familiares (Feuerwerker e Merhy, 2008; Oliveira Neto, 2016).

Assim, a própria concepção de cuidado à saúde no domicílio envolve uma mudança de modelo de saúde: do paradigma com foco na tecnologia, no equipamento e nos serviços e profissionais especializados, como uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), para modelo centrado nas necessidades do paciente, com maior demanda de atuação interdisciplinar e das chamadas tecnologias leves, ou seja, aquelas implicadas com as relações intersubjetivas (Merhy, 2006). Em estudo sobre serviços de atenção domiciliar promovidos por municípios (que foi usado também como subsídio para a normativa federal), Feuerwerker e Merhy (2008) problematizam o potencial de inovação e criação de novas soluções para problemas de saúde por meio da AD, ainda que exista uma permanente disputa entre, de um lado, tornar essa prática

uma ferramenta de desinstitucionalização do cuidado em saúde e aumento da integralidade, e, de outro lado, apenas transferir o modo de fazer do hospital para o domicílio.

Isso ocorre tanto no que se refere ao tipo de cuidado prestado pelos profissionais de saúde, quanto pelas relações sociais do paciente, entendendo que o domicílio e a proximidade com a família e com sua rotina podem auxiliar intensamente na recuperação. Esses elementos presentes nas concepções e análises sobre a AD geram desafios ainda maiores para a formulação e implementação de Políticas Públicas (PP) neste campo.

Na experiência da saúde pública brasileira <sup>2</sup>, após ações envolvendo vigilância e atenção à saúde, no início do século XX, voltadas para controle de doenças, mais recentemente, o domicílio volta a ser local de possibilidade de cuidado, especialmente no escopo de atribuições da Atenção Básica. O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949, é considerado o primeiro serviço de Atenção Domiciliar no país, inicialmente vinculado ao Ministério do Trabalho, dado o modelo de assistência à saúde do período e incorporado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967. Após, como registro de experiência mais consolidada no setor público, consta o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), implantado em 1963 (Rehem e Trad, 2005).

Entre os anos 80 e 90, ganha força o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde realizadas pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por meio de visitas domiciliares e de ações educativas nos domicílios e na comunidade, o que foi incorporado posteriormente à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006 (Brasil, 2006). Nesta também se definiu como atribuição dos demais profissionais da

---

<sup>2</sup> Veja histórico detalhado sobre a AD no Brasil, incluindo as normativas pertinentes nas dissertações Atenção domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais (Pereira, 2014) e Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre o marco legal, consolidação e utilização de serviços no âmbito do SUS (Rajão, 2018).

Equipe de Saúde da Família a realização de consultas, procedimentos e ações no domicílio e na comunidade sempre que necessário. Adicionalmente, houve esforço, pelo Ministério da Saúde, de elaboração de documento que conteria diretrizes específicas para a Atenção Domiciliar realizada na Atenção Básica chamado “Diretrizes para Assistência Domiciliar na Atenção Básica/SUS” (Rehem e Trad, 2005). Conforme registros internos ao MS, este documento também contou com participação de representantes de municípios em discussões e avaliações, mas não se encontra disponibilizado de forma pública.

Nas versões seguintes da PNAB, de 2011 e 2017 (Brasil, 2011a; Brasil, 2017a), a atenção domiciliar é mantida como tarefa dos trabalhadores das equipes de atenção básica, ainda que mantendo a não regulamentação. Além disso, há tendência a diminuição de viabilidade, considerando as novas possibilidades de composição de equipes, com menores cargas horárias de profissionais e dispensa da obrigatoriedade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em proporção ao número de famílias.

Em paralelo a isso, são produzidas, no final dos anos 90, normativas no contexto hospitalar e que portanto, abordam o tema da perspectiva da internação domiciliar: a Portaria GM/MS nº 2.416, de 23 de março de 1998, que define requisitos e critérios para credenciamento de hospitais para realização de internação domiciliar no SUS; e a publicação da Lei nº 10.424/2002, que 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 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. Houve ainda a publicação da Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que apesar de instituir a internação domiciliar no âmbito do SUS, já introduz alguns elementos de trabalho em rede e

integralidade do cuidado entre os diferentes serviços. Entretanto, essa norma careceu de regulamentação posterior e, assim, não foi implementada de fato.

É partindo deste contexto que o Programa Melhor em Casa, nome fantasia para Serviço de Atenção Domiciliar, foi estabelecido em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS), em momento de grande efusão de políticas e programas na área da saúde. Ainda que tenha havido protagonismo do MS, a construção se deu de forma mais ampla, contando com apoio de atores de diferentes segmentos, principalmente, profissionais e gestores de municípios que já possuíam experiências semelhantes ao que se tornaria o programa, bem como com interlocuções com a academia. 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 municípios que já vinham desenvolvendo ações ou serviços com esse foco desde os anos 90 e 2000 (Brasil, 2012).

A presença dos representantes de serviços buscava contemplar as diferentes realidades do país, como, por exemplo, os cenários de redes de atenção à saúde das capitais e dos pequenos municípios, os custos envolvidos, bem como apresentar as especificidades de cada serviço, a partir de sua experiência, por exemplo, em termos de composição das equipes ou de perfil de pacientes atendidos. Por exemplo, havia municípios com serviços voltados ao atendimento do paciente agudo, geralmente, em atendimento em unidades de urgência e que poderia receber atendimento de curta duração no domicílio, em vez de ser encaminhado para internação hospitalar; e municípios com serviço mais direcionado ao paciente com condições crônicas, geralmente oriundos de internações prolongadas, por vezes abarcando, na grande maioria dos casos, pacientes idosos. Conforme identificado nos registros internos, houve participação apenas de municípios de médio e grande porte, o que pode ter levado à caracterização da demanda atrelada a essa realidade.

Após cerca de seis meses de trabalho, foi produzida uma minuta de portaria



regulamentadora da Atenção Domiciliar, incluindo os Serviços de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa), a Portaria GM/MS nº 2.029 (Brasil, 2011b). A proposta inicial do Programa considerou, em seus objetivos, tanto os aspectos de otimização de gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto a busca de qualificação e humanização da atenção à saúde e incentiva municípios, principalmente por meio de aporte técnico e financeiro, a constituírem Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), ou seja, define normativas ou diretrizes para a execução local.

Atualmente tais diretrizes estão dadas pelas Portarias de Consolidação GM/MS nº 5 e 6, de 28 de setembro de 2017. 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). Ainda conforme esta regulamentação, o SAD deve atuar em equipe multiprofissional, estar articulada em rede, adotar linhas de cuidado e estimular a participação de trabalhadores, usuários e familiares.

As normativas preveem ainda a operacionalização do SAD com as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), as quais devem atuar de forma complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência e de forma substitutiva ou complementar à internação hospitalar (Brasil, 2017a). Está definida a composição das equipes, em termos de disponibilidade e carga horária de profissionais, assim como perfil de pacientes, ainda que de forma bastante abrangente.

Direciona-se, aos pacientes com necessidades de cuidado domiciliar à saúde, em período que necessitem de cuidado intensivo, tais como aqueles com sequelas iniciais de Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças crônico-degenerativas, crianças com condições

crônicas complexas, dentre outros. Diferencia-se, portanto, da atuação que deve ser realizada pela atenção básica, especialmente Equipes de Saúde da Família, as quais devem fazer o cuidado longitudinal de todos os cidadãos em seu território, incluindo os acamados/domiciliados. Na normativa federal referida, o que diferencia a demanda de cada paciente é o que é chamado de modalidade de Atenção Domiciliar (AD) que varia da AD 1 até a AD 3, correspondendo ao aumento de periodicidade de visitas, intensidade de cuidados e necessidade de procedimentos complexos ou uso de aparelhos. Os pacientes avaliados como AD 1 seriam de responsabilidade da atenção básica e os AD 2 e AD 3, de responsabilidade do SAD.

Em janeiro de 2019, estava em funcionamento em 412 cidades brasileiras, em 25 Unidades da Federação, com 1100 equipes proporcionando uma abrangência potencial a aproximadamente 28% da população brasileira. No ano de 2017 (dados consolidados mais recentes), foram atendidos mais de 71 mil usuários diferentes, em 2.017.903 de atendimentos, com realização de 3.243.778 de procedimentos no domicílio (Brasil, 2018). Ao longo dos seis anos de existência do programa, já foram repassados mais de R\$ 2 bilhões aos estados e municípios que possuem SADs habilitados, sendo que desde o ano de 2016 não houve previsão orçamentária para expansão de habilitações, ainda que tenham ocorrido algumas, sem regularidade.

Mesmo sendo baseado, em grande parte, em experiências concretas, uma dificuldade relevante, tanto no momento de criação, mas principalmente para avaliação da evolução do SAD é a ausência de parâmetros previamente estabelecidos e consolidados, tal como mais frequentes no âmbito da atenção hospitalar, por exemplo. Isso ocorre dada a especificidade da composição e atribuição desses serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS e a diversidade da realidade brasileira. Não havia comparativos disponíveis, seja na rede privada nacional, seja em experiências internacionais, uma vez que as experiências

existentes em outros países diferem em grande medida no tipo de serviço ofertado no Brasil. Geralmente trata-se de serviços com menor enfoque nas necessidades complexas de saúde, realizados em parceria entre a saúde e a assistência social, atendendo às necessidades existentes nesta fronteira, a exemplo de idosos com algum grau de dependência morando sozinhos e não com foco em necessidades de saúde mais complexas, como é o foco do programa brasileiro (Seixas et al., 2014).

É com olhar para essas lacunas que esse trabalho foi desenvolvido, com base em entrevistas com coordenadores(as) locais e a experiência da implementação do programa nas diferentes realidades ou cenários. Antes de partir para esse material, entretanto, uma passagem pelos marcos teóricos que auxiliarão nas questões e nas análises sobre o caso.

## **Capítulo 2 – O contexto federativo e a implementação de políticas públicas**

Dois foram os pilares ou as lentes que permitiram o olhar sobre as questões aqui colocadas, sendo que um pode ser considerado o pano de fundo e outro, parte constituinte do tema: o federalismo brasileiro e a implementação de políticas públicas, respectivamente. Inicialmente, um olhar para a organização federativa brasileira fornece bases para compreensão das relações intergovernamentais presentes no programa em análise, assim como na maioria das ações e políticas de saúde, dada a configuração de gestão tripartite, ou seja, com atribuições da União, de estados e municípios neste setor. Em seguida um percorrido sobre alguns conceitos e autores do campo da implementação de políticas públicas que subsidiam as análises sobre possíveis explicações para o modo como se concretizam as ações, a partir de sua elaboração.

### **O Federalismo e o Estado Social**

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, uma das principais tarefas do jogo federativo é produzir pactos entre seus componentes, sendo o principal objetivo de uma federação compatibilizar o princípio de autonomia com a interdependência entre as partes.

Segundo Obinger et al. (2005) há pouca clareza no conceito de federalismo, mas há algumas características institucionais que podem ser encontradas em todas as federações: 1) compromissos do governo central para incorporar interesses regionais; 2) existência de conjunto de atores com identidades e interesses regionais diversos; 3) compromissos e normatizações sobre responsabilidades e atuações de cada ente federado, tanto na formulação, quanto na implementação de políticas públicas; 4) conjunto de

transferências fiscais entre os entes; e 5) existência de arranjos informais entre os diferentes governos, seja horizontal, seja verticalmente.

As funções do federalismo seriam, portanto, conforme o autor, de garantir a descentralização do poder, assim como a liberdade política e econômica entre os entes, seja de forma mais competitiva, como o exemplo dos Estados Unidos, seja de forma cooperativa e conciliatória de diferentes minorias e grupos sociais, como a Suíça. Busca ainda garantir maior proximidade do governo com a população, almejando propiciar espaços para os diferentes membros ou grupos da sociedade.

Obinger et al. (2005) analisam o impacto do federalismo no desenvolvimento do Estado de Bem-estar Social (EBES) e gestão das políticas sociais em países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) com estrutura federativa. Os autores partem do questionamento sobre o federalismo impedir ou criar empecilhos ao desenvolvimento de políticas sociais, como vinha sendo proposto por estudiosos sobre o tema, em função da visão de que a igualdade, que é objetivo das políticas sociais, se opunha à diversidade intrínseca ao federalismo.

Obinger, por sua vez, apresenta a tese de que os impactos do federalismo no desenvolvimento do Estado de Bem-estar Social “são diversos, contingenciais, e dependem de elementos como o desenho das instituições e a força dos atores políticos e sociais” (p. 2, tradução da autora). Como exemplos dos elementos que compõem contextos diversos que geram diferenças na relação entre o federalismo e o estado de bem-estar: o histórico de formação econômica e social dos países; a distribuição territorial de grupos populacionais com afinidades culturais e linguísticas; procedimentos para mudança da constituição, especialmente no que implica em atribuições do governo central e dos regionais; e a organização dos sistemas legislativo e judiciário no que se refere à atuação diante da relação entre os entes.

Partindo de divisão entre a chamada era de ouro ou os EBES iniciais e os EBES de desenvolvimento tardio ou de novas políticas sociais, confirma, por meio de seus estudos, a hipótese de que o federalismo tem duplo efeito conforme o contexto, o que o autor chama de efeito catraca. Por um lado, dificulta a formação de novas políticas sociais em EBES recentes, mas, por outro, impede ou retarda o desmonte em EBES consolidados, tanto pelos pactos feitos entre diversos atores de veto, quanto por situações que envolvem risco de perda de eleitorado e que, portanto, não são modificadas.

Outro objetivo do estudo de Obinger et al. (2005) é analisar os efeitos recíprocos da relação entre as políticas sociais e o federalismo. Segundo os autores, alguns estudos apontam que as políticas sociais fortalecem a centralização e aumentam a complexidade das relações intergovernamentais. Nesse sentido, o autor descreve duas escolas de pensamento que apresentam diferentes argumentos para essa relação: a escolha pública e o institucionalismo político.

Na primeira corrente, destacam-se os elementos econômicos, referindo que o Estado se reduz, na medida em que a arrecadação se descentraliza. Dois argumentos sustentam essa hipótese: primeiro, que governantes usam do poder estatal e do gasto público para conquistar apoio político, o que seria diminuído com uma divisão de poder entre diferentes níveis de governo. O segundo argumento deriva das perspectivas de que a competição entre os entes é intrínseca ao federalismo e que essa competição levaria ao encolhimento estatal.

Já na perspectiva dos institucionalistas, Obinger e et al. evidenciam três correntes. A primeira, que identifica que o estado social é afetado pelo federalismo de forma duradoura e indireta pela forma como este configura as instituições e relações entre os atores. Segundo o autor, o federalismo, por favorecer a diversidade e territorialidade, amplia o número de atores e complexifica o cenário de desenvolvimento de políticas.

A segunda corrente aproxima-se da primeira pois refere os múltiplos atores e instâncias, mas destaca o grande número de pontos de veto decorrentes destas instâncias como o fator principal a dificultar ou retardar o desenvolvimento de políticas sociais, ainda que haja diferentes pesos para atores semelhantes conforme os países analisados no estudo. Isso demanda, portanto, esferas de coordenação desses diferentes atores e instituições para que pactuações viabilizem a execução das políticas. Ainda, essa situação leva, em algumas análises, a facilitação de retraimento de políticas dado que há certa dispersão da “culpa” entre as várias dimensões e, portanto, menor risco de perda de suporte político.

Por fim, a terceira corrente institucionalista evidencia o fator da dependência da trajetória (ou *path dependency*) ou seja, o aumento de dificuldade de mudança caminho, ação ou política, com o decorrer do tempo e de consolidação de experiência vigente. Nesse sentido, importa conhecer sobre a gênese das políticas sociais em contextos federativos, tanto em termos de quando foi possível, quanto de qual ou quais foram os atores e níveis de governo envolvidos para entender melhor as experiências subsequentes. Como exemplo, o autor cita o fato de muitas políticas federais serem de fato oriundas de iniciativas locais e, portanto, haver dificuldade de estabelecimento subsequente de definições federais, seja por insuficiência de capacidades estatais para tal, seja por investidas contrárias dos entes locais que buscam manter a ação sob sua governabilidade, em função de manter apoio político e legitimidade.

Outra perspectiva teórica, em relação ao federalismo, pertinente ao tema em questão é a divisão entre federalismo competitivo e cooperativo. Segundo Franzese e Abrucio (2009, p.26) “o padrão competitivo caracteriza-se por uma distribuição de competências entre os níveis de governo, baseada na divisão de responsabilidades por área de política pública”. Nesse sentido, há maior autonomia entre os entes, inclusive na

capacidade arrecadatória e definição de gastos, e uma possibilidade de que haja menos investimento em políticas sociais pelos entes, por receio de atrair novos beneficiários, o que a literatura chama de *race to bottom*. Os Estados Unidos da América são tomados como o país com característica competitiva mais acentuada, em função do alto grau de autonomia entre os entes, gerando certa dualidade nas iniciativas estatais.

Por outro lado, “no padrão cooperativo, as instituições políticas incentivam os atores territoriais a colaborarem, dividindo os poderes entre eles funcionalmente e prevendo tarefas a serem executadas conjuntamente” (Franzese e Abrucio, 2009, p.27). Geralmente ocorre por meio de normativas que regulamentam as atribuições compartilhadas, bem como a forma de rateio da receita arrecadada geralmente de forma mais centralizada ou equalizada entre os entes. Segundo os autores, a Alemanha é reconhecidamente uma federação cooperativa, com sistema de compensações financeiras e fóruns de coordenação das políticas públicas que parecem superar as críticas de que a cooperação gera empecilhos ao desenvolvimento das políticas, em função da complexidade das decisões e dos diversos atores e instâncias com poder de veto.

### **Federalismo no Brasil**

No caso brasileiro, tem sido recorrente a análise de 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, sendo que 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 e Abrucio, 2009).

Em termos legais, a divisão constitucional de atribuições imprime um caráter preponderantemente cooperativo, com designação de diversas áreas em que há competências compartilhadas entre União, estados e municípios. Entretanto, a falta de regulamentação posterior da concretização desses compartilhamentos deixou vários setores com áreas nebulosas especialmente entre responsabilidades de formulação e execução de políticas. Assim, estados e municípios estão autorizados, mas não obrigados a implementar políticas e podem decidir entre adotar agendas federais ou criar suas próprias agendas, inclusive em setores das políticas sociais.

Além disso, segundo Franzese e Abrucio (2009), o processo de descentralização de recursos e mesmo de queda de orçamento disponível em função do grande aumento de municípios pós-constituição, demandou meios de aumentar a arrecadação local. Esse processo gerou iniciativas que se enquadrariam mais no espectro competitivo e criou um certo jogo de empurra entre os entes, em relação às responsabilidades especialmente de financiamento das políticas sociais.

Soma-se a esse cenário, conforme análises de Arretche (2004), as limitações na regulamentação de sistema arrecadatório mais descentralizado e equilibrado entre os entes. A autora ressalta que as mudanças no padrão arrecadatório nos momentos de descentralização se deram, não devido a maior autonomia dos entes locais para definir sobre sua arrecadação, mas sim em mudanças nas alíquotas. Assim, criam-se empecilhos para o desenvolvimento da capacidade local, tanto para arrecadação propriamente, quanto para gestão das políticas de forma mais ampla. Esses elementos ampliam a desigualdade

financeira, administrativa e operacional entre as diversas regiões e realidades do país, gerando condições muito diferentes para o desenvolvimento das políticas públicas (Lima, 2013).

Diante deste cenário e em busca de legitimação, a União adota postura de coordenação<sup>3</sup> das políticas em âmbito nacional, mas garantindo a execução por meio dos entes locais. A atuação da União 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). Como consequência, conforme Franzese e Abrucio (2009, p.33):

“Ao mesmo tempo em que, em um primeiro momento, a União se mostrou fortalecida, estabelecendo padrões e programas nacionais aos quais estados e municípios devem se conformar, o resultado dessa ação no tempo foi a concretização da diretriz constitucional de descentralização de políticas públicas, fortalecendo principalmente os municípios. ”

No campo 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, e, atrelada ao movimento municipalista, houve grandes tensionamentos para garantir maior autonomia

---

<sup>3</sup> Segundo Abrucio (2005, apud Lima, 2013) pode-se definir coordenação como: “formas de articulação (interação, compartilhamento e decisão conjunta), que resultam na instauração de parcerias aprovadas pelas diferentes esferas governamentais, em diferentes setores das políticas públicas. ” (...) “Diversos mecanismos possibilitam a coordenação de políticas: instrumentos legais e normativos voltados para a distribuição de funções e competências gestoras; instâncias federativas e mecanismos de negociação intergovernamental; funcionamento regular das instituições representativas; papel coordenador e/ou indutor do governo federal/estadual. ” (p.75).

aos gestores locais na definição das políticas de saúde, o que reforçou, por outro lado, uma diminuição da atuação dos estados. Dessa forma, tanto em função dos tensionamentos, quanto de iniciativas do próprio governo federal em busca de legitimação, o processo se deu de forma que não apenas a execução fosse descentralizada, mas também a gestão das políticas (Franzese e Abrucio, 2009).

Assim, após período inicial em que houve certa nebulosidade entre as atribuições e a própria instituição do sistema efetivamente, as Normas Operacionais Básicas (NOB), iniciadas em 1991, foram os instrumentos normativos que começaram a dar concretude à organização e funcionamento do SUS. Atrelado às NOBs, iniciou-se o processo de transferências financeiras vinculadas, o que foi considerado um elemento fundamental para a coordenação do governo federal de políticas com pretensão de abrangência nacional, considerando a ausência de imposição constitucional (Jaccoud e Vieira, 2018). A partir das NOBs, seguidas pelo Pacto pela Saúde - composto pelo Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006a e 2006b), e das transferências vinculadas que se deu, cada vez de forma mais intensa, a adesão de governos locais ao SUS e aos programas e ações propostos pela União. Reforçou-se, assim, por um lado, o papel da União na formulação e coordenação do Sistema e por outro a atuação dos municípios na execução.

Diante desse fortalecimento duplo, há necessidade de estabelecimento 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 (Ministério da Saúde), 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. Segundo Franzese e Abrucio (2009), essa construção não foi algo natural ou intrínseco, mas uma inovação criada no campo da saúde e que gera efeitos na organização federativa brasileira, para além do setor.

Entretanto, considerando que seja a coordenação um fator decisivo para a implementação de políticas públicas (Jaccoud e Vieira, 2018) e ainda que as CIBs e CIT tenham papel fundamental na gestão atual do SUS, não são suficientes para a gestão compartilhada do SUS em toda a sua complexidade. Conforme aponta Lima (2013), em propostas para qualificação do SUS diante dos desafios postos pelo desenvolvimento atual do sistema, é necessária a elaboração de instrumentos de cooperação em âmbito horizontal, por exemplo, viabilização de formas diversificadas de consórcios, bem como de coordenação em âmbito vertical, ou seja, entre União, estados e municípios, como são as normativas.

Para Radin (2010), historicamente houve necessidade de maior desenvolvimento e diversificação de instrumentos para a gestão intergovernamental, na medida em que as políticas se tornaram mais complexas, diminuindo as fronteiras entre si e ampliando as demandas por ações intersetoriais. Além disso, houve aumento da interdependência nas relações entre os atores, seja entre os níveis de governo, seja com atores como entidades privadas ou sociedade civil. É o que ocorre na prestação de serviços terceirizados, por exemplo, que envolve tanto a atuação do setor público na regulação, quanto os prestadores e os usuários do serviço, com interesses diversos.

O autor retoma ainda as mudanças nas relações de gestão baseadas apenas na hierarquia, ou seja, no poder de comando geralmente atribuído aos entes federados mais centralizados, com instrumentos que operam nessa lógica, passando para decisões compartilhadas, não impositivas. Assim, ganham destaque as habilidades de negociação e de

comunicação entre os atores, incluindo as ações e instrumentos para empoderamento dos entes locais e atores extragovernamentais. Surge aí também como um instrumento a noção de “rede temática”, ou seja, grupo de diferentes atores autônomos, com diferentes níveis de compromisso e dependência (Hecló, 1979, apud Radin, 2010).

Ainda que tenha havido tendência de criação de instrumentos voltados para relações mais diversas e participativas, persistem aqueles com características mais diretivas. Podemos situar, por exemplo, nas políticas de saúde, as normativas e financiamentos condicionados, como ferramentas impositivas e, por outro lado, o fornecimento de informações e fóruns, como colaborativas.

### **A implementação de políticas públicas**

Na história do desenvolvimento científico no campo das Políticas Públicas (PP), a perspectiva do alto modernismo ou racionalismo prevaleceu em grande medida, sendo que até hoje constitui parte significativa do campo de análise da formulação de PP. Segundo essa leitura, partindo da perspectiva de que os “problemas nas políticas eram questões técnicas, que seriam resolvidas com uso de conhecimento específico” (Goodin et al, 2006, p.04, em tradução própria), as PP seriam objeto de decisão e trabalho de analistas que definiriam os melhores modelos e implementariam.

Essa visão permanece em determinados nichos teóricos e práticos, como, por exemplo, as consultorias realizadas por entidades como o Fundo Monetário Internacional (FMI). Entretanto, cientistas sociais começaram a perceber limites na elaboração e implementação das políticas e colocar em questão essa perspectiva tecnicista vigente, especialmente na medida em que os objetos de PP passam a se complexificar e entrar em campos de maior disputa política, social ou econômica. Nesse sentido, os estudos sobre implementação passam a evidenciar que

nenhuma PP é executada exatamente da forma como foi elaborada (Hill e Hupe, 2002; Arretche, 2002; Pires, 2009; Lipsky, 2010).

Em um estudo sobre diferentes abordagens sobre a implementação, Hill e Hupe (2002) apresentam autores e seus principais achados. Após resgate sobre os trabalhos iniciais no campo, notadamente com Pressman e Wildavsky (1973, apud Hill e Hupe, 2001) no livro nomeado como “Implementação”, pode-se destacar, destes mesmos autores, a afirmação de que iniciativas devem ser adotadas para que haja maior aproximação entre os atores e instituições envolvidos para que a implementação ocorra de forma mais condizente com a elaboração. Já Van Meter e Van Horn (1975, apud Hill e Hupe, 2001) consideram que devem ser observados fatores intervenientes na implementação como a presença de maior ou menor nível de mudanças que serão causadas pela ação, ou ainda o nível de consenso entre os atores envolvidos. Nessa mesma linha dos elementos que interferem nos resultados da implementação, Sabatier e Mazmanian (1986, apud Hill e Hupe, 2001) partem dos trabalhos anteriores, tornando-os um pouco mais complexos a partir de questões como: quais seriam as principais variáveis afetando os resultados e impactos da política, do ponto de vista dos diferentes atores envolvidos ou quais foram as reformulações realizadas com o tempo.

Ainda que os estudos sobre o chamado elo perdido ou caixa-preta da implementação sejam, de certa forma, críticos às ideias de produção cíclica ou racionalista, iniciam por uma perspectiva que mantém certa verticalidade na produção de PP. Ou seja, reconhecem a existência de um longo trajeto entre o desenho original e a oferta ao público-alvo, que envolve momentos de reinterpretação de objetivos e redirecionamento de ações, entretanto, ainda se baseiam em direção hierárquica de cima para baixo, ou *top-down*, da formulação para a implementação (Lotta et al., 2014). Partindo dessa abordagem, portanto, os estudos devem focar na busca de entendimento dos fatores que dificultam a execução conforme planejado.

Apenas uma segunda geração de estudos da implementação é que inicia uma abordagem *bottom-up* (base para o topo), que considera a interação da execução com a formulação, em detrimento das análises *top-down*. Destaca-se, nesta abordagem, Michael Lipsky (2010), que parte da seguinte perspectiva: ainda que haja grande esforço em busca da formulação ideal das políticas, a implementação se dará com base na interpretação e adaptações feitas em sua concretização. Esta literatura consolidou 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 de burocracia, não se restringindo a debates e dinâmicas políticas mais amplas.

Parte importante dessas análises está focada nos implementadores, ou seja, aqueles atores que de alguma forma atuam entre a elaboração inicial da PP e sua entrega, e que, portanto, interferem, intencionalmente ou não, no produto final. Ainda que inicialmente não tenha recebido tanta importância na produção científica do campo, atualmente há farta literatura sobre essa discricionariedade dos implementadores envolvidos na execução final da PP, a também chamada Burocracia de Linha de Frente. (Pires, 2009; Lipsky, 2010; Lotta, 2012; Luhmann, 1964, apud Pires et al. 2017). Assim, segundo Lipsky, “as decisões dos burocratas de nível de rua, as rotinas que eles estabelecem e os artificios que eles inventam para lidar com as incertezas e as pressões do trabalho acabam se transformando nos serviços públicos que eles são responsáveis por executar” (1980, p.12, apud Pires, 2017).

Seguindo nesta perspectiva, outro elemento que dificulta o seguimento das políticas de forma mais próxima ao previsto na elaboração é a própria existência excessiva de regras. Com tantas regras e normatizações e que, além de grande quantidade, são modificadas com certa brevidade é praticamente impossível ao burocrata agir sem certa priorização e discricionariedade, especialmente aqueles que estão diretamente em contato com os beneficiários das políticas.

Complementarmente, Luhmann (1964, apud Pires et al., 2016), destaca o conceito de “ilegalidades necessárias”, ou seja, a atuação do burocrata produzindo pequenos desvios, adaptações em relação à formalidade da PP, para que ela se ajuste ao contexto real, dessa forma, levando a certa imprevisibilidade na execução da política. Assim, a busca de equilíbrio entre a flexibilidade, por um lado, e a padronização, por outro, é um ponto crítico na evolução das PP.

Outra abordagem do campo de análise de políticas que apresenta questões pertinentes ao tema das especificidades locais diante de normativas gerais é a governança experimentalista. Conforme autores expoentes desta abordagem, Sabel e Zeitlin (2012), a governança experimentalista baseia-se na ideia de que a formulação e normatização devem estar baseadas na experiência da implementação em diferentes contextos.

Segundo essa abordagem, mesmo as teorias que poderiam ser agrupadas no espectro *bottom-up*, ou seja, aquelas que consideram que será o nível de implementação da política o que de fato definirá como ela será (Lipsky, 2010), mantêm-se presas às concepções de que há origens, objetos, finalidades e interesses envolvidos nas Políticas Públicas claramente definidos a priori. Conforme as análises de Sabel (2004), considerando os atores da sociedade civil como principais<sup>4</sup>, toma-se em algumas teorias, como se eles soubessem quais são as demandas de políticas que responderão aos problemas coletivos a serem demandados aos agentes (burocratas, políticos). Entretanto, o que as análises contemporâneas evidenciam, segundo o autor, é que não há definições precisas nem nos elementos relacionados às políticas, nem no que se refere à atuação de agentes e principais.

---

<sup>4</sup> Segundo Sabel (2004), a teoria do agente e principal, resumidamente, considera da existência de uma relação entre dois atores políticos, o principal, aquele que define objetivos, e o agente, aquele que opera para que os objetivos sejam alcançados, sendo que cada ator possui também seus interesses próprios que podem gerar desvios ou modificações no que seria uma relação única de direcionamentos ou definições. Exemplos dessa relação podem uma chefia, em uma empresa e os seus empregados, ou os eleitores, em uma democracia, e os seus representantes eleitos.



Nesse sentido, a essência dessa abordagem é a revisão de conceitos como centro e linha de frente, atrelados respectivamente aos processos de formulação e implementação. Assim, o papel do centro deixa de ser apenas o de “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 e Zeitlin, 2012, p 8). Reforça, com isso, as críticas às análises feitas com base no ciclo de produção de políticas, em que haveria uma sequência unidirecional e em etapas bem demarcadas iniciando pela definição de agenda, elaboração, implementação e, por fim, avaliação. E vai além, colocando em questão ainda a perspectiva *bottom-up*, que já seria uma crítica da visão cíclica, mas que mantém ainda alguma divisão entre supostos formuladores ou supostos implementadores.

A governança experimentalista, dito de outra forma, não adota a perspectiva de separação total entre meios e fins ou entre formulação e execução, nem a de total fusão entre esses elementos, mas baseia-se na redefinição recíproca entre objetivos e meios, considerando a heterogeneidade dos cenários. Nas palavras do autor: “Experimentalist governance can be understood as a machine for learning from diversity. (...). There, local units face similar problems and can learn much from each another’s efforts to solve them” (p. 12, Sabel e Zeitlin, 2012).

Considerando esses elementos mencionados, as análises sobre a implementação tornam-se ainda mais complexas quando são considerados os fatores intervenientes em programas com diretrizes federais para execução local. Nesses casos, não há apenas a incontornável distância abstrata entre o que é formulado e o que é implementado, como há ainda uma distância concreta entre esses dois processos, em que mudam contextos, atores, arranjos institucionais, capacidade estatais. Conforme ressalta Lotta (2012, p. 4):

“Envolve uma série de particularidades com relação ao processo de formulação-implementação, especialmente por incluir diferentes entes federativos, distintos atores com poderes

específicos de tomada de decisão e uma relação diferenciada entre os usuários e os burocratas implementadores.”

Na mesma linha, Renata Bichir (2011), em sua tese sobre mecanismos federais de coordenação de programa federal, no caso, o Programa Bolsa Família, destaca aspectos da execução local. Ressalta que a implementação não é afetada apenas pelo desenho federal da política ou programa, mas também pelas condições locais, como as capacidades institucionais disponíveis (recursos humanos, infraestrutura, capacidade de gestão e articulação entre políticas e serviços) e o interesse político de maior ou menor coordenação.

Por fim, aproximando-se do tema deste trabalho, a relação entre homogeneização de funcionamento dada por programa federal e às necessidades de adaptações para as condições locais na implementação de políticas também foi tema do trabalho de Lício (2012), a partir do caso do Programa Bolsa Família (PBF). A autora analisou os processos de centralização de descentralização ocorridos durante a implementação do Programa, colocando em questão a teoria de recentralização do federalismo brasileiro (Arretche, 2007 apud Lício, 2012), que toma o PBF como exemplo importante de atuação hierárquica a partir do governo federal. Ilustrando com diferentes etapas e situações no PBF, considera que as relações intergovernamentais variam entre arranjos mais ou menos centralizados como parte de um processo de coordenação federativa e não como resultado, que se deu em um movimento crescente de autonomia e barganha por parte dos entes.

Neste estudo, considerou-se o federalismo como contexto, pano de fundo, uma vez que não são propostas novas perspectivas nesse âmbito. Parte-se do pressuposto de que este contorno existe, e, portanto, é inevitável levá-lo em conta quando se estuda a produção de políticas no Brasil.

Buscou-se resgatar a perspectiva de Obinger et al. (2005) de que não é

apenas o fato de ser uma federação que determinará as relações entre os entes, mas aspectos históricos de constituição desta federação, desenvolvimento das próprias políticas setoriais. Considerando ainda as análises das especificidades brasileiras feitas por Arretche (2004), Francese e Abrucio (2009), conclui-se que não é possível uma leitura automática das consequências do federalismo, especialmente no sentido de restrição ou avanço, na produção de políticas públicas.

Ainda que considerado uma federação majoritariamente cooperativa, o Brasil apresenta peculiaridades que apontam, em certas situações para grande competitividade entre os entes, especialmente nas questões arrecadatórias. Por outro lado, em outras situações, a coordenação exercida pela União, por meio de instrumentos como financiamento, normativas ou comissões, tem grande peso na disseminação de ações e políticas em âmbito nacional, produzindo certa unicidade, mesmo que em contextos tão diversos. Assim, como demonstrado nos estudos já realizados sobre o Melhor em Casa (Oliveira Neto, 2016; Meloni; 2015) e sobre o Bolsa Família (Bichir, 2011; Lício, 2012; Jaccoud et al. 2018), essa ação coordenada gerou desfragmentação, ampliação e disseminação das ações.

Já no campo de estudos da implementação, como afirmam Pires et al. (2010), a literatura lança luz sobre um “longo itinerário entre decisões, produtos e resultados – isto é, o universo de atividades intermediárias de execução de políticas e programas” (pg. 669). Inicialmente tem-se as abordagens *top-down* que direcionam análises para a busca das dificuldades ou diferenças na realização da ação em relação ao que foi elaborado. A seguir, as abordagens *bottom-up*, apontando que o resultado será inevitavelmente diverso do elaborado, em função das interpretações, adaptações e subversões desencadeadas pelos implementadores. Por fim, abordou-se a governança experimentalista, a qual questiona as divisões entre o que é formulação e o que é implementação e principalmente que haja uma clareza total de objetivos

e resultados das ações e políticas por parte de quaisquer dos atores envolvidos, apostando na interação e reconstrução constante. Apesar das diferenças, todas as abordagens evidenciam que o olhar sobre contexto, atores e processos envolvidos na execução de políticas públicas é fundamental para as análises sobre sua produção e resultados.

Assim, quando se aprofunda o olhar na implementação, nas diversas realidades brasileiras, das políticas que foram elaboradas no âmbito da União, amplia-se a necessidade de compreender o que ocorre neste processo desde a formulação da política pública até a sua concretização. Analisar um programa com estas características, como pretendido neste trabalho, pode dar pistas dos elementos constituintes deste processo.

### Capítulo 3 - Percurso metodológico

Conforme referido na introdução, é uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de estudo de caso, com uso de entrevistas com atores-chave. Segundo Minayo (2012, p.623), é importante “ir a campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto para questioná-las. É preciso imergir na realidade empírica na busca de informações previstas ou não previstas no roteiro inicial”. Dessa forma, a pesquisadora buscou registrar de forma sistematizada as informações e análises acerca do caso, e, a partir disso, elencar hipóteses ou antecipações de situações que serviram de molde para a definição de cenários que deveriam ser investigados, por meio da entrevista aos(às) coordenadores(as).

Essa definição inicial dos municípios e conseqüentemente, dos entrevistados, se deu conforme a proposta de Trost (1986) de amostra estratificada não representativa estatisticamente. Segundo essa proposta, em amostras pequenas para estudos qualitativos, sem pretensão de generalizações estatísticas, a definição de atores 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 e que podem ser condicionantes das situações resultantes.

Foram entrevistados atores-chave que acompanharam esse processo de implementação (manutenção, adequação ou criação) de um serviço local em função da adesão a um programa com diretrizes federais. Esses atores, em alguns casos, são os(as) atuais coordenadores(as) dos Serviços de Atenção Domiciliar e, em outro, os(as) que estavam no período de adesão ao Programa Melhor em Casa. Foram identificados(as) com base em algum registro, como autoria de publicação técnico-científica, ou registro em documentos dos espaços

e por conveniência, com base na definição das características que os municípios deveriam representar.

No caso em análise, a partir da experiência da pesquisadora na gestão do serviço nos níveis municipal e federal, de forma antecipatória, foram estabelecidas algumas categorias que buscaram representar diferentes cenários de municípios no processo de implementação dos SAD. Nesse sentido, presumiu-se, hipoteticamente, que haveria resultados diferentes entre os municípios que possuíam serviços semelhantes e que tiveram representantes que participaram da construção do programa nacional e os que não participaram, sendo que os primeiros tenderiam a ter menor resistência e menores transformações, dado que já teriam colocado suas questões no âmbito da formulação. Os últimos, diferentemente, tenderiam a apresentar as maiores resistências e necessidades de adaptações, visto que o programa formulado pode ter sido muito diferente do serviço previamente existente. Por fim, os municípios que não possuíam serviços e 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.

Assim, o delineamento para composição da amostra se deu considerando as seguintes categorias ou variáveis:

1. Município que já possuía equipes/serviço de atenção domiciliar antes do programa federal e que participou da construção da normativa federal (M1);
2. Municípios que já possuíam equipes/serviço de atenção domiciliar antes do programa federal e que não participaram da construção da normativa federal (M2);
3. Municípios que não possuíam equipes/serviço de atenção domiciliar antes do programa federal e aderiram à nova normativa federal (M3).

Em relação aos elementos contextuais que podem ser condicionantes dos resultados, foi considerado o porte populacional do município. Entende-se que estão atrelados à densidade e ao grau de complexidade da demanda para o serviço, bem como a maior orçamento, por isso, pode gerar diferenças significativas na implantação da Atenção Domiciliar. Como diferenciador foi considerada a própria normativa inicial que definia uma restrição da adesão ao SAD para municípios com mais de 100 mil habitantes e a posterior abertura para os menores. Assim, foram considerados de grande porte (GP), municípios com 100 mil habitantes ou mais e de pequeno porte (PP), os com população até 99.999 habitantes.

Vale mencionar que durante a preparação da pesquisa ainda se vislumbrou outra categoria: a existência prévia ou não de público-alvo definido nos serviços prévios à adesão ao Melhor em Casa. Esta, no entanto, foi descartada como categoria prévia, uma vez que, além da dificuldade de delimitar claramente o que era a (in)existência de público-alvo em cada município, não seria viável a obtenção de um exemplar de cada uma das combinações de todas as variáveis.

Considerados esses fatores de variação, constituiu-se o seguinte quadro de composição, para o qual buscou-se ao menos um representante de cada para a realização das entrevistas:

**Quadro1** - Composição de amostra estratificada não representativa estatisticamente.

	Possuíam SAD + criação da normativa (M1)	Possuíam SAD (M2)	Aderiram ao programa (M3)
Grande porte (GP)	M1 GP – 1 município	M2 GP – 2 municípios	M3 GP – 1 município
Pequeno porte (PP)	Município inexistente nessa categoria	M2 PP – 1 município	M3 PP – 1 município

Fonte: autoria própria

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado (Anexo I) adaptado aos diferentes grupos. Foram realizadas seis entrevistas, com duração média de aproximadamente

37 minutos, tendo a menor durado 29 e a maior, 43 minutos. Três dos(as) entrevistados(as) permanecem como coordenadores(as) do PMC em seus municípios e três já não exercem mais a função e, ainda, em cinco a gestão do PMC é municipal e em uma, é estadual<sup>5</sup>. Das seis entrevistas, cinco foram realizadas por intermédio de programa de videochamada pela internet (Skype®) e uma presencialmente. Todas foram, após permissão dos(as) convidados(as), audiogravadas e posteriormente transcritas para identificação de conteúdos a serem explorados em confronto com o aporte teórico. Apenas uma categoria não foi preenchida, uma vez que, conforme as informações obtidas, não havia município de pequeno porte participando dos espaços de discussão que produziram a normativa federal.

A análise do conteúdo foi feita com uso de metodologia estruturada para identificação de temas emergentes e frequentes, tendo como base as antecipações produzidas pela experiência da pesquisadora, juntamente com o levantamento de referencial bibliográfico. Foi utilizado o programa Atlas.ti 8® para organização e codificação dos trechos destacados das entrevistas, o que facilitou a compilação e análise do material e posterior utilização de citações no texto.

Como auxílio para a análise qualitativa do material foi utilizada a “*grounded theory*” (Charmaz, 2006) ou teoria fundamentada em dados (TFD), ainda que não seja um estudo embasado integralmente na TFD, pelo entendimento de que não se tratava de campo novo ou pouco explorado. Segundo Charmaz (2006), a codificação é a base para fazer interpretações analíticas do material bruto. Diferentemente da TFD, entretanto, a codificação neste caso não partiu do material exclusivamente, mas sim do roteiro elaborado para a entrevista e das categorias previstas antecipadamente, considerando ainda o material produzido nas

---

<sup>5</sup> Neste caso, trata-se de situação, prevista na portaria regulamentadora, em que a gestão do PMC, no município em questão, é realizada pelo gestor estadual (Secretaria Estadual de Saúde). A abrangência do programa é municipal, e os objetivos e regimentos são os mesmos de quando a gestão é municipal, sendo o diferencial apenas o recebimento do financiamento federal, bem como a operacionalização do serviço, os quais cabem ao estado. Em função da atuação prioritária dos estados na média e alta complexidade e portanto, na gestão de hospitais, algumas experiências prévias eram geridas por estados, entretanto, são poucos os municípios com gestão estadual do PMC.



entrevistas. Foram identificados 22 códigos que serviram para destacar excertos com conteúdos recorrentes ou mesmo os que apareceram poucas vezes, mas que possuíam grande relevância no cenário descrito. Assim, não foi dado maior valor para um conteúdo apenas por sua repetição entre as entrevistas, mas sim por sua qualidade ou identificação de elemento novo.

O fato de não haver definição de uma única hipótese a ser verificada no estudo, mas sim de algumas antecipações, bem como o referencial das próprias noções da TFD propiciaram que o estudo fosse ganhando novos contornos, a partir do seu desenvolvimento. Assim, as análises apresentadas no capítulo cinco, com destaque para as questões sobre os usos ambivalentes da normativa federal – norma como arma e amarra –, emergiram do próprio trabalho de revisão dos resultados das entrevistas.

Por fim, uma questão fundamental a ser considerada, especialmente na pesquisa qualitativa, são os aspectos éticos. Estudos de caso geralmente lidam com situações que, apesar de serem de interesse público, podem envolver informações, conhecimentos que não são públicos ou mesmo devem ser publicizados da forma que foram apropriados pelo estudo, sob pena de exporem pessoas de modo prejudicial (Flick, 2014). Dessa forma, é muito importante se atentar e contemplar estritamente as questões éticas emergentes no estudo, como, dentre outras, quais são as perspectivas e interesses próprios do pesquisador em relação ao estudo; limites entre necessidade de registrar as informações de pessoas envolvidas e o cuidado com possíveis excessos de exposição; possíveis interpretações equivocadas.

O fato de a pesquisadora ser também trabalhadora vinculada à gestão da política em questão gerou questões significativas neste aspecto, por não se poder falar em uma pesquisadora isenta de expectativas. Além disso surgiram outros desafios ou especificidades em função desta situação potencialmente gerar tanto restrições nas informações obtidas, por exemplo, por receio dos entrevistados em relação a avaliações ou julgamentos, quanto, de outra

forma, permitir informações mais aprofundadas pelo contato cotidiano e diversificado com o tema.

Assim, alguns procedimentos foram adotados para evitar fragilidades e danos. Inicialmente, foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) a todos(as) os(as) entrevistados(as) para leitura e assinatura e, após, esclareceram-se os objetivos do estudo de forma que possíveis dúvidas fossem abordadas e que a participação se desse da forma mais esclarecida e confortável possível para o(a) entrevistado(a). Todos os cuidados foram tomados para preservar o anonimato dos(as) participantes, incluindo o uso de códigos para a referência aos municípios, o que foi utilizado mesmo quando o(a) entrevistado(a) se referia nominalmente ao seu município. Além disso, o material coletado foi submetido aos entrevistados para apreciação. Por fim, contou-se ainda com as análises de orientador e avaliadores para auxílio com possíveis questões não percebidas pela pesquisadora.

Cabe ainda ressaltar que, por se tratar de estudo qualitativo, há relevante presença de aspectos subjetivos, tanto no que se refere à definição de entrevistados e questões abordadas na entrevista, quanto nos elementos destacados para formulação das hipóteses. Ainda assim, como forma de propiciar análises semelhantes ou mesmo de continuidade deste estudo, tanto as transcrições e codificações das entrevistas, quanto os materiais resultantes da consulta a documentos e mídias ficarão guardados em acervo da pesquisadora, por cinco anos, e poderão ser cedidos, mediante solicitação e consulta aos entrevistados, para fins semelhantes.

## **Capítulo 4 – Relatos sobre o encontro de um programa federal com realidades locais**

Conforme descrito na metodologia, essa pesquisa partiu das hipóteses ou antecipações, como preferimos chamar, de que diferentes cenários de desenvolvimento de uma política pública gerarão diferentes desafios e resultados em sua implementação. Nesse sentido, partimos para o campo, ou seja, as entrevistas, guiados por olhar que buscava diferenças e marcas distintas maiores do que de fato encontramos.

A seguir, serão detalhados esses cenários, os resultados das entrevistas, bem como as análises que surgiram a partir da combinação entre esses cenários e as lentes teóricas e expectativas que guiaram a pesquisa. As antecipações e desenho metodológico inicial levaram à produção de blocos temáticos principais: a situação prévia a adesão ao PMC, aqui chamada de “Como (não) era realizada a Atenção Domiciliar antes do Programa Melhor em Casa”; a adesão ao Programa Melhor em Casa, abarcando a forma como se deu a adesão e implementação inicial, com foco nas facilidades e dificuldades neste processo e resultados identificados; e a avaliação da normativa federal e adaptações, ou seja, como esses atores percebem a normativa e sua relação com as diferentes realidades. Iniciadas as entrevistas foi identificado mais um tema emergente, que foi referente à própria atuação dos(as) coordenadores(as). Um quadro síntese com exemplos dos excertos, organizado nestes temas e cenários encontra-se no Anexo III.

No que se refere aos cenários, iniciando pelo primeiro, é representado pelo município M1GP, que conforme anteriormente descrito, trata-se de um município que já possuía um serviço de atenção domiciliar, ou seja, uma equipe específica para realização de AD e que, além disso, participou ativamente da elaboração da normativa federal que criou o Programa Melhor em Casa (PMC). No caso concreto, 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 impulsionou a criação da normativa federal.

O segundo cenário, municípios que já possuíam serviços ou equipes de atenção domiciliar, mas não participaram da construção da normativa federal, serão aqui abordados como grupo M2. Foi constituído por dois municípios de grande porte, identificados por M2GP, um da região Norte e um do Sudeste, e um município de pequeno porte, M2PP, também da região Sudeste.

Por fim, um terceiro cenário proposto é o de municípios que não possuíam serviços ou equipes de AD e que aderiram ao PMC, sendo aqui identificados como M3. Neste grupo, foi entrevistado representante de um município de grande porte, nomeado aqui como M3GP, também da região Sudeste e outro de pequeno porte, M3PP, da região Nordeste.

### **Como (não) era realizada a Atenção Domiciliar antes do Programa Melhor em Casa**

Conforme descrito nas páginas iniciais desse trabalho, a atenção domiciliar surgiu como uma prática de cuidado, no cotidiano de serviços, gestores e trabalhadores de saúde, antes mesmo de haver uma grande conceptualização a seu respeito. Assim, algo que é comum às diferentes realidades acessadas por meio das entrevistas, é a identificação da existência da demanda para AD. Mesmo considerando a diversidade entre os municípios, todos(as) os(as) entrevistados(as) mencionaram a necessidade de oferta de cuidado às pessoas que não podiam ir aos serviços de saúde, ou mesmo àquelas que, estando em um serviço, poderiam ter cuidado mais adequado se estivessem em seu domicílio.

Assim, podemos ver essa identificação em todos os municípios, como os exemplos a seguir:

“Em 95, M1GP começou com uma iniciativa, na época não tinha uma cobertura de ESF, porque também foi logo quando começou a ESF e o município demorou a implantar essas equipes. Mas nós já tínhamos uma demanda muito grande de pacientes

restritos ao leito, acamados e que as equipes de atenção básica não davam conta (M1GP)”; e  
 “AD que existia no município era feita por essas equipes só (...) Só o ESF mesmo e casos um pouco mais complexos eles sempre encaminhavam pro hospital (M3PP).”

Além disso, em função de ser uma prática com pouco subsídio teórico prévio, é comum também as falas de que o aprendizado, as respostas e adaptações foram feitas com o próprio desenvolvimento do serviço: *“A gente foi descobrindo muitas coisas nessas conversas, nesses planejamentos que a gente fazia de envolver toda a equipe no trabalho”* (M1GP); *“Fazendo, aprendendo, trabalhando, ia construindo. Os nossos próprios pacientes, a gente ouvia e ia construindo. Claro que a gente pesquisava, via o que já tinha nos serviços privados e ia adaptando para o público”* (M2GP).

Já os aspectos como composição de equipe, diretrizes de funcionamento do serviço, demanda, são diferentes em cada cenário e, portanto, serão a seguir destacados.

### **Cenário 1**

Partindo da leitura da demanda existente, as reações de cada gestão local para a demanda produziram diferentes respostas. O município do primeiro cenário foi o que produziu a resposta mais robusta em termos de estruturação, objetivos e diretrizes de funcionamento do serviço, ainda que a consolidação do serviço só tenha ocorrido com o passar dos anos, em especial após a adesão ao PMC. Segundo a entrevistada do M1GP:

“Criamos um serviço que se chamava Médico do Bairro. Então era uma ambulância com um médico, um fisioterapeuta, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e esse serviço tinha o objetivo de prestar atendimento para esses pacientes. Mas claro que uma equipe passando em todo o município não dava conta né, as visitas ficavam com tempo muito espaçado uma da outra e não tinha como prestar esse cuidado. E aí fomos pensando de que maneira poderíamos estruturar isso.”

Não surpreendentemente, visto que é o município que atuou ativamente na construção da normativa federal, possuía equipe e diretrizes de atuação muito semelhantes ao que posteriormente surgiu como PMC:

“Já era um dos objetivos tirar o paciente da porta da emergência e pacientes que ocupavam leitos de forma desnecessária.” (...) “A gente conseguiu nesta área de abrangência do projeto-piloto ter esse resultado de diminuir o número de internações nesse grupo pequeno. E nós fomos documentando isso, escrevendo e sempre apresentando para o gestor municipal. E olhando sempre para outras experiências de municípios...”

“Nós trabalhamos, desde o início, com uma escala de elegibilidade. Porque a gente entendia que nosso trabalho não era de sobrepor ao saúde da família e também não era atender todos os acamados.” (...) “Em relação ao acompanhamento, tinha plano de cuidados, desde o início, mesmo sem ter o conhecimento técnico do PTS, a gente já elaborava diretrizes com participação de toda a equipe (M1GP).”

Os maiores desafios se davam em relação ao financiamento e sustentabilidade das ações, visto que dependia inteiramente dos recursos municipais, por não haver nenhuma iniciativa das gestões estaduais ou federal, na época. Esse pode ser considerado um grande diferencial em relação ao período pós-adesão ao programa federal, uma vez que o financiamento foi referido como fundamental para a consolidação. A seguir os relatos da coordenadora sobre essa situação de instabilidade:

“Mas aí encontramos a grande dificuldade do recurso, pois era um recurso que dependia exclusivamente do município, dos recursos livres do município. E como começamos a atender pacientes com uma complexidade maior também o custo não era tão barato”. (...) “A gente tinha uma luta muito grande porque a cada início de gestão, a cada planejamento municipal nós tínhamos que fazer um movimento muito grande no município (M1GP).”

Para contrapor-se a essa instabilidade da gestão, a coordenadora refere a iniciativa de buscar apoio junto à comunidade, bem como menciona uma associação de cuidadores, que atuou também em defesa do serviço.

“Assim, convidar os usuários, os cuidadores para participarem das conferências, a gente sempre tinha que estar mobilizando a população, as lideranças, os profissionais em prol da continuidade desse serviço (...). Tinha na época [ainda antes da existência do PMC] a associação dos cuidadores no município e essa associação tinham um vínculo muito forte com a gente, então fortalecia bastante (M1GP).”

O grande destaque do cenário 1 é a atuação em relação a criação das normativas federais, ou seja, a criação do Programa Melhor em Casa. Conforme relata a entrevistada de M1GP, a percepção dos bons resultados da AD no seu município e outros com experiências

semelhantes gerou um grupo coeso, que pressionou para a criação de uma normativa federal para a AD:

“Resolvemos que a gente precisava entrar nessa luta para uma política... que o Ministério [da Saúde] precisava olhar para isso e resolvemos então convidar os coordenadores dos outros municípios para fazer uma reunião aqui. E aí a gente ligou para todos os serviços e veio acho que 10 coordenadores... E agente foi reunindo essa galera e nessas reuniões, teve a primeira a segunda, a gente decidiu fazer o Congresso Brasileiro de Atenção Domiciliar (Cobrad), onde tivemos a grande surpresa de ter a participação de 1500 pessoas do Brasil inteiro. (...) E participamos da pesquisa, a primeira que teve (...), que também fortaleceu muito, pois foi aí que a gente começou a mostrar as experiências que tinham. Em 2011, depois de todos esses anos de luta, que a gente conseguiu realmente efetivar a política específica para Atenção Domiciliar (MIGP).”

Além disso, esse grupo forneceu subsídios importantes para a formulação, a partir dos registros sobre as próprias experiências:

“Todos os encontros a gente já tentava colocar no papel o que a gente achava importante, o que a gente queria que fosse efetivado nessa política. E aí tinham experiências mais antigas, desde 92, 93... (...). Então já tinha um conteúdo muito bom dessas experiências, já mostravam um caminho bem delineado. A gente já tinha isso dessas reuniões e no 1º Cobrad acho que todos os profissionais que vieram de outras experiências acabaram trazendo um pouco disso e essa angústia do que todo mundo pensava, então ali a gente conseguiu ter um material melhor elaborado e que pudesse atender todas as demandas. E por isso que acredito que o Melhor em Casa foi uma política que contribuiu muito, porque ele partiu dessa realidade, do que a gente vivenciava, da necessidade dos usuários (MIGP).”

## **Cenário 2**

Nos municípios do cenário 2 (já possuíam serviços antes do PMC, mas não participaram da construção da normativa federal), vemos uma diferenciação, em alguns aspectos, em função do seu porte, conforme era esperado. Segundo relatam os entrevistados dos municípios maiores, a ideia de criação do serviço já emerge mais vinculada à superlotação de hospitais, por exemplo:

“A experiência de M2GP começou em 1996 da gestão local pois já tinha o entendimento de que atender pacientes do hospital em casa teria um melhor retorno. Na época tinham dois programas (...), eram programas separados, mas ambos de iniciativa do hospital (M2GP).”

Também em termos de composição das equipes prévias, há uma aproximação entre os municípios maiores, que já possuíam equipes semelhantes ao que viria a ser proposto na normativa federal:

“Em termos de profissionais, era muito parecida com a EMAD e EMAP [apesar de ser prévio à portaria que definiu essas equipes], um médico, uma enfermeira de manhã e uma a tarde, tínhamos um fisioterapeuta, duas nutricionistas, técnicos de enfermagem, e uma assistente social (M2GP).”

Já no município de pequeno porte, temos um relato de maior precariedade da equipe prévia, tanto no que se refere a sua composição, quanto da própria estruturação do serviço:

“Programa que chamava Saúde na Casa, o qual era constituído de uma enfermeira, um técnico de enfermagem de 20 horas cada, um médico, esporadicamente, e eu como fisioterapeuta. (...) Cada um fazia sua parte, cada um no seu ‘achismo’, no meu caso a fisioterapia, para aumentar ou diminuir o número de sessões, dar alta. A enfermagem a mesma coisa, aumentar ou diminuir o número de visitas, conforme elas achavam que era necessário. Nós tivemos grandes problemas com funcionários... Como a gente não tinha diretriz, não tinha metas, não tinha nada, a gente tinha problema com enfermeiros que simplesmente não iam fazer. Falavam que iam e não iam nas casas. Tinha muitos problemas com relação a isso (M2PP).”

Todos, entretanto, relatam que o serviço “*não cobria a demanda de maneira adequada*” (M2PP), o que é associado em grande parte à ausência de financiamento regular: “*Era tudo recurso próprio do município, o RH [recursos humanos] era de pessoas já concursadas pela prefeitura e os insumos eram pegos diretamente dentro da SMS [Secretaria Municipal de Saúde] de acordo com a necessidade, mas apenas do que já tinha na rede, nada específico*” (M2PP); “*Era o mínimo do mínimo. Tipo ‘eu preciso de um tensiômetro, de um glicosímetro’ a gente ia, conversava, conversava e conseguia. Mas não era assim, ‘vocês têm tanto por mês para gastar’. Era muito no diálogo e no pedir mesmo*” (M2GP).”

Outra questão era a ausência de diretrizes que definissem mais claramente a atuação do serviço: “*Tinha metas no contrato de gestão do hospital com o município, mas nunca eram cobradas. O foco era muito maior nos outros processos, como cirurgias, etc. Atenção domiciliar era só mais uma coisinha no final do contrato*” (M2GP).



Ainda, em relação à demanda, a tendência era o atendimento aos pacientes acamados que não estivessem cobertos ou atendidos por equipes de Atenção Básica, visto que neste período a própria Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda era muito insipiente. Havia, portanto, uma certa área de sobreposição ou indiferenciação entre o objetivo dos serviços.

“A gente já sabia que era o AD1 [atenção domiciliar na modalidade 1], porque a gente não dava alta, o paciente ficava anos conosco. Atenção básica era muito reduzida, então o paciente entrava no programa e ficava até morrer (...). Chegava muito paciente por demanda espontânea. Também vinha demanda das unidades básicas e das unidades de urgência, mas muito mais por demanda espontânea. (...) A gente não atendia a complexidade maior no domicílio. A gente não tinha muita comunicação com a rede, com a secretaria, com as unidades básicas de saúde e com o pronto atendimento. Não tinha monitoramento, não tinha regras, era tudo conforme a gente considerava o paciente acamado, domiciliado, e a gente cuidava desses pacientes (M2GP).”

“A ideia inicial era cobrir onde não tinha cobertura de ESF [Estratégia de Saúde da Família], pois não havia cobertura de 100% (M2PP).”

Essa parece ser uma marca importante de diferença em relação ao primeiro cenário, no qual, mesmo havendo um início semelhante ao do cenário 2, houve – no cenário 1 – reflexões e modificações do novo serviço para que tivesse diretrizes com foco diferenciado da Atenção Básica. Já no cenário 2 há a percepção da necessidade de organização de serviço direcionado aos acamados, mas não há definição clara de perfil do público-alvo.

### **Cenário 3**

Por fim, no cenário 3, composto por municípios que não possuíam serviços específicos para realizar AD antes de aderirem ao PMC, ainda que não haja detalhamento de serviço, deve-se mencionar que existia a preocupação com a demanda de pacientes acamados. Enquanto que, no município de pequeno porte, a atenção básica atendia parcialmente essa demanda: “*era só o ESF mesmo e casos um pouco mais complexos eles sempre encaminhavam pro hospital*” (M3PP), no município de grande porte, o efeito de não conseguir atender era percebido no hospital, de onde veio a iniciativa de propor alguma resposta:

“A gente tinha uma taxa de internação alta na clínica médica, porque a gente não tinha pra onde encaminhar o paciente. Como eu era gerente da clínica médica, meu grande desafio era reduzir o tempo de permanência dos pacientes, porque a gente está num município com poucos leitos de clínica médica (M3GP).”

Entretanto, a ausência de recursos estruturais e financeiros, impediu a continuidade da ação local autônoma:

“Tentamos um piloto com esse paciente. Mas só um piloto.... Porque aí a gente esbarrava em várias coisas que é a falta de financiamento. Então acabou que a gente parou com esse paciente, pois a gente teve que voltar com ele pro hospital pois a gente não tinha dinheiro pra manter ele no domicílio com atendimento (M3GP).”

Em resumo, identificam-se diferenças importantes entre os três cenários definidos para o estudo, assim como nas duas faixas de porte populacional. Por mais que essa diferença fosse esperada, dado terem sido as separações propostas no estudo, poderiam não se confirmar, por se tratar de uma antecipação. O primeiro cenário, assim, foi o que não apenas teve a experiência prévia, mas também lançou as bases para o que viria a ser o programa federal. O segundo, conforme previsto, foi o que teve mais dificuldades para se adaptar em função de já ter ação diferenciada do que viria a ser implementado. O terceiro cenário é o que parte de situação mais neutra, em termos de relação com a normativa federal, ainda que também tivesse já identificado a demanda, com grande variação entre município de pequeno e grande porte.

### **Adesão ao Programa Melhor em Casa**

Descritos os cenários prévios, passemos à adesão ao programa federal. Esse processo inclui os procedimentos de identificação de demanda, previsão de estruturação do serviço, habilitação de projeto junto ao Ministério da Saúde (no qual o gestor local se compromete a contemplar requisitos mínimos, diretrizes e objetivos do serviço) e, após aprovação do MS, a organização e funcionamento do serviço de fato.

Um primeiro elemento que pode ser destacado, e que aparece de forma relevante nos distintos cenários, é a relação com a Secretaria de Saúde que aparece, oras como incentivador, oras como obstáculo no processo de adesão. É comum também a transição entre esses dois extremos, em função das mudanças frequentes de gestão.

“Só consigo ver de negativo essas mudanças que a gente vê na gestão, que a gente convive ainda com muitas pessoas que ainda têm o modelo centrado na doença, que

acha que cada vez mais tem que construir hospital, que tem que mandar as pessoas morrer na UPA [Unidade de Pronto Atendimento]... (M1GP).”

“Não tivemos resistências, pelo contrário, muito mais fatores favoráveis, do que desfavoráveis. Porque, naquele momento, a gestão Municipal estava iniciando e o programa foi a menina dos olhos naquele momento pra gestão (...). Foi o primeiro programa que o governo pode mostrar que estava trazendo para a população, sendo que é um programa que traz um resultado muito rápido (M2GP).”

“O secretário [municipal de saúde] apoiava muito a gente. Quando dava problema no nosso carro, ele disponibilizava o carro dele, ficava a pé, mas a gente não deixava de ter visita. (...) Ele batalhou bastante, submeteu ao conselho e tudo mais que precisava e o estado teve um pouco de morosidade, ele mesmo foi ao Ministério, brigou muito... Muito empenhado desde o começo (M3PP).”

Outro elemento a ser destacado, como um dos focos desta pesquisa, são as resistências ou dificuldades encontradas para a adesão ao programa federal. 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)”

“Eu vejo que nós viemos para incomodar, que o SAD veio mexer numa água parada (risos). Então particularmente não vejo como um aspecto negativo, se a gente for pensar em gestão, em qualificar. Sinceramente eu não vejo nenhum aspecto negativo, mas a gente causa desconforto. (M2PP)”

“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).”

Ainda nos processos, porém mais no âmbito da gestão do serviço, a dificuldade destacada diz respeito ao papel do SAD e a relação com os demais pontos de atenção da rede:

“A gente foi fazer esse trabalho de formiguinha mesmo, indo em cada unidade para falar o que era o Melhor em Casa. Montei uma apresentação compactazinha explicando quais eram as atribuições, para que antes que a gente começasse o trabalho todo mundo soubesse quais eram as nossas responsabilidades. E mesmo fazendo isso, de equipe em equipe, no hospital também, nos Conselhos Municipais também e alguns serviços da assistência, o CRAS [Centro de Referência de Assistência Social] e o CREAS [Centro de Referência Especializada de Assistência Social]. E mesmo fazendo isso a gente teve ainda um pouco de dificuldade com os profissionais da saúde que achavam que todos que precisavam de visita eram do Melhor em Casa (M3PP).”

E outras 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).”

“Algumas coisas que foram difíceis pra gente, foi em relação ao horário, de ser de sete da manhã às sete da noite, porque às vezes a gente não tinha como ter uma equipe de motoristas para cobrir. A equipe da saúde até que tinha, mas motorista pra dar conta desse horário era difícil, até porque só tinha um (M3PP).”

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

Como previsto nas antecipações para a elaboração da pesquisa, a adesão ao PMC, 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, pelo contrário, foi o que referiu 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 RAAS [Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde], tem que produzir relatório de gestão, tem que prestar contas e mudar a forma de atendimento. (...) Também tinha a questão do vínculo, o serviço anterior tinha vínculo com muita gente que cuidava há anos e, de repente, a gente teve que contar para eles que eles iam ter alta, depois de acompanhamento por três ou quatro anos. Aí teve o trabalho de convencimento da rede, de orientação sobre os serviços (M2GP).”

“Foi muito trabalhoso, por que o que te falei, [antes] era terra de ninguém. Então quando você vem sistematizar foi muito trabalhoso. Iniciou-se um processo de desconforto com a rede neste momento, porque aí a gente começou a falar ‘não’ para algumas situações. Mas a dificuldade foi essa, muito trabalho pra por dentro dos critérios, normatizar as coisas, fazer impressos, construir ferramentas que fomos fazendo em equipe e, paralelo a isso, eu tentei ir capacitando a equipe para um olhar mais ampliado ao cuidado. (...) 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).”

Outro aspecto referente à adesão trata das mudanças que ocorreram em função desse processo. As mais concretas dizem respeito à possibilidade de criação ou ampliação do serviço em função do aporte financeiro e visibilidade desencadeados pela criação de um 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 pro 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 podemos ver, 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. Por outro lado, a adesão ao programa federal também é vista como forma de organizar 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).”

“A mudança foi o recurso, para que nós pudéssemos nos organizar... Traçar metas, planos... E também o reconhecimento da própria secretaria da importância deste serviço (...) Foi um ganho enorme para a população, porque veja, antes nós tínhamos uma fila de espera enorme (M2GP).”

Como consequência dessa consolidação, mas ao mesmo tempo retroalimentando esse processo, outro elemento destacado é o ganho de visibilidade, tanto na própria gestão da saúde, quanto na produção de conhecimento sobre o campo. Destaca-se, por fim, a existência de diretrizes que devem ser seguidas por todos, tomadas como guia, além da possibilidade de comparação com outros serviços, visto que antes cada um funcionava com suas regras.

“A partir disso, houve aumento de visibilidade, inserção na academia, produção de evidências, início dos trabalhos, divulgação dos resultados, aí entramos numa curva crescente (M2GP).”

“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 era bom, 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 (...). Antes a gente se via sozinho, a partir do momento que tem uma política nacional, a gente começa a se ver no contexto de país. Começa a ver que outras pessoas estão fazendo (M2GP).”

No âmbito das mudanças mais processuais, destaca-se a reformulação ou construção de trabalho em rede. Nesse aspecto, aparecem mudanças consideradas positivas e outras negativas, mas evidencia-se, de todo modo, o impacto do serviço na rede de atenção à saúde (RAS).

“E essa política veio no momento certo que o município estava pensando muito nesta construção de rede (...). 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. (...) Apenas depois de uns três anos conseguimos de fato nos legitimar, especialmente com multiplicadores. 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).”

“Todo mundo tá começando a enxergar que nós falamos com todo mundo. Então o SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência] nós conseguimos estabelecer um fluxo desses cuidados paliativos e pacientes em ventilação [mecânica domiciliar] muito bom (M2PP).”

Nesse sentido da articulação em rede, há relatos descrevendo as iniciativas do SAD, dado ser um serviço novo, por vezes, sem compreensão dos demais sobre sua função.

“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, foi bem bacana. (...) 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 que foi o hospital não querer acolher mais o paciente lá e devolver pra gente fazer a avaliação no PMC (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 passam 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 óbitos no domicílio, que antes não existia (M2PP).”

“A gente conseguiu desospitalizar um rapaz que morava há 14 anos no hospital. Ele entrou criança e já estava um adulto jovem no hospital e ele queria ir para casa. Uma história muito bonita. Ele nos encorajou a implantar a assistência ventilatória com segurança e deu certo. A equipe tinha insegurança, tinha medo, mas a nossa equipe foi no hospital, a equipe de lá deu algumas orientações (M2GP).”

“E aí começamos a desospitalizar os pacientes mais graves, com ventilação, paciente que precisa ser visitado duas vezes por dia... Paciente que no ambiente colonizado do hospital é complicado e a gente conseguiu fazer a transição do cuidado com responsabilidade (...). Então é isso que faz valer a pena... Ver aquela carinha feliz indo pra casa. Igual o paciente que tirei 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 mostra que investindo mais, ele ia se recuperar mais rapidamente e ia gastar menos insumos (M3PP).”

Elencada por uma entrevistada quando se referia aos ganhos após adesão, novamente aparece a questão do trabalho em rede. Isso é identificado não apenas como uma condição que auxilia os resultados assistenciais, visto que há maior integração no cuidado, quanto como um aspecto de qualidade da gestão municipal na saúde e mesmo no contato com outros setores:

“Acho que um grande ganho para o município foi essa conversa em rede que nós chegamos para proporcionar (...). Eu tenho paciente do SAD, em VM [Ventilação Mecânica] e que frequenta escola, então eu chamei e os cuidadores dessas escolas que têm aluno de inclusão participam das nossas oficinas também. Isso foi um ganho muito bom pro município, não só pra saúde, mas pra todo o município, ter um equipamento que faz isso (M2PP).”

“O PA [Pronto Atendimento] é o equipamento que de início a gente mais está apoiando, eu diria, com relação a demanda. Na ESF, a relação ainda está muito difícil, pois normalmente a hora que a gente chega, eles saem (M2PP).”

Mudanças importantes também são identificadas em outros serviços da rede, como a redução de internações desnecessárias, como previsto nos objetivos do programa, notadamente nos municípios de grande porte. 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 havia não acreditado no programa antes, mas como ele começou a ver que a resposta com o usuário era muito positiva... Foi convencido. Ele reconheceu... Aí quando fui falar com ele do SAD ortopedia, todo mundo já estava do meu lado, já tinham começado a ver que era viável. Aí começamos a regular os pacientes... lembro que na primeira semana foi sete, na segunda já tinha doze, foi crescendo, e a gente começou a conseguir operar, pois chegamos num gargalo que não parava (M3GP).”

Por fim, outro aspecto relatado é a integração entre os serviços e com a sociedade, garantindo a defesa 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).”

Assim, as mudanças após adesão ao programa federal são amplas e em diversos aspectos. 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 Rede de Atenção à Saúde, chegando aos resultados positivos. Esses são percebidos tanto nos demais serviços, especialmente em hospitais, quanto nos próprios pacientes do SAD. Em relação aos cenários, há diferença significativa no que se refere às dificuldades de adesão, havendo dificuldade nas adaptações necessárias no cenário 2 e maior facilidade dos cenários 1, pela familiarização prévia com o que seriam as diretrizes, e no 3 pela possibilidade de já iniciar o SAD conforme as normas previstas. Fica evidente, por fim, que ainda que não se tenha dados quantitativos sistematizados sobre os resultados do SAD e seus impactos nas demandas de saúde, a adesão ao Melhor em Casa nesses municípios trouxe mudanças relevantes na atenção à saúde.

### **Avaliação da normativa federal e adaptações**

Todos(as) os(as) entrevistados(as), mesmo com as grandes diferenças que há entre os municípios, referem que a normativa federal, ou seja, a portaria regulamentadora do PMC é, em grande medida, adequada à realidade. No geral, as falas são sobre o uso da portaria como recurso, “arma”, para defender o serviço diante dos gestores maiores 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).”;

“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).”;

“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. Eu acho que nós conseguimos cumprir todos os critérios (M2PP).”;

“Por exemplo, nós vamos ter um centro de trauma, excelente, então daqui dois, três anos, eu vou te falar ‘hoje não precisa mais a equipe ortopédica, porque eles operam imediatamente. Então hoje o problema é ferida’ e aí a equipe vai ser para ferida, por exemplo. Esse jeito que você pode modelar de acordo com seu município que é maravilhoso (M3GP).”

Ainda, quando questionados sobre aspectos ruins ou inadequados da normativa federal atual e sobre sugestões de modificação, os temas são basicamente dois: primeiramente, a necessidade de aumento do repasse de recursos para a sustentabilidade do serviço,



especialmente tendo em vista a ampliação de complexidade esperada, com consequente aumento de custos. O outro tema que aparece, surpreendentemente, é a demanda pelo aumento da fiscalização ou da cobrança do Ministério da Saúde sobre os municípios:

“Acho que hoje já temos que avaliar a questão do financiamento para as equipes. Acho que teria que avaliar a complexidade que essa equipe está cuidando e avaliar essa questão. (...) Às vezes deixam o paciente mais complexo no hospital e fica o melhor em casa com esses pacientes (M1GP).”;

“O que precisa melhorar mais do que urgente é a questão da remuneração, de melhorar o custeio para quem faz ventilação, porque isso é extremamente dispendioso para o município (M2PP).”; e

“Eu acho portaria pouco rígida. Fiz críticas inicialmente, como a ventilação mecânica, ODP [Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada], mas eu entendi que estava começando e que tinha que começar de algum lugar. Mas ela foi tendo modificações bem rápido ao longo dos anos, entendendo que era uma política nova que estava sendo experimentada, então precisava ser de forma gradativa. Hoje eu acho a portaria adequada, acho que ela abre para a complexidade, ela abre para município de pequeno porte, da liberdade demais, inclusive. Eu acho que, entendendo que ainda não é uma prioridade dos gestores, pois ainda a atenção hospitalar toma grande espaço, a gente precisaria ser mais monitorado. Acho que precisava da contrapartida estadual. (...) Vejo uma fragilidade da política nesse sentido, acho que ela estimula muito e cobra pouco (M2GP).”

Outros temas mencionados são, de âmbito estrutural, a formalização da figura do coordenador; orientações para captação e uso de recursos; impossibilidade de aquisição do veículo (atualmente se trata de recurso federal de custeio, é, portanto, dirigido para gastos dessa natureza). Também é trazido por uma entrevistada a demora nas habilitações do Ministério da Saúde, ou seja, na aprovação da adesão municipal para recebimento de apoio técnico e financeiro: *“acho que a espera é muito grande [para habilitação]. Quando você convence um gestor a aderir a atenção domiciliar e a demora é muito grande, a gente perde, a gente cai no descrédito frente a gestão maior no município...”* (M3GP). E, no que se refere ao processo de trabalho, maiores orientações para a transição do cuidado ou mesmo a criação de equipes específicas para esse fim (algo que a portaria atual já permite, ainda que não designe com esse conceito):

“Acho que a gente tinha que ter equipe de transição. Não adianta só jogar o paciente para a AD. Quando a equipe não conhece o paciente, fica difícil manejar. A equipe tinha que ter um tempo para fazer a transição do paciente. Felizmente tem lugares que fazem, mas a maioria não faz, já manda o paciente sem nada... Aí a equipe não consegue manejar e acaba mandando o paciente de volta pro hospital. A transição é essencial”. (M3GP)

“E uma questão que acho que agregaria é o apoio na transferência do cuidado, de ter alguma coisa mais, cobrando até não de nós, mas da média e alta, da hospitalar, da transição do cuidado de forma mais adequada”. (M2PP)

Ainda que destaquem reiteradamente aspectos positivos da normativa federal, inclusive na sua maleabilidade para diferentes situações, é comum a afirmação sobre a necessidade de algumas adaptações para sua implementação. 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). É exatamente aquele paciente que mora fora de área de cobertura de ESF, é um idoso normalmente, que tem muita dificuldade de sair do domicílio, não tem os critérios de AD2 e AD3, mas a gente não tem outra opção, não tem ESF perto e nós não vamos abandonar, né? (M2PP)”;

“[Técnicos de enfermagem] ficavam de sobreaviso, e aí se tivesse uma medicação que precisasse fazer fora do horário, as vezes até fora, fora mesmo, pois já teve casos que a gente precisou atender oito, nove horas da noite, era o acordo que eu tinha com eles. 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).”

A relação com a normativa federal, a partir das entrevistas, apresenta uma situação de certa dualidade. Por um lado, a normativa é reconhecida como algo familiar, adequado às necessidades e instrumento para a garantia de condições para o bom funcionamento do SAD. Por outro, são identificados aspectos que precisam de adequações ou mesmo “subversões” ao que está previsto para que se adaptem à realidade local.

### **Atuação dos(as) coordenadores(as)**

Outra questão que se destacou nas entrevistas, independentemente do cenário foi a pro atividade dos(as) coordenadores(as). Seja nas situações em que há maior compreensão da gestão local da importância da AD, seja naquelas em que a atuação é justamente de convencimento sobre isso, esses atores foram fundamentais na implementação do PMC. Como se pode ver pelos trechos das entrevistas, tiveram importante papel tanto na identificação da

demanda, quanto na compilação de informações e subsídios, quanto ainda na cobrança da gestão maior para solução de problemas, a fim de manter a qualidade do serviço.

“A gente tinha uma luta muito grande porque a cada início de gestão, a cada planejamento municipal nós tínhamos que fazer um movimento muito grande no município... Convidar os usuários, os cuidadores para participarem das conferências, a gente sempre tinha que estar mobilizando a população, as lideranças, os profissionais em prol da continuidade desse serviço (M1GP).”

“Em 2010 mais ou menos, a gente começou a pensar em estratégias para dar direito ao paciente ir para casa, porque tinha paciente que estava anos com a gente já. E aí começamos a ver alguns programas, eu cheguei a ir a outro município, que já tinha um serviço [de AD]... (M3GP).”;

“Se eu tenho capacidade de fazer isso na iniciativa privada, que são pessoas que têm melhores condições diferenciadas, por que não fazer pro setor público, pra pessoas que mais necessitam. Levei a ideia pro secretário de saúde, que abraçou a ideia inicialmente (M2PP). (...) Troca de gestão de novo e a secretária municipal de saúde não tinha muito interesse, ela achava que tinham outras prioridades antes de implantar uma EMAD, mas por muita insistência pessoal, fui levando números, neste período eu fiz um levantamento de custos, custos de RH [recursos humanos], custos de insumos, custos do que se tinha, a proposta do PMC o quanto que se podia melhorar e acho que foi um pouco por cansaço que fui vencendo (M2PP).”;

“Não podemos focar no problema, temos que entender que temos ferramentas também, e assim vamos tocando, trazendo mais pessoas, formadores de opinião, vai aumentando a rede. No momento que você entra no ensino, insere na rede, vai trazendo mais formadores de opinião (M2GP).”;

“Eventualmente ficava sem, mas nunca ficou acima do período que a portaria determina. Eu ficava muito no pé ‘olhe só tem 60 dias, viu? Me mande outro’ (M3PP).”;

Ainda no âmbito da atuação dos(as) coordenadores(as), outro aspecto que se destaca é a trajetória de engajamento com a pauta, em especial a característica de transitar entre a assistência à saúde e a gestão, comum a todos(as) os(as) entrevistados(as). Em resposta à pergunta sobre que características pessoais avaliam que auxiliaram mais em seu desempenho, referem aspectos técnicos, afetivos, relacionais e destacam o aprendizado pelo trabalho.

“Isso já me deu tranquilidade para mostrar meu profissional mesmo. A experiência no SUS, que eu já tinha atuado, né, há uns cinco anos que eu já estava na saúde pública. Tinha tido experiência no hospital e uma parte na gestão. E eu tinha acabado de finalizar também uma especialização de Gestão em Saúde e isso me ajudou muito, muitas ferramentas. Mas acho que o que faz muita diferença é o amor mesmo (...) E talvez tenha me ajudado também essa minha facilidade de lidar com pessoas, de conversar, então eu tinha uma boa articulação, conversava com vários profissionais de várias áreas diferentes, então isso ajudou muito (M3PP).”

“Eu tenho muito disso de identificar, de registrar, porque eu percebi no meu processo de formação como gestor... Enquanto a gente está lá no curso de graduação a gente não aprende a ser gestor, a gente aprende na prática. Eu entendi que pra sentar numa mesa de negociação, a gente precisa ter os dados, números. Entendi que eu precisava ter dados sobre o resultado do meu trabalho (...). Em um processo de gestão você tem que aparecer, dar sua cara, e tem que ter algo para mostrar, então eu sempre quis produzir porque eu queria aquele espaço. (M2GP).”;

“Experiência profissional e gestão mesmo, mostrar que a gente tem capacidade, junto com outras pessoas de fazer um trabalho adequado. Tem muito achismo e a gente não pode ter achismo mais... (M2PP).”

“Eu não sei se é porque eu sou muito apaixonada por essa política, eu não consigo ver nada de negativo. Só consigo ver muita coisa positiva e tenho uma expectativa grande nesta política ainda... (M1GP).”

O papel dos(as) coordenadores(as) não está restrito a esse item, uma vez que sua atuação está refletida em aspectos abordados nos anteriores. Destaca-se, nesta análise final, que agem com base em um conjunto de ferramentas tanto do âmbito mais técnico, quanto do político, além de uma relação afetiva com a pauta que os torna não apenas burocratas ou gestores, mas também militantes ou defensores, seja da AD mais especificamente, seja do SUS como um todo.

## Capítulo 5 – A norma como “arma” ou como amarra

Ao percorrer os elementos das entrevistas nos diversos aspectos investigados: situação prévia, desafios e mudanças na adesão ao Programa Melhor em Casa, resultados obtidos, avaliação da portaria com as normativas federais e atuação dos(as) coordenadores(as), encontramos algumas especificidades e semelhanças entre os diferentes cenários propostos. As diferenças, em grande parte, correspondem ao que era esperado nas antecipações que justamente balizaram a separação entre os cenários, que considerou a situação dos municípios em relação a ter ou não serviço previamente à adesão ao PMC e a ter participado ou não da formulação da norma federal, bem como seu porte populacional. As semelhanças, mais frequentes do que o esperado, serão objeto de reflexão posterior.

Inicialmente, as diferenças apareceram em relação ao tipo de demanda considerada para a criação de ofertas de Atenção Domiciliar, seja nas situações em que a oferta foi prévia ao programa (cenário 2), seja naquelas que se deu apenas com a adesão (cenário 3). Nos municípios de maior porte, a demanda se deu principalmente por necessidade de solucionar a superlotação em hospitais, o que era esperado, em função de serem municípios com maior população própria, bem como por serem geralmente polos regionais para os municípios menores.

Nos municípios de menor porte, aparece quase exclusivamente a demanda inicial de atendimento aos munícipes acamados sem referência de equipes de Atenção Básica, o que também aparece nos municípios maiores, ainda que de forma menos intensiva. Essa diferença, que também aparece nos resultados do programa, em que há maior referência à desospitalização nos maiores pode corresponder ao fato de serem esses os municípios os que participaram da elaboração das diretrizes e, portanto, esse ser um objetivo predominante do programa que partiu da realidade de municípios de grande porte.

Ademais, ainda que a identificação da demanda tenha sido algo comum em todos os casos, não havendo nenhum município dos analisados que tenha referido desconhecer totalmente essa população de acamados e domiciliados, a situação mais direta que levou à criação do serviço prévio ou à adesão ao PMC foi distinta em diferentes cenários e levou a diferentes desenhos do serviço. No caso em que mais destacadamente a demanda partiu de um serviço, com suas necessidades específicas, parece corresponder ao local em que houve maior iniciativa de desenvolvimento de adaptações locais da normativa. Nas palavras de quem vivenciou o problema: “a gente tinha uma taxa de internação alta na clínica médica, porque a gente não tinha para onde encaminhar o paciente. Como eu era gerente da clínica médica, meu grande desafio era reduzir o tempo de permanência dos pacientes” (M3GP). E a partir dele a solução desenvolvida:

“A gente tinha um novo desafio, tirar os pacientes de que precisam de fototerapia, que precisam ganhar peso... e o que a gente fez: começamos a estudar como a gente ia fazer isso. Primeiro entrave, achar um berço acessível, que não fosse um trambolho nas casas da população... Outro desafio era para o aquecedor para as crianças com hipotermia, pois o aquecedor do hospital, as crianças que têm irmão, iam se queimar, não dava... Começamos a pesquisar tipos de aquecedor, mas aí não conseguíamos comprar, pois ficava como licitação direcionada, aí acabamos tirando do próprio bolso...” (M3GP).

Pode-se depreender disso que a percepção de uma demanda concreta e pontual pode ser mais propícia à criatividade e a formulação de respostas que a atendam diretamente. Assim, a postura da gestão local de estar atenta às possibilidades abertas pelo PMC e, acima de tudo, sensível às necessidades mais prementes na sua realidade sanitária foi fundamental para a implementação de inovações locais.

“Mas acho que é uma portaria muito boa, tem que amarrar algumas coisas, se não o povo tenta te passar a perna, mas isso é da cultura brasileira... A portaria federal que você pode moldar em qualquer lugar. (...) Sempre que converso com algum gestor e digo, pense qual o problema de seu município, não copia de outro município, pois um município é diferente do outro e essa portaria dá a chance de ver assim: qual o problema do meu município? É ferida, então vou resolver isso! O problema é bebês que precisam sair da UTI? Então vou investir em ventilador, em equipamentos pra isso (M3GP).”

Ainda nos aspectos com relatos diferentes entre os cenários, no município do Cenário 1, como esperado, houve grande facilidade na adesão, tanto no que se refere à construção do projeto, quanto na implementação do serviço em si, visto que o funcionamento já era muito próximo ao que foi postulado na normativa federal. Já os do cenário 2, que possuíam experiência prévia, mas que não tiveram contato com a formulação da normativa federal, foram os que referiram os maiores desafios e resistências locais para adaptação do serviço que existia antes ao que passou a ser preconizado. Destacam-se nesses desafios, a mudança de processo de trabalho das equipes, tanto em termos de trabalho multiprofissional e horários de trabalho, quanto principalmente de perfil de pacientes a serem admitidos no SAD, o que implicava em mudança na relação com os demais serviços de saúde. Tal mudança significava tanto passar a trabalhar em rede, ou seja, criar contatos e fluxos com os outros serviços, quanto justamente por essa nova organização, passar a dizer “não” em algumas situações, que antes eram encaminhadas para o serviço de AD existente.

No que se refere aos problemas e desafios identificados e mesmo aos resultados, apesar das várias perguntas sobre as dificuldades, resistências, aspectos negativos na implementação, poucas foram as respostas neste tom, predominando os aspectos positivos. O que se destaca, nos vários cenários, são as oscilações de apoio da gestão municipal/estadual e, no cenário 2, conforme mencionado, a necessidade de adaptação do serviço antigo às novas regras, o que aparece como desafio no processo de melhoria, não como uma piora do serviço. Esperava-se maior diferença em relação ao porte populacional, o que não foi possível depreender das entrevistas.

Em relação à avaliação da normativa federal, foi predominante uma visão global positiva, inclusive com expressões marcantes como a de que é a “arma” ou o “guia” do coordenador, ainda que tenham havido críticas e sugestões de melhorias em aspectos mais pontuais e diversificados, além da questão do aumento do financiamento que apareceu mais de

uma vez. O fato de haver poucas críticas à portaria, e principalmente poucos relatos explícitos de adaptações ou modificações em relação ao esperado, pode decorrer tanto de sua flexibilidade e adequação à realidade, quanto também das entrevistas serem com coordenadores(as) que declaradamente se dizem "apaixonados" pela pauta. Há ainda a questão de a pesquisadora atuar na gestão federal do programa em pauta, e portanto, pode ter havido constrangimento dos(as) entrevistados(as) em fazerem mais críticas.

Mesmo considerando as diferenças encontradas, as quais foram destacadas nos parágrafos anteriores, torna-se evidente que há alto grau de semelhança entre as experiências relatadas. Isso não era esperado, considerando a literatura de implementação anteriormente exposta, em que o grande peso dos diferentes contextos e atores, com suas variadas capacidades estatais e sua discricionariedade, tenderia a produzir situações de implementação e resultados muito diferentes. Assim, colocando em foco esse aparente paradoxo, que situações dos contextos locais podem ter produzido efeitos semelhantes? Por outro lado, em que medida o modo como se deu a criação da normativa federal pode ter influenciado essas semelhanças, especialmente no fato de haver baixa resistência e resultados positivos em todas as localidades, segundo os relatos?

Ao voltarmos para o conteúdo das entrevistas, tendo essas questões como foco de atenção, algumas questões locais se destacam. O fato de a percepção da demanda existir em todos os municípios, mesmo que considerando a grande diferença populacional entre os exemplos, cria uma primeira base comum de identificação de um problema real. Ou seja, há pessoas com necessidade de atendimento à saúde, cuja forma mais oportuna de prestar o cuidado é no domicílio, estejam elas sob cuidado hospitalar ou das equipes de atenção básica e há necessidade de oferta de cuidado estruturado, portanto, por meio de um serviço específico.

A partir disso, um aspecto referido nas entrevistas de forma geral como condicionante para de fato desencadear a implementação do SAD foi o apoio da gestão local,



não apenas do(a) coordenador(a) mais próximo do serviço (entrevistados), mas daqueles gestores “maiores” que precisam olhar para o conjunto das necessidades de saúde da população e dos serviços da saúde a serem implementados, notadamente os secretários de saúde. Por outro lado, as mudanças de gestão ou a falta de apoio, quando ocorreram, apareceram diversas vezes como grande empecilho à criação do serviço.

Na sequência, a atuação do(a) coordenador(a) seja para conquistar esse apoio inicial da gestão, seja para manter e qualificar o serviço, foi algo também evidenciado em todas as situações. Vale destacar que esses atores recorreram a aspectos desde os mais técnicos, como levantamento de custos e análise de dados, até os mais políticos de articulação com gestores, trabalhadores e sociedade civil, passando por questões afetivas, de identidade com a pauta da AD e sua defesa.

Passando para aspecto que diz respeito à interface entre o local e a normativa federal, na busca da compreensão das semelhanças em relação ao êxito no processo de implementação e resultados alcançados, retomamos a participação de diversos atores na construção do PMC. Tomamos como auxílio, nesta análise, a produção das normativas anteriores envolvendo ou tangenciando a AD, a fim de identificar outras pistas dos diferenciais no caso do Melhor em Casa. Ainda que uma comparação mais adequada e aprofundada exigiria, no mínimo, processo semelhante de entrevistas com atores envolvidos nas construções prévias, pelos registros encontrados e principalmente pela ausência de registros, em alguns casos, é possível depreender que se tratou de formulação com menor multiplicidade de atores.

No caso do Melhor em Casa, essa participação pode ser vista na construção do programa em âmbito federal, como representado pelo cenário 1, e que se torna evidente na fala da entrevistada, considerando-o uma conquista coletiva desses atores, não algo atribuído ao órgão central: “Em 2011, depois de todos esses anos de luta, que a gente conseguiu realmente efetivar a política específica para Atenção Domiciliar (MIGP).”

Essa participação dos municípios na produção da normativa federal se deu por meio do que pode se chamar de uma “coalizão de defesa”<sup>6</sup> que se constituiu informalmente a partir de gestores e trabalhadores de diferentes localidades que iniciaram serviços de atenção domiciliar nos anos 90 e 2000. 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.

“Acho que isso foi bem importante, essa construção em conjunto. Foi bem bacana, pois nessa governança da rede o PMC estava sempre participando. Isso também é uma das coisas que fortaleceu muito o serviço e acho que ele não acabou nesta gestão por conta disso tudo. Porque hoje, se talvez a gente não tivesse essa política, não tivesse participado de todas essas discussões da rede, eu não sei se hoje não teria acabado o serviço. Acredito que no Brasil todo foi assim (M1GP).”

Esse movimento, não localizado anteriormente, tornou possível o empoderamento dos atores, como a fala de M1GP torna tão evidente, gerando inclusive entradas diretas no governo federal, seja por meio de fornecimento de conteúdo, como também enunciado por M1GP, seja por meio de participante desse grupo de representantes de município que passou a compor a equipe responsável pela gestão da política no governo federal.

Visto de outra perspectiva, a interlocução entre os atores majoritariamente formuladores e os majoritariamente implementadores é importante não apenas no âmbito das relações intergovernamentais, ou seja, a participação de municípios na elaboração de ação desenhada em âmbito federal, como também no âmbito local. Nesse último caso, a relação entre os serviços que possuem a demanda que poderá ser modificada por uma nova oferta e a gestão local é muito importante para que essa nova ação possa estar de acordo com as necessidades reais locais, como ficou evidenciado nos relatos de M3GP.

---

<sup>6</sup> Segundo Sabatier (2007, apud GOMIDE, 2008), pode-se definir coalizão de defesa como um conjunto de atores de diferentes âmbitos (governo, sociedade civil, etc) que compartilha conceitos e objetivos políticos e atua no sentido de fazer pressão em defesa de sua pauta.

De outro lado, no próprio MS, houve 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. Destaca-se, inicialmente, a criação de uma equipe específica para atuar na gestão da política, a qual tomou o material produzido previamente pelo grupo de trabalho com os municípios como base para a normativa federal e outros materiais de apoio produzidos (Brasil, 2012).

Além disso, a entrada na agenda governamental, inclusive presidencial, como descrito por Ortiz (2017), garantiu visibilidade e orçamento reservado, 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. Nesse sentido, o Melhor em Casa ganha destaque justamente por sua permeabilidade em relação aos demais serviços e por ter maior flexibilidade do que previam as diretrizes federais sobre AD existentes anteriormente.

Feitos os relatos e análises sobre o caso, faz-se pertinente resgatar referências teóricas afeitas ao processo ocorrido no Melhor em Casa, como a governança experimentalista ou os estudos sobre *customização* de políticas. Para tanto, vale lembrar o objetivo desse estudo de compreender a necessidade de flexibilidade para adaptações locais e padronização para viabilizar a gestão federal de programas elaborados com diretrizes federais e implementação local.

Pode-se tomar como subsídio para o presente estudo as análises acerca de adaptações locais ou *customização* de normativas externas que têm sido realizadas no âmbito da União Europeia. Nesse caso, há diretrizes elaboradas pelo bloco e que são transpostas, de forma literal ou não, pelos países membros que as firmaram (Thomann, 2018). Em estudo com 27 países, realizado por Thomann e Zhelyazkova (2017), elas analisam o quanto 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. Nas conclusões referem que as modificações ocorreram frequentemente nos casos analisados, ainda que não tenham encontrado padrões de como ocorreram. Ademais, mencionam que, por estarem mais próximos da realidade, os estados membros devem fazer adaptações das políticas europeias para os contextos locais para que sejam mais efetivos na resolução dos problemas reais (Hooghe and Marks, 2003; Whitford, 2007 apud Thomann e Zhelyazkova, 2017).

Em outro estudo, Eva Thomann (2017, apud Thomann, 2018) analisou as adaptações das normativas da União Europeia sobre segurança alimentar em cinco países do bloco. Encontrou que há padrões diferentes de adoção e adaptação das normas, sendo que para aspectos macro e que envolvem questões mais gerais e com acompanhamento por atores externos tendem a se adequar. Por outro lado, em questões operacionais e administrativas, tendem a adaptar a norma externa às práticas vigentes no país. Dessa forma, segundo conclusões da autora, as normativas direcionadoras ou restritivas deveriam ser empregadas no que se refere aos aspectos amplos e a comunicação ou orientação deveria ser usada para as questões de menor abrangência.

Podemos considerar uma aproximação deste estudo com o caso analisado, visto que há uma relação concomitante de adesão e adaptação da 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, a consideração de que é amarra, ou seja, que restringe o funcionamento dificultando o atendimento às necessidades reais de cada contexto e, portanto, haveria necessidade de maior flexibilização. Não se identificou correspondência, entretanto, com a diferenciação encontrada no estudo com os cinco países, entre as normas mais amplas e aquelas mais voltadas para o cotidiano. No caso em análise aparecerem questionamentos ou manifestação sobre adaptações

tanto para aspectos mais abrangentes da normativa, como o público-alvo do PMC, quanto mais operacionais, como a carga horária dos profissionais.

Em outra abordagem teórica que abarca situações semelhantes, 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 e fé, a partir da estabilidade e legitimidade em função da suposição de que são efetivos. De outro, organizam respostas para demandas específicas do cotidiano que diferem das soluções dos mitos.

Para que consigam operar com essa dualidade, as organizações compatibilizam as estruturas institucionais ou mitos, que promovem legitimidade interna e externamente e padronização, com outros padrões próprios para respostas mais eficazes no seu funcionamento. A essa compatibilização de sistemas duplos, eles dão o nome de sistemas frouxamente acoplados ou unidos, nos quais há possibilidade de atuações segundo diferentes padrões, conforme a demanda seja por legitimidade ou efetividade. Esse acoplamento se dá tanto entre coordenadores e subordinados, quanto entre estruturas centrais e descentralizadas ou abrangidas (Meyer e Rowan, 1977).

Assim, essa concepção de organizações frouxamente acopladas serve para entendermos os usos ambivalentes que são feitos da portaria pelos(as) coordenadores(as) ou implementadores locais. Há atuações por parte dos(as) coordenadores(as) no sentido do reconhecimento e de valorização da normativa, em especial diante do gestor local, em que a portaria é usada para defesa do programa, e que portanto deve ser seguida integralmente. Ademais, o reconhecimento que é feito da portaria não se restringe à obrigação de adesão para receber o financiamento federal, mas há também, um âmbito simbólico, em função do reconhecimento e fortalecimento da percepção de sentido comum entre os serviços e os atores

envolvidos. Por outro lado, 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.

Nesse sentido, segundo os estudos mencionados apontam, as adaptações para implementação local de um programa com diretrizes federais são inevitáveis e mesmo são fator para aumentar sua efetividade (Thomann 2018; Thomann e Zhelyazkova, 2017). Voltando ao caso em análise, e ao que se buscava com esse estudo, conclui-se que a flexibilidade para adaptações não se trata de um desvio ou algo a ser corrigido, mas parte do processo que precisa ser considerado e acompanhado ao longo do processo de implementação.

Sendo assim, não se trata de tomar como superadas as normativas federais, dado seu papel de indução e possibilidade de expansão da política ou programa (Rajão, 2018; Oliveira Neto, 2016; Bichir 2011, Lício et al., 2011). Mas se trata 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 para sua efetivação de forma mais potente, especialmente no âmbito da operacionalização, que, conforme os estudos apontaram, está fortemente atrelada aos problemas e soluções já produzidos localmente. Isso vale tanto para a formulação ou adequação de políticas públicas, quanto para sua avaliação, cujas iniciativas precisam levar em conta que o programa ou política não segue um ciclo linear e unicausal entre objetivo e resultado, mas sim será necessariamente modificado em sua implementação.

## Considerações finais

A gestão de políticas públicas no Brasil, especialmente pelo aumento de iniciativas no âmbito das políticas sociais, como a saúde, nos anos 90 e primeira década de 2000 tornou-se importante campo de práticas e de pesquisa. Vale destacar neste contexto, que parte significativa delas, em função da organização federativa do país depende de relações intergovernamentais para sua implementação. Assim, voltando objetivo central da pesquisa de compreender a necessidade de flexibilidade para adaptações locais e padronização para viabilizar a gestão federal de programas elaborados com diretrizes federais e implementação local, trazemos aqui algumas considerações.

No campo do federalismo, muitos estudos se debruçaram sobre o processo de centralização e descentralização da gestão estatal e seus efeitos sobre as políticas públicas (Franzese e Abrucio, 2009). Focando mais no âmbito da interação política decorrente das relações intergovernamentais, dão menor ênfase à perspectiva de que apenas a origem formal da política, se local ou federal, não capta as alterações que ocorrem no processo da implementação.

Por outro lado, no setor saúde, mais especificamente do exemplo tomado do Programa Melhor em Casa, os estudos por vezes focam apenas na implementação, avaliando a expansão ou mesmo resultados do programa. Tais estudos são de grande relevância para as políticas em si, para análises comparativas da pauta em questão, mas contribuem menos para a compreensão dos desafios existentes na gestão da PP.

Este trabalho buscou, de forma complementar às perspectivas mencionadas, focar nos meandros entre a formulação e a implementação, com vistas a compreender a tensão entre padronização dada por normas federais e flexibilização demandada pelas diferentes realidades. Parte do pressuposto de que o federalismo por si só não determina a atuação entre os entes no que se refere à produção de políticas públicas. 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.

Buscou-se iluminar as situações desafiadoras, facilitadoras e os resultados das mudanças decorridas da adesão ao programa federal, por meio da voz dos(as) coordenadores(as) que vivenciaram esse processo, além das percepções sobre a própria portaria regulamentadora. A partir dos diferentes cenários propostos, foram destacados aspectos como: a identificação da demanda para Atenção Domiciliar, a presença de apoio da gestão local, a atuação dos(as) coordenadores(as) dos SAD como principais facilitadores locais no que se refere à implementação inicial e aos bons resultados atribuídos ao programa. Como dificuldades ou resistências, foi mencionada, sem distinção entre os cenários, a ausência de apoio da gestão local. Já de formas diferenciadas, no cenário que contemplava municípios que possuíam serviços prévios de AD (cenário 2), destacaram-se os desafios de adaptar o serviço que existia às novas normativas federais, diferença que já era esperada pelas antecipações iniciais do estudo.

Evidenciou-se ainda que grande parte da explicação do êxito no processo de implementação, comum entre os diferentes cenários, pode ser atribuída ao fato de esse programa ser originário de experiências já realizadas localmente, bem como de uma “coalizão de defesa” que, não apenas deu subsídios para a formulação da normativa, como também pressionou para a inclusão do tema na agenda federal. Além disso, foi referida a flexibilidade da normativa, permitindo adaptações da normativa, tal como a governança experimentalista propõe e, por outro lado, o uso dual da portaria pelos(as) coordenadores(as) locais. Tal como na literatura sobre as organizações frouxamente acopladas, foi identificado um jogo entre os ritos de valorização da portaria e demanda por seu cumprimento, e as modificações ou customizações para que seja mais efetiva



considerando a realidade local.

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 que seja permeável às pautas e especificidades locais. Tal como Radin (2010) nos informa, há uma série de instrumentos, mais diretivos ou mais colaborativos que podem ser utilizados de forma que se concilie direcionamento com adaptações locais. Nas práticas atuais da saúde, além dos espaços formais como Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT), as práticas de fóruns temáticos, consultas públicas e mesmo reuniões informais com redes temáticas para formulação ou avaliação de programas e políticas, como ocorrido no caso aqui relatado, podem ser fortalecidas para buscar maior adequação às diferentes realidades.

Esta conclusão, ainda que com as restrições de um trabalho deste porte, ganha relevância diante de um cenário atual de fortalecimento do discurso de autonomia máxima da gestão local, como se deu com a Portaria GM/MS 3.992 (Brasil, 2017c). Tal normativa dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para os demais entes referentes às ações e aos serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde, com mudança dos chamados blocos ou caixas, para apenas um grande grupo de custeio e outro de investimento.

É ideia comum e com bases já no movimento municipalista a necessidade de ampliar continuamente a capacidade das gestões locais, tanto nos aspectos que se referem ao financiamento, quanto ao que se refere à gestão mais ampla das políticas para que consigam planejar e executar ações mais adequadas à realidade local. Entretanto, é preciso ter muita cautela com movimentos como esse para que não sejam demagógicos ou mesmo prejudiciais. Ao invés da propalada maior liberdade para a gestão local podem não levar de fato ao engajamento e responsabilidade, promovendo a manutenção ou aumento da desigualdade de acesso, ou ainda colocando em risco o seguimento das políticas e ações e por consequência à

saúde da população (Jaccoud e Vieira, 2018).

Esse estudo possui limitações significativas por se tratar de um estudo de caso focando em uma ação pontual, dentro do imenso setor saúde e infindável mundo das políticas públicas federais. Além disso, o fato de a pesquisadora atuar na gestão federal do programa pode ter sido fator de constrangimento aos(as) entrevistados(as) e portanto seria indicada a continuidade com pesquisa mais ampla ou mesmo com mais atores, especialmente contemplando alguns que tenham certo afastamento da pauta. Ainda, complementações ou confrontações importantes poderiam surgir de estudo comparativo entre políticas no setor saúde ou entre áreas semelhantes, ou ainda estudo que fosse composto por outras abordagens de coleta de dados, como observações participantes, ou com entrevista a outros atores, como profissionais das equipes ou usuários dos serviços em questão. Ainda assim, ousa-se afirmar que especialmente na atuação de instâncias compartilhadas de gestão, formais ou informais, há campo importante de estudos e práticas no campo das políticas públicas, no sentido de viabilizar políticas, programas e ações mais efetivos e condizentes com as necessidades e diversidades da realidade brasileira.

## Referências

ABRUCIO, Fernando Luis. Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. Em: **Estado, Instituições e Democracia: República**. Livro 9, volume 1. Brasília: IPEA, 2010.

ABRUCIO, Fernando Luis. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, 24, p. 41-67, junho, 2005.

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.

ARRETCHE, Marta. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. (org.) **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**. Tese (Doutorado em Ciência Política) Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2017 da Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, mar 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>. Acessado em 25/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 1**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2017(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2017(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.992**, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017(c).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2011(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2011(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 699**, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília, DF, 2006 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.529**, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

CHARMAZ, Kathy. **Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis**. London: Sage Publications, 2006.

FEUERWERKER, Laura. C. M.; MERHY, Emerson. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana Salud Publica**, 24 (3), 180–188, 2008.

FLICK, Uwe. **An Introduction to Qualitative Research**. 5<sup>th</sup> ed., London: Sage Publications, 2014.

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: Enap, **Reflexões para Ibero-América: Avaliação de Programas Sociais**. Brasília, ENAP, 2009.

GOMIDE, Alexandre. Texto para Discussão n. 1334: **Agenda governamental e o processo de políticas públicas: o projeto de lei de diretrizes da política nacional de mobilidade urbana**. Brasília, Ipea , 2008.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna. Competing paradigms in qualitative research. In DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Ed.) **The SAGE Handbook of qualitative research**. London: Sage, 1994, p. 105-117.

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

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Métodos qualitativos de avaliação e suas contribuições para o aprimoramento de políticas públicas. In: \_\_\_\_\_. **Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2010, V.3, Capítulo 25, p. 661 – 683.

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

JACCOUD, Luciana; LÍCIO, Elaine C.; LEANDRO, José G. Implementação e coordenação de Políticas Públicas em âmbito federativo: o caso da Política Nacional de Assistência Social. In: XIMENES, Daniel A. (org) **Implementação de Políticas Públicas - questões sistêmicas, federativas e intersetoriais**. Brasília: ENAP, 2018, p. 23-61.

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

LÍCIO, Elaine C.; MESQUITA, Camile S.; CURRALERO, Claudia R. B. 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902011000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 10/02/2019.

LIMA, Luciana D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 73-139. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

LIPSKY, Michael. Street-level bureaucrats as policy maker. In: \_\_\_\_\_. **Street-level bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services**. Russel Sage Foundation, 2010, p.13-23.

LOTTA, Gabriela. Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde. In: FARIA, Carlos A. (Org.) **Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática**. Ed. PUC Minas, 2012, p.221-259.

LOTTA, Gabriela; PIRES, Roberto; OLIVEIRA, Vanessa. “Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas”. **Revista do Serviço Público. Brasília**. 65 (4): 463-492, out/dez 2014.

MELONI Diego R. **Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde**. 2015. 158f. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão de Organizações de Saúde). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP e Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto – USP.

MERHY, Emerson. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson; ONOCKO, Rosana. (orgs.). **Agir em saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.71-112.

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

MINAYO, Maria C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 25/05/2018.

OBINGER, Herbert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis (orgs.). **Federalism and the welfare state**. Cambridge, Cambridge University Press, 2005. Introduction, p. 1-48.

OLIVEIRA NETO, A. 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. 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. Acesso em 04/10/2018.

PEREIRA, Paula B. A. **Atenção domiciliar e produção do cuidado:** apostas e desafios atuais. 2014. 134 p. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Acesso em 04/10/2018.

PIRES, Roberto R. C. Sociologia do guichê e implementação de políticas públicas. **BIB**, São Paulo, n. 81, agosto de 2017, p. 5-24.

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.

PIRES, Roberto R. C. et al. **Burocracias implementadoras e a (re)produção de desigualdades sociais: perspectivas de análise no debate internacional.** Texto não publicado, elaborado a partir das apresentações e debates realizados na mesa redonda “A implementação de políticas – o lugar das interações burocratas-público-alvo na (re)produção de desigualdades sociais”, realizada no 40º Encontro da ANPOCS em outubro de 2016.

PIRES, Roberto R. C. et al. Métodos qualitativos de avaliação e suas contribuições para o aprimoramento de políticas públicas. In: **Brasil em Desenvolvimento** - IPEA. Brasília, 2010. p. 661-688.

RADIN, B. (2110). Os instrumentos da gestão intergovernamental. In Peters, G., & Pierre, J. (Org). **Administração pública.** São Paulo: Editora Unesp. pp. 619-636.



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. 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.

REIS, Sílvia. **Caminhos da desospitalização de crianças dependentes de ventilação mecânica: uma cartografia do cuidado no distrito federal**. 2018. 109 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, 2018. Acesso em 20/12/2018.

SABEL, C. Beyond principal-agent governance: experimentalist organizations, learning and accountability. In: ENGELEN, E.; DHIAN HO, M. (Orgs.) **De staat van de democratie. Democratie voorbij de staat**. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2004. p. 173-195.

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

SEIXAS, Clarissa. T. et al. Experiências de Atenção Domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

STAKE, Robert E. Qualitative Case Studies. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (eds). **Strategies of qualitative inquiry**, Sage Publications, 2003, Cap. 17.

THOMANN, Eva. **Customizing Europe**. 2018. <http://www.evathomann.com/research-projects/customizingeurope-1>. Acesso em 15/01/2019.

THOMANN, Eva., ZHELYAZKOVA, Asya (2017): Moving beyond (non-)compliance: the customization of European Union policies in 27 countries, **Journal of European Public Policy**.

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**, 911, Spring, 1986. Disponível em

<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00988249>. Acesso em 15/04/2018.

## **Anexo I – Roteiro semiestruturado para as entrevistas**

Grupo prévio:

Grupo pós análise:

Nome:

Profissão:

Município:

Atuação na época da criação do melhor em casa:

### **SITUAÇÃO PRÉVIA - (Apenas M1 e M2)**

Como era o SAD no município antes do Melhor em Casa?

Como era financiado? Havia um recurso específico reservado?

Qual era a composição da equipe?

Havia diretrizes de funcionamento estabelecidas? Como foi sua elaboração?

Havia público-alvo definido? Qual? A partir do que se definiu?

Havia metas, indicadores ou forma de avaliação do serviço?

(Apenas M1) Como foi sua participação no GT coordenado pelo MS?

### **ADESÃO AO MELHOR EM CASA – Todos os grupos**

Como foi a adesão ao Melhor em Casa?

Qual foi a maior mudança após a adesão ao Melhor em Casa?

Houve mudanças do serviço anterior para adaptação ao que está previsto no programa?

Houve resistências para essa adaptação? O que foi mais difícil? Questões políticas, técnicas, de recursos humanos, de financiamento, de articulação com os outros serviços, de estrutura?

Em relação à equipe, o que mudou?

Em relação ao recursos e acesso a insumos, houve alguma mudança? Qual ou quais?

Houve mudanças em relação ao perfil de pacientes?

Em relação aos resultados clínicos com os pacientes, como você avalia a transição para o Melhor em casa?

Houve impacto na Rede de Saúde, após a adesão? Como foi observado?

Em que aspectos você avalia que foi positiva a transição?

Em que aspectos você avalia que foi negativa a transição?

Há diretrizes que não foram seguidas? Por quê?

Como você avalia hoje a situação do SAD em seu município em relação ao período de implantação/adesão?

Qual sua avaliação em relação à normativa federal do Melhor em Casa?

O que você modificaria?

Como você vê sua atuação neste processo? Quais foram os aspectos que mais te auxiliaram na implantação do programa?

## **Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “*A INTERSEÇÃO ENTRE AS DIRETRIZES NACIONAIS E A IMPLEMENTAÇÃO LOCAL DE PROGRAMA DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA NACIONAL NO CONTEXTO FEDERATIVO: O CASO DO MELHOR EM CASA.*”, sob responsabilidade da pesquisadora Débora Spalding Verdi, servidora pública do executivo federal, sob orientação de Roberto Rocha Coelho Pires, Doutor em Políticas Públicas pelo *Massachusetts Institute of Technology-MIT* (2009), realizada como requisito para conclusão do Mestrado Profissional em Governança e Desenvolvimento, promovido pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP).

Você foi selecionado(a) por amostragem de conveniência e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição a qual essa pesquisa está vinculada (ENAP).

O objetivo deste estudo é compreender como conciliar flexibilidade para adaptações locais e padronizações necessárias para viabilizar a gestão federal de programas elaborados com diretrizes federais e implementação local, a partir do caso do Programa Melhor em Casa, na perspectiva dos atores envolvidos na gestão local. Mais especificamente busca sistematizar elementos que possam apoiar ou diminuir as resistências na implementação, no que se refere aos desafios de elaboração de políticas e programas com diretrizes federais e implementação local, considerando a necessidade de padronização para viabilizar a gestão, garantindo flexibilidade para adaptações à realidade local; e identificar elementos para aprimoramento das diretrizes federais, incluindo a qualificação de sistema de monitoramento, considerando a necessidade de flexibilidade conforme apontado pela governança experimentalista.

Sua participação nesta pesquisa consistirá na participação em uma entrevista individual que abordará tema da pesquisa a partir de perguntas propostas pela pesquisadora. A título de questões éticas, não há riscos relacionados com sua participação nesta pesquisa, bem como não há benefícios diretos esperados, mas sim a possibilidade de produção de conhecimento.

Ainda, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo os dados analisados a partir do conjunto de participantes,

mesmo quando alguma manifestação individual for utilizada como exemplo, quando serão utilizados nomes fictícios ou códigos, a fim de preservar sua identidade.

Os materiais produzidos para esta pesquisa serão guardados pela pesquisadora para possível utilização futura em novas pesquisas, caso em que os participantes serão novamente esclarecidos sobre finalidades e indagados sobre seu consentimento para uso do material. Os materiais serão eliminados em cinco anos.

Se houver dúvidas quanto a questões éticas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora, por meio do e-mail: [deboraverdi@gmail.com](mailto:deboraverdi@gmail.com) ou com o orientador, por meio do e-mail [roberto.pires@ipea.gov.br](mailto:roberto.pires@ipea.gov.br).

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail da pesquisadora principal e da instituição, ENAP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Débora Spalding Verdi

Pesquisadora responsável

Telefone: / e-mail:

Escola Nacional de Administração Pública (ENAP)

Telefone: / e-mail:

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data:    /    /

Nome:

---

Assinatura do(a) participante da pesquisa

## Anexo III – Quadro síntese de excertos das entrevistas

Temas	Município	Citação
Situação prévia	M1GP	Em 95 M1GP começou com uma iniciativa, na época não tinha uma cobertura de ESF, porque tb foi logo quando começou a ESF e o município demorou a implantar essas equipes. Mas nós já tínhamos uma demanda muito grande de pacientes restritos ao leito, acamados e que as equipes de atenção básica não davam conta.
		A gente conseguiu nesta área de abrangência do projeto piloto ter esse resultado de diminuir o número de internações nesse grupo pequeno. E nós fomos documentando isso, escrevendo e sempre apresentando para o gestor municipal. E olhando sempre para outras experiências de outros municípios.
		Mas aí encontramos a grande dificuldade do recurso, pois era um recurso que dependia exclusivamente do município, dos recursos livres do município. E como começamos a atender pacientes com uma complexidade maior também o custo não era tão barato.
		Aí resolvemos que a gente precisava entrar nessa luta para uma política... que o Ministério precisava olhar para isso e resolvemos então convidar os coordenadores dos outros municípios para fazer uma reunião aqui. E aí a gente ligou pra todos os serviços e veio acho que 10 coordenadores. E agente foi reunindo essa galera e nessas reuniões, teve a primeira a segunda, a gente decidiu fazer o Congresso Brasileiro de Atenção Domiciliar, onde tivemos a grande surpresa de ter a participação de 1500 pessoas do Brasil inteiro.
		Então já tinha um conteúdo muito bom dessas experiências, já mostravam um caminho bem delineado. A gente já tinha isso dessas reuniões e no 1º Cobrad acho que todos os profissionais que vieram de outras experiências acabaram trazendo um pouco disso e essa angústia do que todo mundo pensava, então ali a gente conseguiu ter um material melhor elaborado e que pudesse atender todas as demandas. E por isso que acredito que o PMC foi uma política que contribuiu muito, porque ele partiu dessa realidade, do que a gente vivenciava, da necessidade dos usuários.
		Já era um dos objetivos tirar o paciente da porta da emergência e pacientes que ocupavam leitos de forma desnecessária.
		Nós trabalhamos desde o início com uma escala de elegibilidade. Porque a gente entendia que nosso trabalho não era de sobrepor ao saúde da família e também não era atender todos os acamados.
	Acho que isso foi bem importante, essa construção em conjunto. Foi bem bacana, pois nessa governança da rede o PMC estava sempre participando. Isso também é uma das coisas que fortaleceu muito o serviço e acho que ele não acabou nesta gestão por conta disso tudo. Porque hoje, se talvez a gente não tivesse essa política, não tivesse participado de todas essas discussões da rede, eu não sei se hoje não teria acabado o serviço. Que acredito que no Brasil todo foi assim...	
	M2GP	Em termos de profissionais, era muito parecida com a EMAD e EMAP [apesar de ser prévio à portaria que definiu essas equipes], um médico, uma enfermeira de manhã e uma a tarde, tínhamos um fisioterapeuta, duas nutricionistas, técnicos de enfermagem, e uma assistente social.
		Começou em 1996 na época da gestão local pois já tinha o entendimento de que atender pacientes do Hospital em casa teria um melhor retorno. Na época tinham dois programas, eram programas separados, mas ambos de iniciativa do hospital.
Atendia muito mais o AD1, a gente não atendia a complexidade maior no domicílio. A gente não tinha muita comunicação com a rede, com a secretaria, com as unidades básicas de saúde e com o pronto atendimento. Não tinha monitoramento, não tinha regras, era tudo conforme a gente considerava o paciente acamado, domiciliado, e a gente cuidava desses pacientes. Nesse contexto surgiram os primeiros casos de ventilação, assim que começou a aumentar a complexidade. O primeiro caso foi em 2007.		
M2PP	Era tudo recurso próprio do município, o RH era de pessoas já concursadas pela prefeitura e os insumos eram pegos diretamente dentro da SMS de acordo com a necessidade, mas apenas do que já tinha na rede, nada específico.	
	A ideia inicial era cobrir onde não tinha cobertura de ESF, pois não havia cobertura de 100%.	

		Cada um fazia sua parte, cada um no seu “achismo”, no meu caso a fisioterapia, para aumentar ou diminuir o número de sessões, dar alta. A enfermagem a mesma coisa, aumentar ou diminuir o número de visitas, conforme elas achavam que era necessário. Nós tivemos grandes problemas com funcionários... Como a gente não tinha diretriz, não tinha metas, não tinha nada, a gente tinha problema com enfermeiros que simplesmente não iam fazer. Falavam que iam e não iam nas casas... Tinha muitos problemas com relação a isso.
	<b>M3GP</b>	A gente tinha uma taxa de internação alta na clínica médica, porque a gente não tinha pra onde encaminhar o paciente. Como eu era gerente da clínica médica, meu grande desafio era reduzir o tempo de permanência dos pacientes, porque a gente está num município com poucos leitos de clínica médica.
	<b>M3PP</b>	Era só o ESF mesmo e casos um pouco mais complexos eles sempre encaminhavam pro hospital.
<b>Adesão ao PMC</b>	<b>M1GP</b>	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. Eu lembro que antes de sair a portaria a gente já estava lá com o projeto. Então foi bem tranquilo o processo de adesão.
		Ter uma cobertura de 100% do município, conseguiu os equipamentos, os insumos, os veículos que foi bem importante. Conseguimos comprar uma frota nova, pois o transporte é extremamente importante pro melhor em casa
		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.
	<b>M2GP</b>	A mudança foi o recurso, para que nós pudéssemos nos organizar.... Traçar metas, planos... E também o reconhecimento da própria secretaria da importância deste serviço.
		Ele nos encorajou a implantar a assistência ventilatória com segurança e deu certo. A equipe tinha insegurança, tinha medo, mas a nossa equipe foi no hospital, a equipe de lá deu algumas orientações, mas assim, a gente precisa pactuar melhor ainda, por exemplo, a retaguarda.
		A partir da adesão ao melhor em casa é que começou a ter um trabalho em rede.
		A partir disso houve aumento de visibilidade, inserção na academia, produção de evidências, início dos trabalhos, divulgação dos resultados, aí entramos numa curva crescente. 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 era bom, 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.
		Não tivemos resistências, pelo contrário, muito mais fatores favoráveis, do que desfavoráveis. Porque naquele momento a gestão Municipal estava iniciando e o programa foi a menina dos olhos naquele momento pra gestão. Foi o primeiro programa que o governo pode mostrar que estava trazendo para a população, sendo que é um programa que traz um resultado muito rápido.
		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 RAAS, tem que produzir relatório de gestão, tem que prestar contas e mudar a forma de atendimento.
	<b>M2PP</b>	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, foi muito trabalhoso, por que o que te falei, era terra de ninguém. Então quando você vem sistematizar foi muito trabalhoso, iniciou-se um processo de desconforto com a rede neste momento, porque aí a gente começou a falar não para algumas situações
		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.
		O PA é o equipamento que de início a gente mais está apoiando, eu diria, com relação a demanda. Na ESF, a relação ainda está muito difícil, pois normalmente a hora que a gente chega, eles saem.
		O município ganhou demais com a criação do SAD. Os resultados nos pacientes são muito bons. Nós já estamos conseguindo fazer óbitos no domicílio, que antes não existia.
Eu tenho paciente do SAD, em VMNI e que frequenta escola, então eu chamei e os cuidadores dessas escolas que têm aluno de inclusão participam das nossas oficinas também. Isso foi um ganho muito bom pro município, não só pra saúde, mas pra todo o município, ter um equipamento que faz isso.		



		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.
	<b>M3GP</b>	<p>O superintendente de urgência pediu pra gente fazer alguma coisa com o povo que estava aguardando cirurgia. O mesmo que havia não acreditado no programa antes, mas como ele começou a ver que a resposta com o usuário era muito positiva... foi convencido. Ele reconheceu.... Aí quando fui falar com ele do SAD ortopedia todo mundo já estava do meu lado, já tinham começado a ver que era viável. Aí começamos a regular os pacientes... lembro que na primeira semana foi sete, na segunda já tinha doze, foi crescendo, e a gente começou a conseguir operar, pois chegamos num gargalo que não parava.</p> <p>Maior problema e que eu ainda não consegui resolver é convencer o médico horizontal [do hospital] que eles têm que dar alta para os pacientes do hospital. Eles não aceitam isso, é uma dificuldade enorme no hospital.</p> <p>E aí começamos a desospitalizar os pacientes mais graves, com ventilação, paciente que precisa ser visitado duas vezes por dia... Paciente que no ambiente colonizado do hospital é complicado e a gente conseguiu fazer a transição do cuidado com responsabilidade.</p>
	<b>M3PP</b>	<p>A gente foi fazer esse trabalho de formiguinha mesmo, indo em cada unidade para falar o que era o PMC. Montei uma apresentação compactazinha explicando quais eram as atribuições, para que antes que a gente começasse o trabalho todo mundo soubesse quais eram as nossas responsabilidades. E mesmo fazendo isso, de equipe em equipe, no hospital também, nos Conselhos Municipais tb e alguns serviços da assistência, o CRAS e o CREAS. E mesmo fazendo isso a gente teve ainda um pouco de dificuldade com os profissionais da saúde que achavam que todos que precisavam de visita eram do MC.</p> <p>O secretário apoiava muito a gente. Quando dava problema no nosso carro, ele disponibilizava o carro dele, ficava a pé, mas a gente não deixava de ter visita. (...) Ele batalhou bastante, submeteu ao conselho e tudo mais que precisava e o estado teve um pouco de morosidade, ele mesmo foi ao ministério, brigou muito... Muito empenhado desde o começo.</p> <p>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.</p> <p>Uma resistência que passou a acontecer depois do PMC que foi o hospital não querer acolher mais o paciente lá e devolver pra gente fazer a avaliação no PMC.</p> <p>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 mostra que investindo mais, ele ia se recuperar mais rapidamente e ia gastar menos insumos.</p>
<b>Avaliação da normativa e adaptações</b>	<b>M1GP</b>	Acho que hoje já temos que avaliar a questão do financiamento para as equipes. Acho que teria que avaliar a complexidade que essa equipe está cuidando e avaliar essa questão.
	<b>M2GP</b>	Pelo contrário, ela nos clareia. Cada local tem sua realidade, a gente acaba fazendo adaptações. A gente precisa ter um norte.
		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.
	<b>M2PP</b>	<p>Eu acho portaria pouco rígida. Fiz críticas inicialmente, como a ventilação mecânica, ODP, mas eu entendi que estava começando e que tinha que começar de algum lugar. Mas ela foi tendo modificações bem rápido ao longo dos anos, entendendo que era uma política nova que estava sendo experimentada, então precisava ser de forma gradativa. Hoje eu acho a portaria adequada, acho que ela abre para a complexidade, ela abre para município de pequeno porte, da liberdade demais, inclusive. Eu acho que, entendendo que ainda não é uma prioridade dos gestores, pois ainda a atenção hospitalar toma grande espaço, a gente precisaria ser mais monitorado. Acho que precisava da contrapartida estadual.</p> <p>Nós criamos aqui uma nova modalidade, além de AD 1, 2 e 3: é o AD1 esporádico (risos). É exatamente aquele paciente que mora fora de área de cobertura de ESF, é um idoso normalmente, que tem muita dificuldade de sair do domicílio, não tem os critérios de AD2 e AD3, mas a gente não tem outra opção, não tem ESF perto e nós não vamos abandonar, né?</p> <p>A gente tenta levar tão à risca a portaria... Eu briguei muito pela função das 12h, 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. Eu acho que nós conseguimos cumprir todos os critérios.</p>

		O que precisa melhorar mais do que urgente é a questão da remuneração, de melhorar o custeio para quem faz ventilação, porque isso é extremamente dispendioso para o município. E uma questão que acho que agregaria é o apoio na transferência do cuidado, de ter alguma coisa mais, cobrando até não de nós, mas da média e alta, da hospitalar. Da transição do cuidado de forma mais adequada.
	<b>M3GP</b>	Sempre que converso com algum gestor e digo, pense qual o problema de seu município, não copia de outro município, pois um município é diferente do outro e essa portaria dá a chance de ver assim "qual o problema do meu município? É ferida, então vou resolver isso... O problema é bebês que precisam sair da UTI... então vou investir em ventilador, em equipamentos pra isso.
	<b>M3PP</b>	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. 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.
Atuação coordenador(a)	<b>M1GP</b>	Eu não sei se é porque eu sou muito apaixonada por essa política, eu não consigo ver nada de negativo. Só consigo ver muita coisa positiva e tenho uma expectativa grande nesta política ainda... A gente tinha uma luta muito grande porque a cada início de gestão, a cada planejamento municipal nós tínhamos que fazer um movimento muito grande no município.... Assim, convidar os usuários, os cuidadores para participarem das conferências, a gente sempre tinha que estar mobilizando a população, as lideranças, os profissionais em prol da continuidade desse serviço.
	<b>M2GP</b>	Eu tenho muito disso de identificar, de registrar, porque eu percebi no meu processo de formação como gestor... Enquanto a gente está lá no curso de graduação a gente não aprende a ser gestor, a gente aprende na prática. Eu entendi que pra sentar numa mesa de negociação, a gente precisa ter os dados, números. Entendi que eu precisava ter dados sobre o resultado do meu trabalho (...). Em um processo de gestão você tem que aparecer, dar sua cara, e tem que ter algo para mostrar, então eu sempre quis produzir porque eu queria aquele espaço. Não podemos focar no problema, temos que entender que temos ferramentas também, e assim vamos tocando, trazendo mais pessoas, formadores de opinião, vai aumentando a rede. No momento que você entra no ensino, insere na rede, vai trazendo mais formadores de opinião.
	<b>M2PP</b>	Se eu tenho capacidade de fazer isso na iniciativa privada, que são pessoas que têm melhores condições diferenciadas, por que não fazer pro setor público, pra pessoas que mais necessitam. Levei a ideia pro secretário de saúde, que abraçou a ideia inicialmente. Troca de gestão de novo e a secretária municipal de saúde não tinha muito interesse, ela achava que tinham outras prioridades antes de implantar uma EMAD, mas por muita insistência pessoal, fui levando números, neste período eu fiz um levantamento de custos, custos de RH, custos de insumos, custos do que se tinha, a proposta do PMC o quanto que se podia melhorar e acho que foi um pouco por cansaço que fui vencendo.
	<b>M3GP</b>	Em 2010 mais ou menos, a gente começou a pensar em estratégias para dar direito ao paciente ir para casa, porque tinha paciente que estava anos com a gente já. E aí começamos a ver alguns programas, eu cheguei a ir a outro município que já tinha um serviço [de AD]...
	<b>M3PP</b>	E talvez tenha me ajudado também essa minha facilidade de lidar com pessoas, de conversar, então eu tinha uma boa articulação, conversava com vários profissionais de várias áreas diferentes, então isso ajudou muito.