

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
ESCOLA DE GOVERNO PROFESSOR PAULO NEVES DE CARVALHO
Programa de Mestrado em Administração Pública

Larissa Meneghini Vale

**A ATUAÇÃO DA BUROCRACIA DE MÉDIO ESCALÃO NA RESPOSTA À
PANDEMIA DE COVID-19: um estudo de caso sobre a estratégia de ampliação dos
leitos hospitalares do SUS/MG**

Belo Horizonte
2023

Larissa Meneghini Vale

**A ATUAÇÃO DA BUROCRACIA DE MÉDIO ESCALÃO NA RESPOSTA À
PANDEMIA DE COVID-19: um estudo de caso sobre a estratégia de ampliação dos
leitos hospitalares do SUS/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientadora: Letícia Godinho de Souza

Belo Horizonte
2023

V149a Vale, Larissa Meneghini.
A atuação da burocracia de médio escalão na resposta à pandemia de Covid-19: um estudo de caso sobre a estratégia de ampliação dos leitos hospitalares do SUS/MG [manuscrito] / Larissa Meneghini Vale. – 2023.
[08], 126 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2023.

Orientadora: Letícia Godinho de Souza

Bibliografia: f. 112-122

1. Saúde Pública - Burocracia - Minas Gerais. 2. Pandemia - COVID19 - Minas Gerais. 3. Equipamento Hospitalar - Sistema Único de Saúde (SUS) - Minas Gerais. 4. Secretaria de Estado de Saúde (SES) - Minas Gerais. I. Souza, Letícia Godinho de. III. Título.

CDU 614:35.077.3 (815.1)

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTADO, INSTITUIÇÕES E GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
TURMA M-2021/2023

Aos vinte e nove de março de dois mil e vinte e três, foi realizada a defesa pública da dissertação intitulada "A ATUAÇÃO DA BUROCRACIA DE MÉDIO ESCALÃO NA RESPOSTA À PANDEMIA DE COVID-19: um estudo de caso sobre a estratégia de ampliação dos leitos hospitalares do SUS/MG", elaborada por LARISSA MENEGHINI VALE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Programa de Mestrado em Administração Pública, Área de Concentração: Estado, Instituições e Gestão de Políticas Públicas, da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro. Após a apresentação do trabalho, a mestranda foi arguida pelos membros da Comissão Examinadora composta pelos professores: Doutora Letícia Godinho de Souza (FJP), - Orientadora, Doutor Marcus Vinícius Gonçalves da Cruz (FJP) – Avaliador, Doutora Telma Maria Gonçalves Menicucci (UFMG) – Avaliadora e Doutor Pedro Luiz Costa Cavalcante (IDP) Avaliador. A Comissão Examinadora reuniu-se para deliberar e considerando que a dissertação atende aos requisitos técnicos e acadêmicos previstos na legislação do Programa, decidiu por unanimidade pela sua APROVAÇÃO.

Doutora Letícia Godinho de Souza (FJP) - Orientadora

Doutor Marcus Vinícius Gonçalves da Cruz (FJP) – Avaliador

Telma Maria Gonçalves
Menicucci27855813691

Assinado de forma digital por Telma Maria
Gonçalves Menicucci27855813691
Data: 2023.03.30 14:02:11 -05'00'

Doutora Telma Maria Gonçalves Menicucci (UFMG) – Avaliadora

Doutor Pedro Luiz Costa Cavalcante (IDP) – Avaliador

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi um grande desafio. A elaboração e conclusão deste trabalho tornaram-se possível porque muitas pessoas estiveram ao meu lado, a quem eu gostaria de agradecer:

Ao meu esposo Gabriel pela parceria, apoio e paciência. Sei que também não foi fácil para você. Obrigada por compreender minhas ausências e por me dar forças em todos os momentos que a dificuldade falou mais alto.

A toda minha família pela torcida e apoio. Em especial, agradeço a minha mãe, Vera, pelo suporte incondicional e por sempre acreditar e incentivar o meu potencial.

À minha orientadora, Letícia Godinho, pelo conhecimento compartilhado e valiosas contribuições que foram essenciais na qualidade deste trabalho.

A todos os professores e professoras do curso de mestrado da Escola de Governo da Fundação João Pinheiro que me tornaram uma servidora pública mais consciente e capacitada.

Às minhas companheiras de trabalho da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde da SES-MG que contribuíram para que a árdua tarefa de conciliar o mestrado com o trabalho integral fosse mais leve. Obrigada pelas lições e por vibrarem comigo para que eu chegasse até aqui.

À Amanda pelo incentivo inicial, fundamental para a minha decisão de entrar no mestrado, e também pelo apoio e compreensão em todas as vezes que precisei me ausentar do trabalho para concentrar nos estudos.

A todos os amigos e amigas que torceram por mim e exaltaram o meu potencial me fazendo lembrar que eu era capaz de chegar até aqui.

Às entrevistadas e aos entrevistados que forneceram valiosas contribuições para o sucesso desta pesquisa. Espero que este estudo seja uma forma de reconhecimento do árduo e meritoso trabalho desempenhado pelos servidores da SES-MG, no enfrentamento à pandemia de COVID-19, que possibilitou salvar vidas em Minas Gerais.

Por fim, agradeço a Deus, por guiar-me a cada passo da minha trajetória e sustentar-me com saúde neste período.

RESUMO

O trabalho traz como temática central a burocracia de médio escalão, com enfoque na sua atuação em uma governança em redes em um cenário de gestão de crise. O objetivo foi analisar a atuação do burocrata de médio escalão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) na ampliação dos leitos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS-MG), em resposta à pandemia de COVID-19. O trabalho abordou enquanto referenciais teóricos a literatura da burocracia de médio escalão, considerando seu papel, influência e dimensão relacional de análise da sua atuação; a literatura de governança em redes, trazendo-se conceitos gerais sobre o tema para introduzir o tema da governança do SUS; e a literatura da gestão de crise, para a compreensão dos impactos do gerenciamento de crise no caso proposto para estudo. A metodologia se pautava em um estudo de caso, a partir do levantamento e análise de dados quantitativos e documentais, e realização das entrevistas. Os resultados apontam para transformações significativas na estrutura de governança e funcionamento da SES-MG, protagonizadas pelos burocratas de médio escalão durante a situação de crise. Também aponta para seu papel relacional, ressaltando sobretudo pelo fortalecimento dos vínculos, aproximação e intensa articulação com os atores internos e externos para a formulação e implementação da estratégia de ampliação de leitos. Com isso, revelou-se uma forma de atuação como gestores de conexões em uma complexa rede de atores em um cenário de crise, atuação que rompe com uma tradição de lentidão e reatividade típica da Administração Pública. Enfim, foi trazida a atenção aos profissionais invisíveis que compõem este segmento da burocracia.

Palavras-chave: Burocracia de Médio Escalão. Governança em Redes. Governança do SUS. Gestão de Crise. Administração Pública. Resposta à pandemia de Covid-19.

ABSTRACT

The central theme of the work is the middle-level bureaucracy, focusing on its performance in network governance in a crisis management scenario. The objective was to analyze the performance of the middle-ranking bureaucrat of the State Department of Health of Minas Gerais (SES-MG) in the expansion of hospital beds of the Unified Health System (SUS-MG), in response to the COVID-19 pandemic. The theoretical references addressed in the study are the literature of the middle-level bureaucracy - considering its role, influence, and relational dimension of analysis of its performance -, as well as the literature on governance in networks - raising general concepts on the theme to introduce the subject of SUS governance -, and lastly the literature of crisis management, to understand the impacts of crisis management in the case proposed for study. The methodology is based on a case study that uses surveys, analysis of quantitative and documentary data, and conducting interviews. The results point to significant transformations in the governance structure and functioning of SES-MG, carried out by middle-ranking bureaucrats during the crisis situation. It also points to its relational role, emphasizing above all the strengthening of bonds, approximation, and intense articulation with internal and external actors for the formulation and implementation of the strategy for expanding beds. This revealed a way of acting as facilitators of connections in a complex network of managers in a crisis scenario. This action changes the traditional slowness and typical reactivity of Public Administration. Finally, attention was drawn to the unseen professionals who compose this segment of the bureaucracy.

Keywords: Middle-Echelon Bureaucracy. Network Governance. SUS Governance. Crisis Management. Public administration. Response to the Covid-19 pandemic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Figuras

Figura 1 - Quadro de perspectivas de implementação de políticas públicas.....	31
Figura 2 - Organograma da SES-MG.....	48
Figura 3 - Evolução leitos de UTI.....	55
Figura 4 - Leitos de UTI adulto por microrregião - Fevereiro de 2020.....	56
Figura 5 - Leitos de UTI adulto por microrregião - Julho de 2021.....	56
Figura 6 - Evolução de leitos clínicos - Minas Gerais, janeiro de 2019 a outubro de 2022.....	57
Figura 7 - Fluxo de comunicações da BME, por <i>locus</i> organizacional.....	89

Lista de Quadros

Quadro 1 - Competências dos órgãos gestores do SUS.....	33
Quadro 2 - Eixos temáticos de análise a partir das dimensões teóricas da pesquisa.....	52
Quadro 3 - Carga horária de trabalho dos entrevistados.....	61
Quadro 4 - Locus organizacional do entrevistado versus relacionamentos com atores internos e externos na atuação voltada à ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG.....	91
Quadro 5 - Papel dos entes federados e dos prestadores de serviço na estruturação de atendimento a pacientes graves e de internações clínicas.....	101
Quadro 6 - Deliberações CIB-SUS/MG relacionadas à ampliação dos leitos hospitalares x eixos de Atuação da estratégia emergencial de ampliação de leitos a qual está vinculada....	103

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Equipamentos adquiridos pelo estado e doados ao estado para enfrentamento à pandemia de COVID-19 em Minas Gerais.....	71
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BME	Burocracia de Médio Escalão
BMEs	Burocratas de Médio Escalão
CBMMG	Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIB-SUS/MG	Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais
CMacro COVID-19	Comitês Macrorregionais COVID-19
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COES	Centro de Operações de Emergência em Saúde
COSEMS-MG	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais
EGL	Escritório de Gestão de Leitos
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCMG	Polícia Civil do Estado de Minas Gerais
PMMG	Polícia Militar de Minas Gerais
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SEPLAG	Secretaria de Planejamento e Gestão de Minas Gerais
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAS	Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-MG	Sistema Único de Saúde de Minas Gerais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URS	Unidade Regional de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	9
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	Burocracia de médio escalão: contextualização e definição.....	15
2.2	Papéis, influência e dimensões de atuação dos BMEs	18
2.3	Discricionariedade e autonomia na atuação da burocracia de médio escalão	22
2.4	Burocratas de médio escalão: peças-chave da governança no setor público	25
2.5	Governança e redes de políticas públicas	27
2.5.1	<i>As redes de governança do SUS</i>	31
2.6	Gestão de crise: conceitos.....	35
2.6.1	<i>Fatores relacionados ao gerenciamento de crises</i>	39
3.	DADOS E PERCURSO METODOLÓGICO	44
4.	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	54
4.1	A estratégia emergencial de ampliação de leitos: contexto	54
4.2	A estratégia emergencial de ampliação de leitos e a atuação dos burocratas de médio escalão da SES-MG	60
4.2.1	<i>Rotina de trabalho</i>	60
4.2.2	<i>Eixos de atuação da burocracia de médio escalão na estratégia emergencial de ampliação de leitos</i>	64
4.2.3	<i>O papel da burocracia de médio escalão à luz da perspectiva relacional de análise</i>	85
4.2.4	<i>O lócus de atuação da burocracia de médio escalão e sua influência na estratégia emergencial</i>	88
4.2.5	<i>A estrutura de governança: alterações provocadas pela pandemia de COVID-19</i>	93
4.2.6	<i>Discricionariedade e autonomia em um contexto de crise</i>	104
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
	ANEXO A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA	123
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	124
	ANEXO C - TERMO DE CIÊNCIA DE GRAVAÇÃO	126

1. INTRODUÇÃO

O ano de dois mil e vinte se iniciou com a descoberta de um novo vírus na cidade de Wuhan, na China, denominado de SARS-CoV-2, causador da COVID-19, doença infecciosa viral respiratória altamente contagiosa que, de forma rápida, espalhou-se por todo mundo.

Tal situação levou a Organização Mundial da Saúde (OMS), em trinta de janeiro de dois mil e vinte, a declarar Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

No Brasil, em três de fevereiro daquele ano, o Ministério da Saúde (MS) declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), com o objetivo de planejar o “[...] esforço conjunto de todo o Sistema Único de Saúde para identificação da etiologia dessas ocorrências e adoção de medidas proporcionais e restritas aos riscos.” (BRASIL, 2020. *online*). Em seguida, três dias depois, foi publicada a Lei Federal nº 13.979 (BRASIL, 2020), que trouxe medidas gerais para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. A proporção do alastramento do vírus pelo mundo ficou globalmente conhecida em onze de março de dois mil e vinte, quando a OMS declarou que o surto causado pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) tratava-se de uma pandemia (ANASUS, 2020).

A disseminação do vírus na sociedade implicou na instauração de uma crise sanitária, econômica e social que exigiu dos gestores públicos a capacidade de mobilização de diversos atores, aperfeiçoamento da governança, adaptabilidade e mudança organizacional para superar os desafios impostos pela pandemia. Independente da área de atuação ou do serviço prestado, a pandemia funcionou como um disruptor dos processos, práticas e contextos que existiam anteriormente, exigindo adaptação e testando a capacidade dos estados em sentido amplo, e do setor de saúde em específico, com impactos econômicos das medidas de supressão, como a interrupção de certas atividades laborais, medidas de restrição à circulação e de proteção individual (WHO, 2020; COLLINS; FLORIN; RENN, 2020).

As características de um país como o Brasil levaram a uma mobilização das autoridades públicas nos três níveis de governo seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), pautados primordialmente em medidas de contenção e mitigação de contágios, como o uso de máscara, utilização de álcool gel para higienização das mãos, manutenção de distanciamento físico entre pessoas, isolamento social, entre outros. Conceição *et al.* (2020, p. 282) ressaltam que as características nacionais em termos de altos índices de desigualdade social, áreas de elevada densidade populacional, “[...] com limites

operacionais seja na capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde [...]”, bem como das instituições suplementares ao sistema, levaram os responsáveis “[...] à construção de planos de enfrentamento pautados na complexidade da vida e nos diferentes determinantes da saúde.”.

Dessa maneira, com a pandemia da COVID-19, experimentaram-se alterações das demandas estratégicas e um processo de adequação nos padrões de trabalho, por parte dos responsáveis pela saúde dos países. Isso porque a possibilidade de resposta dos sistemas de saúde dependia da sua capacidade de se transmutar. No caso brasileiro, foi determinante a existência de um sistema de saúde com capilaridade em todo o país, capaz de implementar, de formar equânime e organizada, as políticas necessárias ao enfrentamento das emergências relacionadas a epidemias (MACÊDO, 2020).

Neste contexto de crise, um grave cenário epidemiológico era esperado devido à circulação de um vírus com enorme potencial de dano à sociedade e de sobrecarga das estruturas do Sistema Único de Saúde. Em vista disso, os órgãos responsáveis pela gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) - Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde – ficaram encarregados por elaborar planos de contingência para definição de medidas de saúde pública necessárias à prevenção e controle do contágio e ao tratamento das pessoas infectadas (SILVEIRA; OLIVEIRA, 2020). O objetivo destes planos era promover respostas rápidas e direcionar as ações e estratégias emergenciais para contenção do vírus e mitigação dos seus impactos no sistema de saúde.

Foi indispensável realizar mudanças em processos e procedimentos para dar a resposta necessária e proporcional à crise provocada pela pandemia da COVID-19, envolvendo diversos atores na seara da saúde pública. Isso porque, como destaca Menicucci (2019), o desenho federativo do país, bem como a administração da rede de serviços de saúde necessita alinhar a autonomia dos entes federados e a cooperação entre eles, de modo a garantir os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade da atenção, compatibilizando a localização territorial das pessoas com a da rede assistencial sob a responsabilidade de gestores diversos. Além disso, como afirmam Martins e Ângelo (2021, p. 54), “[...] a política de saúde envolve um conjunto coordenado de ações, planejamento estratégico e tomada de decisão pelos gestores públicos das três esferas de governo – municipal, estadual e federal.”. Esse arranjo de governança impõe diversos desafios, por seu delineamento multinível envolvendo União, estados e municípios, e a correlação destes entes distintos, ainda mais em um contexto de crise.

O Governo do Estado de Minas Gerais publicou dezenas de normas e documentos oficiais, entre decretos, deliberações, resoluções e notas técnicas envolvidas nas repercussões da emergência em saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19. Cita-se, por exemplo, o Decreto NE nº 113, de 12 de março de 2020 (MINAS GERAIS, 2020a, *online*) que “[...] declarou a Situação de Emergência em Saúde Pública no Estado em razão de epidemia de doença infecciosa viral respiratória – COVID-19” e o Decreto Estadual nº 47.891, de 20 de março de 2020, que “[...] reconheceu o estado de calamidade pública em Minas Gerais” (MINAS GERAIS, 2020b, *online*). Além das normas que versaram sobre a resposta estadual à pandemia de COVID-19, foi necessário adotar diversas ações de enfrentamento e mitigação dos efeitos da pandemia para dar subsídio à ampliação da capacidade de resposta dos estabelecimentos hospitalares, com o aumento da oferta de leitos clínicos e leitos de terapia intensiva para os infectados que apresentavam casos moderados, graves e críticos da doença, que exigiam hospitalização.

Tendo em vista a ausência de coordenação nacional na definição de estratégias e ações únicas que impediram que o MS exercesse seu papel de coordenação nacional do SUS na resposta à COVID-19 (ABRUCIO *et al.*, 2020 *apud* TASCÁ; MASSUDA, 2020), os estados e municípios passaram a assumir a condução da crise sanitária, coordenando e determinando linhas de atuação, bem como estabelecendo relações de cooperação entre si. Os desafios envolviam: tomada, registro e acompanhamento de decisões, em curto espaço de tempo; execução de um conjunto de novas e grandes ações; registro e acompanhamento de recursos extraordinários de fonte federal e fonte estadual, dentre outros.

Diante da complexidade da crise instaurada, foi necessário definir, estruturar e executar importantes estratégias para garantir a assistência à saúde da população. Corroborado pelas experiências internacionais de países que enfrentavam o estrangulamento de seus hospitais, era indispensável preparar a rede hospitalar para evitar que tal cenário se repetisse no Brasil. Neste sentido, o contexto de crise implicou em mudanças significativas em relação aos procedimentos de saúde rotineiros e, principalmente, na implementação de estratégias emergenciais nas políticas públicas de saúde existentes para atender a nova demanda proveniente da emergência em saúde pública ocasionada pela pandemia da COVID-19.

O contexto que se vislumbrava quando da definição das estratégias de resposta à pandemia pelo Poder Público era o da ampliação da capacidade dos sistemas de saúde para atender às pessoas infectadas pelo vírus Sars-Cov-2, e que desenvolviam as formas mais graves da doença e necessitavam de leitos de terapia intensiva para suporte respiratório. Moreira (2020, p. 2), em seus estudos realizados em abril de 2020, descreve tal cenário:

Todas as medidas tomadas até o momento visam a evitar a superação da capacidade dos sistemas de saúde em atender à população que evolui para as formas mais graves da doença. Nessas situações, são necessárias internações em UTI e o uso de ventiladores pulmonares para o suporte respiratório desses casos. Nesse sentido, o que observamos desde o início da epidemia na China, foram os diversos países se mobilizando no intuito de prover seus sistemas de saúde com a máxima capacidade de atendimento dos pacientes que apresentarem complicações respiratórias. Entrementes, os casos mais graves têm sido registrados em pacientes mais velhos e que apresentam algum tipo de comorbidade, especialmente doenças respiratórias, cardíacas, hipertensão e diabetes. Contudo, essa associação com outras comorbidades torna a população mais jovem portadora dessas condições também um grupo de risco. (grifo nosso)

Mediante o exposto, o contexto a partir do qual a presente pesquisa se delineou foi o da resposta governamental à pandemia da COVID-19, mais especificamente, a resposta do Estado de Minas Gerais, na perspectiva da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), com recorte para a estratégia emergencial de ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG.

Dentro do seu escopo de atuação, a SES-MG planejou ações de enfrentamento e mitigação dos efeitos da pandemia para dar subsídio à ampliação da capacidade de resposta dos estabelecimentos hospitalares. Corroborando com as experiências internacionais e dos demais governos estaduais, um dos principais esforços de contenção da crise foi o aumento da oferta de leitos clínicos e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foram necessários elevados investimentos para ampliar a capacidade instalada da rede hospitalar por meio da reativação de leitos ociosos, equipagem e estruturação de leitos novos, além da articulação, junto ao Ministério da Saúde, Municípios e prestadores de saúde para habilitar leitos novos nas unidades hospitalares na rede do SUS e garantir seu financiamento.

Partindo deste contexto, a presente investigação analisou um segmento da burocracia estatal denominado Burocracia de Médio Escalão (BME) que, atuando na gestão do SUS-MG, esteve por trás da estratégia emergencial de ampliação da oferta de leitos hospitalares do SUS-MG. Assim como Coelho *et al.* (2020) ao investigar o *back office* do sistema funerário paulista no enfrentamento à pandemia, busca-se lançar luzes para uma classe de atores invisíveis da administração pública estadual que atuaram na ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG, com o objetivo de garantir a assistência à saúde da população, durante o período de emergência em saúde pública.

A escolha por estudar os atores que estiveram no pano de fundo da ampliação dos leitos hospitalares se dá não apenas pela relevância de se compreender esta atuação, mas também pela lacuna teórica e empírica existente nos estudos sobre a burocracia de médio

escalão nas ações governamentais em um contexto de crise. Especificamente em relação ao contexto da pesquisa, observa-se que há uma lacuna nos estudos acerca dos BMEs que atuaram no enfrentamento à pandemia. Vale lembrar que, em sentido diverso, os profissionais de saúde da ‘ponta’, isto é, aqueles que estiveram à frente dos leitos hospitalares na prestação dos serviços de saúde durante a pandemia de COVID-19 foram objeto de um número mais amplo de investigações na literatura nacional (LOTTA *et al.*, 2021).

A incipiência dos estudos sobre os BMEs no contexto da pandemia reforça a existência de uma “[...] lacuna analítica sobre a atuação dos burocratas de médio escalão, seja na literatura acadêmica nacional, seja nos estudos e na compreensão da temática por parte dos próprios burocratas” (SILVA, 2015, p.224). Contribuir para preencher esta lacuna reforça o caráter inovador desta pesquisa, assim como a relevância da proposta de ampliação do conhecimento científico sobre esta temática, que tem como objetivo o “[...] reconhecimento do papel desempenhado, porém frequentemente negligenciado, por burocratas de médio escalão no processo de produção das políticas públicas.” (PIRES, 2011, *online*).

É oportuno destacar que a atuação da BME do presente estudo se deu em um contexto de crise que envolveu uma série de desafios e complexidades, os quais era preciso superar, para que fosse possível agir em um cenário de emergência que demandava uma resposta estatal rápida. Neste sentido, foi necessário também aprofundar a literatura sobre gestão de crise para compreender como a burocracia é tensionada nestes contextos; e quais os impactos do cenário de crise na atuação dos burocratas de médio escalão que estavam por detrás da ação governamental.

Logo, o estudo se justifica, ao trazer contribuições importantes para o conhecimento sobre a burocracia de médio escalão e, em específico, sobre o corpo burocrático por trás da gestão do SUS. Considerando ainda a possibilidade de novas pandemias ao longo do século XXI, é importante ampliar os conhecimentos disponíveis sobre a governança do SUS e sobre o gerenciamento de crises no setor público.

Pretendeu-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: como se deu a atuação dos burocratas de médio escalão da SES-MG na ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG implementada em resposta à pandemia de COVID-19?

A partir disso, o objetivo geral da pesquisa é analisar a atuação do burocrata de médio escalão da SES-MG na ampliação dos leitos hospitalares do SUS para dar resposta à pandemia de COVID-19. Enquanto objetivos específicos, buscou-se:

1 – Identificar a rotina e as atividades da burocracia de médio escalão da SES-MG para operacionalizar a estratégia emergencial de ampliação de leitos hospitalares ;

2 – Compreender o papel e a influência da burocracia de nível médio da SES-MG no desenho e operacionalização de estratégias voltadas à ampliação de leitos hospitalares do SUS-MG durante a pandemia de COVID-19;

3 – Compreender o impacto da pandemia na governança existente e identificar as redes que precisaram ser articuladas no contexto da estratégia de ampliação dos leitos;

4 – Delimitar os principais desafios no âmbito da gestão de crise desempenhada pelos burocratas de médio escalão a fim de viabilizar a estratégia emergencial de ampliação de leitos hospitalares;

5 – Identificar, no âmbito das atividades voltadas para a viabilização desta estratégia, se a situação de crise influenciou a margem de discricionabilidade e autonomia destes atores.

A dissertação está organizada em cinco capítulos. Para além desta Introdução, o segundo capítulo contempla o referencial teórico da pesquisa, a partir do qual se realiza um apanhado da literatura sobre a burocracia de médio escalão, governança em redes com foco na governança do SUS e gestão de crise. Em seguida, apresenta-se a metodologia utilizada na construção do trabalho. O quarto capítulo contempla o estudo do caso, qual seja, a atuação da burocracia de médio escalão da SES-MG na estratégia de ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG. O quinto capítulo contempla as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo contém o referencial teórico utilizado para a realização da pesquisa. Considerando que a pesquisa parte do interesse em estudar com profundidade a atuação da burocracia de médio escalão da SES-MG envolvida em uma estratégia emergencial para dar resposta à pandemia de COVID-19, definiu-se que a literatura que estuda burocracia de médio escalão e a gestão de crise eram centrais para o estudo.

É importante destacar ainda que esta burocracia de médio escalão estava situada em uma estrutura de governança prévia, que define *a priori* a sua atuação; mas que diante do cenário de crise se fez necessária a mobilização de novas estruturas e novos atores, com poderes e competências distintas, criando condições que tornaram necessária sua cooperação e articulação em prol de uma meta comum para que se solucionasse a crise. A articulação entre atores heterogêneos foi assim analisada a partir da literatura sobre redes de governança, e por meio da perspectiva da governança em redes que se observa em um sistema específico, o SUS.

Portanto, realizou-se uma revisão de literatura não sistemática por meio de uma seleção de textos que auxiliam na compreensão da BME em uma governança em redes, no contexto de uma gestão de crise. Tal literatura foi mobilizada em função das hipóteses de pesquisa.

O capítulo está organizado em seções, que discutem cada qual, as diferentes dimensões exploradas pela pesquisa.

2.1 Burocracia de médio escalão: contextualização e definição

Esta seção foi elaborada a partir da literatura nacional e internacional sobre burocracia de médio escalão, coletados considerando sua relevância e inovação. Assim como Pires (2018, p. 188), pretende-se, neste trabalho, “[...] analisar os burocratas de médio escalão como um segmento da burocracia [...]” para lançar luzes a um grupo governamental (BORRAZ, 1995) que desempenha um importante papel na produção das políticas públicas contemporâneas.

As concepções de burocracias remontam à concepção de Max Weber na qual burocracias profissionais no aparelho administrativo seriam garantias de impessoalidade e a especialização das funções requeridas pelo Estado moderno (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2018). De acordo com Lotta, Pires e Oliveira (2015), os estudos pioneiros dos

anos 1970 sobre burocracias centravam-se na abordagem *top-down*, isto é, o foco das investigações voltava-se para a compreensão da burocracia de alto escalão, na qual a implementação das políticas públicas era analisada sob uma ótica de cima para baixo, como um processo hierárquico. Nas décadas seguintes, a efetividade e avaliação das políticas passaram, diversamente, a ser priorizados. Nesse contexto, e guiados pelos estudos de Lipsky (2010), os burocratas de nível de rua passaram a ser vistos como elementos-chave no sucesso da implementação das políticas públicas, com abertura de espaço para uma abordagem *bottom-up*, isto é, de baixo para cima.

As abordagens *top-down* e *bottom-up* se destinam a investigar o papel dos atores envolvidos no processo de produção e implementação de políticas públicas a partir de diferentes visões sobre o processo de implementação em que a oposição entre os burocratas em posições extremas são reverenciadas (PIRES, 2011). Na abordagem *top-down*, o papel dos ocupantes de cargos de alta-direção é privilegiado na análise do desenho das políticas. Enquanto isso, a abordagem *bottom-up* traz um enfoque para o papel desempenhado pelos burocratas que estão na linha de frente da execução da política pública e que influenciam os rumos da política por tomarem decisões ‘em campo’. Segundo Oliveira (2008), a grande parte dos estudos brasileiros sobre burocracia pública esteve voltada à análise da burocracia de alto escalão e o seu papel de formulação de políticas públicas, enquanto os estudos sobre a fase de implementação das políticas públicas tinham enfoque, sobretudo, na chamada burocracia de nível de rua (LIPSKY, 2010), e no seu papel implementador das políticas desenhadas ‘centralmente’ pelo alto escalão (LOTTA, 2010).

Tal dicotomia demonstra que, por décadas, houve uma lacuna histórica na literatura que não contemplava em seus estudos a burocracia situada entre o alto escalão e o nível de rua. Ao fazer um panorama sobre os estudos sobre as burocracias no Brasil, Cavalcante e Lotta (2015, p. 14) afirmam que esta burocracia intermediária, denominada Burocracia de Médio Escalão, estava situada em um limbo teórico, “[...] com poucos estudos capazes de conceituá-los ou compreender seu perfil, sua atuação e sua importância nas políticas públicas”. Esta lacuna teórica explica a dificuldade conceitual de classificar o local onde a burocracia de médio escalão se encontra, justamente por ocupar uma posição intermediária entre as abordagens *top-down* e *bottom-up* (CAVALCANTE; LOTTA, 2015).

Neste sentido, primeiramente, cumpre-nos diferenciar os outros segmentos da burocracia do médio escalão. A literatura sobre o alto escalão conflui no sentido de destacar a ingerência deste segmento nos processos decisórios (sobre normas, estruturas administrativas e ações governamentais) e nas funções de articulação e representação política (PALOTTI;

CAVALCANTE, 2018). Já os estudos sobre a burocracia de nível de rua convergem para destacar a influência destes atores nos processos de implementação e execução das políticas públicas (LIPSKY, 1980). No entanto, em um estudo exploratório sobre as formas de atuação e influência dos BMEs sobre as políticas públicas, Pires (2018, p. 195) constatou que “[...] no caso da BME, não é possível identificar narrativas na literatura que sejam amplamente compartilhadas ou repetidamente reforçadas [...]” sobre seu papel no ciclo das políticas públicas e dentro das organizações, ratificando o que já previa Cavalcante e Lotta (2015) que a BME estão situados em um limbo teórico.

Ainda assim, o autor reforça que estudos contemporâneos relatam que uma “[...] série de transformações nas formas de organização e atuação do Estado e dos processos de políticas públicas têm demandado um olhar renovado para o trabalho dos agentes que habitam os escalões intermediários” (PIRES, 2018, p. 201), demonstrando que a definição do campo de atuação da burocracia de médio escalão é um processo em construção, o que instiga o objeto desta pesquisa.

Ainda que haja essa dificuldade de identificar uma narrativa consolidada nos estudos organizacionais e de políticas públicas sobre o espaço que os BMEs ocupam no processo de produção de políticas públicas, é pacificado o *locus* em que estes atores estão situados no ciclo das políticas públicas: entre a burocracia de alto escalão, que define as estratégias governamentais e formula as políticas públicas, e a burocracia de nível de rua, que implementa estas políticas, fazendo um elo entre os implementadores e os formuladores (HOWLETT, 2011; MEIER, 2009; PIRES, 2011; OLIVEIRA; ABRUCIO, 2011 *apud* LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2015).

No campo prático, as próprias organizações têm dificuldade na definição desses agentes, afinal esta classe é composta por uma variedade e heterogeneidade de atores a depender dos aspectos institucionais, setoriais e dos cargos ocupados, como destacam Oliveira (2008), Pires (2011) e Oliveira e Abrucio (2011). O ambiente institucional pode alterar o modo de operação dos BMEs devido à complexidade da organização ou das características e natureza das políticas promovidas (LOTTA; CAVALCANTE, 2015). Os BMES também se diferem dentro de uma organização com relação consoante seu *locus* na estrutura organizacional é uma área-fim ou área-meio. Os achados de pesquisa de Lotta e Cavalcante (2015, p. 301) demonstraram que o *locus* organizacional impacta no tipo de relações desses burocratas “[...] (área-meio tende a apresentar relações mais internas; área-fim, relações mais externas), bem como no tipo de decisão tomada (decisões sobre a gestão ou decisões sobre o conteúdo da política)”. Seja como for, estes atores “[...] se situam de tal forma ‘espremidos’

tanto do ponto de vista prático, dada sua posição na estrutura organizacional e suas prerrogativas, quanto do ponto de vista teórico, entre as abordagens que enfocaram o alto escalão e aquelas que problematizaram o chamado ‘nível da rua’.” (PIRES, 2011, *online*).

A grande diversidade de lugares, cargos e funções que os BMEs ocupam nas organizações reforça a dificuldade atrelada a sua classificação. Ainda assim, trazemos aqui algumas classificações para exemplificar quem são esses atores. Segundo Pires (2011), compõem a burocracia de médio escalão: os gerentes, diretores, dirigentes, coordenadores, supervisores e demais cargos que estão entre o topo e a base em estruturas organizacionais que têm a responsabilidade de traduzir as estratégias elaboradas pelo alto escalão para aquele que implementa a política pública. Para Lotta, Pires e Oliveira, (2015, p. 23), “[...] trata-se de atores que desempenham função de gestão e direção intermediária (como gerentes, diretores, coordenadores ou supervisores) em burocracias públicas e privadas.”.

Existe uma série de atores que podem ser classificados como burocratas de médio escalão, mas esta classificação ainda não é clara haja vista sua abrangência e complexidade. A dificuldade em encontrar qual o espaço social que este ator ocupa na administração pública também existe quando se tenta definir qual é o perfil deste segmento da burocracia. Em uma análise exploratória que investigava a heterogeneidade dos BMEs no governo federal brasileiro, Cavalcante, Lotta e Yamada (2018, p. 28) identificaram que “[...] existem perfis bastante diferentes dentro do governo federal, com diferenças de idade, experiência profissional, educação, capacidade de influenciar, funções atribuídas e atividades [...]”, demonstrando a diversidade desses burocratas.

2.2 Papéis, influência e dimensões de atuação dos BMEs

A fim de aprofundar as proposições acerca de qual é o papel dos BMEs nas organizações públicas, é importante voltar-se à análise de como a literatura tem classificado as formas de atuação e a influência destes atores no processo de produção de políticas públicas. Ainda que este grupo seja formado por atores “[...] cujo trabalho é fracamente prescrito, sujeito a incertezas e envolvendo ambiguidades [...]” (PIRES, 2018, p. 188), verifica-se que estes atores ocupam um espaço social específico na produção de políticas públicas, por vezes olvidado, mas não por isso menos importante, fazendo jus a uma análise aprofundada.

Tradicionalmente, os BMEs são definidos como os atores encarregados de operacionalizar as estratégias que o alto escalão formula ocupando um papel decisivo ao

traduzir os comandos do topo e coordenar as atividades operacionais advindas das organizações (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2015). Apesar de tal definição concentrar o papel dos BMEs em torno da operacionalização das ações governamentais e viabilização das estratégias necessárias para a implementação das políticas públicas definidas pelo alto escalão, um extrato da literatura defende que o papel dos BMEs, no processo de produção de políticas públicas vai além do meramente ‘operacional’ (LOTTA; CAVALCANTE, 2015).

Segundo Floyd e Wooldridge (1992), a atuação da BME vai além do ‘fazer’ uma vez que esta classe de atores também participa do ‘pensar’ as estratégias da organização ou no desenho da política pública, demonstrando uma participação ativa da BME na produção de políticas públicas. A hipótese que se defende nesta pesquisa é de que a BME da SES participou do ‘pensar’ a estratégia de ampliação de leitos hospitalares em resposta à pandemia de COVID-19, além de atuar no ‘fazer’.

No clássico estudo de Mintzberg (1973) sobre os papéis desempenhados por gerentes do setor privado, o autor descreve o papel dos BMEs em três dimensões de funções: interpessoal, informacional e decisória. A dimensão interpessoal está vinculada à capacidade de interação. A dimensão informacional relaciona-se ao papel de sistematização e disseminação de informações. E por fim, a dimensão decisória aproxima-se do papel negociador e mediador dos gerentes.

De outro lado, os estudos voltados à burocracia governamental chamam a atenção para a dicotomia técnico-política relacionada à atuação do BME. Segundo Pires (2011), os BMEs ocupam, em geral, dois tipos de papéis: técnico-gerencial e técnico-político. O primeiro papel está relacionado às atividades eminentemente técnicas e gerenciais realizadas pelos burocratas dentro da organização, como, por exemplo, procedimentos de compra e gestão de serviços necessários para dar cabo às estratégias e diretrizes formuladas pelo alto escalão (WILSON, 1968; OLIVEIRA, 2008). Ao desenvolver seu papel técnico-gerencial dentro de uma organização, os BMEs também traduzem as decisões dos burocratas do alto escalão em processos e procedimentos que serão executados pelos burocratas de nível de rua. Sendo assim, no desempenho das funções necessárias à operacionalização da estratégia, estes atores precisam desenvolver alguns atributos pessoais: “[...] liderança e motivação da equipe, graus de autonomia para sua atuação, e os procedimentos e técnicas para estimular e monitorar o desempenho de seus subordinados, assim como controlar suas condutas desviantes.” (PIRES, 2011, *online*).

Já o papel técnico-político, segundo Freire, Viana e Palotti (2015, p. 93) “[...] refere-se às negociações e às barganhas realizadas pelos burocratas de médio escalão dentro dos

processos em torno dos quais estão inseridos, quando da atuação com o alto escalão e com a burocracia de nível de rua.”. Neste sentido, as relações envolvidas nas fases de formulação e implementação da política pública e a posição ocupada pelo BME na rede de articulações com atores externos e internos à organização estão relacionados ao papel técnico-político desempenhado pelos BMEs. Salienta-se que a relevância e o modo de aferição do papel técnico-político dos BMEs na produção das políticas públicas depende do *locus* de atuação desses burocratas na cadeia de atores entre a formulação e a implementação (ROCHA, 2003; BIANCCHI, 2002; SCHNEIDER, 1994).

Para Howlett (2011), esta dicotomia técnico-política está desatualizada e não compreende os BMEs no processo de produção de políticas públicas tendo em vista que não dá conta de alguns movimentos recentes na Administração Pública: a descentralização que empoderou os gestores de nível médio e baixo; as redes colaborativas que formam uma nova governança aumentando a autoridade dos gestores intermediários; e, o movimento do *New Public Management* que altera a orientação para os usuários dos serviços.

Superada a análise do papel desempenhado pelos BMEs, passamos à abordagem da atuação destes atores. Em seus estudos sobre as dimensões de atuação dos BMEs, Lotta, Pires e Oliveira (2015) analisam a atuação dos BMEs nas políticas públicas a partir de três perspectivas analíticas: estrutural, de ação individual e relacional.

A perspectiva estrutural tem raízes no modelo de atuação burocrático weberiano, no qual os agentes são concebidos sob uma perspectiva impessoal e suas condutas são orientadas por obediência a regras formais. Nessa vertente, a atuação dos burocratas é definida por sua posição na estrutura hierárquica da organização, devidamente formalizada nos ordenamentos formais da instituição. Ocorre que, tal perspectiva não oferece uma compreensão particularizada da atuação dos BMEs diferenciando esta classe de outras burocracias e suas repercussões na produção de políticas públicas (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2015).

Já a perspectiva de ação individual, de forma oposta à perspectiva estrutural, não concebe a atuação do BME a partir de uma perspectiva passiva pautada na observância às regras e orientações formais. Pelo contrário, esse enquadramento analítico destaca que “[...] a atuação de burocratas é motivada pela maximização de seus próprios interesses e ganhos pessoais.” (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2015, p. 39). Nesta toada, o poder de iniciativa dos BMEs, considerando suas decisões e ações individuais, está vinculado às oportunidades motivadas por seus interesses particulares e objetivos na organização. Essa perspectiva já foi muito utilizada para entender as motivações dos burocratas de nível médio do setor privado.

“No entanto, ainda falha em compreender a inserção desses burocratas em redes sociais complexas.” (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2015, p. 41).

Por fim, segundo Lotta, Pires e Oliveira (2015), a perspectiva relacional é uma vertente analítica mais recente que tem como alicerce as ideias de governança e de redes sociais. Busca compreender as relações que os BMEs estabelecem com outros atores para compreensão da atuação dos BMEs no processo de produção de políticas públicas. Enfatiza as redes de relacionamento estabelecidas com atores internos e externos ao Estado, pois considera que a produção de políticas envolve uma gama de redes de atores internos e externos ao Estado e que estas relações sociais influenciam o desenho e os resultados das políticas. Esta abordagem destaca as atividades de contato interpessoal, diálogo e liderança ao invés das atividades relacionadas a processos rotineiros e burocráticos (VIE, 2010), evidenciando as habilidades de negociação, articulação e mediação dos BMEs. A hipótese de Freire, Viana e Palotti (2015, p. 96), a qual este estudo se filia, é de que a “[...] análise da influência dos burocratas de médio escalão é crucial para compreender o processo de *policymaking*, uma vez que a atuação desses atores é predominantemente relacional, podendo impactar a forma como as políticas públicas são implementadas.”. Oportunamente, a próxima seção irá aprofundar nesta perspectiva de análise ao descrever a burocracia de médio escalão como peças-chave da governança, uma vez que a hipótese que se constrói é de que a atuação dos BMEs do estudo de caso proposto se enquadra na perspectiva relacional.

Pires (2011) associa a perspectiva relacional com os papéis técnico-político e técnico gerencial dos BMEs, haja vista que estes burocratas estão na posição intermediária entre o topo e a base da organização, desenvolvem competências técnico-gerenciais para liderar equipes, bem como desenvolvem um papel técnico-político ao negociar e relacionar-se com o alto escalão. O autor descreve as interações ‘para cima’ e ‘para baixo’ dos BMEs como uma dupla performance, na qual estes atores se tornam ‘guardiões’ de informações importantes, sendo responsável por decidir o que ‘sobe’ e o que ‘não sobe’, fazendo a “roda” da complexa máquina político-administrativa ‘girar’. Vejamos:

[...] na condição típica de burocratas de médio escalão, ocupam as interseções entre dinâmicas setoriais e processos decisórios centralizados, mantendo fluxos constantes de monitoramento e construção de capacidades. Eles constroem (ou produzem) sua posição por meio da gestão desses fluxos informacionais – eles cobram com maior ou menor intensidade, decidem o que “sobe” e o que “não sobe”, eles dimensionam seu empenho na provisão de apoio e busca de soluções para os pedidos (demandas) colocados pelos parceiros de outros órgãos, decidem como equilibrar os tensionamentos entre os diversos atores com os quais interagem, eles administram as providências e os encaminhamentos necessários. Tal como eles próprios definem,

eles “fazem a roda girar”, azeitando o encaixe de engrenagens laterais e verticais em uma complexa máquina político-administrativa. (PIRES, 2015, p. 217).

Outrossim, além de lidar com subordinados e superiores hierárquicos, os BMEs também se relacionam com os burocratas de nível de rua e demais atores externos envolvidos na implementação das políticas públicas, o que reforça a dimensão relacional como perspectiva que melhor se encaixa na atuação desses agentes em um contexto de rede.

Após compreender como os BMEs atuam e influenciam na implementação de políticas públicas, é importante investigar como a literatura aborda a questão da discricionariedade e autonomia na atuação dos burocratas, uma vez que ela é necessária para o desenvolvimento de métodos de negociação em prol da efetividade das políticas (JOHANSSON, 2012).

2.3 Discricionariedade e autonomia na atuação da burocracia de médio escalão

Há vários fatores estudados pela literatura que influenciam a atuação da burocracia de médio escalão no processo de implementação de políticas públicas. Dentre eles, argumenta-se que as normativas que possibilitam um maior grau de discricionariedade e autonomia decisória aos burocratas de médio escalão, ampliando seu espaço de interpretação e adaptação, fortalecem o papel desses atores (NOVATO; NAJBERG; LOTTA, 2020).

Os estudos sobre a burocracia demonstram que a discricionariedade na atuação do burocrata existe devido à forma com que as normas e regras são construídas - seja por sua abrangência (regras muito genéricas permitem interpretações variadas); por sua ambiguidade (regras que permitem interpretações diferentes por seu próprio conteúdo); ou por sua sobreposição e conflito (regras sobrepostas ou conflituosas entre si exigem tomada de decisão do ator sobre qual adotar) (LIPSKY, 2010).

Normalmente, a literatura de políticas públicas associa a discricionariedade à burocracia de nível de rua, uma vez que estes atores tendem a tomar decisões discricionárias na interação direta com os cidadãos para implementar as políticas públicas (TUMMERS; BEKKERS, 2014; BRODKIN, 2007, 2011; LOTTA, 2012 *apud* PIRES, 2009). No entanto, tem-se que o papel dos BMEs, na implementação de uma política, “[...] é fracamente prescrito, sujeito a incertezas e envolvendo ambiguidades, mas que, apesar disso, desempenham papéis importantes na fabricação cotidiana das políticas públicas contemporâneas.” (PIRES, 2018, p. 188).

Neste sentido, Lotta, Pires e Oliveira (2015), ao realizarem um apanhado dos estudos de Huising e Silbey (2011), relatam que a atuação de sucesso dos burocratas de médio escalão

na implementação de uma política pública está totalmente atrelada ao seu nível de discricionariedade ao governar o *gap* existente entre as regras e a possibilidade real de aplicação. Além da discricionariedade, descrevem que “[...] são necessárias condições, como a existência de um ator externo que cobre resultados e transparência, e a garantia de flexibilidade e liberdade para adaptação das regras – portanto, discricionariedade.” (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2015, p.43).

Nesta toada, cabe aos BMEs gerenciar a lacuna existente entre as regras e a capacidade de execução empregando diversas práticas que lhes permitem alcançar os resultados desejados. Este poder de interferir na formulação e na implementação da política pública é denominado pela literatura como ‘discricionariedade’ (LOUREIRO; ABRUCIO; PACHECO, 2010; LOTTA, 2010; PIRES, 2011; OLIVEIRA; ABRUCIO, 2011; ABERBACH; PUTNAM; ROCKMAN, 1981 *apud* FREIRE; VIANA; PALOTTI, 2015). A discricionariedade envolve a interpretação e aplicação das normas ao caso concreto, conforme explicam Freire, Viana e Palotti (2015, p. 94): “Examinar o componente da discricionariedade na atuação do burocrata é compreender que, ainda que as normas e os procedimentos institucionais possam moldar a sua ação, esse ator ainda possui autonomia para interpretá-los e aplicá-los no processo de implementação.”. Esta alegação confirma a dimensão relacional de análise que coloca os BMEs como um elo fundamental entre as regras e sua aplicação prática, demonstrando que a flexibilidade e a liberdade para adaptação das regras são variáveis indispensáveis para a atuação dos gestores de nível médio.

De mãos dadas com a discricionariedade está o conceito de autonomia, isto é, a capacidade de governar-se pelos próprios meios. Como visto acima, a dimensão relacional é a perspectiva que melhor se encaixa na atuação dos burocratas de médio escalão. Estes agentes precisam desenvolver habilidades de negociação, articulação e mediação na implementação de políticas públicas, o que demonstra a necessidade de garantir autonomia na sua atuação.

Neste sentido, compreende-se a necessidade de verificar os elementos da autonomia e discricionariedade na atuação dos BMEs uma vez que estudos com profissionais de saúde indicaram que a discricionariedade e autonomia influenciam a disposição do burocrata para implementar a política. De acordo com uma pesquisa de Tummers Bekkers (2014), realizada com 1.317 profissionais de saúde, restou evidenciado que “[...] quando o burocrata percebe que tem autonomia para ajustar a política às necessidades e desejos do cidadão, esse tende a dar relevância/significado para a política, e esse efeito positivo da discricionariedade aumenta a disposição do burocrata para implementar a política.” (CAVALCANTE; CAMÕES; KNOP, 2015, p. 65).

Dessa forma, quanto maior a autonomia nas formas de implementar as políticas públicas, maior a influência dos BMEs nas questões estratégicas da organização. Nesse sentido, Freire, Viana e Palotti (2015, p. 102) relacionam o grau de influência dos BMEs com o seu nível de autonomia gerencial: “Isso porque a autonomia desses burocratas pode prover-lhes de mais instrumentos que viabilizam uma avaliação mais precisa das diretrizes estabelecidas pelos dirigentes.”. Os autores defendem que quanto maior a liberdade do BME no processo de implementação das políticas públicas, maior será sua capacidade de identificar problemas e assim, tem aumentada suas chances de participar e influenciar no processo de tomada de decisão do alto escalão.

Nesta esteira, após extenso estudo sobre os BMEs que envolveu dados quantitativos e qualitativos, Lotta e Cavalcante (2015) identificaram que quanto maior o grau de maturidade das políticas públicas ou das organizações, maior será a autonomia dos burocratas de médio escalão nas atividades que envolvem a implementação das políticas. No entanto, o fator crucial advém das próprias decisões políticas sobre o grau de autonomia que o alto escalão pretende fornecer aos BMEs, além das questões institucionais. As conclusões abaixo compilam seus achados de pesquisa:

No que tange à autonomia, uma variável importante que impacta é o grau de maturidade das políticas ou das organizações. Em organizações ou políticas mais maduras – e, por conseguinte, mais institucionalizadas e regradas –, a autonomia dos BMEs tende a ser mais limitada, ou pelo menos mais restrita e claramente vinculada à sua função [...] A natureza da política pública também pode afetar consideravelmente o grau de autonomia, como, por exemplo, se tem natureza mais intersetorial ou não. **No entanto, em todos os casos, percebe-se que a autonomia do BME está sempre limitada pelas decisões políticas (do alto escalão) ou questões institucionais (normas, restrições orçamentárias e de recursos humanos etc.) relativas ao contexto em que estão inseridos. Cabe ao alto escalão decidir o grau de autonomia que concederá, ou não, aos burocratas de médio escalão e também cabe a ele determinar as diretrizes que influenciam o exercício dessa autonomia.** (LOTTA; CAVALCANTE, 2015, p. 304, grifo nosso).

Por fim, é importante considerar que, a despeito da discricionariedade e a autonomia serem ativos fundamentais na atuação da burocracia de médio escalão, também o desenvolvimento de novas formas de *accountability* é apontada por estudiosos como algo que pode reduzir a discricionariedade dos gestores públicos e ampliar os controles burocráticos. Segundo Filgueiras (2018, p. 376), as burocracias responsáveis pelo controle da administração pública causam impactos “[...] na dimensão da gestão pública, reduzindo a discricionariedade dos gestores no processo decisório e de implementação das políticas.”. Este autor defende que os gestores públicos do Brasil vêm experimentando uma profunda redução da

discricionariiedade no processo de decisão e implementação das políticas públicas devido à atuação dessas instâncias de controle interno, que, ao romper “[...] a cláusula da discricionariiedade das burocracias responsáveis pela implementação [...]” (FILGUEIRAS, 2018, p. 376), passam inclusive a atuar diretamente no processo decisório.

Considerando que a hipótese da pesquisa é de que a dimensão relacional seja a mais apropriada para analisar a atuação dos BMEs do caso proposto, é necessário aprofundar, no próximo tópico, o tema atinente à estrutura de governança por detrás da política pública; busca-se revisar a literatura pertinente, que ajudará a entender como esses burocratas interagem nesta rede de atores internos e externos ao Estado e como influenciam e regulam tais relações.

2.4 Burocratas de médio escalão: peças-chave da governança no setor público

Estudos empíricos sobre a atuação dos burocratas de médio escalão realizados por Cavalcante, Lotta e Yamada (2018) identificaram que o sucesso das políticas públicas está cada vez mais voltado às interações entre os vários atores envolvidos nas redes de governança existentes na estrutura da administração pública. Neste contexto, os múltiplos atores precisam estar treinados a trabalhar de forma interativa, em uma estrutura de governança dinâmica e colaborativa, onde o médio escalão cumpre um papel de gestor de conexões. Esta capacidade de articular conexões entre as diferentes fases das políticas, principalmente entre a fase da formulação e da implementação, é um dos grandes diferenciais desta classe de atores. Apesar do fato de que este papel de gestor de conexões tenha pouca visibilidade, os autores defendem que é a atuação desses burocratas que possibilita entender o funcionamento da administração pública.

Em seus estudos sobre o tema, Lotta, Pires e Oliveira, (2015, p.50) defendem igualmente que os burocratas de médio escalão são “[...] peças-chave do complexo emaranhado de interações que envolvem a implementação de políticas públicas.”. Nesse sentido, Pires (2018, p. 202) define que o médio escalão é formado por burocratas que “[...] gerenciam conexões, interferindo em fluxos de informação, distribuição de recurso e na definição dos parceiros considerados mais adequados ou legítimos para atuar nos processos de execução das ações governamentais.”.

A literatura internacional, por sua vez, também ressalta a importância dos BMEs enquanto agentes negociadores no processo de implementação de políticas públicas. Keiser (2010) defende que os BME interagem com vários atores para construir consensos a fim de

atingir os objetivos da política. Bevir e Rhodes (2010) argumentam que cabe a estes atores desenvolver métodos de negociação para realizar políticas efetivas. Na mesma linha, Johansson (2012), em seus achados sobre o tema, também classifica os BMEs como ‘gerentes de negociação’, considerando que há políticas fragmentadas e que envolvem múltiplos *stakeholders*.

Normalmente, os BMEs estão inseridos em uma estrutura de governança formada por atores internos e externos à organização, e é justamente na sua capacidade de articular e relacionar-se com diversos *stakeholders* que está seu diferencial. Freire, Viana e Palotti (2015) argumentam que a capacidade de articulação dos BMEs com atores externos à organização demonstra que as redes de governança envolvem não só os atores atinentes à burocracia pública, como também políticos e membros da sociedade.

Neste sentido, enquanto elementos-chave na estrutura de governança das políticas, “[...] os BMEs no setor público lidam com um conjunto mais complexo de autoridade e fontes de legitimação [...]” do que os demais setores da burocracia, como afirmam Lotta, Pires e Oliveira (2015, p. 36). Afinal, segundo os autores, os BMEs precisam lidar não só com o alto escalão e o nível de rua, mas também com uma extensa e complexa rede de atores externos, como os órgãos de controle, grupos de interesse, atores políticos, o controle social e a mídia. Cada vez mais o setor público tende a considerar a importância de contextos de governança em rede e da *accountability* burocrática, que torna a interação entre Estado e a sociedade mais intensa.

Segundo Cavalcante, Lotta e Yamada (2018), a capacidade dos BMEs em estabelecer e conduzir relações com diferentes atores é um dos principais determinantes do seu desempenho no contexto de produção de políticas públicas. Após analisarem o desempenho dos BMEs do governo federal, levando em consideração a sua dimensão relacional de gerenciar relações, os autores concluem que:

Em outras palavras, é imperativo não só se concentrar em aspectos individuais do burocrata de nível médio, mas também na estrutura da administração pública, com o propósito de treinar e preparar os funcionários públicos para trabalhar de forma mais interativa em um quadro de governança dinâmico. Isso se torna central em um contexto de ação do Estado cada vez mais focado na ideia de governança, em que as políticas públicas são moldadas pela interação entre múltiplos atores. **Neste contexto de implementação de políticas na governança, o desempenho de burocratas em uma perspectiva relacional torna-se decisivo.** (CAVALCANTE; LOTTA; YAMADA, 2018, p. 29, grifo nosso).

Aliada à literatura supracitada que classifica os BME como peças-chave no processo de implementação de políticas públicas, uma das hipóteses da pesquisa é de que a

implementação da estratégia de ampliação de leitos hospitalares para enfrentamento da COVID-19 implicou em uma intensa articulação dos BMEs com atores externos e internos.

Isto posto, esta pesquisa se filia à máxima defendida por Cavalcante, Lotta e Yamada (2018) de que é fundamental analisar aspectos relacionados à estrutura de governança do setor público na análise da atuação dos BMEs, considerando um contexto em que a produção de políticas públicas envolve a interação de múltiplos atores. Sendo assim, importa aprofundar no tema da governança à qual o BME do estudo de caso está inserido; a hipótese que se defende é de que as características da governança específica do Sistema Único de Saúde, na qual os BMEs sob análise estão inseridos, diz muito sobre a sua atuação.

2.5 Governança e redes de políticas públicas

Uma maior e recente introdução de políticas de governança no setor público brasileiro é, em parte, originária do movimento da Nova Gestão Pública (NGP) (OLIVEIRA; RESENDE JÚNIOR, 2020), caracterizado pela importação de instrumentos de gestão do setor privado para o setor público no final do século XX e causado pelo desgaste do modelo burocrático weberiano - marcado por ações morosas e inflexíveis que repercutiam na qualidade dos serviços públicos ofertados à população (MATIAS-PEREIRA, 2010). De forma simultânea à NGP, as proposta de novas formas de governança pública também está relacionada ao enfoque da gestão democrática, que defendeu a participação ampliada da sociedade no governo e nos processos decisórios da administração pública (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011). Em suma, a busca por um Estado mais eficiente, eficaz e legítimo, capaz de atender às frequentes demandas por melhorias de serviços públicos, desencadeou mudanças na forma que o Estado exerce o seu papel e na sua interação com a sociedade civil (PINTO *et al.*, 2021).

Segundo o Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2020), governança pública diz respeito aos mecanismos de liderança, estratégia e controle orientados a avaliar, direcionar e monitorar a gestão para a condução de políticas públicas, aumentando a possibilidade de entrega de bons resultados aos cidadãos, em termos de serviços e políticas públicas. Longe de pretender esgotar o tema da governança, que é polissêmico, multidimensional e apresenta ambiguidades (ROSE-ACKERMAN, 2017), busca-se, nesta seção, focalizar os aspectos da chamada governança relacionados à tomada de decisão coletiva, ou seja, que envolvem a participação e cooperação de diversos atores na produção de políticas públicas. Neste sentido, a definição de Stoker (2004, p.3) possibilita entender uma premissa comum às perspectivas

teóricas da governança, qual seja, a separação da ótica da tomada de decisão individual para a coletiva:

Como definição básica, pode-se considerar que a governança refere-se às regras e formas que orientam a tomada de decisão coletiva. O fato de o foco estar na tomada de decisão no coletivo implica que a governança não é sobre um indivíduo tomando uma decisão, mas sim sobre grupos de indivíduos ou organizações ou sistemas de organizações que tomam decisões.

Nesta visão, o conceito de governança pública está relacionado ao gerenciamento de relações e à cooperação entre atores públicos e privados para a elaboração das políticas públicas (BUTA; TEIXEIRA, 2020). Para Freeman e Reed (1983), o conceito deve levar em conta o envolvimento dos *stakeholders*, ou seja, os atores individuais ou coletivos e possíveis de serem identificados que estão, de alguma forma, envolvidos nas ações de uma organização e são capazes de influenciar a tomada de decisões. Afinal, a governança busca orientar as ações estatais para direcionar os resultados de uma organização pública “[...] a partir de determinadas capacidades e qualidades institucionais; da colaboração entre agentes públicos e privados na coprodução de serviços, políticas e bens públicos e da melhoria do desempenho.” (MARTINS; MARINI, 2014, p. 44).

Assim sendo, a governança aplicada ao setor público, dentre outros diversos fatores, envolve a forma como o Estado se relaciona com a sociedade e com as demais instituições formais e informais que influenciam as decisões políticas e administrativas tomadas pelos gestores quanto ao funcionamento de sistemas governamentais (GRINDLE, 2017). Portanto, está relacionada às decisões administrativas, ao funcionamento da organização e à relação com os diversos atores em sua atuação (OLIVEIRA; RESENDE JUNIOR, 2020).

Neste contexto, pode-se dizer que há especificidades e desafios específicos destas negociações considerando a heterogeneidade da rede de atores envolvidos em determinadas políticas públicas. No caso do SUS, suas políticas públicas são construídas a partir de um modelo de governança interfederativo, que segue uma lógica de gestão regionalizada e com financiamento tripartite. Devido as suas dimensões analíticas e variáveis próprias, a governança do SUS é associada aos modelos de governança colaborativa e de redes de políticas públicas (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017).

De governança colaborativa tem-se a seguinte definição:

Um arranjo de governo em que um ou mais órgãos públicos envolvem diretamente partes interessadas não estatais em um processo coletivo de tomada de decisão que é formal, orientado para o consenso e deliberativo e que visa fazer ou implementar

políticas públicas ou gerenciar programas ou ativos públicos. (ANSELL; GASH, 2008, *online*, tradução nossa).

Ou seja, nesta conceituação, a orientação é aspecto central. Para Freeman (1997), por sua vez, em uma estrutura de governança colaborativa, as partes interessadas devem participar de todo o processo de políticas públicas, incluindo a tomada de decisão, a elaboração, implementação, o monitoramento e a avaliação. Para este segmento da literatura, os atores interessados devem ser envolvidos na tomada de decisões e não apenas consultados, passando, assim, a assumir a responsabilidade com os resultados das políticas (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017).

Por sua vez, para Ansell e Gash (2008), os conceitos de redes de políticas públicas e governança colaborativa podem estar associados a eventos semelhantes, pois enquanto aquela está relacionada aos modos cooperativos de deliberação ou tomada de decisão, esta se refere às formas de incluir todas as partes interessadas em processos multilaterais visando o consenso na tomada de decisão.

Por entender que a governança em redes é característica da estrutura de governança do SUS, apresenta-se a definição clássica de Schneider (2005, p. 38) que associa as redes de políticas a cinco características específicas: a interação entre atores, o envolvimento de atores privados, a existência de vínculos entre eles, as diferenças de poder e influência e suas causas:

1. O denominador mais comum de todas as análises de redes de políticas públicas é que a formulação de políticas públicas não é mais atribuída somente à ação do Estado enquanto ator singular e monolítico, mas resulta da interação de muitos atores distintos. A própria esfera estatal é entendida como um sistema de múltiplos atores.
2. Na formulação e implementação de políticas públicas, além de muitos atores públicos, estão envolvidos atores privados de distintos setores sociais e áreas.
3. O próprio conceito de rede se refere a vínculos diretos e indiretos relativamente duradouros, por meio dos quais os atores envolvidos estão integrados na formulação de políticas públicas.
4. Embora muitos atores estejam envolvidos direta e indiretamente na produção de políticas, existe entre eles diferenças de poder e influência.
5. Posições de poder e influência não são determinadas somente através de status político-institucional formal, mas também por meio de vínculos informais (por exemplo, comunicação, intercâmbio de recursos, interação estratégica).

Calmon e Costa (2013, p.15) resumem o conceito de redes de políticas públicas como um conjunto de relacionamentos “[...] entre atores heterogêneos e interdependentes, que atuam em um mesmo subsistema de políticas públicas a partir de uma determinada estrutura de governança, composta por regras formais, informais e maneiras e formas de interpretá-las e

implementá-las.”. Segundo estes autores, não obstante haver diversas definições para redes de políticas públicas, todas apresentam três elementos fundamentais que aparecem em maior ou menor expressão: a heterogeneidade e interdependência entre atores, a existência de um subsistema e a presença de uma estrutura de governança.

Em relação ao primeiro elemento, tem-se que as redes de políticas públicas estão relacionadas aos problemas de ação coletiva que, por sua vez, estão vinculados a um conjunto de atores interdependentes, ou seja, nas palavras de Calmon e Costa (2013, p. 13): “[...] atores distintos, com preferências heterogêneas, com recursos de poder distintos e assimetricamente distribuídos, e que precisam resolver seus problemas de coordenação, cooperação e comunicação.”. As interações recorrentes destes atores heterogêneos e interdependentes costumam ocorrer com base em um arranjo institucional específico indicando a presença de um subsistema de políticas públicas, como é o caso do Sistema Único de Saúde, visivelmente caracterizado por ser um subsistema específico (CALMON; COSTA, 2013).

No que tange à estrutura de governança das redes de políticas públicas, entendida como a forma de organizar o processo de tomada de decisão, Calmon e Costa (2013) defendem que o modelo da gestão de redes se coloca como alternativo aos modelos fundamentados na perspectiva tradicional, segundo uma visão *top-down*, e segundo a perspectiva participativa, baseada em uma visão *bottom up*. A Figura 1 apresenta as principais diferenças entre as três perspectivas de formulação de políticas públicas:

Figura 1 - Quadro de perspectivas de implementação de políticas públicas

	Perspectiva Tracional Top-Down	Perspectiva Participativa Bottom-Up	Perspectiva da Governança de Redes
Objeto de Análise	Governo central atende diferentes segmentos da sociedade	Governo central atende a atores locais que interagem com a sociedade	Redes de atores heterogêneos em diferentes níveis de governo e na sociedade
Foco Principal	Autoridade hierárquica	Atores locais	Inter-relação entre atores heterogêneos
Tipo de Relação	Autoridade e controle	Centralização vs descentralização	Interdependência
Implementação	Implementação do planejado	Representação de interesses mediante normas e controle de recursos	Interação com troca de informação, objetivos e recursos
Critério de Sucesso	Consecução das metas da política concebida centralmente	Satisfação das preferências locais e obtenção de recurso para atores locais	Realização da ação coletiva
Critério de Fracasso	Falhas de controle, políticas mal definidas ou mal monitoradas	Falhas na descentralização ou pouco engajamento local	Arranjo institucional deficiente dificulta ação coletiva
Recomendações	Centralização e coordenação	Descentralização e participação	Gestão do ambiente e da infraestrutura de interação nas políticas públicas

Fonte: KICKERT; KLIJN; KOPPENJAN, 1999 (adaptado).

Fonte: Calmon e Costa (2013, p. 19).

Haja vista que a governança de redes de políticas públicas é formada por atores heterogêneos em diferentes níveis de governo e na sociedade, a literatura apresenta as estratégias que devem ser observadas na construção da governança de redes: ativação da rede, enquadramento das relações, intermediação, facilitação e criação de consenso, e, por fim, mediação e arbitragem (KICKERT; KOPPENJAN, 1999; MCGUIRE, 2003).

Os autores também defendem que a capacidade de governança sob a perspectiva de redes de políticas públicas está atrelada à capacidade de mobilizar atores, utilizando-se os ativos da cooperação, coordenação e comunicação, para dar resposta aos problemas coletivos e assim produzir os resultados esperados pela sociedade que sejam sustentáveis ao longo do tempo (CALMON, COSTA, 2013).

Após breve apanhado conceitual sobre governança colaborativa e redes de políticas públicas, explora-se a governança em rede do SUS, considerando que a gestão da saúde pública no Brasil é concebida por um modelo jurídico-organizacional inovador no âmbito da administração pública brasileira, mas que implica uma série de desafios e soluções incomuns.

2.5.1 As redes de governança do SUS

O SUS foi concebido como um pacto federativo a partir de um projeto de cooperação entre as três esferas de governo (MENICUCCI; MARQUES, 2016). Assim, a gestão do SUS é baseada em relações interfederativas, alicerçadas “[...] na cooperação e solidariedade visando à organização de serviços comuns e interdependentes fundados na concepção da garantia da integralidade da assistência à saúde.” (SANTOS, 2013, p. 15). Neste sentido, a garantia do acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, prevista na Constituição Federal de 1988, só é possível a partir de colaboração, cooperação, compartilhamento e consenso entre união, estados e municípios. Sobre o tema, o MS, órgão responsável pela coordenação nacional do SUS, descreve a gestão interfederativa das redes de ações e serviços de saúde:

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022, *online*).

São órgãos gestores do SUS o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. A Constituição Federal (BRASIL, 1988), nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do SUS, mas não aborda especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS; a interdependência dos gestores do SUS é estabelecida pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Este normativo prevê as responsabilidades comuns, além das competências específicas de cada ente federado, para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). O Quadro 1, a seguir, apresenta uma consolidação das competências de cada órgão na gestão interfederativa do SUS:

Quadro 1 - Competências dos órgãos gestores do SUS

Ministério da Saúde	Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.	Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.	Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Fonte: elaborado pela autora, com base em Ministério da Saúde (2022).

O contexto federativo em que a rede de serviços de saúde foi planejada no Brasil prevê a descentralização para os níveis regionais e locais de governo, para que a rede assistencial da região de saúde seja capaz de garantir a universalidade e integralidade da atenção à saúde em espaços territoriais resolutivos. A governança do SUS é projetada então como uma rede de políticas públicas bastante estruturada e institucionalizada, com estratégias e instrumentos de coordenação intergovernamentais que são essenciais à regionalização dos serviços de saúde. Para tanto, o SUS possui normativos próprios e procedimentos específicos que definem as suas arenas decisórias - instâncias de pactuação de âmbito micro e macrorregional - e as competências e atribuições de cada um dos seus órgãos gestores. Sua rede colaborativa é concebida a partir de uma estrutura de governança interfederativa criada por lei, na qual os gestores federais, estaduais e municipais reúnem-se periodicamente para elaborar e pactuar a implementação das políticas públicas na saúde por meio de processos deliberativos e multilaterais em que a autonomia e as responsabilidades de cada ente federado devem ser respeitadas na tomada de decisão coletiva (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017).

No contexto da regionalização, além das relações intergovernamentais dos órgãos gestores do SUS, estão presentes mecanismos informais não governamentais, que possibilitam que outros atores, como a sociedade e as organizações envolvidas, participem do processo

para assegurar o direito ao acesso universal à saúde. Sobre o tema, Bretas Júnior e Shimizu (2017) informam que, além dos órgãos gestores do SUS, verifica-se que a implementação das políticas públicas nas regiões de saúde também pode incluir outros atores por meio de acordos com prestadores de saúde, empresários da saúde, trabalhadores e grupos de interesses em saúde.

A Constituição Federal estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (BRASIL, 1988). Nesta lógica, esta rede assistencial passa a ser compartilhada entre gestores diversos por meio de:

[...] sistemas regionalizados que ultrapassam o espaço municipal e envolvem articulação e cooperação entre as instâncias governamentais com vistas a garantir o acesso dos cidadãos aos diversos serviços de saúde, de diferentes graus de complexidade, o mais perto possível de sua residência (MENICUCCI; MARQUES, 2016, p 823-824).

Seguindo este raciocínio, Menicucci e Marques (2016) salientam que o sucesso do ‘pacto federativo’ do SUS diz respeito à cooperação e a coordenação entre as três esferas de governos, o que, por sua vez, remete ao desafio de conciliar a autonomia dos entes federados com a interdependência entre eles. De acordo com os autores, esta tensão entre descentralização e autonomia, de um lado, e união e interdependência, de outro, está relacionada aos desafios inerente às ações coletivas.

Não obstante a governança em rede do SUS ser pautada em relações interfederativas e baseada na cooperação e solidariedade entre os órgãos, a gestão regional da saúde é marcada por disparidades e assimetrias de poder e de recursos, em um contexto de atores heterogêneos, como destaca o trecho abaixo:

A natureza da organização da gestão regional do SUS apresenta três esferas de entes federados autônomos e interdependentes entre si, mas com grandes assimetrias de poder e de recursos e que vivem uma enorme diversidade de realidades sociais, políticas e econômicas em ação coletiva em um contexto marcado por atores distintos, com preferências heterogêneas, recursos de poder distintos e assimetricamente distribuídos, e que precisam resolver problemas de coordenação, cooperação e comunicação. Os problemas são tratados em ambiente marcado por ambiguidade e incerteza, tornando ainda mais difícil articular a ação coletiva. (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017, p. 1087).

Assim, os desafios da governança regional do SUS somente são superados com a coordenação, cooperação e comunicação entre as três esferas de governo; na estrutura de

governança prevista do SUS, os resultados só serão alcançados em parceria (SORENSEN; TORFING, 2005).

A crise da COVID-19 evidenciou a importância da cooperação e coordenação intergovernamental na saúde para combater a pandemia (OCDE, 2020; TULICH; RIZZI; MCGAUGHEY, 2020). No entanto, o que se observou no Brasil, durante a condução da crise sanitária, foi uma redução da coordenação federal, combinada com uma lógica federativa compartimentalizada, autocrática e confrontadora, “[...] enquanto governos subnacionais, especialmente governadores, reagiram reafirmando a cooperação e a ativação do SUS como paradigma de governança sanitária.” (ABRUCIO *et al.*, 2020, *online*).

Frente à ausência de coordenação nacional, os governos subnacionais foram motivados a adaptarem e criarem políticas próprias gerando algumas iniciativas importantes e inovadoras. A literatura nacional aponta que o processo de incorporação do modelo dualista, entre estados e municípios, na governança do SUS já estava em curso na história recente do país e que a pandemia apenas acelerou o processo. Entretanto, a pandemia de COVID-19 destacou a importância do federalismo cooperativo no país não só no funcionamento cotidiano das políticas públicas de saúde, mas, sobretudo, nos momentos em que predominam situações de crise (ABRUCIO *et al.*, 2020).

Considerando que a atuação dos atores do estudo de caso da presente pesquisa se deu sob a ótica de uma gestão de crise, no qual se fez necessário agir de forma rápida e eficiente a fim de evitar um colapso no sistema de saúde, cabe agora passar para a próxima seção do referencial teórico, que irá trazer o alicerce para entender quais os impactos da gestão de crise no estudo de caso proposto.

2.6 Gestão de crise: conceitos

Diante das especificidades de um cenário de crise como o da pandemia de COVID-19, foi necessário investigar a literatura sobre gestão de crises para auxiliar na compreensão sobre o impacto das situações de crise, como crises humanitárias, desastres naturais e pandemias no comportamento da administração pública e de seus atores. Neste sentido, esta seção se propõe a abordar alguns conceitos e teorias envolvendo eventos de emergência e gestão de crise para dar subsídios à análise do estudo de caso proposto.

Inicialmente, é importante dizer que a literatura sobre gestão de crises é frequentemente orientada para eventos únicos e organizações específicas ou para avaliação de respostas a crises peculiares (CHRISTENSEN *et al.*, 2016). Normalmente, o tema da gestão

de crises se apresenta por meio de estudos de natureza mais operacional, voltados para discussões técnicas sobre como implantar planos e procedimentos para reestabelecer a normalidade (SCHMIDT; MELLO; CAVALCANTE, 2020). No entanto, a dimensão dos efeitos da crise provocada pela pandemia de COVID-19 demonstra a necessidade de ações governamentais que vão além das competências técnicas para implementação, exigindo também, competências políticas (CHRISTENSEN *et al.*, 2016).

A excepcionalidade das situações que a teoria da gestão de crise examina causa seu afastamento da teoria organizacional tradicional. Esta situação contribui para ampliar a distância entre a gestão de crises e as preocupações dos gestores e teóricos da organização, prejudicando sua legitimidade dentro dessa área (ROUX-DUFORT, 2007). Por isso, esta pesquisa buscou alicerce na abordagem institucional baseada na organização para a gestão de crises no setor público, proposta por Christensen *et al.* (2016). Tal abordagem busca elucidar como os governos lidam com crises transfronteiriças com efeitos perversos e alto grau de insegurança (CHRISTENSEN *et al.*, 2007; OLSEN, 2010). Para lidar com este tipo de crise, a resposta dos governos vai além da capacidade de entrega de ações concretas, mas também depende da percepção dos cidadãos sobre as ações governamentais.

Antes de entrar nos estudos sobre gestão da crise, faz-se necessário identificar o que é uma crise e diferenciá-la de um evento de emergência. Os eventos de emergência têm em comum com as crises os altos riscos, a urgência em agir, a incerteza substancial sobre os resultados prováveis, bem como um alto grau de contingência e trabalho em condições de alto estresse (LEONARD; HOWITT, 2007). Por sua vez, na definição clássica de Hermann (1972, p. 13), existem três elementos que distinguem a “crise” de outras situações indesejadas: a surpresa, a ameaça e o tempo curto para resposta. Outra definição de crise de amplamente aceita na literatura é a seguinte: “[...] uma situação na qual há uma ameaça percebida contra os valores centrais ou funções de sustentação da vida de um sistema social que requer ação corretiva em circunstâncias incertas.” (ROSENTHAL; CHARLES; HART, 1989, p. 10). Rosenthal, Boin e Comfort (2001) convergem com as definições anteriores, defendendo que a crise é marcada por um caráter mais irregular do que o desastre, pois representa uma ameaça aos valores centrais ou às funções de sustentação da vida de um sistema social. Christensen *et al.* (2016), por sua vez, além de destacar o caráter imprevisível e a exigência de resposta rápida das crises, acrescentam que as crises são causadoras de críticas e debates.

Não obstante as várias similaridades entre os eventos emergenciais identificados como crises, há diferenças relevantes que os distinguem, uma vez que nem toda emergência gera uma crise e nem toda crise tem causas em elementos que se assemelham. As crises sempre

têm um elemento de urgência, mas crise e emergência não estão justapostas. Em ambas as situações, o tempo para reagir é escasso, mas a diferença é que na emergência há soluções conhecidas, enquanto na crise a tomada de decisão deve ser rápida, sem haver soluções claras ou previamente conhecidas (ROUX-DUFORT, 2007).

As características estruturais e o contexto cultural são importantes no gerenciamento de uma crise, mas antes de traçar estratégias para gerenciar uma crise é necessário identificar a sua natureza. Afinal, o tipo de crise influencia no desempenho da gestão de crises, pois a natureza da crise gera diferentes tipos de desafios para a administração pública. (CHRISTENSEN *et al.*, 2016). Neste sentido, Leonard e Howitt (2007) apresentam uma tipologia dos eventos de emergência e das crises baseadas em suas causas. Para estes autores, é primordial conhecer os tipos de eventos de emergência para que a comunidade de resposta às emergências reconheça as características únicas que distinguem cada uma das situações e se prepare para atuar de forma eficaz quando surgirem eventos novos e ameaçadores (LEONARD; HOWITT, 2007).

O primeiro tipo de crise proposto pelos autores supracitados tem como causa as “emergências de rotina”, isto é, aquelas situações de emergência que acontecem com significativa frequência, em determinado local, fazendo com que seja possível se organizar e se preparar para enfrentá-la. A familiaridade faz com que as “emergências de rotina” sejam eventos gerenciáveis com preparação organizacional e resposta praticada. As organizações com bom desempenho em gerenciar “emergências de rotina” “[...] são baseadas em uma experiência bem definida, bem desenvolvida e arraigada sobre a natureza de emergências desse tipo, no conhecimento de como lidar com elas e nas habilidades necessárias para implantar esse conhecimento.” (LEONARD; HOWITT, 2007, p. 3).

O segundo tipo de situações de emergência são chamadas de emergências de crise: geradas por um fato incomum, uma causa desconhecida ou uma novidade significativa, implicando em ausência de roteiro ou resposta abrangente, confiável e totalmente adequada para conter o desastre (LEONARD; HOWITT, 2007). A resposta a este tipo de emergência opera além dos recursos e capacidades existentes. Nestas situações, os *scripts* usados para as emergências de rotina podem ser inadequados, sendo necessário lançar mão da improvisação. Tais fatos corroboram para a necessidade de haver mais tolerância às imperfeições e erros de execução nas “emergências de crise”, inclusive para a tomada de decisão por parte das lideranças que, nestes casos, não serão guiados por um roteiro como nas emergências de rotina, tendo suas decisões orientadas cognitivamente.

Aprofundando nas emergências de crise, cabe trazer o conceito de ‘crises transfronteiras’, definida por Boin (2019) como crises que são uma ameaça às sociedades modernas, que atingem múltiplos domínios e repercutem em múltiplas áreas de manifestação, envolvendo múltiplos atores com responsabilidades conflitantes. Estas crises podem ficar incubadas por um tempo, e quando surgem é difícil rastrear suas causas, pois a escalada é rápida, sem soluções prontas.

Por fim, Leonard e Howitt (2007) destacam que há crises que não surgem de repente, ou seja, advém de condições operacionais normalmente variáveis que mascaram o problema. São chamadas ‘crises emergentes’, aquelas situações de crise originadas em problemas emergentes difíceis de detectar, dificultando o acionamento de padrões típicos de operação e resposta. Ou seja, as ‘crises emergentes’ envolvem uma série de desafios que tornam a sua coordenação altamente complexa e não menos importante que nos eventos de emergência claramente identificados.

Considerando a classificação de Leonard e Howitt (2007) para os tipos de eventos de emergência, verifica-se que a pandemia de COVID-19 pode ser classificada como ‘emergência de crise’, haja vista que os elementos que caracterizaram a situação de emergência em saúde pública são marcados pela ausência de roteiro para uma situação nova e incerta, dificuldade de estabelecer uma resposta confiável e totalmente adequada para conter o desastre. O elemento surpresa e incerteza, próprio das ‘crises transfronteiras’, foram preponderantes no enfrentamento da crise pandêmica, como destacam Magalhães *et al* (2021, p. 228):

Sem embargo, diferentemente de crises recorrentes, como as causadas por desastres naturais ou epidemias já conhecidas, a crise causada pela Covid-19 é nova, o que implica não só a ausência de conhecimento e de capacidade para enfrentá-la, mas pelo fato de que este conhecimento não está disponível a priori em nenhum lugar, isto é, não é passível de ser adquirido ou importado. Em outras palavras, a forma de combater o vírus deve ser adaptada de experiências similares anteriores, sem que haja certeza de sucesso.

Segundo Schmidt, Mello e Cavalcante (2020, p. 10), a situação de crise deflagrada pela pandemia de COVID-19 foi marcada pelos chamados *wicked problems*, isto é, “[...] problemas ambíguos, dinâmicos, com baixo nível de informações confiáveis, consequências intangíveis e que demandam soluções difíceis e interdependentes.”. Segundo os autores, tal crise se mostrou multidimensional e intersetorial, pois afetou não só as condições de saúde da população, mas também a economia, o mercado de trabalho, infraestrutura, mobilidade urbana, questões sanitárias, logísticas e sociais de ordem mais ampla. Diante das várias

dimensões e a complexidade dos efeitos causados pela pandemia, foi necessário uma atuação intersetorial de um extenso rol de atores sociais reunindo governos nacionais e locais, setores da iniciativa privada e entidades da sociedade civil num esforço conjunto. Isto porque a pandemia de COVID-19 ainda tinha um elemento adicional das crises envolvendo questões de saúde pública, que é o risco de morbidade e colapso de serviços essenciais à população, intensificando o elemento de urgência típico do gerenciamento de crises.

2.6.1 Fatores relacionados ao gerenciamento de crises

Todas as crises exigem respostas imediatas por parte dos líderes e, portanto, testam a capacidade dos governos e até mesmo desafiam sua credibilidade (FARAZMAND, 2009). Afinal, sabe-se que em momentos de crise é importante que as políticas públicas sejam desenvolvidas no prazo que a demanda social exige e de acordo com as peculiaridades de cada realidade, daí advém o papel dos governos locais na gestão das políticas públicas por conhecer seus territórios (TELHADO, 2016).

Neste contexto se insere o gerenciamento de crise, entendido como “[...] os processos pelos quais uma organização – ou o próprio Estado – lida com uma crise antes, durante e depois da ocorrência” (CHRISTENSEN *et al.*, 2016, p. 322). Mas como lidar com uma crise “antes” da sua ocorrência? O planejamento de crises no âmbito governamental é um tema que enfrenta barreiras políticas, cognitivas, informacionais, culturais e de recursos que limitam a sua efetividade (BOIN; MCCONNELL, 2007). Não obstante as dificuldades inerentes aos arranjos governamentais, uma das grandes lições aprendidas após crises de grande vulto, como o furacão Katrina, é a necessidade de construção de um efetivo sistema de mitigação e resposta a desastres e crises (FARAZMAND, 2007).

Ocorre que, o gerenciamento de crises vai além dos processos de contenção de uma crise, envolve conflitos e questões de poder, responsabilização, confiança e legitimidade. Grandes crises implicam em desafios que superam os elementos de capacidade estatal, podem atingir o cerne da democracia e da governança estatal (CHRISTENSEN *et al.*, 2016). Col e Chu (2017) afirmam que a declaração da situação de emergência é uma declaração política essencial, pois estabelece uma estrutura operacional para medidas de mitigação da crise.

A partir desta constatação, Christensen *et al.* (2016) propõem uma abordagem institucional baseada na Teoria Organizacional para o gerenciamento de crises. Em resumo, tal abordagem defende que os contextos institucionais, políticos e organizacionais impactam

no desempenho da gestão de crises, considerando a interface existente entre o nível político e os níveis administrativos, bem como entre as autoridades governamentais e os cidadãos.

Para os autores, as crises não se adequam facilmente em contextos organizacionais estabelecidos, por isso, um sistema governamental de gerenciamento de crise precisa tanto da capacidade de governança quanto da legitimidade de governança para ter um bom desempenho (CHRISTENSEN *et al.*, 2016). A capacidade de governança se relaciona com as características estruturais, formais e procedimentais dos arranjos organizacionais e na sua capacidade de coordenar alguns elementos como os recursos públicos, os sistemas de tomada de decisão e as ferramentas de governança. Essa capacidade de coordenação pode se traduzir também no potencial para reunir organizações díspares para se engajar em ações conjuntas (LODGE; WEGRICH, 2014). É elementar o estabelecimento de uma governança no âmbito das organizações que atuam no enfrentamento das crises, considerando a complexidade, ambiguidade e incertezas dos problemas envolvidos. Esta governança deve ser estabelecida no âmbito interno das organizações e também no âmbito externo considerando os vários órgãos do estado envolvidos na contenção da crise, além dos outros atores, como a sociedade civil e o setor privado (SCHMIDT; MELLO; CAVALCANTE, 2020).

De outro lado, a legitimidade de governança envolve a percepção e a confiança da ação governamental pelos cidadãos (CHRISTENSEN *et al.*, 2016). Isto é, o manejo da crise vai além dos aspectos técnicos e dos resultados e entregas efetivas, mas exige competências políticas para legitimar os resultados (SCHMIDT; MELLO; CAVALCANTE, 2020). Em linhas gerais, significa a confiança e legitimidade auferida nos processos decisórios e nas medidas de contenção da crise, sendo certo que quanto maior a legitimidade que as autoridades governamentais desfrutam, maior será a sua capacidade de coordenar uma crise. Neste ponto, é importante que os processos administrativos sejam justos, imparciais e abertos para que seja possível observar não apenas as ações governamentais, mas também que haja possibilidade de avaliação pelas partes interessadas e pelos cidadãos (CHRISTENSEN *et al.*, 2016).

Isto posto, o grande desafio dos sistemas governamentais está em realizar o equilíbrio entre a capacidade de governança e a legitimidade de governança na coordenação da crise dentro de um arranjo organizacional. Considerando o desafio imposto, a flexibilidade e adaptação são ativos fundamentais para a gestão de crises, enquanto o contexto político, administrativo e situacional são elementos limitadores. No que tange ao contexto político, a crise destaca a necessidade de uma liderança forte e um controle central no nível estratégico; enquanto o contexto administrativo e o contexto situacional se relacionam à necessidade de

autonomia local e flexibilidade no nível operacional (CHRISTENSEN *et al.*, 2016). Neste sentido, Christensen *et al.* (2016) listam as capacidades administrativas necessárias para a capacidade geral de gestão de crises: *i)* especialização; *ii)* coordenação; *iii)* hierarquia e redes.

i) A capacidade de gestão de crises tem a ver com a especialização da estrutura formal, seja vertical ou horizontal (EGEBERG, 2012). A especialização determina como o poder é alocado entre os níveis de atuação da administração pública. O que se percebe é que os sistemas de gestão de crises devem garantir autonomia e flexibilidade no nível operacional para que os atores locais possam agir com uma margem de manobra relevante. Dessa forma, os executivos políticos e administrativos atuam mais como facilitadores de um sistema de resposta auto-organizado do que como coordenadores de um comando central. A improvisação, competência, conhecimento e treinamento dos atores locais em um sistema de gestão de crises descentralizado podem se revelar fatores cruciais (CHRISTENSEN *et al.*, 2016).

ii) As estratégias para lidar com problemas perversos incluem colaboração e coordenação, papéis de liderança novos e adaptáveis, bem como estruturas e processos facilitadores (HEAD; ALFORD, 2015). Segundo Schmidt, Mello e Cavalcante, (2020, p. 10), a coordenação de crises significa o “[...] alinhamento intencional de tarefas e esforços de atores e organizações no sentido de alcançar um objetivo, nesse caso, a superação da crise.”. A coordenação busca aumentar a coerência das ações governamentais e minimizar as redundâncias, lacunas e contradições inerentes à complexidade dos processos de produção de políticas públicas, considerando a heterogeneidade de atores e interesses envolvidos. Em crises transfronteiriças, como a provocada pela pandemia de COVID-19, a coordenação produz desafios de governança significativos, que vão além de uma tarefa técnica, sendo também, uma tarefa política importante. Neste íterim, ainda há de se considerar os desafios inerentes aos contextos de governança democrática, que exige cooperação entre atores internos e externos ao governo, além de uma cobrança pela garantia de transparência e *accountability* das decisões, medidas e resultados implementados (SCHMIDT; MELLO; CAVALCANTE, 2020).

iii) Por fim, Christensen *et al.* (2016) citam a necessidade de uma hierarquia e a organização dos atores em redes para ajudar a mediar conflitos ou interesses interdepartamentais que atravessam áreas políticas. As redes podem ser identificadas como arranjos híbridos, mais ou menos formalizados, que coexistem lado a lado às hierarquias para auxiliar na mediação de conflitos ou interesses interdepartamentais que atravessam áreas políticas. São arranjos administrativos que podem ser importantes no gerenciamento de uma

crise, mas que não significam que as hierarquias não funcionem ou que todos os participantes destas redes estejam nivelados no seu poder de voz.

Christensen *et al.* (2016) concluem que não existe uma fórmula ideal para harmonizar interesses concorrentes e tensões permanentes ou para superar incertezas e estruturas governamentais ambíguas e fazer escolhas políticas que todos aceitem. Sua sugestão é aplicar uma abordagem estrutural, instrumental e institucional na qual a estrutura organizacional e os mecanismos de coordenação dentro dos arranjos governamentais, combinados com a flexibilidade e adaptação, sejam elementos cruciais (CHRISTENSEN *et al.* 2015). Schmidt, Mello e Cavalcante (2020, p. 12), por sua vez, recomendam a observância de algumas diretrizes na coordenação de uma crise, do porte da pandemia de COVID-19, dentro e fora da esfera governamental:

(...)

- definição de instância de gestão reconhecida como legítima e válida pela totalidade dos atores envolvidos no processo de resolução da crise;
- definição clara de papéis e competências de cada um dos órgãos e atores envolvidos;
- definição de fluxos e protocolos de ação que pautem a interação e participação dos diferentes atores;
- estabelecimento de instâncias de mediação e resolução de conflitos;
- criação de mecanismos que permitam o acompanhamento célere das medidas implementadas e seus resultados, visando eventuais correções de curso e ajustes necessários;
- utilização de instrumentos de transparência e prestação de contas da ação governamental junto ao conjunto da sociedade.

De forma geral, os achados indicam que não existe um modelo ideal de funcionamento da coordenação de crises, mas é sempre necessário que o sistema seja dinâmico, e possua instrumentos de coordenação flexíveis e adaptáveis ao ambiente político e administrativo, bem como às particularidades do problema em questão (SCHMIDT; MELLO; CAVALCANTE, 2020). Dentre as experiências consideradas bem sucedidas pela literatura está a experiência de Qinglong no terremoto de Tangshan, na China. Segundo Col e Chu (2017), neste caso, com declaração da situação de emergência foi estabelecida uma estrutura organizacional para as medidas de mitigação, que representou na integração entre atores estratégicos; no fortalecimento de lideranças; na divulgação das informações; na percepção compartilhada de riscos e no envolvimento da população. Col e Chu (2017) constatarem que houve um intenso engajamento entre os funcionários responsáveis pelas ações de enfrentamento à crise que trabalharam dia e noite, enquanto as autoridades intensificaram o investimento de recursos em preparações de emergência.

Longe de se esgotar os temas, abordagem das literaturas atinentes à gestão de crise buscou construir uma base mínima conceitual e empírica para a realização do estudo de caso proposto. Na sequência, passar-se-á à análise da estratégia metodológica da pesquisa.

3. DADOS E PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo descreve a forma como a pesquisa foi planejada, incluindo sua tipologia, classificação, dados analisados e procedimentos utilizados.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Esta estratégia busca agregar elementos que trarão uma compreensão humana da situação estudada, para se ter uma percepção da realidade ou do objeto (STAKE, 2011). Ou seja, o foco deste tipo de estudo é o aprofundamento da compreensão de um fenômeno (RICHARDSON, 1999). O método qualitativo é subjetivo e envolve a reflexão sobre percepções para se obter um entendimento de atividades sociais, caracterizando-se, portanto, como uma abordagem mais adequada aos objetivos desta dissertação. Esta opção pela adoção de métodos qualitativos se justifica ainda pela busca de uma proximidade da realidade do objeto estudado, a partir de levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2008).

A pesquisa se vale do estudo de caso como conceito principal para a estratégia de pesquisa. Mais do que apenas a delimitação de um *locus* de pesquisa, o estudo de caso permite a análise em profundidade de fenômenos e processos sociais complexos, no contexto em que ocorre (EISENHARDT, 1989). Neste sentido, o estudo de caso não se encontra focado em variáveis, mas no caso que se pretende analisar. Além disso, buscou-se realizá-lo diante da impossibilidade de estudar todo o universo de burocracia de médio escalão, além de possibilitar analisar ligações causais em intervenções ou situações da vida real que não são possíveis de serem tratadas por meio de estratégias experimentais ou de levantamento de dados (YIN, 2001).

Importante mencionar que o estudo dos burocratas de médio escalão da SES-MG garantiu acessibilidade ao objeto, uma vez que a pesquisa foi realizada por uma servidora de carreira do órgão com facilidade de acesso aos dados e processos internos, dada a sua inserção no ambiente da SES-MG, sua interação com alguns dos burocratas de médio escalão envolvidos no estudo de caso e com o tema da ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG durante a pandemia de COVID-19.

O recorte temporal proposto para o estudo de caso é o período entre o início das ações de enfrentamento da pandemia no Estado de Minas Gerais que remonta a fevereiro de 2020, até 01 de julho de 2021. A delimitação temporal decorre da constatação de que, no segundo semestre de 2021, devido ao avanço da vacinação e a consequente redução dos casos, óbitos e internações pela doença, iniciou-se um movimento de desmobilização progressivo de leitos

específicos para COVID-19 no estado de Minas Gerais. Os dados referentes à expansão dos leitos hospitalares do SUS-MG serão apresentados no capítulo de resultados, logo adiante.

No que diz respeito aos procedimentos de coleta de dados qualitativos, a proposta metodológica que guiou a pesquisa incluiu mais de uma fonte, considerando o que prevê Stake (2011), de que é recomendado, na pesquisa qualitativa, enveredar em uma multiplicidade de fontes de informações para aproximação da realidade. Dessa forma, os dados foram coletados por meio de: coleta bibliográfica e documental, bem como pela realização de entrevistas semiestruturadas. O uso de distintos instrumentos de coleta de dados foi relevante para a triangulação de dados, dando ainda maior robustez aos resultados.

Em realização à coleta e análise bibliográfica e documental, Bogason e Zolner (2007) defendem que esta técnica traz a primeira impressão de um objeto de pesquisa e auxilia na definição de um ponto inicial, a partir do qual se podem identificar os atores envolvidos na pesquisa, além das suas atribuições e contexto do objeto de estudo.

A análise bibliográfica se deu através da revisão de literatura não sistemática, por meio da mobilização de três vertentes teórico-empíricas: Burocracia de Médio Escalão; Governança em Redes /Governança do SUS; e, Gestão de Crise.

A análise documental, por sua vez, foi inicialmente prevista para ser utilizada no sentido de produzir informações que pudessem, assim como as entrevistas, trazer as respostas para as perguntas da pesquisa. No entanto, ao iniciar o campo, verificou-se que a utilidade destes documentos estava mais atrelada à caracterização e contextualização do estudo de caso do que, propriamente, fornecer informações relevantes que possibilitavam extrair inferências sobre o problema de pesquisa. Dessa forma, a análise documental objetivou contextualizar a evolução dos leitos do SUS-MG e a sua taxa de ocupação, além de prover uma dimensão material e quantitativa do objeto de estudo. Foram também coletados dados secundários, oriundos de registros administrativos sobre: equipamentos hospitalares adquiridos, termos de doação, cessão de uso e permissão de uso; além de documentos publicados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG), que contém deliberações relacionadas à ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG durante a pandemia de COVID-19.

No tocante ao levantamento de informações junto ao público-alvo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas para obter a percepção dos burocratas de médio escalão da SES sobre sua atuação na estratégia emergencial de ampliação de leitos hospitalares do SUS-MG, em resposta à pandemia de COVID-19. A escolha por este método de coleta de dados se deu no sentido de “[...] compreender os significados que os entrevistados atribuem às questões e situações relativas ao tema de interesse [...]”, uma vez que elas são “[...] adequadas quando o

pesquisador deseja aprender a compreensão do mundo do entrevistado e as elaborações que ele usa para fundamentar suas opiniões e crenças.” (GODOI *et al.*, 2006, *online*). De acordo com Richardson (1999, p. 160), esta “[...] é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas. É um modo de comunicação no qual determinada informação é transmitida.”. Neste caso, oportuniza aos entrevistados fornecer sua visão livre sobre o tema abordado, bem como ao entrevistador aprofundar questões pertinentes ao contexto estudado (OLIVEIRA; PINTO; MENDONÇA, 2020; BRITTO JUNIOR; FERES JUNIOR, 2011; FARIA, 2015).

Ademais, esta abordagem é comumente empregada nos estudos sobre burocracia de médio escalão, conforme expõem Souza e Gomes (2015, p. 256) em sua investigação sobre o tema:

Floyd e Wooldridge (2000) e Currie e Procter (2005, p. 1336), pioneiros no estudo das burocracias de médio escalão, defendem o uso de pesquisa qualitativa, combinando métodos de observação da rotina desses atores e realização de entrevistas. Nesse caso, a pesquisa deve ter um caráter comparativo e descritivo, e contar com os próprios relatos dos burocratas.

O roteiro das entrevistas semiestruturadas (Anexo A) se organizou a partir de perguntas que funcionaram como guia para entender os seguintes aspectos:

1 – A rotina de trabalho e as atividades dos burocratas de médio escalão da SES-MG envolvidos na estratégia emergencial de ampliação de leitos hospitalares.

2 – O papel desempenhado pelos BME na estratégia de ampliação de leitos hospitalares e as principais atividades envolvidas na estratégia.

4 – Os atores e redes que precisaram ser articuladas na ampliação de leitos hospitalares; se foram redes atípicas/diferentes das habituais; se estavam localizadas mais próximas da ponta ou alto escalão; quais foram as negociações realizadas para efetivar a estratégia.

6 – Os impactos da pandemia nas redes de atores e na estrutura de governança interna (no que se refere à formulação e implementação da estratégia de ampliação de leitos).

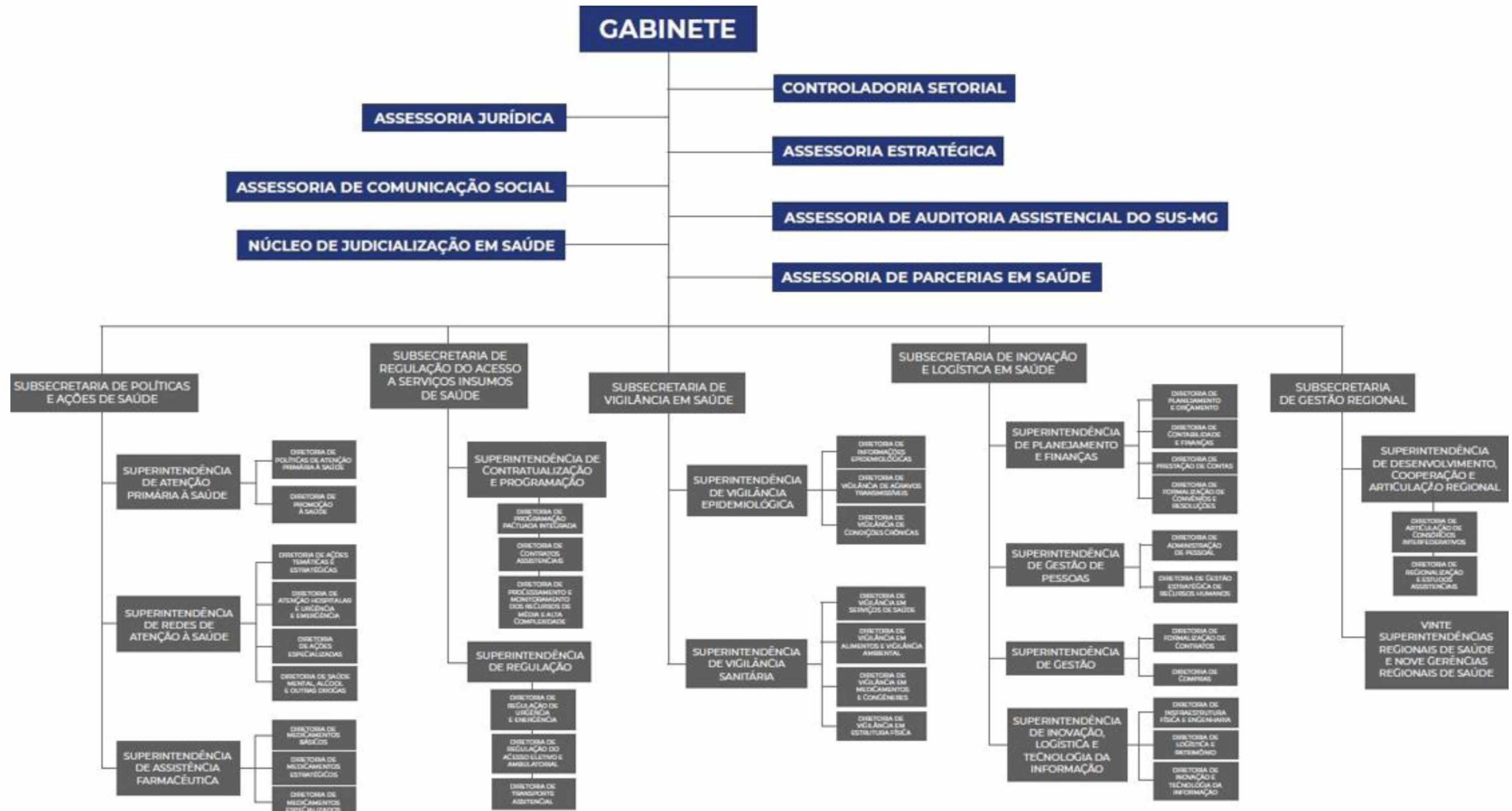
7 – Os maiores problemas e desafios envolvidos na atuação dos BMEs no contexto de implementação desta estratégia emergencial.

8 – Os impactos da gestão de crise na sua atuação, incluindo: margens de discricionariedade e autonomia; improvisação, flexibilidade e adaptação; formas de relação com instâncias de controle de suas atividades.

Acerca dos entrevistados, importa mencionar que o médio escalão está representado no organograma da estrutura formal da secretaria por 11 superintendências e 28 diretorias do chamado 'nível central' da SES, localizado na Cidade Administrativa de Minas Gerais, em Belo Horizonte; bem como pelas 28 unidades regionais de saúde, espalhadas nas quatorze macrorregiões de saúde do estado, que representam o 'nível regional' da instituição. A Figura 2 representa o organograma da estrutura formal da secretaria, na gestão 2019-2022. Além da estrutura formal prevista no Decreto 47.769/2019¹, há uma estrutura informal constituída por coordenações, núcleos e assessorias. Portanto, ao definir a amostra possível de ser entrevistada, foram considerados burocratas de médio escalão da SES, servidores que ocupam cargos de superintendente, diretor, coordenador e assessor de unidade da estrutura formal.

¹ Decreto 47.769 de vinte e nove de novembro de 2019 dispõe sobre a organização da estrutura formal Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Figura 2 - Organograma da SES-MG



Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (2019).

Com o objetivo de obter uma amostra empírica mínima para se dimensionar o caso (THIRY-CHERQUES, 2009), os entrevistados foram acessados a partir da técnica de amostragem denominada bola de neve (VINUTO, 2014). A amostra em *snowball*, ou bola de neve está presente em pesquisas que optam por amostras não probabilísticas em estudos de natureza qualitativa, como é o caso deste estudo.

Considerando o que determina Vinuto (2014) para esta técnica de amostragem, foram inicialmente convidados três informantes-chave para que fosse possível localizar as pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Estes informantes-chave são burocratas de médio escalão que foram selecionados por sua representatividade quanto ao objeto de estudo. Além de possuírem um conhecimento aprofundado do fenômeno a ser investigado, considerando sua área de atuação na SES-MG estar associada ao objeto da pesquisa, são BMEs que tiveram atuações relevantes na ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG, considerando os cargos que ocupavam. Dessa forma, a estes informantes-chave foram solicitadas indicações de outros burocratas de médio escalão que tiveram participação relevante no caso estudado considerando o recorte temporal da pesquisa. Em seguida, solicitou-se que as pessoas indicadas pelos informantes-chave indicassem novos contatos dentro dos mesmos requisitos informados. Nesse momento, verificou-se que os nomes se repetiam e que o quadro de amostragem havia atingido seu limite.

A utilização das entrevistas com informantes-chave visou levantar informações amplas e profundas sobre o tema com pessoas que têm um conhecimento especial sobre o assunto de interesse do pesquisador (BISOL, 2012). Além disso, devido à atuação profissional no órgão, a pesquisadora tinha um conhecimento prévio de que estes informantes-chave atuaram de forma relevante na estratégia emergencial de ampliação de leitos durante o enfrentamento à pandemia de COVID-19, considerando os cargos de nível médio que ocuparam.

Buscou-se, ainda, entrevistar burocratas de médio escalão de áreas de atuação distintas, para compreender a atuação multisetorial dos BMEs da estratégia em análise.

Assim, foram entrevistados onze burocratas de médio escalão com atuações relevantes na ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG. Dentre eles, dez BMEs encontravam-se lotados no nível central da SES-MG e um BME lotado em uma Unidade Regional de Saúde.

Foram entrevistados onze burocratas de médio escalão que atuaram de forma estratégica na ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG². Os cargos ocupados pelos BMEs durante o recorte temporal da pesquisa eram os seguintes: superintendente (2), diretor (5), coordenador (2), assessor de superintendência (1) e um burocrata que, no recorte temporal da pesquisa, ocupou primeiro a função de assessor de uma subsecretaria e posteriormente assumiu a função de superintendente. Todos os respondentes estiveram lotados na SES-MG durante o recorte temporal da pesquisa (março de 2020 a junho de 2021), exceto um gestor que foi cedido em julho de 2020 para a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), mas que teve participação central na formulação da estratégia emergencial analisada na pesquisa. Seis entrevistados são da área finalística da secretaria, sendo cinco da Subsecretaria de Ações e Políticas de Saúde e um da Subsecretaria de Regulação do Acesso a Serviços e Insumos de Saúde. Quatro entrevistados são da área-meio (Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde), e um entrevistado está lotado em uma Unidade Regional de Saúde no interior do estado.

Quatro dos entrevistados são homens e sete são mulheres, e têm formações acadêmicas diversas: um nutricionista, um engenheiro, dois bacharéis em direito, dois farmacêuticos, dois enfermeiros, um psicólogo, um administrador público e um educador físico. Todos os respondentes são servidores efetivos com vínculo estatutário, sendo dez ocupantes do cargo de Especialista em Políticas e Gestão de Saúde e um ocupante do cargo de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. A maioria deles já ocupavam cargos de chefia ou assessoria antes da pandemia de COVID-19. Possuíam trajetórias de trabalho na SES de três a dezesseis anos e suas idades variavam de vinte oito anos a quarenta e dois anos no momento da realização das entrevistas.

Foi possível identificar que os gestores de médio escalão entrevistados possuem perfis variados. Apesar do vínculo similar, qual seja, o vínculo estatutário, seus perfis e trajetórias distintas indicam que esta cúpula da BME da SES-MG envolvida na estratégia sob análise desta pesquisa é heterogênea em vários aspectos, incluindo em relação às funções desempenhadas e quanto ao seu *lôcus* de atuação na estrutura organizacional, como será explorado adiante.

Como aponta Thiry-Cherques (2009), esta amostra possibilitou a obtenção do chamado ponto de saturação, tendo sido possível aprofundar os principais eixos de atuação envolvidos na estratégia emergencial de leitos. Observando o que prevê Souza (2014, p. 138):

² Como forma de resguardar a identidade dos entrevistados, optou-se por colocar todas as menções e substantivos no gênero masculino.

“A saturação é um termo usado para descrever o ponto em que os dados coletados tornam-se (sic) repetitivos por não gerar novas informações, ou seja, começa a haver recursividade de informações.” Além disso, o ponto de saturação é uma “[...] ferramenta inerentemente influenciada por fenômenos cognitivos e afetivos da dupla pesquisador-pesquisados, na prática da pesquisa qualitativa, o encontro desse ponto de saturação está sujeito a imprecisões.” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Por fim, registra-se que os critérios relacionados ao tempo disponível para a pesquisa, acessibilidade dos informantes e os limites de uma investigação conduzida no nível de mestrado foram levados em consideração.

Neste sentido, optou-se por realizar apenas uma entrevista com um BME lotado em uma Unidade Regional de Saúde (URS) localizada no interior do estado. A previsão inicial era entrevistar pelo menos três BMEs do nível regional, que estivessem em regiões de saúde onde houve uma significativa ampliação dos leitos hospitalares durante a pandemia de COVID-19. Contudo, dois fatores foram levados em consideração para não dar continuidade nas entrevistas com os BMEs do nível regional: 1- Dificuldade de acesso e abertura destes servidores à realização da entrevista, aliados à localização; 2- Após a realização da primeira entrevista com o BME do nível regional, percebeu-se que o olhar e a vivência destes atores estavam muito restritas à região de abrangência da URS. Logo, entendeu-se que a realização de outras entrevistas com BMEs do nível regional não trariam dados adicionais que pudessem alterar os resultados já alcançados.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro e novembro de 2022, totalizando 7 horas, 29 minutos e 53 segundos de gravações. Oito entrevistas foram realizadas de forma remota por meio da plataforma *Teams* da *Microsoft*. Não foi notado qualquer tipo de prejuízo no uso da entrevista remota. Três entrevistas foram realizadas de forma presencial na sede do governo (Cidade Administrativa), tendo em vista a oportunidade e conveniência da pesquisadora e entrevistados no dia da sua realização. O áudio destas entrevistas foi gravado por meio de um gravador eletrônico, enquanto as entrevistas realizadas de forma remota foram gravadas em vídeo, após consentimento dos entrevistados de forma expressa. Todos os entrevistados participaram do estudo de forma voluntária e registraram seu aceite por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas gravadas passaram por uma transcrição utilizando-se a funcionalidade do *Microsoft Word* da plataforma *Microsoft 365*. As transcrições totalizaram trezentas e duas páginas.

Após a coleta de dados, foi empreendida a análise qualitativa, a fim de interpretá-los buscando responder ao problema e aos objetivos propostos pela pesquisa.

Os dados coletados nas entrevistas possibilitaram identificar os principais eixos temáticos de análise da atuação dos BMEs na estratégia de ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG durante a pandemia de COVID-19. Na organização dos eixos considerou-se: a conexão entre as dimensões teóricas (aprofundadas no capítulo 2) e os objetivos da pesquisa, bem como a necessidade de obter uma narrativa lógica e sequencial do caso estudado.

Dessa forma, emergiram seis eixos temáticos a partir dos quais as percepções das entrevistas foram analisadas e discutidas. Cada um desses eixos e subeixos temáticos, por sua vez, foram analiticamente decompostos em questões estruturadoras que serviram para orientar a análise do conteúdo produzido, de modo a colocar teoria e achados empíricos em diálogo (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Quadro 2 - Eixos temáticos de análise a partir das dimensões teóricas da pesquisa

DIMENSÃO TEÓRICA	EIXO TEMÁTICO DE ANÁLISE	SUBEIXO TEMÁTICO DE ANÁLISE	QUESTÕES ESTRUTURADORAS
Burocracia de Médio Escalão	1- Rotina de trabalho dos entrevistados	-	Qual foi a rotina dos entrevistados durante a estratégia de ampliação de leitos? Houve alterações na rotina habitual dos BMEs?
	2- Eixos de atuação da burocracia de médio escalão na ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG	a) Instrumentos de planejamento – com duas frentes de atuação: a.1) Elaboração de projeções do número de casos e estimativas do quantitativo de leitos necessários; a.2) Elaboração e operacionalização dos Planos de Contingência Macrorregionais; b) Equipamentos médico-hospitalares – com duas frentes de atuação: b.1) Aquisição de equipamentos médico-hospitalares; b.2) Distribuição de equipamentos médico-hospitalares; c) Financiamento dos leitos hospitalares; d) Monitoramento de dados;	Quais foram atividades executadas pelos BMEs para viabilizar a ampliação dos leitos hospitalares durante a pandemia de COVID-19?
	3) Papel da Burocracia de Médio Escalão da SES na estratégia emergencial de ampliação de leitos à luz da perspectiva relacional de análise.	-	As atividades descritas nos eixos de atuação se associam ao papel técnico-político ou técnico-gerencial dos BMEs? A dicotomia técnico-política

			<p>é suficiente para examinar o papel dos BMEs do estudo de caso?</p> <p>Qual dimensão de análise melhor se enquadra no exame da atuação dos BMEs do estudo de caso?</p>
	4) Lócus de atuação dos BMEs e influência na estratégia emergencial	-	<p>Qual a influência dos BMEs na estratégia emergencial sob análise?</p> <p>Em que medida o lócus de atuação do BME na estrutura organizacional altera a influência exercida nas fases de formulação e implementação da estratégia?</p>
Governança e Gestão de crise	5) Governança: alterações nas redes de relacionamentos provocadas pela pandemia de COVID-19	-	<p>Quais as alterações provocadas pela pandemia de COVID-19 nos relacionamentos dos BMEs? Há diferenças nos relacionamentos entre os vários tipos de BME?</p> <p>Em que medida estas alterações alteram o fluxo de informações durante a gestão da crise?</p> <p>Qual foi o papel do novo arranjo de governança mobilizado pela SES/MG na coordenação da crise?</p> <p>Como a governança em rede do SUS impactou a gestão da crise?</p>
BME e gestão de crise	6) Discricionariedade e autonomia	-	<p>A Discricionariedade e autonomia dos BMEs foi ampliada durante a gestão da crise?</p> <p>Como os BMEs tomavam decisões?</p>

Fonte: elaborado pela autora.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, discutem-se os resultados inferidos a partir dos dados coletados, cotejando-os com as discussões teóricas dispostas no Capítulo 2.

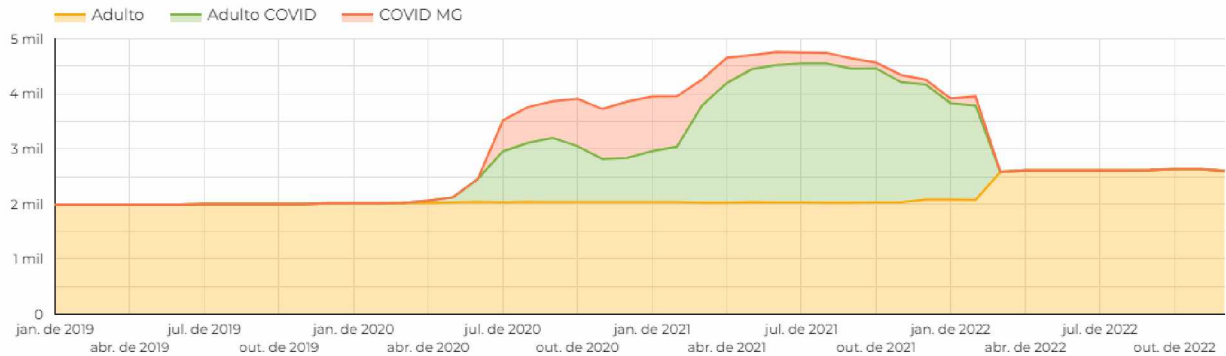
Em primeiro lugar, é feita uma breve contextualização da estratégia emergencial de ampliação de leitos, por meio da apresentação do contexto fático, que situa o leitor sobre o caso estudado. Em seguida, apresentam-se as ações coordenadas de enfrentamento à pandemia, descritas no Plano de Contingência para Enfrentamento à COVID-19, que estão relacionadas ao caso estudado.

Após, a partir da análise dos dados de percepção coletados juntos aos burocratas de médio escalão envolvidos nesta estratégia, em confronto com as dimensões teórico-conceituais da pesquisa, busca-se compreender a atuação deste segmento burocrático por trás da ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG.

4.1 A estratégia emergencial de ampliação de leitos: contexto

No período entre fevereiro/2020 e junho/2021, registra-se um aumento de mais de 100% no quantitativo de Leitos de UTI Adulto do SUS de Minas Gerais. Observa-se que em fevereiro de 2020, no início da pandemia, o SUS-MG contava com 2013 leitos de UTI adulto. Enquanto que em 01 de julho de 2021, após a implementação da estratégia de ampliação de leitos, a rede hospitalar pública contava com 4746 leitos de UTI adulto, dos quais, 2717 leitos de UTI eram específicos para pacientes com COVID-19³. Conforme é possível observar no Figura 3, a partir de julho de 2021, a curva de evolução de leitos de UTI inicia um processo de queda, acompanhando o cenário epidemiológico da pandemia de COVID-19 em Minas Gerais, de arrefecimento.

³ Dados coletados do BI “Evolução de Leitos” do Núcleo de Informações da Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência / SES-MG.

Figura 3 - Evolução leitos de UTI

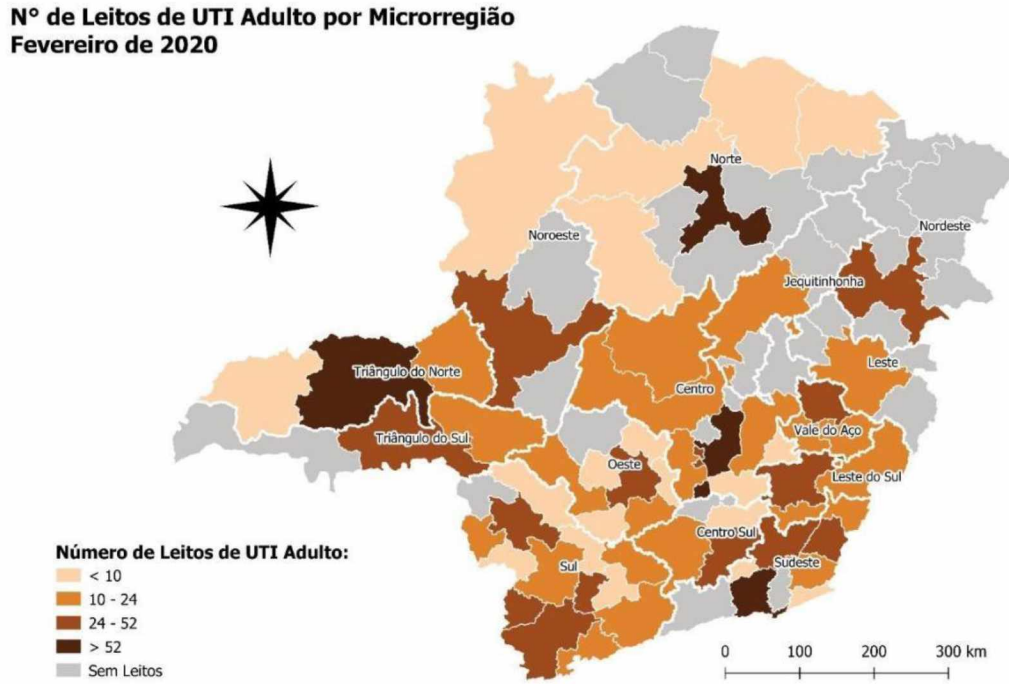
Fonte: BI “Evolução de Leitos” do Núcleo de Informações da Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência / SES-MG.

Ao longo da pandemia, um dos indicadores utilizados para analisar uma possível exaustão do sistema de saúde foi a taxa de ocupação hospitalar. Assim, era avaliada a proporção de leitos de UTI-SUS e leitos de UTI- SUS Exclusivos COVID-19 ocupados. Em um cenário pré-pandemia, a ocupação dos leitos de UTI adulto observada era de 84,2% em leitos de terapia intensiva adulto, de um universo de 2013 leitos habilitados na rede hospitalar do SUS/MG. Já no cenário em que a pandemia se instala, tomando como exemplo uma data em que se vivia um cenário assistencial crítico da pandemia (02/04/2021), a taxa de ocupação chegou a 84,38% em um universo de 4.614 leitos de UTI adulto habitados. Deste total, destaca-se que nos 2.904 leitos de UTI específicos para atendimento de pacientes com COVID-19, a taxa de ocupação estava em 94,05%. Considerando o recorte da pesquisa, na data de 01 de julho de 2021, verifica-se uma taxa de ocupação total de leitos de UTI em 71,4% e 73% nos leitos de UTI específicos para COVID-19⁴.

As Figuras 4 e 5, a seguir, mostram mapas com a distribuição geográfica da ampliação do número de leitos de UTI adulto em cada microrregião de saúde do estado de Minas Gerais, no cenário anterior à pandemia e em julho de 2021, respectivamente:

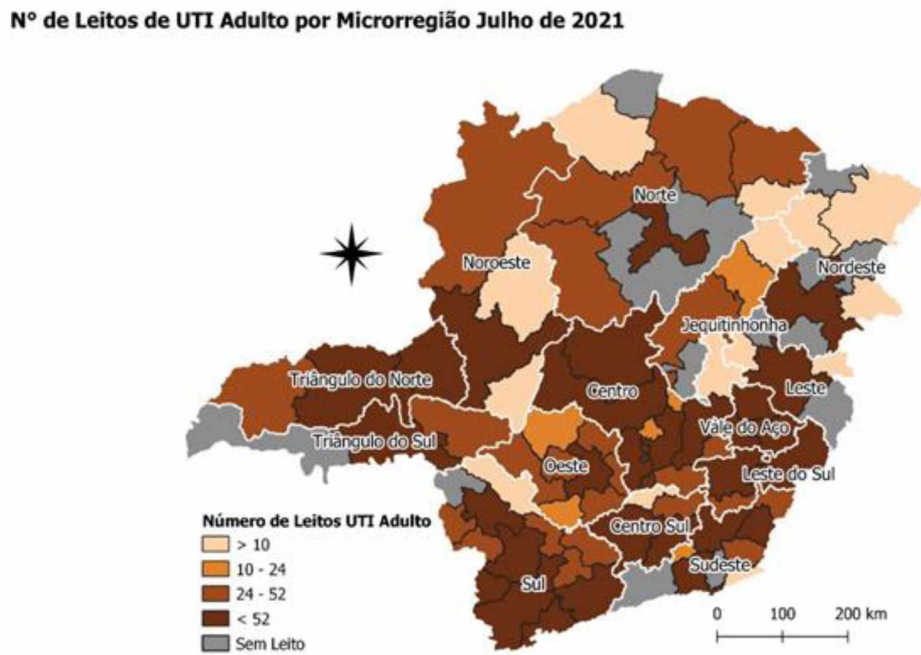
⁴ Dados coletados do BI “Evolução de Leitos” do Núcleo de Informações da Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência / SES-MG.

Figura 4 - Leitos de UTI adulto por microrregião - Fevereiro de 2020



Fonte: MINAS GERAIS (2021a).

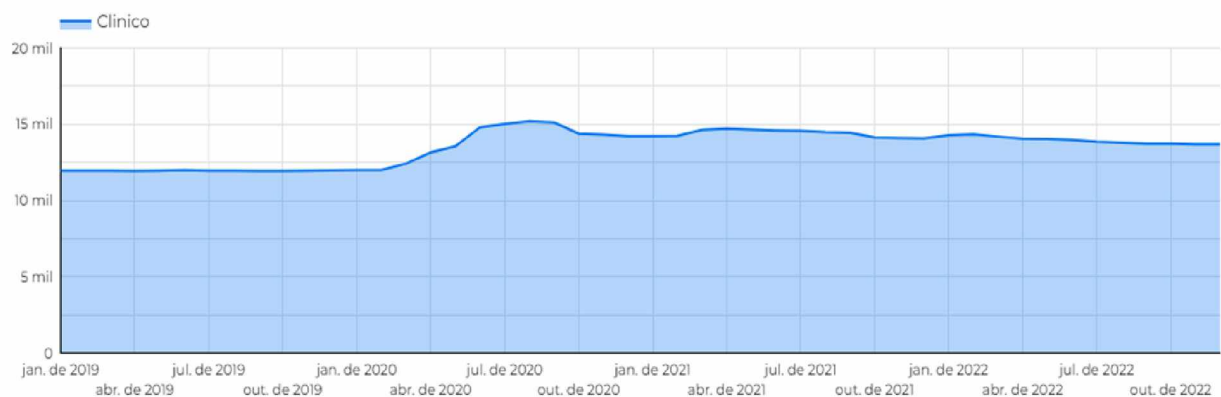
Figura 5 - Leitos de UTI adulto por microrregião - Julho de 2021



Fonte: MINAS GERAIS (2021a).

Para além da ampliação dos leitos de terapia intensiva, também foi observado um aumento dos leitos clínicos nas unidades de saúde que compõem a rede SUS-MG. Em fevereiro de 2020 o SUS-MG contava com 11.990 leitos clínicos. Em agosto daquele ano observou-se o maior quantitativo, dentro do recorte temporal da pesquisa, com 15.201 leitos; em 1 de julho de 2021 esse número era de 14.559 leitos clínicos⁵, conforme se observa pela Figura 6.

Figura 6 - Evolução de leitos clínicos - Minas Gerais, janeiro de 2019 a outubro de 2022



Fonte: BI “Evolução de Leitos” do Núcleo de Informações da Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência / SES-MG.

Após essa breve contextualização dos dados que evidenciam a evolução dos leitos do SUS-MG, no período em que foi implementada a estratégia de ampliação de leitos em Minas Gerais, é importante situar a estratégia sob a perspectiva de atuação da SES-MG.

Dentre as competências previstas no Decreto 47.769/2019, que dispõe sobre a organização da SES-MG, destaca-se que compete à pasta da saúde as funções de gerenciamento, coordenação, controle e avaliação das políticas do Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2019). Considerando tais competências, em um cenário de emergência em saúde pública, foi preciso lançar mão de estratégias atípicas para manter a prevenção, promoção, preservação e recuperação da saúde da população.

Nestas circunstâncias, o documento intitulado “Plano de Contingência para Enfrentamento à COVID-19”, publicado em 14 de maio de 2020 pela SES/MG, é tomado como um marco da gestão interna que possibilitou estruturar a tomada de decisões, na medida em que determinou obrigações para atores envolvidos, bem como direcionou suas atividades

⁵ Dados coletados do BI “Evolução de Leitos” do Núcleo de Informações da Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência / SES-MG.

(MINAS GERAIS, 2020c)⁶. Os planos de contingência foram adotados por todos os estados da federação para definição de medidas de saúde pública necessárias à prevenção e controle do contágio e ao tratamento das pessoas infectadas. Seu objetivo era promover respostas rápidas e direcionar as ações e estratégias emergenciais para contenção do vírus e mitigação dos seus impactos no sistema de saúde (SILVEIRA; OLIVEIRA, 2020).

Este documento foi o principal balizador dos eixos de atuação e das estratégias da resposta à COVID-19 adotadas pela equipe da SES/MG. Em especial, o cenário da publicação da segunda versão do plano de contingência, em maio de 2020, demandava uma diversidade de ações e medidas emergenciais necessárias à mitigação da crise sanitária. À época, o estado previa um pico de casos e hospitalizações para julho daquele ano (AGÊNCIA MINAS, 2020), o que implicava uma expressiva mobilização e articulação dos atores envolvidos na gestão hospitalar visando conter um provável colapso na rede hospitalar do SUS-MG.

O plano tinha como objetivo geral “[...] estabelecer, coordenar e apresentar as ações e estratégias do Governo de Minas Gerais no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para o enfrentamento à pandemia da COVID-19.” (MINAS GERAIS, 2020c, *online*). O documento buscou definir as ações coordenadas de enfrentamento à pandemia, bem como instituir a estrutura de governança para a atuação dos órgãos do governo do Estado de Minas Gerais visando “[...] orientar as medidas e facilitar o processo de tomada de decisão durante a evolução da pandemia no estado.” (MINAS GERAIS, 2020c, *online*).

Observando as ações previstas no plano, verifica-se que as estratégias emergenciais de enfrentamento à pandemia foram agrupadas em eixos de atuação. O “Eixo 2 - Assistência à Saúde”, do mencionado Plano de Contingência, descreve a “resposta direta à população de alguma forma afetada pela pandemia da COVID-19”. Tal eixo foi composto por 5 Subeixos, quais sejam: Subeixo I: Atenção Primária; Subeixo II: Atenção Secundária; Subeixo III: Atenção Hospitalar; e, Subeixo IV: Assistência Farmacêutica. Assim, o Subeixo III - Atenção Hospitalar – foi desenhado com o seguinte objetivo: “Ampliar e adequar leitos e estruturas hospitalares capazes de responder à necessidade da pandemia, em conjunto com demais

⁶ O “Plano de Contingência para Enfrentamento à COVID-19” publicado em 14 de maio de 2020 foi a segunda versão do Plano Estadual de Contingência para Emergência em Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. A primeira versão foi publicada em 12 de fevereiro de 2020 contendo as ações prioritárias para o combate à epidemia, com maior ênfase nas fases iniciais de contenção e mitigação. Haja vista que o Plano de Contingência é um documento de caráter dinâmico, desde sua publicação ficou estabelecido que o mesmo poderia ser “alterado conforme necessidade, novas descobertas científicas e alterações no cenário nacional e internacional” (MINAS GERAIS, 2020c, *online*). Desta forma, em 03 de setembro de 2021 foi publicada a terceira e última edição do Plano de Contingência para, dentre outras medidas, atualizar as ações da SES/MG no enfrentamento à COVID-19, perante a realidade epidemiológica e assistencial que se apresentava com redução do número de casos e óbitos por COVID-19 e com a vacinação da população em expansão.

órgãos estaduais, municípios e instituições privadas.” (MINAS GERAIS, 2020c, *online*) e previu as seguintes ações:

(...)

Otimizar e ampliar a quantidade de leitos de UTI por meio de:

- Mapeamento da capacidade de aumento de leitos de UTI;
- Aquisição de equipamentos necessários;
- Previsão de hospitais de retaguarda;
- Suspensão de cirurgias eletivas;
- Distribuição dos equipamentos de UTI;
- Criação de notas técnicas orientativas para Unidades de Saúde.

Otimizar e ampliar a quantidade de leitos clínicos por meio de:

- Mapeamento da capacidade de aumento de leitos clínicos;
- Aquisição de equipamentos necessários;
- Previsão de hospitais de retaguarda;
- Suspensão de cirurgias eletivas;
- Distribuição dos equipamentos necessários;
- Criação de notas técnicas orientativas para Unidades de Saúde.

Otimizar o atendimento nas Portas de Urgência e Emergência, por meio de:

- Implantação do fluxo Assistencial Diferenciado e Fast Track;
- Aquisição e distribuição de equipamentos necessários;

Criação de notas técnicas orientativas para Unidades de Saúde.

Estabelecer hospitais de referência para recebimento de pacientes de COVID-19, hospitais de transição e hospitais de retaguarda, com base nos levantamentos de leitos de UTI e leitos clínicos;

Coordenar o cadastramento, habilitação e credenciamento de novos leitos via SUS Fácil MG pelos prestadores de serviço;

Monitorar, diariamente, a taxa de ocupação da rede hospitalar, por meio de um painel de leitos;

Monitorar, diariamente, as internações por suspeita de COVID-19;

Planejar hospital(is) de campanha para atuação como hospital de retaguarda;

Operacionalizar hospital(is) de campanha nos territórios onde a rede de saúde extrapolar sua capacidade operacional para receber pacientes de enfermidades diversas ao COVID-19 ou que não estejam em fase de contágio, preferencialmente, aqueles que necessitam de apoio social;

Promover meios de contribuir na sustentabilidade das instituições durante a epidemia;

Repassar os recursos destinados à rede assistencial, oriundos de emendas parlamentares direcionadas ao enfrentamento da pandemia pelo COVID-19;

Viabilizar a abertura de leitos inativos em hospitais. (MINAS GERAIS, 2020c, *online*).

Verificou-se que a ampliação dos leitos hospitalares envolveu também outros eixos de atuação para além do Subeixo III - Atenção Hospitalar, em função de sua complexidade e abrangência. Isso porque algumas ações previstas no “Eixo 1– Planejamento” e do “Eixo 5 – Suporte” também estiveram, direta ou indiretamente, relacionadas com a ampliação dos leitos hospitalares. A realização de análises de cenário, a elaboração de planos operativos das macrorregiões de saúde e a promoção de meios para aportar recursos financeiros no âmbito da assistência à saúde durante a epidemia (previstas no Eixo I – “Planejamento”); assim como a avaliação das especificações técnicas e a realização de aquisições de equipamentos importantes para a estruturação de leitos de UTI, e o estabelecimentos de parcerias com órgãos e empresas (ações previstas no Eixo 5 – “Suporte”) também foram ações implementadas pela equipe envolvida na estratégia de ampliação de leitos, conforme será aprofundado adiante.

Após esta breve contextualização e considerando que a pesquisa pretendeu investigar a atuação da burocracia de médio escalão nesta estratégia emergencial, a próxima seção passa a analisar a atuação dos burocratas de nível médio.

4.2 A estratégia emergencial de ampliação de leitos e a atuação dos burocratas de médio escalão da SES-MG

A presente seção analisa e discute a atuação dos burocratas de médio escalão da SES-MG. Para tanto, após a identificação dos impactos da pandemia de COVID-19 na sua rotina de trabalho, são analisadas as atividades desempenhadas, seu papel e a influência dos burocratas de médio escalão que estiveram envolvidos na estratégia emergencial de ampliação de leitos hospitalares. Em seguida, são explorados os impactos da crise nas redes de atores e na estrutura de governança interna (no que se refere à formulação e implementação da estratégia de ampliação de leitos) e que afeta a atuação dos BMEs. Por fim, aprofundar-se-á na análise sobre como a crise impactou alguns outros aspectos de sua atuação, como a autonomia e discricionariedade para decidir e agir.

4.2.1 *Rotina de trabalho*

Por se tratar de uma situação de crise, que provoca alterações na rotina de trabalho e, ainda, considerando que estes burocratas estiveram envolvidos na implementação de uma

estratégia emergencial sob uma ótica de gestão de crise, é importante demarcar as alterações na rotina de trabalho, ocorridas em função disso. Todos os entrevistados reportaram uma carga horária anormal no período considerado pela pesquisa. O Quadro 3 apresenta, de forma consolidada, as respostas dos entrevistados quando lhes perguntados sobre a estimativa de horas trabalhadas e se houve trabalho além da jornada habitual de oito horas diárias:

Quadro 3 - Carga horária de trabalho dos entrevistados

ENTREVISTADO(A)	CARGA HORÁRIA DE TRABALHO DE MARÇO DE 2020 A JUNHO DE 2021
1	Não soube precisar a carga horária de trabalho no período, mas afirmou que foi muito além do habitual, sendo demandada com frequência à noite e nos finais de semana e feriados.
2	Em média 12 horas diárias presenciais durante a semana e trabalhava finais de semana e feriados de forma remota.
3	Em média 9 horas diárias na CAMG, no período da noite ficava de prontidão para urgências que sempre apareciam. Trabalhava aos finais de semana pontualmente quando surgia urgência.
4	No início, de 12 a 14 horas diárias de domingo a domingo. Depois de um tempo foi caindo para 8 horas e nos finais de semana trabalhava duas a três horas.
5	Em média 14 horas por dia, com carga horária mais intensa durante o período inicial de definição das estratégias e durante os períodos de pico da pandemia.
6	Em média 8 ou 9 horas diárias na CAMG. Pontualmente era acionado fora do horário e aos finais de semana.
7	No início da pandemia trabalhava 12 horas por dia presencial. Nos momentos de pico da pandemia de COVID-19 com restrições de isolamento social, fez teletrabalho.
8	De março a agosto de 2020 trabalhava de 12 a 15 horas por dia. Após esse período, 9 a 10 horas diárias.
9	De 13 a 14 horas por dia.
10	De 9 a 10 horas presencial e acionado à noite e aos finais de semana.
11	Em 2020 trabalhava de 10 a 11 horas por dia, incluindo finais de semana. Em 2021 voltou para normalidade de 8 horas por dia.

Fonte: elaborado pela autora, com base nas entrevistas individuais realizadas.

Em relação à motivação para o cumprimento de uma jornada de trabalho extra, no geral, os entrevistados disseram ter agido com um significativo senso de urgência, além de estarem sensibilizados pela pandemia de COVID-19 e a necessidade de salvar vidas e garantir a assistência à saúde no estado.

Além disso, considerando a implementação do teletrabalho nas organizações, em decorrência da pandemia, importou avaliar este aspecto. Neste período, os burocratas de médio escalão informaram ter trabalhado sempre no regime presencial ou híbrido (ou seja, teletrabalho parcial), não havendo regime de teletrabalho integral implementado para nenhum deles. Mas enquanto os entrevistados da área-fim informaram a possibilidade do regime híbrido, os entrevistados da área-meio informaram ter estado em regime de teletrabalho

apenas em situações excepcionais, de risco de contágio pelo coronavírus, como exemplifica o trecho abaixo:

Eu sempre estive presencial; esporadicamente, eu não pude estar quando a situação da cidade administrativa não nos permitiu estar lá. Eu quero dizer que houve surtos de covid no ambiente da cidade administrativa e nessas oportunidades foi recomendado que ninguém estivesse lá, pelo menos na minha superintendência. Então era nessas oportunidades que eu ficava trabalhando de casa, mas isso foi bem esporádico. (E.3).

Os dados coletados nas entrevistas possibilitaram compreender que a fase de formulação da estratégia foi aquela que demandou maior sobrecarga de trabalho dos BMEs da área finalística da secretaria. A rotina intensa de trabalho do início da crise foi diminuindo à medida que as capacidades administrativas eram mobilizadas e uma estrutura de governança foi mobilizada para responder a ela, aliado a um cenário mais favorável da pandemia no estado, posteriormente.

No início, cheguei a trabalhar de 12 a 14 horas por dia, de domingo a domingo. Eu trabalhei todos os dias de março de 2020, até mais ou menos abril de 2021. Aí a carga horária caía no final de semana, depois de um tempo; foi caindo para 8 horas e no final de semana menos tempo, de 2 a 3 horas, que era o tempo de gerar o relatório. (E. 4).

Foi muito cíclica essa participação. Então, em março a gente tinha agendas exaustivas, em que a primeira reunião começava às 8h e a última começava às 18h e durava até às 21h mais ou menos. **Então foi assim durante todo o período de definição das estratégias da pandemia.** (E. 5, grifo nosso).

A gente teve alguns períodos diferentes. De março até agosto, as horas trabalhadas eram 12 a 15 horas por dia, principalmente no início. Foi diminuindo aos poucos, mas em março e abril era muito intenso. A gente trabalhava fim de semana, feriado... Eu me lembro do feriado da Páscoa, por exemplo, que fiquei trabalhando no feriado inteiro fazendo reunião e respondendo várias demandas. **Mas foi reduzindo à medida que a gente conseguiu estruturar os processos, ter fluxos e envolver mais pessoas.** (E.8, grifo nosso).

Destaca-se que a sobrecarga elevada de trabalho no início do enfrentamento da pandemia decorre da participação ativa destes gestores intermediários no planejamento e desenho da estratégia. Isso, por sua vez, resultou tanto do protagonismo assumido por parte dos BMEs, como da necessidade de atuar a partir de condições estruturais frágeis, incluindo falta de pessoas. A consequente concentração de atividades sobre parte dos gestores intermediários foi captada nas percepções dos entrevistados 4 e 8.

A tarefa que eu fazia, que eu desempenhava durante alguns meses, só tinha eu que fazia (...) acabou que só eu sabia fazer e por isso acabei trabalhando todos os dias (inclusive finais de semana e feriados). (...) isso dava muito medo porque deixava um processo muito frágil também. Por mais que eu tentasse registrar tudo,

demoraria muito tempo para alguém absorver. Assim, tendo em vista que a gente não tinha tempo. (E. 4, grifo nosso).

Eu acho que muitas coisas ficaram “pessoalizadas”, assim. Tipo, a fulana faz isso, a ciclana faz isso e a gente tinha que se virar sem necessariamente ter uma estrutura por trás dando esse suporte. Basicamente, eu acho que assim, para o burocrata de médio escalão fazer as coisas acontecerem, dependia mais, assim, da coragem e proatividade da pessoa. Porque, por exemplo, a gente saiu comprando equipamentos (...) Mas aí, quando eu vi, tinham 2000 equipamentos e 2 pessoas olhando esse processo. E aí assim foi uma coisa meio desesperadora. (E. 8, grifo nosso).

Como visto, alguns fatores relatados teriam levado a esta concentração de frentes de trabalho em alguns BMEs: a urgência das demandas; o “protagonismo, coragem e proatividade” de alguns; e ainda, a ausência de uma estratégia advinda do alto escalão, que imprimisse planejamento e organização adequados dos processos de trabalho, conforme exemplifica o trecho a seguir:

Depois a gente teve que começar a fazer a força-tarefa (...) [e] **como era muito rápido e às vezes não tinha uma estratégia vindo de cima, você se virava e depois via que estava sobrecarregado**, que tinha que distribuir. Foi um desafio, porque a gente meio que foi se virando e fazendo, e depois vendo como que estava fazendo. (E. 8, grifo nosso).

Com efeito, com o início do enfrentamento da situação de emergência, o alto escalão adotou a diretriz da urgência e priorização das demandas ligadas enfrentamento da COVID-19 para os processos de trabalho dos BMEs. Conforme captado nas entrevistas, em uma das primeiras reuniões para tratar sobre o enfrentamento da crise, o alto escalão determinou que as atividades habituais da área-fim ligada à atenção hospitalar fossem paralisadas para concentração de esforços no enfrentamento da crise sanitária:

Lembro-me de uma das primeiras reuniões que a gente teve com o gabinete para tratar desse assunto, em que um membro do alto escalão **falou que era para a gente suspender as nossas atividades de rotina e se concentrar na questão da COVID.** A gente estava no início da discussão da nova política hospitalar (Valora Minas), o projeto já estava sendo desenvolvido junto ao gabinete. Aí perguntaram se era para suspender a discussão da política hospitalar e o alto escalão, na época, falou assim: **‘gente, vocês não estão entendendo que é um cenário de guerra? É para parar tudo. Nós temos que concentrar esforços para fazer um enfrentamento dessa pandemia.’** Eu acho que foi aí que a gente começou a entender a complexidade que seria. (E. 7, grifo nosso).

De acordo com esta diretriz, os seis entrevistados da área-fim relataram alterações nas atividades habituais das áreas técnicas finalísticas, tendo suspenso essas atividades durante

longos períodos da crise para a concentração de esforços nas demandas ligadas ao enfrentamento da pandemia. Os excertos a seguir exemplificam:

Foi mais ou menos em outubro e novembro de 2020 que a gente retomou as nossas discussões e atividades habituais das áreas técnicas, porque até então a gente tinha suspenso todas as nossas atividades para concentrar muito na nas ações do covid. Em 2021, a gente continuou tocando as nossas ações, mais as da COVID-19. (E. 7).

Eu fiquei ausente, na verdade eu acho que a secretária inteira, durante esse período, das atividades habituais. Porque não tinha outra demanda a não ser COVID. Quando dava uma tranquilizada na pandemia, a gente voltava para elaboração da política hospitalar, que também era um projeto estratégico. Só que a cada mês era uma novidade. A depender do estágio da pandemia, a gente verificava para qual esfera iria direcionar os nossos esforços. (E. 5).

Em contrapartida, os quatro entrevistados da área-meio informaram não ter paralisado as atividades habituais para concentração de esforços somente nas atividades ligadas à ampliação de leitos. Estes BMEs estiveram envolvidos na referida estratégia emergencial gerindo equipes que precisaram ser direcionadas e sensibilizadas quanto ao senso de urgência que a demanda impunha; no entanto, não puderam se afastar das demandas de rotina, como será aprofundado adiante.

De todo modo, esses achados convergem com os dos estudos de Col e Chu (2017), em que foi observado que funcionários responsáveis por ações de enfrentamento à crise, trabalharam dia e noite, com intenso engajamento, guiados por um senso de urgência e priorização das demandas, mesmo sob o pano de fundo de uma estrutura de trabalho de certo modo precarizada.

Após contextualizar a rotina de trabalho dos entrevistados durante a estratégia emergencial de ampliação de leitos, torna-se possível examinar de modo mais aprofundado sua atuação, na próxima seção.

4.2.2 Eixos de atuação da burocracia de médio escalão na estratégia emergencial de ampliação de leitos

Na medida em que o objetivo geral da pesquisa é analisar a atuação do burocrata de médio escalão da SES-MG na ampliação dos leitos hospitalares do SUS, entende-se necessário compreender quais foram as atividades por trás desta estratégia. Dessa forma, esta seção se destina a trazer os resultados relativos ao objetivo específico da pesquisa que propõe identificar quais foram as atividades desempenhadas burocratas de médio escalão da SES-MG envolvidos na estratégia emergencial de ampliação de leitos hospitalares.

As atividades identificadas na análise das entrevistas foram organizadas a partir de eixos e frentes de atuação, a seguir:

- a) Instrumentos de planejamento – com duas frentes de atuação:
 - a.1) Elaboração de projeções do número de casos e estimativas do quantitativo de leitos necessários;
 - a.2) Elaboração e operacionalização dos Planos de Contingência Macrorregionais;
- b) Equipamentos médico-hospitalares – com duas frentes de atuação:
 - b.1) Aquisição de equipamentos médico-hospitalares;
 - b.2) Distribuição de equipamentos médico-hospitalares;
- c) Financiamento dos leitos hospitalares;
- d) Monitoramento de dados.

Da mesma forma que Pires (2011, p. 6), ao investigar os BMEs, esta seção propõe-se a descrever “[...] com que questões se ocupam e por meio de que tarefas estes atores realizam seu papel no complexo processo de produção de políticas públicas [...]”, para que haja uma compreensão de quais foram as principais atividades desempenhadas pelos atores do médio escalão da SES no caso estudado.

a) Instrumentos de planejamento

- a.1) Elaboração de projeções do número de casos e estimativas do quantitativo de leitos necessários

A investigação constatou que a primeira etapa da atuação dos BMEs no contexto da pandemia foi o planejamento da estratégia de otimização e ampliação dos leitos hospitalares, o que envolveu a elaboração de projeções do número de casos e estimativas do quantitativo de leitos necessários. Afinal, para traçar a estratégia de ampliação dos leitos hospitalares era necessário identificar quantos leitos clínicos e, principalmente, quantos leitos de UTI precisariam ser abertos. Devido ao que se via em outros países e em outros estados brasileiros, o cenário que se anunciava era de colapso dos sistemas de saúde.

Sendo assim, a burocracia de médio escalão da SES foi envolvida nas análises de cenário da pandemia, o que incluía a elaboração de projeções, atividade preliminar à definição do quantitativo de leitos ampliados. Esta primeira atividade foi posta em marcha ainda antes da transmissão coletiva do coronavírus no Estado de Minas Gerais.

Minha atuação mesmo, na pandemia, se iniciou no final de fevereiro [de 2020]. A pandemia ainda era algo não palpável. A gente sabia que tinha alguns casos no país, mas não tinha casos aqui em Minas Gerais. O primeiro caso foi 04/03/2020 (...). Até que fomos convocados para fazer estimativa de leitos. Na verdade, foi nos sendo perguntado, pela Subsecretaria de Vigilância, qual era o número de leitos necessários que precisava abrir no estado. Eu me lembro de uma frase de uma médica de lá (...), ela falou o seguinte: ‘olha, a gente vai precisar de uns 200 leitos de UTI’. Olhei para ela: ‘mas 200 leitos? É muita coisa’. (...) Então, para responder a essa pergunta da vigilância, – sobre ‘quantos leitos a gente vai precisar’ - eu devolvi a pergunta - ‘quantos casos vamos ter?’ **Porque eu precisaria de saber quantos casos íamos ter, para estimar o número de leitos. Só que até então não tinha essa área consolidada dentro da Secretaria, para o cálculo de estimativas.** (E. 5, grifo nosso).

Identificou-se que esta atividade ficou concentrada em apenas um gestor intermediário, devido à ausência de uma área dentro do órgão com atuação voltada para a análise de dados e projeções. Tal profissional precisou se ausentar das suas atividades habituais, para concentrar esforços na realização destas projeções. As projeções eram realizadas com base em experiências internacionais, a partir das quais seria identificado o padrão de distribuição de casos; em seguida, a partir de uma estimativa de casos no estado, era feita a estimativa de leitos clínicos e de UTI que seriam necessários para dar resposta à pandemia:

Então, por causa da minha formação, fui compor o eixo vinculado à análise de dados e projeções. Então acho que as primeiras projeções, as do primeiro ano da pandemia, foram todas de minha autoria. Porque eu precisava dessa projeção de casos para projetar o número de leitos. Então (...) como a gente não tinha caso ainda no Brasil, pegou o modelo da Alemanha e da Itália para estudar o padrão de distribuição, com sexo, idade, o tempo médio de permanência desses pacientes nos leitos, tanto de UTI quanto de enfermaria. A partir desse subsídio fomos aperfeiçoando as metodologias para estimar o número de leitos necessários para o enfrentamento. (E. 5).

Com base nas estimativas de casos de pessoas que seriam acometidas pela doença, identificou-se a necessidade de abertura de 1600 leitos de UTI. Segundo o entrevistado 5, este diagnóstico subsidiou a tomada de decisão do alto escalão quanto ao número de equipamentos médico-hospitalares que seriam adquiridos pelo governo estadual, bem como o processo de articulação territorial para verificar o que era necessário para a abertura de leitos.

Nota-se que a atividade de elaboração de projeções do número de casos e estimativas do quantitativo de leitos necessários pode ser associada ao perfil técnico-gerencial do BME (PIRES, 2011). Coube a um gestor intermediário, devido a seu conhecimento técnico, operacionalizar a diretriz do nível estratégico em procedimentos e metodologias que resultaram nas projeções de casos e internações utilizadas para estimar o número de leitos

necessários para a garantia da assistência à saúde em Minas Gerais. Assim, é possível inferir que o BME fez parte da definição do conteúdo da estratégia, não ficando restrito à sua implementação.

a.2) Elaboração e operacionalização dos Planos de Contingência Macrorregionais

Após a realização das estimativas para abertura de leitos de UTI, era necessário mapear a capacidade de aumento de leitos hospitalares. Para tanto, verificou-se a capacidade instalada dos hospitais e as possibilidades de ampliação naqueles que já tinham leitos de UTI. Tal atividade era central à elaboração dos Planos de Contingência Macrorregionais, pautados no levantamento das necessidades de leitos por macrorregião de saúde.

A construção desses instrumentos de planejamento teve como objetivo determinar, ainda, em cada macrorregião de saúde, quais hospitais seriam referências para o atendimento de pacientes com COVID-19 e quais iam ser os hospitais de retaguarda, isto é, aqueles que iriam atender outras patologias, desafogando os equipamentos que ficariam exclusivos ao atendimento do coronavírus.

Então a gente teve um primeiro modelo de plano de contingência macrorregional, em que avaliava qual era o número de leitos que tinha hoje, quanto eu posso abrir se tiver financiamento (...). Então, a gente estabeleceu a estratégia para essa ampliação, primeiro focando naqueles que já tinham condições de abrir de forma imediata, que não precisavam de equipamentos. (E. 7).

A elaboração dos Planos de Contingência Macrorregionais foi feita em conjunto entre as áreas finalísticas do nível central da SES e as vinte e oito Unidades Regionais de Saúde, de forma intensiva e em regime de grande urgência. Tais instrumentos de planejamento foram feitos ainda com a participação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG) representando os municípios de cada território. O papel do estado era estruturar e guiar a construção dos planos, mas coube aos territórios, isto é, os municípios de cada microrregião e macrorregião definirem quem seriam os prestadores de saúde que atuariam como hospitais referência para COVID-19 e hospitais retaguarda.

Como a construção dos quatorze Planos de Contingência Macrorregionais teve a participação de servidores do nível central, em conjunto com os atores do nível regional, foi necessário fazer uma força-tarefa entre aqueles servidores que atuavam nas áreas técnicas finalísticas. Nesta força tarefa, servidores foram designados a dar suporte a uma macrorregião específica, recrutados da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde (SUBPAS) sem necessariamente atuar na área de assistência hospitalar. Chamados de ‘padrinhos e madrinhas’

das macrorregiões de saúde, eles precisaram articular constantemente com as unidades regionais de saúde da sua macrorregião e essas, por sua vez, ficaram responsáveis por articular com os demais atores do território.

A decisão de criar esta esfera de governança informal, visando a organização dos processos de trabalho, foi tomada por burocratas de médio escalão, que entenderam necessário distribuir e coordenar a atuação nas macrorregiões de saúde entre servidores mais experientes. Desta forma, cada macrorregião teria um ponto focal no nível central, com o qual se reunia com alguma frequência para discutir e implementar os planos e os quais eram chamados a dar suporte, quando necessário:

Nessas reuniões, as madrinhas e padrinhos verificavam o que precisava ser feito para conseguir abrir mais leitos: se era RH [recursos humanos], se era estrutura física, se era equipamentos e se era custeio desses leitos. E sempre esse cenário ia mudando, a depender da realocação de equipamentos; ou pela SES, que cedia ou doava algum equipamento para atender à demanda. Também era tratado sobre o financiamento dos leitos que vinham de recurso repassado pelo Ministério. (...) Demandava contato constante com as regionais, reuniões frequentes e contatos pelo telefone independente do horário (E. 1).

Esta tarefa demandou dos BME uma articulação constante e intensiva com atores internos e externos, e foco na articulação com atores do nível regional, dentre eles: o Superintendente Regional (do alto escalão), coordenadores e referências técnicas, além de BMEs do nível central de outras áreas, como a Subsecretaria de Regulação do Acesso a Serviços e Insumos de Saúde e a Subsecretaria de Gestão Regional, e atores externos à instituição (COSEMS-MG). Esporadicamente também se reuniram com a burocracia de nível de rua dos municípios e com prestadores de saúde.

Já os burocratas do nível regional tinham como objetivo fazer uma articulação igualmente complexa no nível do território, visando a operacionalização e a constante atualização da grade de referência hospitalar dos Planos de Contingência Macrorregionais junto aos hospitais e municípios:

O plano de contingência mesmo veio como um esqueleto do nível central, com algumas coisas que a gente tinha que complementar, e a parte final desse plano era a grade de referência, que era onde ia demonstrar os nossos leitos, ou seja, onde estava ampliando, onde tinha e onde que não teria condições de ampliar. (E. 11)

Os Planos de Contingência Macrorregional deram origem ao Plano de Contingência da Grade Hospitalar Estadual (MINAS GERAIS, 2020d)⁷. A primeira versão do documento contava com poucos leitos de UTI ampliados disponíveis para COVID-19. A maioria dos hospitais ainda não tinha estrutura adequada para abrir estes leitos, que demandavam tecnologia mais intensiva e mão de obra específica.

Considerando a dinamicidade da pandemia, os ‘padrinhos e madrinhas’ precisavam atualizar a grade hospitalar semanalmente com os dados enviados pelas Unidades Regionais de Saúde. À medida que os leitos foram abrindo, cabia aos BMEs a atualização do Plano de Contingência da Grade Hospitalar. Se, inicialmente, a atualização foi semanal, conforme o passar do tempo, a atualização passou a se dar quinzenal e, depois, mensalmente.

A atualização do Plano de Contingência da Grade Hospitalar se dava da seguinte forma: os atores do nível regional levantavam os dados junto aos hospitais da sua macrorregião de saúde e enviavam as atualizações da grade para o nível central, dentro da periodicidade estabelecida em cada fase da pandemia de COVID-19. Os atores do nível central da SES, por sua vez, faziam a atualização da grade hospitalar estadual e seguiam os fluxos necessários para dar publicidade aos dados nas instâncias colegiadas do SUS. As atualizações necessitavam ser publicadas pela Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (CIB-SUS/MG) na forma de deliberação. Também eram enviadas para o MS, que habilitava os leitos para receber financiamento.

(...) aumentou muito esse trabalho de atualizar esse plano de semanalmente, porque são muitos, né? Mais de 100 hospitais no estado. Então toda semana a gente tinha um trabalho de receber de todas as macrorregiões o plano macrorregional para atualizar o plano do estado como um todo. Depois, tinha que mandar para o Ministério e que fazer pauta na CIB para publicar a atualização. Então isso também foi um trabalho muito grande. (E. 1).

Ao ser publicado no Plano de Contingência da Grade Hospitalar, por meio de deliberação da CIB/SUS, automaticamente o leito era inserido também no Sistema Estadual de Regulação Assistencial – SUSfácil (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2020,

⁷ Este documento foi publicado em 04 de junho de 2020 por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.168, de 04 de junho de 2020 que aprovou o Plano de Contingência da Grade Hospitalar para enfrentamento da pandemia de COVID-19 considerando “[...] a necessidade de estruturar a rede hospitalar do Estado de Minas Gerais para o enfrentamento do COVID-19, com a disponibilização e ampliação de leitos clínicos e leitos de UTI.” (MINAS GERAIS, 2020d, *online*).

online)⁸. Dessa forma, o acesso ao leito já podia ser disponibilizado para os pacientes com COVID-19.

A gente só colocava no plano de contingência quando ele já estava pronto e com o profissional contratado, porque a partir do momento que a colocava o leito no plano, automaticamente, já ia para o SUS fácil e começava a ser regulado paciente para ele. (...)
Então, toda vez que a gente atualizava o plano de contingência, imediatamente mandava para a regulação, para os médicos reguladores das macrorregiões saberem quais eram os hospitais de referência e quantos leitos eles tinham disponibilizado para esses pacientes. (E. 7).

Verificou-se que a atuação da BME nesta frente de atuação também revelou, sobretudo, o seu papel técnico-político, representado pelas articulações e relacionamentos com os demais atores nas fases de formulação e implementação da política pública (ROCHA, 2003; BIANCCHI, 2002; SCHNEIDER, 1994). As informações trazidas nas entrevistas indicaram que a formulação destes Planos envolveu um trabalho complexo de muitas negociações e articulações entre vários atores do nível central e do nível regional da SES, além de atores externos à instituição; enquanto a sua implementação pelo nível regional foi realizada a partir de muitas negociações com os prestadores de saúde e gestores municipais.

Não obstante o papel técnico-político dos BMEs estar bastante evidenciado neste eixo de atuação, também é possível inferir que houve necessidade de desenhar e operacionalizar ações, procedimentos e diretrizes para formular e atualizar os planos de contingência, o que se associa a um papel técnico-gerencial, tal como na definição proposta por Pires (2011). Afinal, os BMEs do nível central tiveram que gerenciar a equipe responsável pela articulação e operacionalização dos planos de contingência junto ao nível regional, por meio da criação de uma instância informal de governança, além da definição dos procedimentos que deveriam ser seguidos por seus subordinados. Após a publicação dos planos, os BMEs precisaram desenvolver diversas atividades burocráticas para a operacionalização e atualização dos planos de contingência.

Superada a exploração do eixo de atuação “Instrumentos de planejamento”, passemos ao próximo eixo estrutural na operacionalização da estratégia emergencial sob análise.

b) Equipamentos médico-hospitalares

⁸ O SUSFácil tem como objetivo regular, “[...] em co-gestão com os municípios, o acesso aos serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, de urgência/emergência e eletivos, credenciados ao SUS/MG.” (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2020, *online*).

Antes de adentrar na frente de atuação “Equipamentos médico-hospitalares”, que contempla duas grandes frentes de atuação, a aquisição e a distribuição, é elementar informar que os equipamentos utilizados na estratégia de ampliação de leitos hospitalares tiveram origens diferentes. Além dos equipamentos adquiridos pelo governo estadual, a SES recebeu equipamentos advindos de doação do MS, da Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais (FIEMG) e da empresa Itaú.

A Tabela 1 quantifica os equipamentos que foram adquiridos pelo governo estadual e seus respectivos quantitativos, bem como os equipamentos que foram doados à SES-MG e seus respectivos quantitativos:

Tabela 1 - Equipamentos adquiridos pelo estado e doados ao estado para enfrentamento à pandemia de COVID-19 em Minas Gerais

EQUIPAMENTO	AQUISIÇÕES	DOAÇÕES
Ventilador Pulmonar	562	293
Ventilador de Transporte	185	169
BIBAP	300	-
Monitor Multiparâmetros	192	20
Cardioversor	160	-
Subtotal	1.399	482
Total	1881	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, coletados em agosto de 2021.

A doação de equipamentos por parte do MS envolveu a participação de BMEs da SES que, ao ser noticiado a compra de equipamentos pelo governo federal e distribuição aos estados de acordo com os critérios populacionais, atuou na articulação com este para receber os bens, ainda no início da pandemia de COVID-10, quando o governo estadual se mobilizava para realizar suas aquisições.

Articular com o Ministério foi mais no sentido de mostrar para eles qual era a nossa demanda estimada, para que eles se sensibilizassem, encaminhassem mais equipamentos. (E.7).

A gente fazia uma articulação também muito grande com o Ministério da saúde. No início da pandemia, o Ministério chegou a mandar 50 equipamentos para abrir 50 leitos de UTI. E depois a gente começou a fazer as compras via estado. (E.1).

b.1) Aquisição de equipamentos médico-hospitalares

Segundo apurado, a aquisição de equipamentos médico-hospitalares foi outra importante frente de atuação dos BMEs, condição para viabilizar a ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG. Para o funcionamento dos leitos de UTI, é necessário que estejam equipados com uma infraestrutura mínima prevista pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁹ e tenha sido realizado a sua habilitação pelo MS ou o seu credenciamento pela SES naqueles casos financiados pelo governo estadual (situação que será detalhada adiante na frente de atuação ‘financiamento’).

Várias atividades precederam a aquisição dos equipamentos, envolvendo a atuação de BMEs da SES. Como visto anteriormente, após a realização da estimativa de leitos, coube à área finalística da secretaria indicar quantos e quais equipamentos seriam comprados. Considerando o rol de equipamentos que devem estar disponíveis para funcionamento de um leito de UTI, o governo do estado decidiu por adquirir ventiladores mecânicos (‘respiradores’), cardioversores e monitores multiparâmetros. Segundo relatado, encontrar equipamentos com a especificação adequada às necessidades não foi simples, vista a acirrada procura mundial. A tarefa de especificação dos equipamentos coube à burocracia de médio escalão da área de engenharia clínica da SES, três servidores, que tinham como função a avaliação técnica da documentação disponibilizada pelo fornecedor.

A gente ficou responsável, nós na engenharia clínica, por avaliar a documentação dos equipamentos que chegavam. Então a gente pegava o “data shit”, o manual do equipamento, às vezes só um folder. E a gente já avaliava se esse equipamento atendia ao que estava descrito no código do portal de compras. Aí veio um volume muito grande de equipamentos. (E. 2).

O grande desafio desta etapa da compra dos equipamentos era, segundo os entrevistados, a agilidade com que era cobrada em face de uma grande variedade de documentos que precisavam ser avaliados.

A gente recebia muita pressão, porque a aquisição tinha que sair rápido. Agora imagina, a gente recebendo um monte de equipamento que não atendia ao código

⁹ Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Norma utilizada como critério para habilitação do leito de UTI pelo Ministério da Saúde, requisito para o seu financiamento pela União (BRASIL, 2010).

[código CATMAS cadastrado no Portal de Compras]¹⁰ e toda hora frustrando a SEPLAG [Secretaria de Planejamento]. Tinha hora que chegava um pedido assim 'Eu te entreguei o folder ao meio-dia, me responde até quatro da tarde se pode comprar ou não'. Só que se você pega a especificação longa do item no CATMAS, deve ter pelo menos umas 105 linhas. Então não é assim. Aí você vai procurar no folder, muita informação você não encontra, você vai no site da Anvisa, tenta baixar manual. Tem fabricante que não tem manual registrado na Anvisa. Chegava folder da China, em mandarim, o que eu fazia com isso? (E. 2, grifo nosso).

Esta etapa da aquisição foi realizada em parceria com a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que disponibilizou dois engenheiros clínicos para dar apoio e suporte, em razão da carência de pessoal com formação em engenharia clínica na SES. Esta articulação com a FHEMIG foi construída no início da pandemia, uma vez que a aquisição de equipamentos médico-hospitalares pela SES para estruturação de leitos de UTI não era algo habitual, aproximando as duas instituições.

Além da participação da FHEMIG na aquisição de equipamentos para a ampliação dos leitos, uma rede de atores externos - atípica e vasta - também participou desta aquisição. A Secretaria de Planejamento e Gestão de Minas Gerais (SEPLAG) foi um importante ator externo que atuou em parceria com a SES, tendo sido responsável pelo processo de compra. A SES atuou como área demandante e ficou responsável por toda a fase interna da aquisição, ao passo que a operacionalização da compra foi delegada à SEPLAG devido à expertise do órgão.

A partir do momento que a gente definiu qual quantitativo que a gente precisava de equipamentos, a gente fez um planejamento de compras. Esse planejamento de compras foi feito junto à SEPLAG, então a gente passava qual que era o fundamento para aquela aquisição e qual que era o número estimado. A gente foi a área demandante. E então a SEPLAG fez todo o processo de compra. (...) E de fato nós, na Secretaria de Saúde, à época, não tinha "Know-hall" para fazer grandes compras. (E. 10).

A atuação da SES enquanto órgão gestor do SUS estadual é coordenar as políticas de saúde e descentralizar a execução para o território. Normalmente se repassa recursos para municípios ou prestadores de saúde, para que estes realizem a aquisição de bens permanentes em geral. No entanto, considerando ao cenário de crise vivenciado e a alta procura e pequena oferta de equipamentos no mercado, o governo estadual decidiu por fazer esta aquisição de forma centralizada.

¹⁰ O CATMAS é um Sistema Único de Classificação de Materiais e Serviços que tem como finalidade identificar, classificar, codificar e catalogar o material de consumo, material permanente e serviços, criando um repositório único para a especificação de todos os itens de compras do Governo Estadual, sendo de observância obrigatória para os órgãos e entidades usuários do Portal de Compras (CATMAS, 2022).

Como eu falei, normalmente não são adquiridos por nós, porque é o território que faz essa aquisição. A política aqui da SES é realmente coordenar a política e não executar, passar o recurso e os municípios dos hospitais adquirem equipamentos. Então foi algo realmente atípico que a gente teve que lidar com esses fornecedores. (E. 10, grifo nosso).

Outro ator externo e atípico na rede de relações criada para a aquisição dos equipamentos foi o mercado. A fase interna da compra, isto é, a construção do termo de referência, envolveu contato constante com fornecedores, para verificar questões relacionadas à tecnologia envolvida.

A gente conversava sobre tecnologia, mas logicamente o vendedor conversava sobre o preço. Mas não é o nosso foco, eu falava: **‘eu nunca decido se vai comprar ou não. A minha única função é: se for comprar, eu tenho que garantir que é o que a gente está precisando.** (E. 2, grifo nosso).

(...) **então foi algo realmente atípico a gente ter que lidar com esses fornecedores, fazer essa interlocução e até conseguir entender como é que estava se dando a dinâmica de fornecimentos desses equipamentos e materiais, de uma forma geral.** E a cada semana o preço estava oscilando muito; aí a gente começou a abrir a possibilidade de importar alguns equipamentos, alguns materiais e conversar então com o mercado externo. Algo que a gente pouco faz aqui na SES. (...) Foi algo que a gente teve que entender, como é que está funcionando lá fora? Entender quais eram as possibilidades para fazer essas importações, se era possível, se a legislação permitia, flexibilizar essa legislação, principalmente de compras (E. 10, grifo nosso).

No que tange à tomada de decisão de quais equipamentos seriam comprados, verifica-se em trechos das entrevistas que a decisão foi compartilhada entre o alto e o médio escalão da SES. O BME da área de engenharia clínica era responsável por fazer a avaliação técnica e dar subsídio à tomada de decisão, enquanto o BME da área finalística, que figurou como área demandante da aquisição, participou da decisão da compra em conjunto com o alto escalão. Segundo os entrevistados, o fator levado em consideração para a tomada de decisão era a especificação técnica em conformidade com as normas e a necessidade, bem como a variável tempo de entrega, que, em algumas vezes, mostrou mais importante que a variável valor, utilizada como fator decisivo na maioria das compras da Administração Pública que não envolve uma situação de crise.

A decisão da compra não era minha, eu era como se fosse um filtro. (...) A parte de negociação e bater martelo era com o gabinete. Eu cheguei a participar de reunião que decidi a compra, mas como auxiliar técnico. Se tivesse alguma dúvida técnica sobre o equipamento, eu sanava. (E. 2, grifo nosso).

Agora, **tinha uma variável nessa decisão que era muito forte, que era o prazo de entrega. Muitas das vezes essa variável foi mais pesada do que a variável valor,**

preço. Porque não adiantava nada comprar um por 40 que entregasse daqui a seis meses. E pagava 120 por um mesmo equipamento, mas que entregava semana que vem. Isso você pode ter certeza que foi levado em consideração na hora da negociação. (E. 2).

(...) **Na parte das compras, o alto escalão participava também para ajudar na tomada de decisão.** Quando a gente fez os termos de referência e chegaram algumas propostas da SEPLAG, a gente discutia essas propostas com a engenharia clínica e, **na hora de tomar decisão, o alto escalão ajudava a pensar se aceitava ou não as propostas.** (E. 8).

Ato contínuo à tomada de decisão pela compra, os contratos de fornecimento foram firmados e coube à BME da SES atuar como gestor e fiscal destes contratos. A atividade de gestor demandou contato e negociação constante com os fornecedores, o que reforça a dimensão relacional dos BMEs, e merece destaque, uma vez que foi negociada a antecipação dos prazos de entrega dada a urgência envolvida no cenário de crise.

E depois dos contratos firmados, eu era gestora dos contratos. Então eu fazia as negociações com os fornecedores. Eu ligava para confirmar a entrega; eles me ligavam se fosse atrasar; eu pedia relatório de instalação dos equipamentos. Também fiz contato com o fornecedor se atrasava a entrega, notifiquei, liguei. (...); **a própria aquisição dos respiradores, tive que negociar para antecipar as entregas.** (E. 8, grifo nosso).

Enquanto isso, o papel de fiscal do contrato assumiu atividades de natureza mais tática-operacional, que incluía verificação do equipamento, emissão de parecer, autorização do pagamento, monitoramento do cronograma de entregas e apoio na tomada de decisões referentes ao fornecimento:

Abria o equipamento, pegava manual, batia a especificação e depois emitia um parecer dando OK para o pessoal do almoxarifado autorizar o pagamento dessas notas. Então, qual que é o papel do fiscal? Eu, como fiscal, além de receber esses equipamentos, monitorava; porque eles foram comprados, mas entregues parcelados... não foram entregues tudo de uma vez, porque não tinha estoque. Então eles iam produzindo e entregando, tinha um cronograma de entrega. (...) Se atrasou um dia, relatava isso para a gestora e ela decidia se ela ia notificar a empresa, se ia pedir uma justificativa plausível para alegar o atraso da entrega. Aí o gestor tomava sua decisão perante o fornecedor. (E. 2).

Em relação às atividades assumidas por BMEs nesta frente de atuação, verificou-se que o papel de fiscal do contrato de aquisição de equipamentos implicou na assunção de atividades de natureza mais tática-operacional, enquanto o gestor do contrato, atividades de articulação e negociação com os fornecedores. Isso indica que o eixo de atuação de aquisição e distribuição de equipamentos esteve associado aos dois papéis dos BMEs, segundo proposto por Pires (2011).

b.2) Distribuição de equipamentos médico-hospitalares

Após a aquisição, era necessário distribuir os equipamentos para as instituições previstas no Plano de Contingência da Grade Hospitalar. Como já mencionado, várias instituições previstas na grade de referência de atendimento à COVID-19 ainda precisariam receber os equipamentos da SES para conseguir colocar os leitos para funcionar.

Com relação à metodologia de distribuição, coube à BME da área finalística regulamentar a distribuição a partir de critérios objetivos que foram levados para deliberação e aprovação da CIB-SUS/MG. Neste sentido, a pesquisa apurou que esses equipamentos médico-hospitalares foram, inicialmente, distribuídos para os beneficiários, em observância às determinações dispostas na Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.161, de 20 de maio de 2020. Posteriormente, com a mudança do cenário epidemiológico e a maioria dos leitos já estruturados, tal deliberação foi revogada pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.299, de 30 de dezembro de 2020 e a distribuição dos equipamentos remanescentes e devolvidos pelos beneficiários passou a ser realizada com embasamento em pareceres técnicos que tratavam acerca de indicadores epidemiológicos e dados assistenciais (MINAS GERAIS, 2020e).

O Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.161, de 20 de maio de 2020 (MINAS GERAIS, 2020e) descreve a metodologia para a distribuição de equipamentos adquiridos, locados ou doados à SES/MG para instituições que iriam atuar no enfrentamento do coronavírus – COVID-19, com a seguinte justificativa:

Mediante o cenário epidemiológico em Minas Gerais, o Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública – Infecção Humana pelo vírus SARS-CoV-2 prevê no nível 3 de enfrentamento, a criação de leitos extras para assistência aos pacientes acometidos pela COVID-19 e para leitos retaguarda para assistência aos pacientes acometidos por outras patologias.

Entretanto, medidas devem ser implementadas para organizar a abertura destes leitos, sendo de extrema importância a existência dos materiais e equipamentos necessários para prestação de assistência adequada.

Em virtude da grande extensão territorial do Estado de Minas Gerais, do comportamento epidemiológico heterogêneo e das dificuldades encontradas no mercado neste momento de pandemia para aquisições de materiais e equipamentos para a ampliação da assistência, faz necessário a definição de critérios para direcionar equitativamente a distribuição dos mesmos.

Essa metodologia tem o objetivo de estabelecer recomendações para a distribuição de equipamentos adquiridos, locados ou doados à SES/MG, para instituições que prestarão serviços assistenciais à pacientes acometidos pelo novo coronavírus e demais doenças. Os critérios utilizados consideraram os aspectos epidemiológicos e assistenciais das macrorregiões de saúde e as características/capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde. (MINAS GERAIS, 2020e, *online*, grifo nosso).

É relevante pontuar que, a despeito da metodologia de distribuição de equipamentos ter sido aprovada pela CIB-SUS/MG, a mesma foi confeccionada pela burocracia de médio

escalão da SES, que teve autonomia para definir critérios que consideravam os aspectos epidemiológicos e assistenciais das macrorregiões de saúde e as características/capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde. Segundo o trecho abaixo, a definição da metodologia teve a validação do alto escalão:

Essa metodologia, sempre que chegavam novos equipamentos, ela rodava *scripts* que definiam quais eram os hospitais que eram elegíveis. **O alto escalão participou do momento da definição da metodologia. A partir disso, a gente tinha autonomia para definir para onde é que iriam cada um dos equipamentos nesse período.** (E. 5, grifo nosso).

Depois, quando a gente começou a fazer os processos de cessão de equipamentos, fez o estudo de acordo com o número de déficit de leitos por macrorregião, a necessidade. A gente publicou uma deliberação na época com os critérios de priorização de equipamentos, porque a gente foi recebendo os equipamentos também aos poucos. A gente não recebeu todos de uma vez, então tinha que priorizar naquele momento para onde enviaria esses equipamentos. (...) E aí toda a semana rodava e a gente via, por microrregião, quais eram as regiões prioritárias. E então eles solicitavam formalmente os equipamentos, a gente fazia o processo de cessão e enviava o equipamento. Então foi assim que a gente conseguiu ir ampliando os leitos na época. (E. 7).

Após a definição da metodologia de distribuição, a distribuição destes equipamentos foi efetivada através da formalização de instrumentos de transferência, quais sejam: Termos de Cessão de Uso, Termos de Permissão de Uso e Termos de Doação. Esses termos contratuais foram formalizados com os municípios ou diretamente com as instituições previstas no Plano de Contingência da Grade Hospitalar. Conforme dados secundários internos da instituição coletados pela pesquisa, foram formalizados, ao total, cerca de 350 instrumentos de transferência de equipamentos médico-hospitalares entre 2020 e 2021, sendo a maioria Termos de Cessão de Uso e Termos de Permissão de Uso. Desta forma, tornava-se possível o remanejamento e realocação de equipamentos cedidos/permitido uso de uma região à outra sempre que necessário, de acordo com a variação dos dados epidemiológicos, a fim de atender às necessidades de cada território de forma eficiente.

Em seguida, os trâmites relacionados ao patrimônio e logística de distribuição também deveriam ser realizados. Estas atividades ficaram concentradas na área-meio do órgão que, apesar de não inovarem em suas atividades durante o cenário de crise, praticaram atividades habituais em um contexto diferente: um grande volume de trabalho envolvendo a formalização dos termos de transferência e a logística de distribuição dos equipamentos para ampliação de leitos, que deveria ocorrer em um curto espaço de tempo.

Então, eu atuei nessa orquestragem, na formalização desses instrumentos, que viabilizaram as transferências dos equipamentos essenciais para o enfrentamento da crise. (...) as principais atividades gravitavam em torno da própria instrução processual, conforme impõe a legislação. Porque, por mais que a gente estivesse passando por um período de calamidade em saúde pública, temos que zelar pela correta instrução do processo, com todos os documentos que a lei exige. (E. 3).

Então, quando chegou a pandemia, a gente teve um desafio em relação ao volume e agilidade (...). No caso, quando começou a fazer ampliação dos leitos, a gente tinha que receber o mais rápido possível, dar entrada no patrimônio, patrimonializar, colocar as plaquetas, ajudar na instrução do processo de cessão o mais rápido possível e o mais rápido possível fazer a entrega desse equipamento diretamente para o hospital beneficiário. (E. 6).

A área-meio também foi responsável por receber os cardioversores, ventiladores pulmonares e monitores multiparâmetros que chegavam por meio de doação do MS, de empresas privadas (Itaú, FIEMG) ou aquisição própria do estado. Recebia os equipamentos no almoxarifado da SES, dava entrada no controle de patrimônio, endereçava e fazia a alocação destes equipamentos no almoxarifado, para que ficassem disponíveis para ser destinados.

A partir daí, a área finalística instrua os processos de doação, cessão e permissão de uso, informando a destinação dos equipamentos, cabendo à área de logística e patrimônio, em seguida, fazer a guia de patrimônio. Esta compõe o processo de doação/cessão, que era devolvido para a área de contratos formalizar a cessão de uso, permissão de uso ou doação dos bens. Após a publicação, cabia à área de logística fazer o envio dos equipamentos aos respectivos beneficiários.

Assim, quanto à atuação dos burocratas de médio escalão que gerenciaram as áreas envolvidas na distribuição de equipamentos, quais sejam, a área de formalização dos instrumentos de transferência e área de almoxarifado e logística, foi possível inferir que, na maior parte do tempo, os BMEs desempenharam atividades de natureza tática e gerencial que se aproximam do papel técnico-gerencial (PIRES, 2012).

Os entrevistados 3, 6 e 10 protagonizaram ainda um importante papel de liderança e gerenciamento de equipes considerando o volume e a urgência da demanda. O trecho abaixo deixa evidente o papel de gerenciamento de equipe em um cenário de crise:

A gente teve que primeiro, olhar para dentro e engajar a equipe. Apesar de que eu acho que todo mundo já estava muito sensibilizado com a pandemia pessoalmente falando, então o profissional, ele ficou mais fácil da gente sensibilizar as pessoas porque elas queriam ajudar e até protagonizar esse enfrentamento da pandemia. Então, internamente eu acho que a equipe já estava muito sensível (...) porque o tempo da pandemia foi diferente do tempo em que os servidores da SES,

de uma forma geral, sempre trabalharam. Então assim, a gente tinha uma formalização de doação de algum material para fazer num determinado tempo que não tinha a urgência que a pandemia trouxe. **Então, internamente a gente teve que sensibilizar a equipe para a mudança do ritmo de trabalho uma vez que tudo realmente era pra ontem.** (E.10, grifo nosso).

Então a minha atuação ela passava pela conferência, pela higiene mesmo para garantia da correta instrução do processo que culminava na liberação do instrumento para assinatura das partes e publicação - condição para que o equipamento fosse liberado para os beneficiários aplicarem no combate à COVID. (E. 3).

Essa é a burocracia que a gente exerce. Na hora que chegam todos os processos a gente tem que sair distribuindo e dando os comandos necessários para dar um impulso no processo. (E. 6).

Também foi possível captar nas entrevistas que a área de logística e patrimônio não pôde paralisar suas atividades habituais para concentrar esforços nas atividades vinculadas à ampliação de leitos, dado que as demandas de distribuições de bens e insumos de outros programas não podiam ser paralisadas. Não obstante os relatos das áreas finalísticas da SES revelarem que, durante o início da pandemia, quando foi deflagrada a calamidade pública, as demandas habituais foram colocadas em segundo plano para voltar-se exclusivamente para a formulação e implementação da estratégia emergencial de ampliação de leitos, o almoxarifado da SES não teve essa opção. Foi necessário acumular a demanda excedente da COVID com as distribuições de rotina, o que implicou em um enorme volume de trabalho.

Diante desta demanda excedente, que precisava ser operacionalizada em curto prazo, o BME gestor desta área precisou lançar mão de mais uma atividade ligada ao seu papel técnico-gerencial, que foi a implementação de um incremento temporário de pessoal, em torno de 10% da capacidade de pessoal do Almoxarifado Central da SES:

Tinha a demanda de fazer a distribuição dos programas normalmente. **Os outros programas e as outras doenças não pararam para esperar o COVID ser combatido e depois voltarem.** Então, tinha que distribuir insulina do mesmo jeito (...). Há uma dificuldade de você ter ao mesmo tempo de atender aquilo que já tem como rotina e que já é um trabalho grandioso, como a distribuição dos medicamentos (...); e aí teve que incorporar mais uma demanda. **Então, apesar de priorizar o COVID, teve que levar ao mesmo tempo as outras distribuições.** (...) A gente conseguiu remanejar várias pessoas para lá... (...) Eu acredito que a gente deve ter aumentado em torno de 10% da capacidade pessoal lá. (E. 6, grifo nosso).

Da mesma forma, a área meio do órgão responsável pela formalização dos instrumentos de transferência dos equipamentos voltados para a estratégia emergencial de ampliação de leitos também necessitou de incremento de pessoal, por meio de realização de uma força-tarefa com pessoal de outras unidades administrativas.

(...) esse foi o maior desafio (...) e conjuntamente com o número de expedientes, que era um volume bem expressivo. E a urgência com a qual a gente tinha que fazer essas formalizações... chegava muitas vezes um volume grande de expedientes que a gente tinha que fazer força tarefa mesmo para ser liberado. **A gente teve que contar com apoio de outras coordenações que não lidavam com a formalização de doação, de cessão ou permissão de uso para poder garantir e viabilizar essa liberação no prazo que a situação exigia.** (E. 3, grifo nosso).

Ainda no que toca a distribuição dos equipamentos que foram utilizados na ampliação dos leitos para atendimento à COVID-19, os BMEs ligados a estas áreas lidaram com diversos atores do governo estadual, com os quais a SES estabeleceu parcerias para otimizar a logística de distribuição de equipamentos, devido à sua expertise em logística de crise. Segundo os relatos, o Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais (CBMMG), a Defesa Civil do Estado de Minas Gerais (incluindo o SERVAS), a Polícia Militar do Estado de Minas Gerais (PMMG) e a Polícia Civil do Estado de Minas Gerais (PCMG) contribuíram com a logística de distribuição dos equipamentos médico-hospitalares. As articulações advindas destas parcerias revelam o papel técnico-político dos supracitados gestores intermediários.

Além disso, a SES habitualmente distribui bens e insumos por meio de um contrato de transporte que possui com os Correios. Foi necessário, que a BME negociasse com este ator externo a redução do prazo das entregas dos equipamentos, tendo obtido êxito na negociação, reduzindo o prazo contratual pela metade, o que contribuiu bastante na agilidade da ampliação dos leitos.

A gente articulou com os Correios, (...) Nos ajudou muito, porque a gente tem um contrato de transporte e a gente conseguiu articular uma redução de prazo muito grande, metade do prazo que eles tinham em contrato para poder fazer todas as entregas do COVID. Tanto de equipamento quanto de seringas, de teste COVID e dos medicamentos. Então tudo o que envolvia COVID eles deram a máxima prioridade. (...) Isso foi a principal interlocução externa que a gente teve e que eu acho que ajudou muito na rapidez da resposta. (E. 6).

c) Financiamento dos leitos hospitalares

A frente de atuação relacionada ao financiamento dos leitos hospitalares ocorreu em paralelo com as frentes descritas anteriormente. Afinal, além da estruturação dos leitos hospitalares para atendimento a COVID-19, era necessário disponibilizar recursos para o seu financiamento.

O financiamento dos novos leitos se deu por meio da via tradicional, em que o leito é habilitado e pago pelo MS. Além disso, o estado precisou improvisar ao lançar mão de novas alternativas de financiamento, quando o leito não era habilitado pelo órgão federal ou enquanto a habilitação não era publicada. Toda solicitação de leitos de UTI é realizada pelo estado e/ou município através do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS¹¹).

Da análise das entrevistas, observa-se que no que se refere à ampliação dos leitos hospitalares, a atuação do MS, durante a pandemia de COVID-19, esteve muito voltada para a questão da alocação de recursos. Assim que foi decretada a situação de emergência:

O Ministério alocou recurso. E então esses três primeiros dias, por exemplo, que a gente ficou e estava todo mundo de ponto facultativo era para tentar distribuir a alocação desses recursos ministeriais para os prestadores ou municípios. (...) A gente fez essa força-tarefa para a alocação de recurso, a busca de respiradores, avaliar a capacidade de ampliação de leitos dos prestadores que já tinham leitos de UTI, que era nossa prioridade. Quem já tinha UTI, conseguia abrir mais leitos, mesmo que fosse em bloco, pronto atendimento, porque já tinha uma equipe com expertise para rodar UTI. (E. 9).

As negociações com o MS para garantir o financiamento dos leitos que eram ampliados seguiram o fluxo normal de habilitação de leitos de UTI; porém, em maior volume do que o habitual, fortalecendo a relação entre a SES e o MS. Além das negociações e articulações constantes, havia um fluxo operacional habitual que devia ser seguido para a habilitação dos leitos de UTI¹².

Ocorre que, diante do cenário de emergência em saúde pública, por vezes, devido à urgência, o leito era estruturado e inserido na grade hospitalar do Plano de Contingência Estadual antes da sua habilitação ser publicada pelo MS. Isto significava que o leito estava em funcionamento, mas sem financiamento federal. Para os casos de leitos que aguardavam a habilitação do MS ou casos em que o MS rejeitava a habilitação, a SES decidiu arcar com o financiamento, evidenciando a necessidade de improvisação durante uma gestão de crise. Para tanto, foram publicadas Notas Técnicas orientativas que previam a habilitação temporária de

¹¹ O SAIPS é uma ferramenta do Ministério da Saúde disponível para os Gestores e Técnicos Municipais, Estaduais e Distrital para facilitar e agilizar os pedidos de recursos para custeio, implantação, habilitação ou credenciamento de equipes, unidades e serviços em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

¹² A habilitação dos leitos funcionava da seguinte forma: os 'padrinhos e madrinhas' das macrorregiões recebiam um ofício do município, cuja gestão de seus prestadores de saúde é realizada pelo estado, pedindo a abertura do leito e cabia aos BMEs fazer um ofício para ser assinado pelo gestor estadual, a ser enviado para o Ministério da Saúde para que os leitos fossem habilitados por meio de uma Portaria. Para além deste fluxo, havia o fluxo, já mencionado, de publicação das atualizações do Plano de Contingência da Grade Hospitalar Estadual que precisavam ser enviadas para o Ministério sempre que houve atualização.

Leitos de Terapia Intensiva (leitos novos) para atendimento exclusivo dos pacientes SRAG/COVID-19.

Nos fragmentos de entrevistas que se seguem ficam explicitadas as improvisações da SES para o financiamento destes leitos. Tratava-se de forma atípica, haja vista que, na lógica de financiamento tripartite do SUS, o custeio de leitos de UTI cabe, majoritariamente, ao Ministério da Saúde.

(...) eles às vezes abriam leito sem ter como financiar. Aí a garantia era o Ministério habilitar esse leito rápido para não ficarem no prejuízo. Se não fosse o Ministério, a própria Secretaria, por meio da subsecretaria de regulação, estava dando um incentivo para esses leitos. (E. 1).

(...) a gente se comprometeu à época, na verdade, quando nem tinha ainda instrumento de repasse do Ministério, não tinha sinalizado incremento de recursos, então a gente sinalizou que ia pagar aqueles leitos e graças a Deus conseguimos (E. 5).

(...) teve um momento em que o estado resolveu fazer um ressarcimento do valor da diária de UTI, independente da habilitação ou não ministerial, porque o Ministério também, à medida que a gente ampliava leito, ele habilitava com valor diferenciado; mas não eram todos os leitos, então o próprio estado começou a arcar com essa diferença. (E. 9).

Em muitos leitos a gente fez um credenciamento pelo estado. Quem pagava esses leitos era a Subsecretaria de Regulação; a gente colocava no plano de contingência e eles inseriam no SUS Fácil de forma manual, porque o SUSFácil lê a base do Ministério da Saúde. Então, quando esse leito não estava habilitado pelo Ministério, a gente não enxergava. E aí a regulação criou essa ferramenta de fazer essa inserção desses leitos de forma manual para os médicos conseguirem saber o quantitativo de leito que cada hospital tinha para a internação de pacientes de COVID. (E. 7).

Além das questões relacionadas ao financiamento dos leitos, coube aos BMEs da SES a discussão do financiamento de hospitais que não eram equipamentos de referência para COVID-19. Como o valor pago pelo leito específico para COVID-19 tinha um valor superior, em dado momento, grande parte dos hospitais desejou atender pacientes de COVID-19, sendo que o atendimento a outras patologias precisava continuar funcionando. A saída encontrada foi dar um incentivo financeiro para esse prestador, conforme explicado no seguinte trecho:

A gente fazia discussões também para os casos não COVID. Quais seriam os prestadores que assumiriam esses casos? E começamos a discutir também ter recurso diferenciado para esse prestador não querer migrar para atender COVID, porque chegou o momento que todo mundo queria atender COVID, mesmo tendo estrutura ou não, tendo um fluxo 100% preparado para isso, porque financeiramente era mais vantajoso. (E. 9).

Ante o exposto, observou-se que as atividades envolvidas no eixo de atuação de financiamento dos leitos hospitalares ampliados, gravitaram, de forma geral, muito em torno

das negociações realizadas com o MS para conseguir a habilitação destes leitos, bem como todo o fluxo de trâmites burocráticos necessários para a habilitação e financiamento dos leitos. Infere-se, portanto, que este eixo de atuação tem relação tanto com o papel técnico-gerencial quanto o papel técnico-político dos BMEs.

d) Monitoramento de dados

A última frente de atuação do BME da SES na ampliação dos leitos para atender COVID-19, apurada nas entrevistas, diz respeito às atividades de monitoramento diário de taxa de ocupação da rede hospitalar e internações por suspeita de COVID-19, dentre outras informações relevantes para a ampliação.

Este monitoramento foi realizado pela BME da SES e ocupou um papel decisivo na estratégia de ampliação de leitos. Inicialmente, os dados eram levantados de forma manual, por meio do sistema SUSFácil. Posteriormente, foi necessário automatizar os dados, utilizando como base o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Plano de Contingência da Grade Hospitalar Estadual, que era atualizado pela SES manualmente pelo nível central a partir dos dados enviados pelas unidades regionais.

A partir das entrevistas, verifica-se que, no início da pandemia não havia uma unidade com esta atribuição dentro da área finalística da SES. Com isso, o monitoramento de dados era realizado por um único BME que foi deslocado para exercer esta atribuição. Com o avançar da pandemia, considerando o grande volume de dados que eram monitorados diariamente e a importância desta atividade enquanto subsídio para as tomadas de decisão, identificou-se a necessidade de criação de um núcleo com outros servidores para atuar nesta frente. As atividades do núcleo envolviam um relatório diário (inclusive aos finais de semana) com os dados de ocupação de leitos dos hospitais (SUS) de todo o estado. Os dados eram enviados para a Sala de Situação, que tornava as informações disponíveis, através de um Painel, para a Assessoria de Comunicação da SES e, em parte, para o público amplo.

Além da finalidade de dar transparência aos dados da pandemia, o monitoramento das taxas de ocupação hospitalar e das internações de pacientes com COVID-19 eram utilizadas como subsídio para as tomadas de decisão sobre ampliação dos leitos. A partir deste monitoramento era possível identificar quais as regiões tinham maior necessidade de ampliação e possíveis gargalos no território que necessitavam de intervenção do governo estadual.

E, com isso, algumas estratégias para quando tinha que ter uma tomada decisão, como falar onde estava mais sobrecarregado, onde faltava e precisava de uma ampliação, onde tinha algum tipo de gargalo, por exemplo, o tempo de espera para pacientes internados... A gente fazia esse tipo de análise, dava esse subsídio para direcionar onde poderia ou não ter uma maior necessidade de aumento [de leitos]. (E. 4).

Com base no que a gente passava de informação, era possível saber quais eram as áreas críticas e verificar a possibilidade de ampliação de leitos nessas áreas. E era até onde eu conseguia sinalizar, pensando principalmente no hospitalar, onde eu via que o sistema estava mais saturado e tendo ocupação, maior acesso, mais difícil, a gente informava isso para ver as possibilidades. (E. 4).

Considerando a necessidade de agilidade das informações para acompanhar e apoiar os gestores hospitalares e municipais, as limitações no sistema (SUSFácil) e considerando a dificuldade de ter um controle dos leitos hospitalares na mesma velocidade em que eram ampliados, foi criado o Escritório de Gestão de Leitos (EGL), instância informal de governança interna com o objetivo de verificar as taxas de ocupação de leitos.

O problema foi ter que adaptar tudo muito rápido para isso, buscar informação de fontes que a gente não tinha antes e de uma maneira ágil, com toda a velocidade que a situação exigia. Então esse foi um problema. Foi um desafio conseguir implementar isso, fazer todo mundo trabalhar de forma integrada, num processo que, ao mesmo tempo, era frágil. (...) As coisas mudavam muito rápido. No mesmo dia você tinha várias alterações, então, [era difícil] lidar com essa troca de informações tão rápidas e o registro delas, que às vezes era de forma manual, às vezes automática. (E. 4)

Manter essa base atualizada no meio de tudo isso era muito difícil, a ampliação às vezes era dia a dia, então, saber quantos leitos de fato a gente tinha e onde que eles estavam, era difícil. (E. 4)

O EGL, formado por um grupo de técnicos do nível central da SES/MG e alguns membros do corpo de bombeiros, teve como objetivo realizar o controle diário da situação dos leitos no estado, além de acompanhar e apoiar gestores hospitalares e municipais, buscando uma maior aderência dos dados do SUSFácil à realidade assistencial do território.

Conforme as entrevistas, por vezes, a SES não tinha segurança da informação que chegava dos municípios e prestadores. O Núcleo de Informações extraía os dados e os fornecia para o EGL, que entrava em contato com gestores hospitalares e os gestores municipais para verificação. Além disso, averiguava as taxas de ocupação que estavam fora da normalidade, entrando em contato com os prestadores – por exemplo, para verificar se, de fato, havia um problema no hospital ou uma simples falha na alimentação do sistema. Em suma, o EGL investigava o que estava por trás das taxas de ocupação de leitos fora da normalidade.

Após reconstruir os procedimentos que foram seguidos pelos BMEs, necessários ao monitoramento dos dados, é possível concluir que este eixo de atuação envolveu, sobretudo, atividades de cunho eminentemente técnicas. Ou seja, o BME que atuou nesta frente não empreendeu negociações ou articulações junto ao alto escalão ou ao nível de rua. Seus relacionamentos com as outras áreas estavam mais voltados à coleta e divulgação de informações, do que às atividades relacionadas a uma atuação técnico-política.

4.2.3 O papel da burocracia de médio escalão à luz da perspectiva relacional de análise

De acordo com a revisão de literatura empreendida por Lotta, Pires e Oliveira (2014), a literatura nacional e internacional que estuda a burocracia de médio escalão tende a examinar a atuação dos gestores intermediários na produção das políticas públicas a partir de três perspectivas de análise: estrutural, individual e relacional. Considerando que a hipótese pré-concebida na pesquisa era de que a atuação dos BMEs do estudo de caso proposto se enquadra na perspectiva relacional, é necessário passar pelas outras duas perspectivas para que se confirme tal hipótese.

A primeira perspectiva de análise denominada estrutural aborda a atuação dos BMEs pelo lugar que ocupam na estrutura organizacional e considera as cadeias hierárquicas como um comando bem definido em que as condutas dos burocratas são orientadas por regras formais (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2015). Esta dimensão coloca o BME em uma postura passiva do burocrata que só age pautado em regras formais, diversa daquela experimentada na pandemia de COVID-19, quando foi necessário romper com a lógica lenta da administração pública para dar resposta no tempo que a crise exigia. As entrevistas evidenciam que os BMEs do estudo de caso não figuram nesta lógica. Diversamente, foi necessário inovar, improvisar e ocupar lugares para além dos tradicionalmente previstos.

Como será visto na seção adiante, havia uma estrutura de governança informal mas bem definida entre o nível central e nível regional da SES; ao mesmo tempo, algumas tomadas de decisão precisavam respeitar o processo decisório das instâncias colegiadas do SUS, as quais contêm regras e papéis bem definidos. Neste sentido, verificou-se um cenário atípico em que a velocidade das tomadas de decisão não comportava uma atuação sob a ótica estritamente estrutural. As entrevistas mostram que o BME da SES precisou desafiar esta lógica para agir no tempo em que a pandemia exigia e que esta atuação fora da lógica tradicional de governança do SUS exigiu muita articulação e energia por parte de alguns BMEs:

Eu acho que um grande desafio foi romper uma estrutura que já está consolidada, de governança do SUS, num momento em que você precisava de decisões mais rápidas e não menos democráticas, mas menos colegiadas. A gente precisava tomar uma decisão rápida e aí a gente via atores ainda insistindo nesse papel usual. Internamente, a gente quebrou um pouco essa estrutura hierárquica (de subsecretaria, de superintendência etc.), pois estava ali todo mundo para a tomada de decisão, independente da hierarquia. (...). (E. 9).

Já a perspectiva de ação individual é um enquadramento analítico que enxerga a atuação dos BMEs sempre voltada para a maximização dos interesses e objetivos pessoais na organização. Nesta perspectiva, o papel do burocrata deixa de ser passivo, como prevê a dimensão estrutural, e ganha destaque a iniciativa do burocrata que age e interfere no rumo dos processos segundo seu próprio interesse (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2015).

De longe, esta perspectiva é aquela que menos se encaixa para analisar a atuação dos BMEs da SES na ampliação dos leitos hospitalares em resposta à pandemia de COVID-19. A percepção colhida nas entrevistas é de que os BMEs agiram não só para cumprir a missão institucional da secretaria. O objetivo de garantir a assistência à saúde da população residente em Minas Gerais era comum a todos os envolvidos, que além de cumprirem um dever institucional, também estavam sensibilizados e motivados a evitar ao máximo os danos provocados pela emergência em saúde pública que se instalava.

Durante a pandemia mudou bastante a lógica de trabalho. A Secretaria deixou de se organizar em blocos. O bloco da Subsecretaria de Regulação, o bloco da Subsecretaria de Políticas e Ações de saúde. Virou a Secretaria de Saúde em si como instituição. **Todo mundo trabalhando em prol de um bem comum, que era ampliar leitos e salvar vidas.** (E. 4, grifo nosso).

Por fim, a perspectiva relacional de análise da atuação dos BMEs se alicerça na máxima de que as políticas públicas são marcadas por múltiplas redes de atores internos e externos ao Estado que interferem no desenho e no resultado das políticas públicas (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2015); e que, nesta ótica, os burocratas de nível médio estão situados em uma proposição estratégica que destaca seu papel relacional de disseminação de informações e articulações com alto escalão e com o nível de rua, além das complexas redes de relacionamento próprias da administração Pública.

“A minha atuação era mais de articulação, alinhamento entre os atores para implementação da ampliação de leitos.” (E.9). Tal como exemplificado pelo trecho e pelas análises realizadas, a dimensão relacional na atuação desses BMEs ficou evidenciada. A pesquisa encontrou que estes atores foram peças-chave nas redes de articulação necessárias à formulação e implementação da ampliação de leitos. No geral, suas falas remetem à atuação

em rede, às estruturas de governança que foram desenvolvidas no contexto da crise e às articulações e negociações envolvidas na formulação e implementação da estratégia em análise.

As percepções dos entrevistados demonstram que houve uma atuação em rede com outros atores que implicou em muitas articulações e negociações para a formulação e implementação da estratégia em análise. Desta forma, infere-se que a dimensão relacional de atuação dos BMEs é a perspectiva que melhor explica a atuação destes atores.

Ante o exposto, é possível confirmar a hipótese inicial da pesquisa de que a atuação do BME da SES é melhor examinada a partir da perspectiva relacional, haja vista a extensa rede de atores internos e externos com que se relacionaram na formulação e implementação da estratégia emergencial sob análise. Nas análises empreendidas mais adiante, na seção que analisará os relacionamentos da BME, a dimensão relacional na atuação dos entrevistados fica evidenciada, assim como se comprova que estes atores foram peças-chave nas redes de relacionamento necessárias à ampliação de leitos.

Assim como constata Johansson (2012) sobre os gestores de infraestrutura, é possível afirmar, que os BMEs da saúde também atuaram como gestores de negociação, considerando que as políticas do SUS são fragmentadas seguindo a lógica tripartite envolvendo múltiplos *stakeholders*. A Seção 4.2.4 adiante abordará, assim, os relacionamentos construídos durante a formulação e implementação da estratégia de ampliação de leitos hospitalares no SUS-MG e de sua capacidade de influência, a partir do lugar em que se encontram posicionados.

Tomando a perspectiva relacional de análise da atuação dos BMEs, entende-se possível associá-la aos papéis técnico-político e técnico gerencial dos BMEs (PIRES, 2011). Foi possível captar das percepções coletadas nas entrevistadas que os entrevistados desempenharam tanto competências técnico-gerenciais para liderar equipes e executar atividades de operacionalização da estratégia, como desenvolveram um papel técnico-político ao negociar e relacionar-se com o alto escalão, com o nível de rua e com atores externos à instituição. Logo, as análises dos eixos de atuação confirmam outra hipótese de que há uma relação de complementariedade e não de competição ou dicotomia entre a atuação técnica e a atuação de cunho político dos BMEs (OLIVEIRA; PIRES; LOTTA, 2014). O papel técnico-político e o papel técnico-gerencial dos BMEs devem ser vistos como complementares, confirmando o que defende Svava (2001), de que é preciso superar dicotomia entre política e administração para compreensão do real papel dos administradores no alcance das políticas públicas.

Além disso, em consonância com Howlett (2011), tais achados da pesquisa a enquadram na corrente que defende que a dicotomia técnico-política não dá conta de absorver as mudanças da administração pública que envolvem a descentralização de papéis importantes no processo de políticas públicas para os gestores intermediários, bem como acompanha o movimento do *New Public Management*, formado por redes colaborativas de governança que dão luz e voz aos gestores que dirigem os serviços, ascendendo o escopo de influência dos BMEs.

Sendo assim, refuta-se que o papel técnico-gerencial da BME está vinculado somente à tradução dos comandos do topo ou na coordenação da atividade operacional da organização, convergindo com Lotta, Oliveira e Pires (2014). Como vem sendo demonstrado ao longo da pesquisa, os as percepções das entrevistas indicam que a atuação da BME da SES é melhor explicada pela corrente difundida por Floyd e Wooldridge (1992) de que a BME participa não apenas do ‘fazer’, mas também do ‘pensar’ as estratégias de atuação da organização e/ou desenho da política pública. Isto porque, a dimensão técnica dos BMEs é valorizada nas tomadas de decisão das organizações, mostrando que os conhecimentos técnicos dos BMEs colocam estes atores em um local privilegiado na discussão e definição das estratégias governamentais, assim como elencado nos achados de pesquisa de Cavalcante e Lotta (2015).

Isto posto, sabendo-se que um dos achados da pesquisa foi a atuação relacional dos BMEs e após analisar o seu papel no estudo de caso proposto, passamos ao eixo temático que destrincha a influência exercida por estes atores na estratégia emergencial sob análise.

4.2.4 O lócus de atuação da burocracia de médio escalão e sua influência na estratégia emergencial

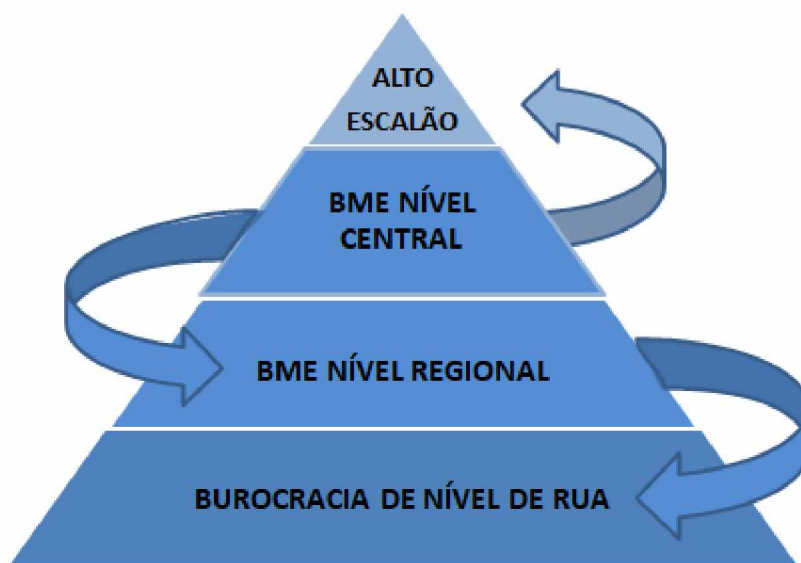
Este subeixo de análise pretende examinar como a posição do BME na estrutura organizacional influencia sua atuação (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2015). Ao longo da pesquisa, foi possível constatar que essa variável, o lócus de atuação, produz variações na atuação da BME a partir de duas diferentes perspectivas: a lotação no nível central *versus* lotação no nível regional; e a atuação na atividade-meio *versus* atuação na atividade-fim.

Como já exposto no capítulo metodológico, os servidores da SES-MG encontram-se alocados no nível central, localizado em Belo Horizonte, ou nas vinte e oito Unidades Regionais de Saúde, situadas no interior de Minas Gerais. Na estrutura de governança da SES, cabe ao nível central formular e coordenar as políticas públicas, enquanto a BME do nível

regional atua junto aos municípios e prestadores de saúde na implementação das políticas formuladas pelo nível central.

Embora todos ocupem uma posição intermediária na cadeia hierárquica da *policymaking*, a BME do nível central está muito mais próxima do alto escalão, enquanto a BME do nível regional situa-se perto da burocracia de nível de rua. A Figura 7 representa o fluxo de comunicações de cada segmento no complexo emaranhado de interações envolvidas na implementação das políticas públicas:

Figura 7 - Fluxo de comunicações da BME, por *locus* organizacional



Fonte: elaborado pela autora.

Em relação ao relacionamento com a burocracia de nível de rua, verificou-se que a maioria dos entrevistados do nível central relatou manter pouco contato com a ponta durante a estratégia emergencial de ampliação de leitos. A exceção identificada foi o entrevistado ligado à área de formalização de termos de doação, cessão e permissão de uso dos equipamentos hospitalares, que informou que manteve um relacionamento próximo aos municípios e prestadores de saúde beneficiários destes termos: “Os beneficiários me ligavam diariamente, perguntando o que faltava e o que poderiam fazer para liberar com mais rapidez aquele instrumento” (E.3).

Conforme já observado, a estratégia da SES foi fortalecer o papel das unidades regionais de saúde, de forma que os atores do nível regional pudessem exercer a articulação e a comunicação com a burocracia de nível de rua na implementação da estratégia de ampliação

de leitos, a partir de um fluxo mais rápido de comunicação e de resposta com a rede hospitalar nos territórios.

(...) quando a gente falava de trabalhar com a rede hospitalar, a gente tentou um fluxo mais rápido de comunicação e de resposta. Então **a gente tentou fortalecer muito o papel da regional para que ela atuasse no território de forma rápida**, tentando manter a regional atualizada. Tinha vídeo-chamadas de dois em dois dias com a regional, porque as coisas mudavam muito rápido. (E. 10, grifo nosso).

A gente demandava às unidades regionais e elas faziam uma articulação com os municípios e prestadores de saúde. Só quando tinha algum problema de comunicação, alguma necessidade de maior esclarecimento, que a gente era demandado [para atuar junto à burocracia de nível de rua]. (E. 5, grifo nosso).

Assim, durante a pandemia de COVID-19, houve uma intensificação do relacionamento dos burocratas do nível regional com a burocracia de nível de rua, também porque o contato com os municípios e prestadores de saúde precisou se estruturar para a construção e constante atualização da grade hospitalar do plano de contingência macrorregional.

Até todo mundo estar no mesmo nível de entendimento, a gente quebrou muito a cabeça. (...) passou sufoco para mobilizar esses leitos e para orientar os prestadores. **Eram muitas reuniões com os prestadores e com o gestor municipal para a gente conseguir chegar no consenso da grade hospitalar do plano de contingência.** Ela era o nosso grande produto. (E 11, grifo nosso).

Mas se a BME do nível regional atuou na implementação da estratégia junto à burocracia de nível de rua; os gestores intermediários lotados no nível central participaram de forma mais intensa de sua formulação junto ao alto escalão da secretaria, conforme já abordado. Para aprofundar esse aspecto, é importante a segunda diferenciação, aquela que considera o posicionamento dos burocratas de médio escalão na área-fim ou na área-meio. O Quadro 4 a seguir sumarizou as principais relações estabelecidas pelos entrevistados da área-fim e da área-meio (ambos do nível central), ao longo do período considerado pela pesquisa:

Quadro 4 - Lócus organizacional do entrevistado versus relacionamentos com atores internos e externos na atuação voltada à ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG

Entrevistado	Lócus na estrutura organizacional	Atores internos	Atores Externos
1	Nível Central - Área-fim	BMEs e referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde; BMEs e referências técnicas da área-fim.	Ministério da Saúde
2	Nível Central - Área-meio	Alto escalão, BMEs e referências técnicas da área-meio e área-fim.	SEPLAG, FHEMIG e mercado (fornecedores de equipamentos médico-hospitalares).
3	Nível Central - Área-meio	Alto escalão, BMEs e referências técnicas da área-meio; BMEs e referências técnicas da área-fim; BMEs e referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde.	Municípios e prestadores de saúde.
4	Nível Central - Área-fim	Alto escalão, BMEs e referências técnicas da área-meio; BMEs e referências técnicas da área-fim; BMEs e referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde.	-
5	Nível Central - Área-fim	Alto escalão, BMEs e referências técnicas da área-meio; BMEs e referências técnicas da área-fim; BMEs das Unidades Regionais de Saúde.	Municípios, prestadores de saúde, Ministério Público, Ministério da Saúde, Representantes do COSEMS, SEPLAG, CBMMG, PMMG, PCMG e Defesa Civil
6	Nível Central - Área-meio	BMEs e referências técnicas da área-meio; BMEs e referências técnicas da área-fim.	Correios
7	Nível Central - Área-fim	Alto escalão, BMEs e referências técnicas da área-meio; BMEs e referências técnicas da área-fim; BMEs e referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde.	Municípios, prestadores de saúde, Ministério Público, Ministério da Saúde, Representantes do COSEMS.
8	Nível Central - Área-fim	Alto escalão, BMEs e referências técnicas da área-meio; BMEs e referências técnicas da área-fim; BMEs das Unidades Regionais de Saúde.	SEPLAG, Ministério Público, Representantes do COSEMS, CBMMG, mercado (fornecedores de equipamentos médico-hospitalares).
9	Nível Central - Área-fim	Alto escalão, BMEs e referências técnicas da área-meio; BMEs e referências técnicas da área-fim; BMEs das Unidades Regionais de Saúde.	PMMG, SEGOV, Ministério da Saúde, Municípios, prestadores de saúde, Ministério Público, Ministério da Saúde, Representantes do COSEMS.
10	Nível Central - Área-meio	Alto escalão, BMEs e referências técnicas da área-meio; BMEs e referências técnicas da área-fim; BMEs das Unidades Regionais de Saúde.	SEPLAG, fornecedores de equipamentos médico-hospitalares, Defesa Civil.
11	Nível regional	BMEs e referências técnicas da área-fim; BMEs das Unidades Regionais de Saúde.	Municípios, prestadores de saúde, Ministério Público, Representantes do COSEMS, Deputados Estaduais.

Fonte: elaborado pela autora.

A partir de tais informações, identificou-se que a área-fim lidou com um universo de atores externos mais amplo do que a área-meio. Foi preciso, por exemplo, que a área finalística articulasse com atores externos ao governo estadual, como o Ministério Público e o COSEMS, quando da construção dos planos de contingência macrorregionais, além de articular com Ministério da Saúde nas negociações sobre envio de equipamentos e financiamento dos leitos. Conforme se verifica do Quadro 4, os entrevistados 5, 7, 8 e 9 foram aqueles que tiveram contato com um rol de atores externos à instituição mais amplo e diverso. Todos estes atores são da área-fim da secretaria e precisaram articular e negociar o conteúdo da estratégia.

De outro lado, a área-meio atuou mais em contato com atores internos (área-fim e nível regional), ainda que o cenário de crise tenha trazido atores atípicos na governança habitual da SES, como evidenciam os dados sobre os relacionamentos com atores externos dos entrevistados 2, 3, 6 e 10, que são da área-meio: contatos com fornecedores de equipamentos médico-hospitalares, Correios e Defesa Civil.

Sobre a influência na formulação da estratégia emergencial de ampliação de leitos, infere-se que os BMEs da área-meio não teve uma participação ativa nas decisões da estratégia com o alto escalão, exceto o entrevistado 2, que reportou participar de reuniões em que se decidiu sobre a aquisição de equipamentos, na função de auxiliar técnico. Já os BMEs da área-fim indicaram que seu papel não era só o de prestar esclarecimentos técnicos, mas de participação ativa, levando propostas para a validação do alto escalão. Estes relatos confirmam uma das hipóteses iniciais do estudo de que o papel dos BMEs no processo de produção da política pública vai além do meramente ‘operacional’, no sentido de influenciar e participar do próprio processo de discussão estratégica e no desenho da política pública (LOTTA; OLIVEIRA; PIRES, 2015; LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2015).

É possível assim concluir que a BME da área-fim da SES teve uma participação ativa no desenho da estratégia de ampliação de leitos:

As pessoas pensam muito em gestão de serviços de saúde como algo que estabelece as diretrizes e você tem uma equipe para conduzir, mas durante a pandemia a gente teve uma inversão disso. **As estratégias foram fomentadas no médio escalão e levadas para o alto escalão para tomar a decisão. A gente dava um leque de opções para que eles escolhessem qual era a mais viável**, até ponderando questões políticas. (E. 5, grifo nosso).

A gente participava nas reuniões de colegiado e destrinchava as diretrizes para subsecretarias. (...) **Via de regra, todas as estratégias foram feitas no âmbito do médio escalão. E aí, depois das estratégias estarem prontas, elas eram levadas para o gabinete para aprovação.** (E. 8, grifo nosso).

Estas evidências confirmam que o *locus* organizacional interfere na participação do BME no ciclo das políticas públicas, incluindo o desenho das estratégias da organização e, conseqüentemente, nos seus resultados. Este achado converge com o da pesquisa de Lotta e Cavalcante (2015, p. 301), que indica que estar na área-fim ou na área-meio de uma instituição “[...] impacta no tipo de relações desses burocratas (área-meio tende a apresentar relações mais internas; área-fim, relações mais externas), bem como no tipo de decisão tomada (decisões sobre a gestão ou decisões sobre o conteúdo da política)”. Por outro lado, também reforça a dificuldade prática e conceitual em definir um *locus* específico de atuação para este segmento burocrático, ratificando a proposição de Cavalcante e Lotta (2015) de que os BMEs se encontram em um lugar fluido, quando se busca classificar as burocracias. No mesmo sentido, a heterogeneidade da BME, apontada por Oliveira (2008), Pires (2011) e Oliveira e Abrucio (2011), também pode ser visualizada na burocracia de médio escalão da SES, formada por uma classe de atores bastante variada e heterogênea, cujo *modus operandi* varia a depender do seu *locus* de atuação na organização (nível central ou nível regional; área-meio ou área-fim).

Em resumo, verificou-se que o grau de influência dos BMEs da SES sobre a estratégia emergencial de ampliação de leitos na resposta à pandemia está conectado com seu *locus* de atuação na estrutura organizacional: os BMEs da área finalística do nível central estiveram mais próximos do alto escalão na formulação da estratégia e os BMEs do nível regional mais próximos da burocracia de nível de rua na implementação da estratégia.

4.2.5 A estrutura de governança: alterações provocadas pela pandemia de COVID-19

Schmidt, Mello e Cavalcante (2020), ao apresentar uma proposta de gestão de crise para a pandemia de COVID-19 pela administração pública, destacam que a governança na contenção da crise deve ser estabelecida não só no âmbito externo, considerando os vários atores envolvidos na contenção de uma crise, mas também no âmbito interno das organizações. Considerando que os BMEs são atores relacionais e que o sucesso das políticas públicas está cada vez mais voltado às interações entre os vários atores envolvidos nas redes de governança existentes na estrutura da administração pública (CAVALCANTE; LOTTA; YAMADA, 2018), entendeu-se necessário investigar de modo aprofundado os efeitos da crise nas várias interações envolvidas na formulação e implementação da estratégia de ampliação de leitos hospitalares, das quais participaram os BMEs. Afinal, a gestão de crise impacta a estrutura de governança pré-estabelecida, ao exigir cooperação entre atores internos e

externos ao governo, além de uma cobrança pela garantia de transparência e *accountability* das decisões, medidas e resultados implementados (SCHMIDT; MELLO; CAVALCANTE, 2020).

A partir das percepções captadas nas entrevistas, buscou-se, primeiramente, compreender esse impacto na estrutura de governança interna da SES, na qual os BMEs estão situados. Em específico, pretendeu-se investigar os aspectos da governança destacados por Oliveira e Resende Jr. (2020) relacionados às decisões administrativas, ao funcionamento da organização e à relação com os diversos atores (*stakeholders*) em sua atuação. A análise focou-se sobre três aspectos: as mudanças na rede de relações internas à SES; as mudanças provocadas pela criação de um novo instrumento de coordenação dentro do arranjo de governança, o COES; e as mudanças na governança do SUS.

Em geral, os BMEs do nível central envolvidos na ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG relataram que, durante a gestão de crise, ficaram mais próximos do alto escalão. Dos seis entrevistados da área-fim da SES, cinco relataram um aumento expressivo neste relacionamento; além disso, dos quatro entrevistados da área-meio, três também relataram um aumento nestas relações. O entrevistado do nível regional informou ter aumentado seu contato com os gestores de nível médio do nível central da SES, mas não travou nenhum tipo de relacionamento com o alto escalão.

Os BMEs da área finalística descreveram a realização de reuniões diárias com o alto escalão, onde eram definidas as diretrizes e o conteúdo da estratégia de ampliação de leitos em resposta à situação de emergência. Esta rotina de reuniões estreitou as relações, possibilitando uma participação ativa destes BMEs nas tomadas de decisão envolvidas na formulação da estratégia emergencial, conforme já indicado anteriormente. Os entrevistados 5 e 9 narraram como era a rotina de reuniões com o alto escalão durante o início da pandemia de COVID-19 para a formulação das estratégias de contenção da crise:

Inicialmente, a gente tinha duas reuniões ao dia. Essas reuniões eram com o subsecretário de vigilância à época e com o próprio secretário estadual de saúde. Nelas a gente repassava os indicadores, quais foram as principais decisões realizadas no médio escalão e quais eram as sugestões de definições que ele precisava tomar. Então a gente tinha um contato diário para falar sobre indicador, sobre projeção e sobre as nossas atividades. (...) **Nessa questão da governança eu acho que a gente teve uma aproximação muito grande, do alto escalão. A gente acompanhava muito de perto o que estava acontecendo no território, então a gente tinha sempre o gabinete envolvido, participando e tendo conhecimento de todas as ações que a gente estava executando naquele momento.** (E. 5, grifo nosso).

A gente tinha essas agendas gerenciais, em que mantinha um *Status Report* para o governador, que era esse relatório diário de ocupação de leitos. Então a gente tinha

de manhã uma reunião de *Status Report* com o secretário e outra no final do dia. Depois da reunião do secretário, tinha reunião do COES todos os dias. (E. 9).

Em relação aos BMEs da área-meio, verifica-se que o estreitamento do seu contato girou em torno do acompanhamento por parte da alta gestão para garantir celeridade aos processos administrativos da área. O BME responsável pela equipe de formalização de instrumentos de transferência de bens informou que o alto escalão estava presente diariamente, informando quais eram as prioridades, sobretudo, quais regiões tinham mais urgência no recebimento dos equipamentos. O alto escalão também atuou de forma excepcional junto desta área-meio, facilitando a articulação com atores externos em algumas situações, como destacado no seguinte trecho:

Eu tinha muita relação com o alto escalão, que diuturnamente intervia nesses processos no sentido de pedir celeridade em alguma formalização que se impunha. Assim, imediatamente, porque vidas poderiam ser ceifadas se a gente não conseguisse liberar [o equipamento] prontamente. Então, **o gabinete, o alto escalão, intervia diretamente solicitando rapidez naquela formalização ou até nos ajudando na interlocução junto aos beneficiários, a fim de obter documentos, e intervia junto à imprensa oficial para fazer publicações depois do horário.** (E. 3, grifo nosso).

Assim como o contato com o alto escalão foi ampliado, as relações entre os BMEs do nível central e os BMEs do nível regional também precisaram ser fortalecidas e ampliadas. Foi necessário intensificar o fluxo de comunicações entre estes atores para que houvesse uma atuação no nível central concatenada e atualizada com a situação do território. Conforme já detalhado anteriormente, verificou-se um intenso relacionamento entre os BMEs do nível central, denominados ‘madrinhas e padrinhos’, com as Unidades Regionais de Saúde:

Essa organização foi atípica, porque a gente sempre foi próximo das regionais, mas nesse momento de pandemia foi uma proximidade muito maior (...), de estar em contato com eles no fim de semana, às vezes, feriado, e às vezes ligar 10 horas da noite. (E1, grifo nosso).

Da mesma forma, o entrevistado do nível regional relatou grande aumento no relacionamento com os BMEs do nível central durante a ampliação dos leitos, principalmente nas atividades relacionadas à construção e atualização dos planos de contingência macrorregionais.

No que se refere ao relacionamento entre os próprios BMEs do nível central, isto é, que ocupam locais e funções distintas na estrutura organizacional, a maioria dos entrevistados

indicaram a aproximação entre eles como a principal mudança da lógica de trabalho em meio à gestão da crise. Os relatos abaixo exemplificam esta aproximação atípica:

Todo momento de crise, aproxima todo mundo, aproximou a SES toda. **Todo mundo estava ali engajado em atender essas necessidades do COVID.** Então, muita “picuinha” do dia a dia foi largada de lado. E por isso deu certo. (E.3, grifo nosso).

Esses atores, a meu ver, ficaram mais próximos. Eu vi uma atuação mais concatenada em relação ao que era antes da pandemia e o que é hoje depois da pandemia, então, parece que naquela época todo mundo atuava junto em prol de um objetivo. **Todo mundo queria resolver o problema rapidamente, porque sabia que era uma situação de emergência.** (E. 3, , grifo nosso).

Durante a pandemia mudou bastante. A Secretaria deixou de funcionar por blocos: o bloco da Subsecretaria de regulação, o bloco da Subsecretaria de políticas e ações de saúde... virou a Secretaria de Saúde em si como instituição. **Todo mundo trabalhando prol de um bem comum que era ampliar leitos e salvar vidas.** Então durante os primeiros oito meses da pandemia, isso foi bem acentuado. (E. 5, , grifo nosso).

A gente não estava preparado, foi algo que veio para mudar a lógica e a forma de trabalhar dos servidores da Secretaria. **Foi uma quebra de paradigmas, porque a gente teve que mudar a forma de trabalhar e se aproximar das áreas.** Então, principalmente, a área meio teve que entender como funcionava a lógica da finalística, e a finalística teve que se aproximar ainda mais do território para conseguir entender a lógica deles. [...]a cho que esse foi o ponto principal da mudança na forma de trabalhar anterior à pandemia e depois da pandemia. (E. 10, grifo nosso).

A mudança substancial percebida diz respeito à forma de se relacionar internamente entre os atores que já faziam parte da estrutura interna de governança. Esta alteração na lógica de trabalho anterior, em que as unidades administrativas da secretaria trabalhavam de forma muito fragmentada e departamentalizada, no momento da crise, precisou ser modificada e, de fato, passou a ocorrer ‘em rede’:

As redes que foram parte desse processo já eram as redes que deveriam funcionar naturalmente, mas que, na prática, no dia a dia, não funcionam bem. **Porque a Secretaria ainda trabalha de forma muito fragmentada e de forma departamentalizada. Só que no momento da crise, essa característica de departamentalização diminuiu.** Percebi que a gente conseguiu trabalhar muito em sintonia com todas as áreas, porque estava todo mundo com o mesmo objetivo de dar resposta rápida e sensibilizado com aquele resultado. (E. 8, grifo nosso).

A gestão de crise exigiu uma atuação mais articulada entre as diversas áreas, pois era necessário um aumento e melhoria do fluxo de informações entre elas:

Comparando com hoje, naquela época, a troca era muito maior. Tanto em velocidade de troca de informação quanto na quantidade. (E. 4).

Além disso, pode-se relacionar esta aproximação entre os atores internos, principalmente entre BMEs entre si, com a diminuição da burocratização dos processos de trabalho. Os entrevistados 2, 3, 4, 6, 7, 8 e 10 relataram perceber esta diminuição com a informalização das comunicações, além das flexibilizações normativas, como será visto posteriormente. O fluxo de informações deixou de operar apenas através de meios formais oficiais, como processos eletrônicos e e-mails. Os BMEs assumiram o protagonismo nas demandas e colocaram-se à frente dos ritos administrativos habituais da administração pública, considerando a urgência que a crise impunha, diferente do modo tradicional de se comunicar, marcado pela formalidade e morosidade.

Essa relação eu considero atípica. **Porque durante a pandemia, parecia que era tudo muito presente. Eu via pessoas me pedindo rapidez no andamento daqueles processos, porque era muito necessário.** Hoje eu só vejo processos na minha frente. Os pedidos vêm apenas escritos. Então não tem tanta interferência humana nos processos de trabalho como naquela época. (E. 3, grifo nosso).

Um ponto que diminuiu a burocracia foi os atores estarem sempre conversando e convergindo para o mesmo destino. Quando não tem esse intuito de todo mundo convergir para o mesmo objetivo, fica o que a gente vive no dia a dia: manda o processo, fica uns dois dias e depois tem que ligar para a pessoa pedindo para olhar o que mandou (...) (E. 2, grifo nosso).

Todo mundo ficou trabalhando muito integrado e essa burocracia, de saber o que era de um setor e tudo o mais sumiu. (...) **Foram diversos meios sem tanta burocracia, até para solicitar demandas.** Por exemplo, em vez de formalizar a demanda via SEI, já chegavam direto a mim (pessoalmente) ou via WhatsApp e a gente já resolvia ali mesmo. (E.4, , grifo nosso).

Ante o exposto, foi possível compreender quais foram as principais mudanças nos principais aspectos da estrutura de governança da SES impactados pela crise, incluindo a forma de se relacionar internamente, o modo como as decisões administrativas passaram a ser tomadas e o funcionamento em geral da organização (OLIVEIRA; RESENDE JR, 2020), para dar a resposta à sociedade no tempo que a demanda exigia.

Além de intensificação dos relacionamentos, houve uma aproximação entre as diversas áreas da estrutura de governança interna da SES nunca experimentada anteriormente, o que afastou o caráter fragmentado e departamentalizado da organização. Isso decorre, segundo percebido, do senso de urgência, que passou a guiar os processos de trabalho, e do fluxo de informações que precisou ser otimizado e ampliado, acarretando uma desburocratização nas comunicações entre as áreas da secretaria.

Tais aspectos se vinculam à hipótese inicial de que, para formular e implementar uma estratégia emergencial em um curto período, em um volume de atividades e prestações de serviços maior do que o habitual, em um cenário de desafios e incertezas, foi preciso romper com a tradição lenta da Administração Pública. Os achados convergem com a defesa de Schmidt e colegas, de que para a ativação da capacidade administrativa de coordenação de crises é necessário alinhamento intencional de tarefas e esforços de atores e organizações (SCHMIDT; MELLO; CAVALCANTE, 2020). Nesta mesma perspectiva, Lodge e Wegrich (2014) e Christensen *et al.* (2016) argumentam que a capacidade de governança necessária a ser engendrada no gerenciamento da crise depende das características estruturais, formais e procedimentais dos arranjos organizacionais e sua capacidade de coordenar alguns elementos, como os recursos públicos, os sistemas de tomada de decisão e as ferramentas de governança (LODGE; WEGRICH, 2014; CHRISTENSEN *et al.*, 2016). Por fim, os achados de pesquisa acima coadunam com aquilo que Head e Alford (2015) chamam de ativos fundamentais na gestão de uma crise: a colaboração e coordenação, papéis de liderança novos e adaptáveis, bem como estruturas e processos facilitadores.

Após analisar a estrutura interna de governança anterior à pandemia, importa destacar a ativação de um novo arranjo de governança como importante facilitador na atuação articulada das diversas áreas da SES durante a gestão de crise, o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES¹³). Este novo arranjo, incluído na estrutura de governança do governo estadual, teve papel importante na estratégia de ampliação de leitos, conforme destacado pelos entrevistados 1, 5, 7, 8, 9 e 11. De acordo com o Plano de Contingência Estadual, o COES tinha “[...] caráter emergencial, técnico e consultivo, cujo objetivo é auxiliar na definição de diretrizes estaduais para vigilância, prevenção e controle, bem como o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pela SES/MG e Instituições Envolvidas.” (MINAS GERAIS, 2021b, p. 12). Tal instância de caráter técnico-operacional foi responsável pela coordenação técnica das ações de resposta à pandemia de COVID-19 do governo de Minas Gerais. Suas atividades gravitavam em torno das articulações das

¹³ As reuniões do COES iniciaram em 12 de março de 2020, no mesmo dia da declaração de Situação de Emergência em Saúde Pública. A estrutura organizacional do COES-Minas tem como principais atores: Trabalhadores da saúde da SES-MG da Subsecretaria de Vigilância em Saúde; Assessoria estratégica; Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde; Subsecretaria de Regulação do Acesso a Serviços e Insumos de Saúde; Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde; Subsecretaria de Gestão Regional; Auditoria Assistencial do SUS-MG; Assessoria de Parcerias em Saúde; Assessoria Comunicação Social; além de atores externos como o Ministério Público de Minas Gerais. Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2021).

informações assistenciais e monitoramento do cenário epidemiológico em todo o estado (MINAS GERAIS, 2021b).

Considerando a extensão territorial do estado de Minas Gerais, as diversidades e especificidades assistenciais das regiões de saúde e a necessidade de otimizar a coordenação e articulação das ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19, foram implantadas, nas quatorze macrorregiões de saúde do estado, arranjos de coordenação de governança macrorregionais vinculadas ao COES denominadas Comitês Macrorregionais COVID-19 (CMacro COVID-19). Com o objetivo de “[...] contribuir com informações e diagnósticos para subsidiar a análise da situação macrorregional e o processo de tomada de decisões do COES [...]” (MINAS GERAIS, 2020c, *online*), os Comitês Macrorregionais tinham funções equiparadas ao COES em cada macrorregião de saúde, isto é, estavam responsáveis pelas articulações das informações assistenciais e o monitoramento do cenário epidemiológico naquela região.

As percepções sobre a participação do COES, enquanto instrumento de coordenação das ações da pandemia, na estrutura de governança da instituição, foram divergentes. Segundo o entrevistado 1, a criação desta nova instância representou, de certa forma, em aumento da burocracia e na diminuição da autonomia técnica do médio escalão, uma vez que as diretrizes técnicas formuladas pelos BMEs necessitavam de aprovação pelo COES. Por outro lado, foi importante e necessário para se ter decisões mais assertivas e articuladas na gestão da crise: “Ao mesmo tempo que burocratizou, era importante porque conseguiu centralizar as informações e ter uma rede articulada; se não fosse o COES, ia cada um trabalhando por si, não ia saber o que o outro estava fazendo” (E.1).

Os entrevistados 5, 7, 8 e 9 eram membros do COES e informaram que a sua participação neste centro de operações de emergência possibilitou ter contato com atores externos que habitualmente não estavam inseridos nas rotinas de trabalho anteriores à pandemia. Citam, por exemplo, outros órgãos governamentais com assento no COES como o CBMMG e a Defesa Civil do Estado de Minas Gerais, além do Ministério Público, um ator externo, membro do COES, com participação muito expressiva durante a pandemia de COVID-19. Esses BMEs da área-fim informaram participar do COES para “[...] acompanhar o desdobramento da pandemia no estado e repassar como a gente estava conseguindo organizar os territórios, a rede hospitalar, para o atendimento dos pacientes.” (E.7). O seguinte trecho resume a rotina de participação dos BMEs no COES e a dinâmica deste arranjo de coordenação da crise:

No início, tinham reuniões do COES diariamente, duas vezes por dia, uma de manhã e uma no final da tarde. À medida que o tempo foi passando, foi diminuindo para uma vez por dia. Depois três vezes por semana, duas vezes por semana. Foi diminuindo a periodicidade das reuniões. **A gente tinha representantes de todas as áreas em volta da mesa discutindo o mesmo problema de forma conjunta. [...] Então foi muito interessante observar como na hora da crise, da emergência, a burocracia estatal conseguiu dar respostas muito mais efetivas do que no cotidiano.** (E.8, grifo nosso).

Nota-se que a mobilização de um arranjo de governança voltado à coordenação técnica da crise está atrelada à capacidade de coordenação em gestão de crise (LODGE; WEGRICH, 2014). Considerando o potencial que o COES teve de reunir organizações díspares para se engajar em ações conjuntas, esta coordenação possibilitou aumentar a coerência das ações governamentais e minimizar as contradições inerentes à complexidade dos processos envolvendo o enfrentamento da pandemia, considerando a heterogeneidade de atores e interesses envolvidos (CHRISTENSEN *et al.*, 2016).

Já no que diz respeito à estrutura de governança do SUS, conforme já descrito no referencial teórico, a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. Portanto, era de se esperar que houvesse um cenário de cooperação e solidariedade entre os três níveis da gestão do SUS durante o enfrentamento da maior epidemia do século, com clareza do papel de cada ente envolvido na contenção da situação de emergência em saúde pública.

O Quadro 5, adaptado a partir do Plano de Contingência Estadual, apresenta o papel dos entes federados e dos prestadores nas atividades relacionadas à estratégia de ampliação de leitos hospitalares.

Quadro 5 - Papel dos entes federados e dos prestadores de serviço na estruturação de atendimento a pacientes graves e de internações clínicas

ÓRGÃO/TEMA	ESTRUTURAÇÃO DE ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES	ESTRUTURAÇÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Credenciamento de leitos de UTI; - Aporte financeiro para estados e municípios com objetivo de custear leitos; - Fornecimento de KITS de CTI para aumento de leitos; - Fornecimento de Ventiladores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamento de leitos clínicos através da AIH; - Financiamento de leitos de retaguarda através da AIH.
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Censo dos leitos possíveis de serem ampliados; - Elaboração da política de priorização de instituições para a expansão de leitos UTI; - Financiamento de diárias de UTI; - Recondicionamento de ventiladores; - Fornecimento de ventiladores; - Expansão da produção de ventiladores; - Estruturação do plano de contingência estadual; - Catalisar a elaboração do plano de contingência macrorregional; - Regular o uso dos leitos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de censo hospitalar com identificação de leitos ociosos nos hospitais de pequeno porte; - Transferência financeira de recursos às prefeituras para que essas possam financiar a abertura de leitos clínicos; - Ação das regionais junto às prefeituras e prestadores com o objetivo de organizar e definir processos para a utilização desses leitos na assistência; - Regular a ocupação dos leitos.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de possíveis leitos de UTI; - Solicitar habilitação de leitos de UTI ao MS; - Atuação complementar na estruturação de leitos de UTI; - Associar aos prestadores na elaboração do plano de contingência de cada instituição com ênfase em reversão de leitos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar e conferir a disponibilidade de leitos clínicos nos prestadores; - Auxiliar os prestadores na preparação dos leitos clínicos; - Avaliar realocação de PPI para prestadores e municípios polo com o objetivo de garantir financiamento para o crescimento assistencial; - Financiar ajustes dos leitos clínicos.
PRESTADORES DE SERVIÇO	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar plano de contingência assistencial; - Avaliar conversão de leitos para UTI; - Se preparar com materiais e médicos para a sobrecarga assistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptar os leitos disponíveis para a entrada em operação imediata; - Se preparar com materiais e médicos para o crescimento da demanda.

Fonte: adaptado de MINAS GERAIS (2020c).

As secretarias municipais de saúde foram representadas pelo COSEMS e por seus gestores municipais, que tiveram participação ativa nos arranjos de governança criados para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, como o COES. Este ator participou ativamente da definição e execução da estratégia emergencial junto ao médio escalão da SES, conforme já discutido a respeito dos planos de contingência macrorregionais.

No que diz respeito ao papel do MS durante a pandemia de COVID-19, verifica-se que, enquanto gestor nacional do SUS, coube a ele o financiamento de leitos hospitalares, aspecto já analisado. De acordo com o entrevistado 9, o papel do órgão federal girou em torno da alocação desses recursos, além do envio de equipamentos médico-hospitalares ao estado no início da pandemia. Além destas duas frentes de atuação, as percepções coletadas nas entrevistas é a de que a atuação do MS esteve marcada por extrema desorganização na condução da crise:

A gente tinha um contato muito próximo com o Ministério da Saúde, que estava muito “perdido”. Cada hora emitindo uma orientação diferente e isso nos

confundia muito. A gente, baseado nas orientações do Ministério, emitia uma orientação para as regionais; e aí, no mesmo dia, o Ministério corrigia a informação e a gente tinha que correr e corrigir também para as unidades regionais. Então foi muito desgastante esse processo. (E.7, grifo nosso).

Era uma situação que pegou todo mundo desprevenido e o próprio Ministério da Saúde não ajudava. **Toda semana, todo dia, praticamente, era uma orientação diferente que o Ministério da Saúde passava.** Eu imagino que o COES, que era quem determinava as decisões no nível central estava ficando “biruta” e aí, conseqüentemente, deixando todas as Unidades Regionais de Saúde também “birutas”. (E. 11, grifo nosso).

Os trechos acima convergem para as interpretações da literatura nacional, que defendem que, durante a condução da crise sanitária, houve uma redução da coordenação federal, combinada com uma lógica federativa compartimentalizada, autocrática e confrontadora (ABRUCIO *et al.*, 2020). Abrucio *et al.* (2020) destacam que esta atitude levaram os governos subnacionais, sobretudo os estaduais, a agirem no sentido de recuperar a cooperação e a ativação do SUS como paradigma de governança sanitária. Neste cenário, os governos subnacionais foram motivados a adaptarem e criarem políticas próprias gerando algumas iniciativas importantes e inovadoras.

Ainda sobre a governança do SUS, verificou-se, a partir das entrevistas e documentos coletados, que algumas decisões tomadas sobre a estratégia de ampliação de leitos hospitalares precisavam respeitar o processo decisório das instâncias colegiadas do SUS, visto que se trata de uma governança em rede com múltiplos atores. Neste contexto, as Deliberações CIB-SUS/MG elencadas no Quadro 6 foram coletadas para contextualizar e exemplificar algumas decisões colegiadas pactuadas entre estado e municípios, com temas afetos à estratégia emergencial de ampliação dos leitos hospitalares. Esta amostra contém Deliberações CIB-SUS/MG do ano de 2020 que se relacionam com os eixos de atuação da BME identificados anteriormente.

Quadro 6 - Deliberações CIB-SUS/MG relacionadas à ampliação dos leitos hospitalares x eixos de Atuação da estratégia emergencial de ampliação de leitos a qual está vinculada

Deliberação	Objeto	Eixo de atuação da estratégia emergencial de ampliação de leitos a qual está vinculada
DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.168, DE 04 DE JUNHO DE 2020 (e sucessivas alterações do seu Anexo Único)	Aprova o Plano de Contingência da Grade Hospitalar para enfrentamento da pandemia de COVID-19, causada pelo agente novo Coronavírus, no Estado de Minas Gerais.	Instrumentos de planejamento – Plano de Contingência
DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.161, DE 20 DE MAIO DE 2020 (alterada pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.299, de 30 de dezembro de 2020)	Aprova a metodologia de distribuição de equipamentos adquiridos, locados ou doados à SES/MG para as instituições que atuarão no enfrentamento da pandemia pela COVID-19 no âmbito do Estado de Minas Gerais e dá outras providências.	Equipamentos médico hospitalares - Distribuição de equipamentos médico-hospitalares
DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.143, DE 03 DE ABRIL DE 2020 (Alterada e prorrogada pela DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.179, DE 03 DE JULHO DE 2020)	Aprova o Edital para credenciamento excepcional de Leitos de UTI Adulto e Pediátrico, destinados à prestação de serviços de saúde no contexto de enfrentamento ao Coronavírus – COVID-19, no âmbito do SUS/MG.	Financiamento dos leitos hospitalares
DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.250, DE 29 DE OUTUBRO DE 2020 (Alterada pela DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.287, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2020)	Aprova o Edital nº 002/2020 para credenciamento excepcional de Leitos de UTI Adulto e Pediátrico, destinados à prestação de serviços de saúde no contexto de enfrentamento ao Coronavírus – COVID-19, no âmbito do SUS/MG.	Financiamento dos leitos hospitalares
DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.275, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2020 (Alterada pela DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.288, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020)	Aprova proposta de pleito de incentivo federal para os novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adultos e pediátricos, abertos em virtude da pandemia para combate ao novo Coronavírus, que permanecerão abertos em 2021 e poderão ser convertidos para a Rede de Atenção à Saúde.	Financiamento dos leitos hospitalares

Fonte: elaborado pela autora.

Os dados das entrevistas possibilitaram compreender que os BMEs da SES já estavam acostumados com a dinâmica das instâncias colegiadas deliberativas do SUS. Como descreve o entrevistado 9, a governança do SUS ‘está na veia’ dos trabalhadores do SUS. No entanto, verificou-se um cenário atípico em que, em determinadas situações, a velocidade das tomadas de decisão não era compatível com as rotinas dessas instâncias decisórias. Os relatos do entrevistado 9 indicam que, em certas ocasiões, a SES precisou ousar e desafiar esta lógica para agir no tempo que a pandemia exigia e que esta atuação fora da lógica da governança do SUS exigiu muita mediação por parte da BME:

(...) eu acho que essa governança do SUS ela é sensacional. Ela está aí na veia de todos os nossos servidores e trabalhadores, mas para um processo de enfrentamento de crise, a gente precisa ter uma cadeia mais rápida de decisão.

(...)

A gente conseguiu ficar bem alinhado, mas num esforço de mediação muito grande. (...) Tomava decisões no médio escalão e depois levava para o gabinete validar. Mas considerando a lógica de governança do SUS das informações e da necessidade de tomar a decisão, quando o estado tomava decisão sozinho isso gerava todo esse esforço, toda essa energia para conseguir articular com toda a cadeia de atores do SUS.

(...)

Mas, aos poucos também isso foi entrando no ritmo, com o COSEMS, participando principalmente na criação do plano de contingência. **Mas eu acho que no início a gente teve aí uma dificuldade no *timing*, porque existia uma visão de que a gente precisava passar pelo trâmite formal de todas as decisões do estado com discussão técnica, bipartite.** Levar para o território envolver apoiador, envolver regional e às vezes isso não era o tempo que a gente tinha para as respostas. O Ministério dava assim 12 horas para a gente falar onde ele ia mandar o kit de respirador. Então, isso no início deu um pouco de atrito. (E.9, grifo nosso).

Conforme se observa, foi necessário exercer as funções de intermediação, facilitação, criação de consenso, mediação e arbitragem (KICKERT; KOPPENJAN, 1999; MCGUIRE, 2003) nas decisões que envolviam a ampliação dos leitos hospitalares. Neste sentido, é possível confirmar a hipótese de que o papel de gestor de conexões assumido pelos BMEs nas redes de políticas públicas pode estar associado a essas funções de intermediação, mediação e arbitragem, necessárias na governança em rede do SUS. Este achado vai ao encontro dos estudos de Cavalcante, Lotta e Yamada (2018), que associa o papel de gestor de conexões ao BME por trabalhar de forma interativa em uma estrutura de governança dinâmica e colaborativa, como é o caso da governança em rede do SUS.

De outro lado, não obstante Calmon e Costa (2013) associarem a capacidade de governança em redes ao seu grau de institucionalização, verificou-se que durante um cenário de emergência em saúde pública, esse caráter muito institucionalizado da governança do SUS limitou, em um primeiro momento, a flexibilidade e autonomia necessárias à capacidade de governança da gestão de crise, defendidas por Christensen *et al.* (2016). No próximo tópico, aprofundaremos um pouco mais este aspecto.

4.2.6 *Discricionariedade e autonomia em um contexto de crise*

Não obstante a governança em rede do SUS reduzir a autonomia na tomada de decisão, as percepções captadas nas entrevistas revelaram que os BMEs se sentiam mais

respaldados e seguros ao considerar que as decisões técnicas sobre ampliação de leitos eram tomadas em conjunto com os órgãos gestores do SUS nas suas instâncias colegiadas (CIB):

Na verdade, a gente trabalhou muito junto com os órgãos deliberativos no SUS. Então, de alguma forma, estava respaldada, não era “deliberativo” por completo. Era uma decisão tomada em conjunto. A confiança desses órgãos deliberativos, no caso do COSEMS, para definições de estratégias de ampliação de leitos, de recursos, de habilitação, aumentou bastante durante a pandemia. Isso é um ponto muito positivo. (E 5, grifo nosso).

Tudo o que a gente fazia, até da parte técnica, sempre priorizou fazer através da CIB, para dar transparência, para fazer a discussão técnica com os territórios, para depois não correr o risco de ser questionado por decisões unilaterais. (E.7, grifo nosso).

No estudo de caso em análise, verificou-se que há um vasto rol de atores externos à instituição que estiveram envolvidos na estratégia emergencial, indicando que ela precisou transpor múltiplas fronteiras de autoridade, consoante prevê Bacon *et al.* (1996). Foi preciso lidar com grupos de representantes da esfera municipal (COSEMS), com o Ministério da Saúde e o Ministério Público nas tomadas de decisão.

A BME do estudo de caso precisou lidar com um conjunto complexo de autoridades e fontes de legitimação, considerando os contextos de governança em rede, com instâncias colegiadas de deliberação como a CIB, e de *accountability*, com a participação ativa de órgãos de controle, na mesma linha do que argumentam Lotta, Pires e Oliveira (2015).

Christensen *et al.* (2016) determina que os processos administrativos sejam justos, imparciais e abertos para que seja possível observar não apenas as ações governamentais, mas também que haja possibilidade de avaliação pelas partes interessadas. Este aspecto pode ser observado nos relatos sobre a atuação dos órgãos de controle e sua proximidade no acompanhamento das ações e decisões relativas ao enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Entendendo que a gente precisou acelerar alguns processos e talvez queimado algumas etapas, eu acho que os órgãos de controle ficaram mais em cima, assim, acompanhando bem mais de perto do que habitualmente faz. Então a gente tinha sempre reuniões com o Ministério público para atualização. Eles participavam também do COES para saber o que a gente estava fazendo. (E. 7, grifo nosso).

Na pandemia, tanto a CGE quanto o TCE informaram aos órgãos do executivo que iriam acompanhar as aquisições da COVID. Eles fizeram uma ferramenta, um canal de comunicação, em que a gente tinha que, frequentemente, de uma forma sistemática, informar os contratos que formalizava para o enfrentamento da pandemia. Então, a gente informava esses órgãos de controle e a partir daí, que rodavam as auditorias. Ele ficou “de olho” nessas aquisições, até por causa dessa

flexibilização [da Lei 8.666]. Então, mesmo a gente não flexibilizando, usando a Lei 8.666 e flexibilizando só em algumas coisas, teve essa auditoria. (E.10).

Essas percepções evidenciam o ambiente de controle intensivo no qual o gestor intermediário estava situado na condução da pandemia de COVID-19. Apesar da gestão de uma crise exigir decisões rápidas, o que indica a necessidade de flexibilidade nos trâmites burocráticos, maior autonomia e discricionariedade, as percepções remetem a um cenário de ampliação dos controles burocráticos.

A gente teve que fazer vários relatórios dizendo da nossa situação, justificando todos os nossos atos para os órgãos de controle. **Então acho que o controle aumentou muito, talvez pela desburocratização de algumas questões. E aí causou até um pouco mais de medo na gente também. Porque a gente fica um pouco mais inseguro, apesar de que teve muita transparência.** (...) A pandemia nos ensinou que a gente tem que ser muito criterioso, mais do que já era, porque os órgãos externos partem do pressuposto que a gente está errado. Então tem que provar que está certo e isso aumentou muito a burocratização. **Era um trade-off: Ou eu demoro um processo e isso pode repercutir na vida das pessoas; ou eu adianto o processo e porventura, no futuro, posso responder por tal.** (E. 5, grifo nosso).

(...) o controle externo acho que tinha um pouco essa coisa de querer “achar um furo”, de querer um escândalo[...]vendo a situação de outros estados, **a gente tinha uma sensação de temor, porque via governador preso, secretário de saúde preso e esse clima de culpabilização do gestor público**, como se ele sempre estivesse buscando o seu interesse pessoal. Esse era o clima. (E. 8, grifo nosso).

Esta insegurança na tomada de decisão e receio da responsabilização levaram os gestores intermediários a ponderar sobre a utilização da Lei 13.979/2020, instituída no decorrer da crise e que flexibilizava algumas regras da Lei nº 8.666/1993 nas aquisições voltadas ao enfrentamento da pandemia de COVID-19. O entrevistado 3 informou que a flexibilização foi essencial para viabilizar a prontidão necessária à formalização da transferência de equipamentos hospitalares, mas que foi necessário consultar a Assessoria Jurídica do órgão para se ter um respaldo na sua utilização. A percepção de outro entrevistado é de muito receio na sua utilização, pela atuação dos órgãos de controle.

Com base na flexibilização jurídica da Lei 13979, após consulta à Assessoria Jurídica da aplicação em âmbito estadual, por analogia, observou-se uma abertura para flexibilizar essa necessidade de juntada de documentos, e também com base nos princípios. Com toda a certeza, me parece que esta flexibilização viabilizou a prontidão que a gente precisava para formalizar esses instrumentos. Porque se o beneficiário não dispunha de uma certidão negativa de débitos com o FGTS no momento que a gente precisava formalizar o termo, para que ele recebesse o equipamento, se a gente não tivesse essa flexibilização - no sentido de conceder um prazo razoável para que ele acostasse esse documento, nós não poderíamos liberar o equipamento. Então, essa possibilidade foi realmente viabilizadora. (E.3, grifo nosso).

A gente tinha muito receio de utilizar a legislação flexibilizada e evitava usar. Por causa desse medo, de como o controle iria enxergar. (...) A gente bebeu um pouco da fonte [da Lei 13.979/2020], mas não em sua em sua totalidade. (E. 10, grifo nosso).

Estas percepções mostram que, manter a transparência e o *accountability* das decisões, medidas e resultados são importantes em um contexto inerentes à governança democrática (SCHMIDT; MELLO; CAVALCANTE, 2020). No entanto, pode-se inferir da percepção dos entrevistados que a atuação dos órgãos de controle reduziu a flexibilidade e autonomia nas suas ações.

Com base nas percepções das entrevistas foi possível constatar que estar no papel de gestor intermediário atuando no enfrentamento à pandemia de COVID-19 envolveu inúmeros desafios, sendo que a tomada de decisão em um cenário de insegurança, pressão e urgência foi um dos maiores legados que estes BMEs podem tirar desta vivência, na percepção do Entrevistado 9.

(...) acho que bagagem mesmo é ter coragem de tomar a decisão. A grande questão no momento de crise é a tomada de decisão e o respaldo. Porque também não adianta a tomada de decisão e depois a responsabilização. A crise é um fator que intervém, que mascara, enfim, que te pressiona para uma decisão que pode não ser a ideal, mas era a melhor naquele momento. (E. 9).

Por fim, é necessário salientar que as análises e discussões realizadas até aqui foram baseadas nas percepções gerais colhidas nas entrevistas de alguns dos BMEs envolvidos na ampliação de leitos hospitalares do SUS-MG em resposta à pandemia de COVID-19. Longe de se ter conseguido captar todas as impressões e opiniões de cada um dos entrevistados, adotou-se um método de análise que considerou as teorias mobilizadas no início da pesquisa tendo como enfoque analítico, o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa de natureza descritiva e exploratória se valeu do estudo de caso como técnica para investigar um fenômeno experimentado na administração pública estadual. Após investigar a atuação dos burocratas de médio escalão, foi possível compreender a relevância e a necessidade de lançar luzes a este segmento da burocracia estadual que esteve à frente da estratégia de ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG durante a pandemia de COVID-19.

Percorrendo os objetivos específicos da pesquisa, identificou-se que o perfil dos BMEs da SES-MG envolvidos na estratégia emergencial de ampliação de leitos é diverso em vários sentidos. A heterogeneidade da BME, apontada por Oliveira (2008), Pires (2011) e Oliveira e Abrucio (2011), também pode ser visualizada na burocracia de médio escalão da SES, formada por uma classe de atores bastante variada e heterogênea, cujo *modus operandi* varia a depender do seu lócus de atuação na organização (nível central ou nível regional; área-meio ou área-fim). Esta heterogeneidade contribui para a dificuldade da literatura em construir narrativas sobre o campo de atuação da BME no ciclo das políticas públicas e dentro das organizações, que sejam “[...] amplamente compartilhadas ou repetidamente reforçadas” (PIRES, 2018, p. 195).

Verificou-se não ser possível definir um padrão de atuação para este segmento, sem analisar como e onde atuam e de que forma influenciam e são influenciados pelas organizações. Neste sentido, destaca-se que o posicionamento na estrutura organizacional se mostrou o principal fator de distinção dos BMEs da SES. Constatou-se que o lócus de atuação da BME do nível central, que participou da formulação da estratégia junto ao alto escalão da SES, e da BME do nível regional, que atuou na implementação da estratégia junto à burocracia de nível de rua, evidencia que os atores da burocracia de médio escalão da SES, ao ocupar diferentes posições, possuem influências distintas nos processos de produção de políticas públicas. Da mesma forma, os achados também indicaram que os BMEs da área-fim atuam de modo diverso do BME da área-meio, reforçando os achados de Lotta e Cavalcante (2015).

Tais achados reforçam, ainda, a dificuldade prática e conceitual em definir um *locus* específico de atuação para este segmento burocrático, ratificando a proposição de Cavalcante e Lotta (2015) de que os BMEs se encontram em um lugar fluido, quando se busca classificar as burocracias.

No que tange à atuação, é possível confirmar a hipótese inicial da pesquisa, de que a atuação do BME da SES é melhor examinada a partir da perspectiva analítica relacional, haja visto o intenso nível de articulação desempenhado pelos BMEs, a extensa rede de atores internos e externos com quem se relacionaram na formulação e implementação da estratégia emergencial sob análise, além as diversas formas assumidas e criadas para estes fluxos de comunicação e atuação conjunta, por esses burocratas. Importa destacar a ativação de novos arranjos de governança, formais e informais, como importantes facilitadores na atuação articulada das diversas áreas da SES.

Este achado contribui para a literatura ao reforçar que a perspectiva analítica mais adequada para interpretação da atuação de atores burocráticos que atuam em uma lógica de governança em redes é a perspectiva relacional.

Em relação à gestão de crise, verificou-se que a maioria dos entrevistados reportou uma carga horária anormal na sua atuação durante a implementação da estratégia de ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG.

Assim, mesmo atuando sob o pano de fundo de condições precárias, os BMEs assumiram tarefas importantes para que a estratégia emergencial fosse viabilizada.

Sobre os impactos da pandemia de COVID-19 na governança interna da SES, os achados conduzem à observação de quatro aspectos: i) o senso de urgência passou a guiar os processos de trabalho; ii) o fluxo de informações precisou ser otimizado e ampliado observando uma desburocratização na comunicações entre as áreas da secretaria; iii) houve uma aproximação entre as diversas áreas da estrutura de governança interna da SES nunca antes experimentada anteriormente, afastando o caráter fragmentado e departamentalizado da instituição; iv) os BMEs do nível central ficaram mais próximos do alto escalão e os BMEs do nível regional intensificaram as relações com a burocracia de nível de rua.

A partir destas constatações, pode-se dizer que a pesquisa trouxe as seguintes contribuições principais: ao analisar o enfrentamento da crise da pandemia de COVID-19, por meio da criação de leitos como ação essencial à resposta estatal, desvendou-se o funcionamento da rede e da governança da gestão estadual do SUS em uma situação de crise, caracterizada por pressão e emergência que implicaram no fortalecimento dos vínculos e aproximação dos atores; com isso, revelou-se uma forma de atuação que rompe com uma tradição de lentidão e reatividade típica da Administração Pública; e trouxe a atenção aos profissionais invisíveis da burocracia de médio escalão, em sua heterogeneidade e complexidade.

Tais contribuições vão ao encontro do que foi anunciado na introdução do estudo para o cenário de emergência em saúde pública provocado pela pandemia de COVID-19: que a capacidade de resposta dos sistemas de saúde dependia da sua capacidade de se transmutar. Neste sentido, verificou-se que várias transformações foram observadas no *modus operandi* dos burocratas da SES-MG no período de enfrentamento da crise, dentre elas, a aproximação observada entre os atores internos e, conseqüentemente, entre as unidades administrativas da instituição, nunca antes observada. Neste ínterim, os BMEs emergem como principal elo de conexão entre as áreas envolvidas na ampliação dos leitos considerando seu papel negociador e articulador. Assim, é possível confirmar a hipótese inicial da pesquisa que a pandemia de COVID-19 provocou impactos nas redes de governança que implicaram no fortalecimento do papel negociador e articulador dos BMEs, defendido por Keiser (2010), Johansson (2012) e Bevir e Rhodes (2010).

A pesquisa também verificou a associação da função de intermediação, mediação e arbitragem, necessárias à governança em redes, ao papel de gestor de conexões assumido pelos burocratas de médio escalão. No caso da rede interfederativa construída para formulação e implementação de políticas públicas do SUS, os BMEs da SES, ao exercerem o papel de gestor de conexões, assumiram a função de conectar os vários atores que fazem parte desta rede.

Os achados evidenciam que, ainda que a literatura de gestão de crise aponte a flexibilização e a improvisação como ativos fundamentais na gestão de uma crise, os BMEs da SES não reportaram uma grande alteração em sua autonomia e discricionariedade para agir. A forte presença dos órgãos de controle gerou um dos principais desafios em sua atuação no contexto da crise: o grande receio e insegurança para lançar mão das flexibilizações legislativas que surgiram no contexto de emergência em saúde pública.

Assim, enquanto a literatura sobre BMEs aponta que a discricionariedade e a autonomia são variáveis indispensáveis para a atuação dos gestores de nível médio; e as teorias de gestão de crise indicam que a flexibilização e a improvisação são ativos fundamentais na gestão de uma crise; os resultados indicaram que não havia um cenário favorável para que os BMEs lançassem mão destes ativos.

É preciso, portanto, que novos estudos analisem a gestão de crise considerando as limitações próprias do controle que implicam na redução da discricionariedade no processo de decisão e implementação das políticas públicas.

Seja como for, a presente pesquisa permitiu explorar um contexto em que a discricionariedade e autonomia destes atores não estão limitadas apenas “[...] pelas decisões

políticas (do alto escalão) ou questões institucionais (normas, restrições orçamentárias e de recursos humanos etc.) relativas ao contexto em que estão inseridos [...]”, como mencionam Lotta e Cavalcante (2015, p. 304). Mostrou que a limitação da atuação dos BMEs pode estar associada também a atores e fatores externos à instituição.

De forma geral, a pesquisa buscou contribuir para a incipiência dos estudos sobre a atuação da BME na resposta à pandemia considerando, ainda, a lacuna teórica existente nos estudos sobre estes atores em um contexto de gestão de crise. Os resultados do estudo permitiram trazer contribuições teóricas e práticas relacionadas ao fenômeno estudado. No entanto, uma das limitações da pesquisa é que esteve focada na percepção dos BMEs entrevistados. Ademais, uma vez que a pesquisa se baseou num estudo de caso, entende-se que, para a ampliação da visão do tema, novos estudos, com outros estados devem ser feitos para que se tenha um panorama do BME da gestão estadual do SUS.

Por fim, registra-se que há limitações próprias de uma dissertação de mestrado, haja visto o período disponível para este tipo de investigação. Neste aspecto, identificou-se dificuldade de acesso aos atores da BME da SES lotados no nível regional que restringiram a observação deste *locus* empírico.

Vale lembrar que esta dissertação foi motivada a desvendar a burocracia de médio escalão que esteve por trás da ampliação dos leitos hospitalares do SUS-MG e lançar luzes a uma classe de atores invisíveis no enfrentamento à pandemia de COVID-19. Almeja-se que os estudos e interpretações realizados ao longo da dissertação contribuam para a reflexão do tema sob um viés acadêmico e, também, prático. Bem como se espera que as discussões e contribuições desta pesquisa sejam um estímulo para que novas investigações possam, num futuro não muito distante, aprimorar métodos e conceitos, e contribuir com o avanço da ciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERBACH, J.; PUTNAM, R.; ROCKMAN, B. A. **Bureaucrats and politicians in western democracies**. Cambridge: Harvard University Press, 1981.

ABRUCIO, F. L. *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Rev. Adm. Pública**, v. 54, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/bpdbc9zSGCKZK55L3ChjVqJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2021.

AGÊNCIA MINAS. **Pico da pandemia de covid-19 em Minas é adiado para julho**. 2020. Disponível em: <https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/pico-da-pandemia-de-covid-19-em-minas-e-adiado-para-julho>. Acesso em: 19 nov. 2021.

ANA-SUS. Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 16 jun. 2022.

ANSELL, C.; GASH, A. Collaborative governance in theory and practice. **Journal of public administration research and theory**, v. 18, n. 4, p. 543- 571, 2008. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpart/article/18/4/543/1090370?login=true>. Acesso em: 11 abr. 2021.

BACON, N. *et al.* It's a small world: managing human resources in small businesses. **International Journal of Human Resource Management**, p. 82-100, 1996. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/241725520_It's_a_small_world_Managing_human_resources_in_small_businesses. Acesso em: 10 ago. 2022.

BEVIR, M.; RHODES, R. A. W. **The State as Cultural Practice**. Oxford: Oxford University Press, 2010.

BIANCHI, T. **The agronomists and land improvement: the meeting of politics and technocracy**. Redistribution within a democratic society: the “finished business” of the Italian agrarian reform. Ph.D dissertation, Department of Urban Studies and Planning, M.I.T. 2002.

BISOL, C. A. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 29, supl. 1, p. 719-726, 2012.

BOGASON, P.; ZÖLNER, M. Methods for Network Governance Research: an Introduction. In BOGASON, P.; ZÖLNER, M. (Eds.). **Methods in Democratic Network Governance**. London: Palgrave Macmillan, 2007. p. 1-20.

BOIN, A. The transboundary crisis: why we are unprepared and the road ahead. **Journal of Contingencies and Crisis Management**, v. 27, n. 1, p. 94-99, 2019.

BOIN, A.; MCCONNELL, A. Critical Infrastructure Protection: prospects for a resilient approach. **Journal of Contingencies and Crisis Management**, v. 15, n. 1, 2007.

BORRAZ, O. Politique, société et administration les adjoints au maire à Besançon. **Sociologie du Travail**, v. 37, n. 2, p. 221-248, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução N° 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 02 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 06 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990**. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 06 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n° 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus. Brasília, DF. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Acesso em: 27 nov. 2021.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1085.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2022.

BRITTO JÚNIOR, Á. F.; FERES JÚNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos acadêmicos In: **Evidências**, Araxá, v. 7, n. 7, 2011. p. 237-250.

BRODKIN, E. Z. Bureaucracy redux: management reformism and the welfare state. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 17, n. 1, 2007.

BRODKIN, E. Z. Policy work: street-level organizations under new managerialism. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 21, n. 2, 2011.

BUTA, B.; TEIXEIRA, M. Governança pública em três dimensões: conceitual, mensural e democrática. **Organizações & Sociedade**, v. 27, n. 94, p. 370-395, 2020.

CALMON, C.; COSTA, A. T. M. Redes e Governança das Políticas Públicas. **RP3 - Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, v. 1, p. 1-29, 2013.

CARNEIRO, R.; MENICUCCI, T. M. G. **Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes**. Brasília, DF: IPEA, 2011. (Texto para Discussão: 1686).

- CATMAS. **Perguntas frequentes**: catálogo de materiais CATMAS. 2. ed. 2022. Disponível em: http://www.compras.mg.gov.br/images/0._Perguntas_Frequentes_-_CATMAS_v.2.pdf. Acesso em: 06 fev. 2023.
- CAVALCANTE, P. L.; CAMÕES, M.; KNOP, M. Burocracia de médio escalão nos setores governamentais: semelhanças e diferenças. In: CAVALCANTE, P. L.; LOTTA, G. S. (Orgs.). **Burocracia de Médio Escalão**: perfil, trajetória e atuação. 1. ed. Brasília, DF: ENAP, 2015. p. 57-90.
- CAVALCANTE, P.; LOTTA, G. S. (Orgs.). **Burocracia de Médio Escalão** perfil, trajetória e atuação. 1. ed. Brasília, DF: ENAP, 2015. 308p.
- CAVALCANTE, P. L.; LOTTA, G. S.; YAMADA, E. M. K. O Desempenho dos Burocratas de Médio Escalão: determinantes do relacionamento e das suas atividades. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 16, n. 1, p. 16-34, 2018.
- CHRISTENSEN, C. M. *et al.* **Organization Theory and the Public Sector**: instrument, culture and myth. Aldershot, UK: Ashgate, 2007.
- CHRISTENSEN, T. *et al.* Organizing for Crisis Management: Building Governance Capacity and Legitimacy. **Public Administration Review**, v. 76, n. 6, p. 887-97, 2016.
- CHRISTENSEN, C. M. *et al.* What is disruptive innovation?. **Harvard Business Review**, n. 93, p. 44-53, 2015.
- COELHO, F. S. *et al.* A Casa de Máquinas da administração pública no enfrentamento à COVID-19. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 839-859, 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/81886>. Acesso em: 01 dez. 2021.
- COL, J. M.; CHU, J. J. Integrating Public Administration, Science, and Community Action: A Case of Early-Warning Success in Qinglong County for the Magnitude 7.8 Tangshan Earthquake. In: FARAZMAND, A.(Ed.). **Crisis and Emergency Management**: Theory and Practice. 2 ed. Boca Raton: CRC Press, 2017.
- COLLINS, A.; FLORIN, M. V.; RENN, O. COVID-19 risk governance: drivers, responses and lessons to be learned. **Journal of Risk Research**, v. 23, COVID-19 Special Issue, p. 1073-1082, 2020. Disponível em: doi:10.1080/13669877.2020.1760332. 2020. Acesso em: 23 nov. 2021.
- CONCEIÇÃO, M. *et al.* Covid-19 - um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 4, p. 281-292, 2020.
- EGEBERG, M. How bureaucratic structure matters: an organizational perspective. **The SAGE Handbook of Public Administration**, 2012. Disponível em: <https://sk.sagepub.com/reference/the-sage-handbook-of-public-administration-2e/n10.xml>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **Academy of management Review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

FARAZMAND, A. Building Administrative Capacity for the Age of Rapid Globalization: a modest prescription for the Twenty-First Century. **Public Administration Review**, v. 69, p. 1007-1020, 2009.

FARAZMAND, A. Learning from the Katrina Crisis: a global and international perspective with implications for Future Crisis Management. **Wiley Online Library**, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00824.x>. Acesso em: 08 out. 2022.

FILGUEIRAS, F. **Burocracias do controle, controle da burocracia e accountability no Brasil**. 2018. p. 355-381. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8617/1/Burocracias%20do%20controle.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2021.

FLOYD, S. W.; WOOLDRIDGE, B. Middle management involvement in strategy and its association with strategic type: a research note. **Strategic Management Journal**, v. 13, p. 153-167, 1992.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, R.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkymVByhrN/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2022.

FREEMAN, R.B. Working with Nothing: the supply of volunteer labor. **Journal of Labour Economics**, v. 15, p. 140-166, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1086/209859>. Acesso em: 12 ago. 2022.

FREEMAN, E. R.; REED, D. L. Stockholders and stakeholders: a new perspective on corporate governance. **California Management Review**, v. 25, n.3, p. 88-106, 1983.

FREIRE, A. O. G.; VIANA, R. R.; PALLOTI, P. L. M.; Influência sobre o processo decisório: o que explica o protagonismo da burocracia federal de médio escalão?. In: CAVALCANTE, P. L.; LOTTA, G. S. (Orgs.). **Burocracia de Médio Escalão: perfil, trajetória e atuação**. 1. ed. Brasília, DF: ENAP, 2015. p. 91-114.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOI, C. K. *et al.* (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/PESQUISA_QUALITATIVA_EM_ESTUDOS_ORGANIZA.html?id=BSprDwAAQBAJ&redir_esc=y. Acesso em: 20 set. 2022.

GOMIDE, A.; PEREIRA, A. K.; MACHADO, R. Burocracia e capacidade estatal na pesquisa brasileira. In: PIRES, R.; LOTTA, G. S.; OLIVEIRA, V. E. (Eds.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: IPEA, 2018. p. 85-104.

GRINDLE, M. S. Good governance, R.I.P.: A critique and an alternative. **Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions**, v. 30, n. 1, p. 17-22, 2017. Disponível em: [doi:10.1111/gove.12223](https://doi.org/10.1111/gove.12223). Acesso em: 11 nov. 2022.

HEAD, B. W.; ALFORD, J. Wicked Problems: implications for public policy and management. **Administration & Society**, v. 47, n. 6, p. 711–739, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>. Acesso em: 17 jul. 2022.

HERMANN, C. F. **International crises: insights from behavioral research**, New York: Free Press, 1972.

HOWLETT, M. **Designing public policies**. New York: Routledge, 2011.

HUISING, R.; SILBEY, S. S. Governing the gap: forging safe science through relational regulation. **Regulation & Governance**, v. 5, p. 14–42, 2011.

JOHANSSON, V. Negotiating bureaucrats. **Public Administration**, v.90, n.4, p.1031-1046, 2012.

KEISER, L. Understanding street-level bureaucrats decision making: determining eligibility in the Social Security Disability Program. **Public Administration Review**, v. 70, n. 2, p. 247–257, Mar./Abr. 2010.

KICKERT, W.; KOPPENJAN, J. Public management and network management: an overview. In: KICKERT, W.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. (Eds.). **Managing Complex Networks**. London: Sage Publications, 1999. p. 35-61.

LEONARD, H. B.; HOWITT, A. M. Against desperate peril: High performance in emergency preparation and response. In: GIBBONS, D. E. (Ed). **Communicable Crises: Prevention, Response and Recovery in the Global Era**. Charlotte, NC: Info Age, 2007. p. 1–25.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. New York: Russel Sage Foundation, 1980.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy**. Dilemmas of the individual in public service. 30th anniversary expanded edition. New York: Russell Sage Foundation, 2010. 275 p.

LODGE, M. C.; WEGRICH, K. **The Problem-Solving Capacity of the Modern State: Governance Challenges and Administrative Capacities**. Oxônia, UK: Oxford University Press. 2014. 300 p.

LOTTA, G. S. Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde. In: FARIA, C. A (Org). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Editora PUCMINAS, 2012.

LOTTA, G. S. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família**. 2010. 295 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Departamento de Ciência Política, Universidade de São Paulo, 2010.

LOTTA, G. S.; CAVALCANTE, P. L. Conclusão – perfis, trajetórias e relações: Em busca de uma análise abrangente dos Burocratas de médio escalão do

Governo federal. In: CAVALCANTE, P. L.; LOTTA, G. S. (Orgs.). **Burocracia de Médio Escalão: perfil, trajetória e atuação**. 1. ed. Brasília, DF: ENAP, 2015. p. 293-308.

LOTTA, G. S. *et al.* The Impact of the Covid-19 Pandemic on the Performance of Street Level Bureaucrats in Brazil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 1, p. 1, 2021.

LOTTA, G. S.; PIRES, R.; OLIVEIRA, V. Burocratas de Médio Escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. In: CAVALCANTE, P. L.; LOTTA, G. S. (Orgs.). **Burocracia de Médio Escalão: perfil, trajetória e atuação**. 1. ed. Brasília, DF: ENAP, 2015. p. 23-51.

LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F.; PACHECO, R. **Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático no século XXI**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2010.

MACÊDO, D. F. A importância do sistema único de saúde brasileiro para o enfrentamento de emergências de saúde pública. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 17, n. 2, p. 13-21, 2020.

MAGALHÃES, B. D. *et al.* Crise, governança e capacidades: o enfrentamento da pandemia por COVID-19 no âmbito da política municipal de saúde de Belo Horizonte. **Gestão Contemporânea**, v.11, n.2, p. 222-248, nov. 2021.

MARTINS, B. R.; ÂNGELO, M. C. F. Implantação da metodologia *diagnosis related groups* na fundação hospitalar do estado de minas gerais: um estudo de caso. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Edição Especial - 7º Fórum Científico da FHEMIG. v. 18, n. 4, p. 52-69, 2021.

MARTINS, H. F.; MARINI, C. Governança Pública Contemporânea: uma tentativa de dissecação conceitual. **Revista do TCU**, n. 130, p. p. 42-53, 2014.

MATIAS-PEREIRA, J. A governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 2, n. 1, p. 109-134, 2010.

MCGUIRE, M. Managing networks: propositions on what managers do and why they do it. **Public Administration Review**, v. 62, n. 5, p. 599-609, 2003.

MEIER, K. J. Policy theory, policy theory everywhere: ravings of a deranged policy scholar. **Policy Studies Journal**, v. 37. n. 1, 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1541-0072.2008.00291.x>. Acesso em: 03 out. 2022.

MENICUCCI, T. M. G. Regionalização no federalismo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, 2019.

MENICUCCI, T. M. G.; MARQUES, A. M. F. Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: o Caso da Saúde. **Dados rev. ciênc. sociais**, v. 59, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/00115258201693>. Acesso em: 09 nov. 2022.

MINAS GERAIS. **Decreto com numeração especial 113, de 12 de março de 2020**. Declara Situação de Emergência em Saúde Pública no Estado em razão de surto de doença respiratória

– 1.5.1.1.0 - Coronavírus e dispõe sobre as medidas para seu enfrentamento, previstas na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. 2020a. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/DNE/113/2020/>. Acesso em: 25 fev. 2021.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 47769, de 29/11/2019**. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2019. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/47769/2019/?cons=1>. Acesso em: 09 fev. 2022.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 47891, de 20 de março de 2020**. Reconhece o estado de calamidade pública decorrente da pandemia causada pelo agente Coronavírus (COVID-19). 2020b. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/47891/2020/?cons=1>. Acesso em: 25 fev. 2021.

MINAS GERAIS. **Minas Consciente**: retomando a economia do jeito certo. 2021b. Disponível em: https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/imagens/minasconsciente/minas_consciente_27-01-2021_-_novo_mc.pdf. Acesso em: 06 nov. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.161, de 20 de maio de 2020**. 2020e. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/imagens/documentos/Del%203161%20-Medotologia%20distribui%C3%A7%C3%A3o%20de%20equipamento.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.168, de 04 de junho de 2020**. 2020d. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/imagens/documentos/Del%203168%20-%20SUBPAS_%20Del%20Plano%20de%20Conting%C3%Aancia.pdf. Acesso em: 25 nov. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Nota Técnica nº 24/SES/COES MINAS COVID-19/2021**. 2021. Disponível em: https://coronavirus.saude.mg.gov.br/imagens/2020/09/16-09-SEI_GOVMG-35314932-NT.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Plano de Contingência da Secretaria de Estado de Saúde para Enfrentamento do COVID-19**. 2. ed. 2020c. Disponível em: <http://coronavirus.saude.mg.gov.br/gestor/profissionais2/plano-decontingencia>. Acesso em: 30 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Apoio à Implementação de políticas em saúde. **Gov.br**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/saips>. Acesso em: 15 jan. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde. **Gov.br**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 17 out. 2022.

MINTZBERG, H. **A natureza do trabalho gerencial**. Nova York: Harper & Row, 1973. 298 p.

MOREIRA, R. S. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020.

NOVATO, V. O. L.; NAJBERG, E.; LOTTA, G. S. O burocrata de médio escalão na implementação de políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 416-432, 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/81260>. Acesso em: 25 mar. 2022.

OCDE. The territorial impact of COVID-19: managing the crisis across levels of government. **OECD.org**. 2020. Disponível em: <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government-d3e314e1/>. Acesso em: 19 mar. 2021.

OLIVEIRA, A. C.; PINTO, F. R.; MENDONÇA, C. M. C. Alinhamento estratégico de planejamentos institucionais: estudo em uma universidade federal da Amazônia setentrional. **Revista GUAL**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 183-205, 2020.

OLIVEIRA, N.; RESENDE JUNIOR, P. Proposta de instrumento para avaliação da governança organizacional em uma instituição do setor público. **Revista do Serviço Público**, v. 71, n. 2, p. 397-426, 2020.

OLIVEIRA, V. E. Instituições, Burocracia e Produção de Políticas Públicas: o caso da política estadual de saúde. In: **ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS**, 33... – GT 6: Controles Democráticos e Instituições Políticas. Caxambu, MG. 26 a 30 de outubro, 2008.

OLIVEIRA, V. E.; ABRUCIO, F. L. Entre a política e a burocracia: a importância dos burocratas de nível médio para a produção de políticas públicas em saúde e educação. In: **ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS**, 35..., Caxambu, MG, 2011.

OLSEN, J. P. **Governing through institution building**: institutional theory and recent european experiments in democratic organization. Oxford: Oxford University Press, 2010.

PALOTTI, P.; CAVALCANTE, P. **Articuladores políticos e dirigentes da burocracia**: Ministros de Estado no Brasil e em perspectiva comparada. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8603/1/Articuladores.pdf>. Acesso em 05 nov. 2021.

PINTO, R. *et al.* Qualidade da governança da saúde em Portugal: uma avaliação ao período de intervenção da Troika. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2225-2241, 2021.

PIRES, R. R. C. **Burocracias, gerentes e suas “histórias de implementação”**: Narrativas do sucesso e fracasso de programas federais. 2011. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/35-encontro-anual-da-anpocs/gt-29/gt29-10/1175-burocracias-gerentes-e-suas-historias-de-implementacao-narrativas-do-sucesso-e-fracasso-da-implementacao-de-programas-federais/file>. Acesso em: 28 mar. 2022.

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

PIRES, R. R. C. O trabalho na burocracia de médio escalão e sua influência nas políticas públicas. In: PIRES, R. R. C.; LOTTA, G. S.; OLIVEIRA, V. E. (Orgs.). **Burocracia e Políticas Públicas no Brasil: interseções analíticas**. 1. ed. Brasília: IPEA/ENAP, 2018. p. 185-206.

PIRES, R. R. C. Por dentro do PAC: Dos arranjos formais às interações e práticas dos seus operadores. In: CAVALCANTE, P. L.; LOTTA, G. S. (Orgs.). **Burocracia de Médio Escalão: perfil, trajetória e atuação**. 1. ed. Brasília, DF: ENAP, 2015. p. 177-222.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p.

ROCHA, C. V. Anatomia de uma reforma: descentralização da educação pública de Minas Gerais e mudança institucional. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 557–592, 2003.

ROSE-ACKERMAN, S. What Does “Governance” Mean?. **Governance: an international journal of policy administration and institutions**, v. 30, p. 23–27, 2017.

ROSENTHAL, U.; BOIN, A.; COMFORT, L. K. The Changing World of Crisis and Crisis Management. In: ROSENTHAL, A.; BOIN, A.; COMFORT, L. K. (Eds.). **Managing crises: threats, dilemmas and opportunities**. Springfield: Charles C. Thomas, 2001.

ROSENTHAL, U.; CHARLES, M. T.; HART, P. T. (Eds.). **Coping with crises: the management of disasters, riots and terrorism**. Springfield: Charles C. Thomas, 1989.

ROUX-DUFORT, C. Is Crisis Management (Only) a Management of Exceptions?. **Journal of Contingencies and Crisis Management**, v. 15, n. 2, 2007. Disponível em: <https://theism.org/documents/Roux%20Dufort%20%282007%29%20Is%20Crisis%20Management%20%28Only%29%20A%20Management%20of%20Exceptions.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2022.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa**. Campinas, SP: Editora Saberes, 2013.

SCHMIDT, F.; MELLO, J.; CAVALCANTE, P. Coordenação governamental na crise da COVID-19: breve proposta de ação. **Radar**, n. 62, p. 10-16, abr. 2020.

SCHNEIDER, B. R. **Burocracia Pública e Política Industrial no Brasil**. São Paulo: Editora Sumaré, 1994.

SCHNEIDER, V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. **Civitas**, v. 5, n. 1, p. 29-58, 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Notícias**. Centro de Operações de Emergência em Saúde completa um ano. 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/14422-centro-de-operacoes-de-emergencia-em-saude-completa-um-ano>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Organograma SES-MG**. 2019. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/organograma>. Acesso em: 01 fev. 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **SUSfácil**: Sistema Estadual de Regulação Assistencial. 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/fornecimento-de-medicamentos/page/464-susfacil-sesmg>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, Campina Grande, v. 16, n. 2, p. 01-14, jan./jun., 2015.

SILVA, L. A. L. A burocracia de médio escalão da Secretaria da Receita Federal do Brasil: insulamento seletivo e construção de capacidades burocráticas. In: CAVALCANTE, P. L.; LOTTA, G. S. (Orgs.). **Burocracia de Médio Escalão**: perfil, trajetória e atuação. 1. ed. Brasília, DF: ENAP, 2015. p. 224-251.

SILVEIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. B. Desafios e estratégias para a organização do setor saúde frente à pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/5987/5140/28316>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SØRENSEN, E.; TORFING, J. The democratic anchorage of governance networks. **Scandinavian Political Studies**, n. 28, p. 195-218, 2005.

SOUZA, E. M. (Org.). **Metodologias e analíticas qualitativas em pesquisa organizacional**: uma abordagem teórico-conceitual. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/939/1/livro%20edufes%20Metodologias%20e%20anal%C3%ADticas%20qualitativas%20em%20pesquisa%20organizacional.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022.

SOUZA, L. G.; GOMES, L. P. Dilemas da burocracia de médio escalão no contexto de uma política frouxamente articulada: o caso da Secretaria Nacional de Segurança Pública In: CAVALCANTE, P. L.; LOTTA, G. S. (Orgs.). **Burocracia de Médio Escalão**: perfil, trajetória e atuação. 1. ed. Brasília, DF: ENAP, 2015. p. 253-292.

STAKE, R. E. **Pesquisa Qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011.

STOKER, G. Designing institutions for governance in complex environments: Normative rational choice and cultural institutional theories explored and contrasted. **Economic and Social Research Council Fellowship Paper**, n. 1. 2004.

SVARA, J. H. The Myth of the Dichotomy: Complementarity of Politics and Administration in the Past and Future of Public Administration. **Public Administration Review**, v. 61, n. 2, p. 177-183, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/0033-3352.00020>. Acesso em: 04 jun. 2022.

TASCA, R.; MASSUDA, A. Estratégias para reorganização da Rede de Atenção à Saúde em resposta à Pandemia COVID-19: a experiência do Sistema de Saúde Italiano na região de

Lazio. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 20–27, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/65>. Acesso em: 25 abr. 2022.

TELHADO, L. A. S. Internal control and special accountability process in Brazilian municipalities. **Revista da Controladoria-Geral da União (CGU)**, v. 8, n. 13, p. 424-446, 2016.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas em Marketing**, v. 9, n. 1, p. 20-27, 2009.

TULICH, T.; RIZZI, M.; MCGAUGHEY, F. Cooperative Federalism, Soft Governance and Hard Laws in Australia's State of Emergency. **Verfassungsblog on matters constitutional**. 2020. Disponível em: <https://verfassungsblog.de/fighting-covid-19-legal-powers-and-risks-australia/>. Acesso em: 24 maio 2022.

TUMMERS, L.; BEKKERS, V. J. J. M. Policy implementation, street-level bureaucracy, and the importance of discretion. **Public Management Review**, v. 16, n. 4, p. 527-547, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14719037.2013.841978>. Acesso em: 09 jul. 2022.

VIE, O. E. Have post-bureaucratic changes occurred in managerial work?. **European Management Journal**, n. 28, p.182-194, 2010.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WHO. World Health Organization. **Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19**. 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2021.1. Acesso em: 30 jul. 2021.

WILSON, J. Q. **Varieties of police behavior**: the management of law and order in eight communities. Cambridge: Harvard University Press, 1968.

ANEXO A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

1 – Considerando a necessidade de identificar o perfil dos burocratas de médio escalão da SES-MG envolvidos na formulação e implementação da estratégia emergencial de ampliação de leitos hospitalares,

Qual sua idade?

Qual sua formação e nível de escolaridade?

Qual seu cargo durante o período x e qual sua trajetória profissional no estado?

Média das horas trabalhadas durante o período de março/2020 a junho/2021.

2 – Qual foi seu papel desempenhado durante a pandemia de COVID-19, na implementação da estratégia de ampliação de leitos hospitalares para a resposta à COVID-19? Quais eram as suas principais atividades para operacionalizar tal estratégia?

4 – Quais as atores e redes que precisaram ser articuladas de ampliação de leitos hospitalares para a resposta à COVID-19? Rede atípica/diferente do habitual? Mais próximos da ponta ou do alto escalão?

5 - Quais tipos de negociação estavam envolvidas na ampliação dos leitos do SUS-MG durante a pandemia de COVID-19?

6 – Quais os impactos da pandemia nas redes de governança e na articulação com atores externos e internos, para a implementação da estratégia de ampliação de leitos? (Ex.: COSEMS, MP, outros órgãos do estado).

6 – Quais foram os maiores problemas e desafios da sua atuação na implementação dessa estratégia emergencial?

7 – Considerando que a estratégia emergencial de ampliação de leitos se deu em um contexto de crise, gostaria que me falasse como foi a gestão de crise e seus impactos em alguns pontos específicos, falando se mudou, aumentou ou diminuiu:

- Margem de discricionariedade e autonomia;
- Improvisação, flexibilidade e adaptação;
- Burocracia;
- Controle.

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **A ATUAÇÃO DA BUROCRACIA DE MÉDIO ESCALÃO NA RESPOSTA À PANDEMIA DE COVID-19: um estudo de caso sobre a estratégia de ampliação dos leitos hospitalares do SUS/MG**, sob a responsabilidade da pesquisadora Larissa Meneghini Vale, aluna do Curso de Mestrado em Administração Pública da Fundação João Pinheiro (FJP), sob orientação da professora Letícia Godinho. Essa pesquisa tem como objetivo geral analisar o papel do burocrata de médio escalão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) na resposta à pandemia de COVID-19, com recorte para a atuação voltada à execução da estratégia emergencial de ampliação dos leitos hospitalares do SUS/MG.

Na sua participação, você será entrevistado(a) individualmente na condição de fonte, ou seja, o sujeito que fornece as informações primárias para a pesquisa em curso. Esse material irá compor a minha dissertação que será apresentada ao Programa de Mestrado em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa;

Pode se recusar a responder qualquer pergunta, bem como pode se retirar da pesquisa no momento da coleta de dados e dá-la por encerrada a qualquer momento;

A coleta de dados tem caráter confidencial e seus dados pessoais estarão disponíveis somente para a pesquisadora autora do Trabalho Final de Curso (TFC) e para sua orientadora;

Partes do que for dito poderão ser usadas no relatório final da pesquisa, sem, entretanto, revelar os dados pessoais dos entrevistados, como nome, endereço, telefone, etc.;

Os dados e resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em congressos, publicados em revistas especializadas e da mídia, e utilizados na dissertação de mestrado, preservando sempre a identidade dos participantes;

Se desejar, você poderá receber uma cópia dos resultados da pesquisa, bastando assinalar ao lado essa opção: () SIM, desejo receber cópia do relatório final.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Larissa Meneghini Vale, pelo telefone: (32)99932-8078.

_____, ____ de ____ de 2022.
(Local)

Assinatura da Pesquisadora

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente.

Participante da pesquisa

ANEXO C - TERMO DE CIÊNCIA DE GRAVAÇÃO

O(a) _____, infra assinado, participante da pesquisa intitulada **“A ATUAÇÃO DA BUROCRACIA DE MÉDIO ESCALÃO NA RESPOSTA À PANDEMIA DE COVID-19: um estudo de caso sobre a estratégia de ampliação dos leitos hospitalares do SUS/MG”**, depois de compreender os objetivos e métodos da pesquisa, entender seus riscos e benefícios por meio dos esclarecimentos prestados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declara estar ciente de que, nos termos do TCLE, a entrevista a ser realizada em formato remoto, via plataforma de videoconferência, será gravada para efeito de registro com vistas à transcrição posterior da mesma. Assim, AUTORIZA, por meio deste termo, a pesquisadora Larissa Meneghini Vale a realizar a gravação da entrevista sem custos financeiros de qualquer natureza. O presente termo garante o compromisso da pesquisadora em: (i) disponibilizar a transcrição da entrevista ao entrevistado; (ii) utilizar os dados coletados exclusivamente para a geração de conhecimento na pesquisa de mestrado e publicações dela decorrentes em periódicos científicos e congressos; (iii) não revelar a identificação do entrevistado em nenhuma das publicações da pesquisa; (iv) guardar em segurança o material; (v) garantir a liberdade de desistência de participação na pesquisa, pelo entrevistado, a qualquer momento e, nesse caso, o entrevistado poderá solicitar a posse ou a eliminação da gravação.

Belo Horizonte, ___/___/20__.