



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

WALQUÍRIA MEIRA TEIXEIRA RIBEIRO

**Capacidades Estatais e Aprendizagem durante a Pandemia do
COVID-19: em unidade hospitalar gerida por Organização Social
em Goiânia**

GOIÂNIA-GO
2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

WALQUIRIA MEIRA TEIXEIRA RIBEIRO

3. Título do trabalho

"Capacidades Estatais e Aprendizagem durante a Pandemia do COVID-19: em unidade hospitalar gerida por Organização Social em Goiânia"

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **FABIANA DA CUNHA SADDI, Usuário Externo**, em 15/12/2022, às 10:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Walquíria Meira Teixeira Ribeiro, Discente**, em 05/01/2023, às 07:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3384645** e o código CRC **3732A6F8**.

WALQUÍRIA MEIRA TEIXEIRA RIBEIRO

**Capacidades Estatais e Aprendizagem durante a Pandemia do
COVID-19: em unidade hospitalar gerida por Organização Social
em Goiânia**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Ciência Política da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Ciência Política.

Área de concentração: Estudos Políticos Contemporâneos
Linha de Pesquisa: Estado e Políticas Públicas
Orientadora: Fabiana da Cunha Saddi

GOIÂNIA-GO
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Ribeiro, Walquiria Meira Teixeira

Capacidades Estatais e Aprendizagem durante a Pandemia do COVID-19: em unidade hospitalar gerida por Organização Social em Goiânia [manuscrito] / Walquiria Meira Teixeira Ribeiro. - 2023.

CIX, 109 f.

Orientador: Prof. Fabiana da Cunha Saddi.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais (FCS), Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Goiânia, 2023.

Bibliografia.

Inclui abreviaturas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. política pública. 2. parceria público-privada. 3. capacidade estatal. 4. aprendizagem. 5. Covid-19. I. Saddi, Fabiana da Cunha, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 36 da sessão de Defesa de Dissertação de **WALQUIRIA MEIRA TEIXEIRA RIBEIRO**, que confere o título de Mestre(a) em **Ciência Política**, na área de concentração em **Estudos Políticos Contemporâneos**.

Ao/s **quatorze dias do mês de dezembro de dois mil e vinte e dois**, a partir da(s) 10:00 horas, no endereço eletrônico <https://meet.google.com/aqo-mezv-wyw>, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada "**Capacidades Estatais e Aprendizagem durante a Pandemia do COVID-19: em unidade hospitalar gerida por Organização Social em Goiânia**". Os trabalhos foram instalados pelo(a) Orientador(a), Professor(a) Doutor(a) **Fabiana da Cunha Saddi (PPGCP-UFG)**, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor(a) Doutor(a) **Lucas Toshiaki Archangelo Okado (UFPA)**, membro titular externo e Professor(a) Doutor(a) **Fernando de Barros Filgueiras (PPGCP-UFG)**, membro titular interno. Durante a arguição os membros da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido(a) o(a) candidato(a) **aprovado(a)** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo(a) Professor(a) Doutor(a) Fabiana da Cunha Saddi, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, ao(s) **quatorze dias do mês de dezembro de dois mil e vinte e dois**.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **FABIANA DA CUNHA SADDI, Usuário Externo**, em 13/02/2023, às 14:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando De Barros Filgueiras, Professor do Magistério Superior**, em 14/02/2023, às 11:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lucas Toshiaki Archangelo Okado, Usuário Externo**, em 19/02/2023, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3525067** e o código CRC **7A47012D**.

À minha família,
pelas infinitas horas roubadas ao seu convívio.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus por ter me proporcionado esta oportunidade e por sempre ter me guiado nos momentos de incerteza.

Ao meu esposo Raul e às minhas filhas, Sophia e Maria Cecília, por me apoiarem sempre e vibrarem comigo a cada etapa vencida.

À minha amiga Rosilene Afonso que não me deixou desistir, me fazendo acreditar que o sonho era possível e que sou capaz.

À minha orientadora Fabiana Saddi pelas lições valiosas, dedicação e paciência. Seus vastíssimos conhecimentos em Estado e Políticas Públicas enriqueceram meu trabalho e fizeram de mim muito do que sou hoje.

RESUMO

A chegada da pandemia do COVID-19 desafiou as autoridades políticas, agências públicas e cidadãos. Na área da política de saúde, a capacidade de resposta à crise envolveu a habilidade de gestão das unidades de saúde, a capacidade estatal e atuação dos burocratas de nível de rua. Este trabalho objetiva compreender como processos complexos de formulação e implementação de políticas públicas e capacidades estatais podem ter impactado o nível de aprendizagem da política pública de combate ao COVID-19 entre as duas ondas da pandemia, em unidade hospitalar regida por Organização Social de Saúde – OSS -, em Goiânia/Goiás. Foram aplicados surveys junto: aos gestores da Associação de Gestão, Inovação e resultados em saúde – AGIR (entidade gestora das unidades coparticipantes da pesquisa), do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL, e do Hospital de Campanha para o enfrentamento do COVID-19 – HCAMP; aos profissionais da linha de frente que atuam no HUGOL; e aos membros do Conselho Estadual de Saúde. Foram adotados os métodos quantitativo descritivo e qualitativo (análise temática e exploratória) na análise de dados. Efetuou-se ainda revisão bibliográfica dos temas relacionados a políticas públicas, capacidades estatais e aprendizagem. O resultado da análise temática mostra, por exemplo, que durante a implementação a participação dos atores se deu com envolvimento, com frequência a treinamentos/capacitações e com engajamento dos profissionais da linha de frente nas ações de atendimento aos pacientes e esclarecimentos à população acerca do COVID-19 (formas de prevenção). Verificou-se ainda que as capacidades estatais – recursos, habilidades e competências do Estado que são mobilizados para a produção de políticas públicas – foram desempenhadas, por exemplo, com a participação dos atores envolvidos integrando Comissões do COE - Centro de Operações de Emergência em Saúde (estrutura organizacional que tem como objetivo promover a resposta coordenada por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos) e edição de atos normativos. Já a aprendizagem, ocorreu de forma rápida, reinventava, resiliente e em meio a “superlotação”. Os assuntos que apareceram na análise temática também mostram que há uma relação entre os processos da política pública - de formulação e implementação -, capacidades estatais e aprendizagem. Essa relação evidencia que o processo de formulação/implementação da política é sustentado pelas capacidades estatais, apesar dos desafios de implementação e capacidades críticas para alguns fatores. Dentre os desafios da implementação se encontram: adoecimento (físico e psicológico) da equipe e sobrecarga de trabalho, medo de contágio da doença, e capacidades estatais críticas

(quantidade de profissionais deficiente, estrutura insuficiente e falta de insumos). Ambos, capacidade e processos da política, influenciam positivamente o processo de aprendizagem. Esta, no entanto, não ocorre de forma uniforme dentre os atores, pois foi classificada como: “natural”, “difícil” e “resiliente”. Apesar dos desafios de implementação, capacidades críticas e aprendizado variado, conclui-se que houve um nível de aprendizado que impactou positivamente a política e isso mostra-se associado a existência de uma capacidade do Estado de manter burocracias profissionalizadas e de expandir os canais de inclusão, interlocução e negociação com os diversos atores envolvidos na política pública.

Palavras-chave: política pública; parceria público-privada; capacidade estatal; aprendizagem; Covid-19.

ABSTRACT

State Capacities and Learning during the COVID-19 Pandemic: in a hospital managed by a Social Organization in Goiânia

The arrival of the COVID-19 pandemic challenged political authorities, public agencies and citizens. In the area of health policy, the ability to respond to the crisis involved the ability to manage health units, state capacity and the performance of street-level bureaucrats. This work aims to understand how complex processes of formulation and implementation of public policies and state capacities may have impacted the level of learning of the public policy to combat COVID-19 between the two waves of the pandemic, in a hospital unit governed by the Social Health Organization – OSS -, in Goiânia/Goiás. Surveys were carried out with: the managers of the Association for Management, Innovation and Health Results – AGIR (managing entity of the co-participating units in the research), the Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL, and the Hospital de Campanha to face the COVID-19 – HCAMP; to the frontline professionals who work at HUGOL; and members of the State Health Council. The quantitative descriptive and qualitative methods (thematic and exploratory analysis) were adopted in the data analysis. A bibliographic review was also carried out on topics related to public policies, state capacities and learning. The result of the thematic analysis shows, for example, that during the implementation, the participation of the actors took place with involvement, often in training/capacity building and with the engagement of frontline professionals in patient care actions and clarifications to the population about the COVID-19 (ways of prevention). It was also verified that the state capacities – resources, abilities and competences of the State that are mobilized for the production of public policies – were carried out, for example, with the participation of the involved actors integrating Commissions of the COE - Center of Emergency Operations in Health (organizational structure that aims to promote a coordinated response through the articulation and integration of the actors involved) and editing of normative acts. Learning, on the other hand, occurred quickly, reinvented, resilient and in the midst of “overcrowding”. The issues that appeared in the thematic analysis also show that there is a relationship between public policy processes - formulation and implementation, state capacities and learning. This relationship shows that the policy formulation/implementation process is sustained by state capacities, despite implementation challenges and critical capacities for some factors. Among the implementation challenges are: illness (physical and psychological) of the team and work overload, fear of contagion of the

disease, and critical state capacities (deficient number of professionals, insufficient structure and lack of inputs). Both capacity and policy processes positively influence the learning process. This, however, does not occur uniformly among the actors, as it was classified as: “natural”, “difficult” and “resilient”. Despite the implementation challenges, critical abilities and varied learning, it is concluded that there was a level of learning that positively impacted the policy and this is associated with the existence of a State capacity to maintain professionalized bureaucracies and expand channels of inclusion, interlocution and negotiation with the various actors involved in public policy.

Keywords: public policy; public-private partnership; state capacity; learning; Covid-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Relação entre contextos complexos (formulação, implementação e capacidade) e aprendizagem	19
Figura 2 -	Relação qualitativa entre feedback Negativo, Mudanças e Aprendizagem entre as ondas 1 e 2 do COVID/19: síntese das perguntas abertas	96
Figura 3 -	Relação qualitativa entre dificuldades, participação e capacidades: síntese das perguntas abertas	98
Figura 4 -	Relações entre formulação-implementação, capacidade estatal e aprendizagem	99
Figura 5 -	Relação qualitativa entre implementação, capacidade estatal e seu impacto na aprendizagem: síntese das perguntas abertas	100

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Como pode ser considerada a capacidade da Unidade Hospitalar, referente aos recursos humanos durante o período de pandemia	74
Gráfico 2 -	Medida em que houve a realização de treinamentos e/ou capacitações dos profissionais da linha de frente	75
Gráfico 3 -	Principais coalisões formadas e que influenciaram na formulação e/ou reformulação das políticas de enfrentamento do COVID-19, segundo a Gestão	75
Gráfico 4 -	Qual foi o nível de participação/colaboração dos profissionais de saúde da linha de frente ou de outras instituições/organizações na formulação e reformulação das políticas públicas de enfrentamento ao Covid-19	76
Gráfico 5 -	Como foi a comunicação das informações relativas ao enfrentamento da pandemia do Covid-19 entre os Gestores das Organizações Sociais / Unidades Hospitalares e os Profissionais da Linha de Frente	76
Gráfico 6 -	Em que medida os profissionais da linha de frente adotaram ações discricionárias para lidar com os desafios do dia a dia, durante a implementação das estratégias de combate à pandemia	83
Gráfico 7 -	Em que medida os profissionais da linha de frente receberam feedback referente às ações de enfrentamento da pandemia	85
Gráfico 8 -	Grau de dificuldade enfrentado pelos agentes implementadores nas ações de combate à pandemia do COVID-19	88
Gráfico 9 -	Durante o período de pandemia os profissionais envolvidos aproveitaram as experiências anteriores de modo a responder às demandas existentes conforme os objetivos dessa política	91
Gráfico 10 -	A aprendizagem experimentada pelos atores durante o período de pandemia contribuiu com melhorias e avanços nas estratégias da política pública	94

Gráfico 11 - O processo de aprendizagem experimentando durante a primeira onda ajudou a enfrentar a segunda onda do Covid-19, segundo a linha a frente e Gestão	94
Gráfico 12 - Categorização e síntese da análise qualitativa - principais formas de participação na implementação das estratégias de enfrentamento da Pandemia	95
Gráfico 13 - Capacidade técnico-administrativa versus Dificuldades de Implementação, segundo a linha de frente	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Capacidades estatais segundo sua tipologia	40
Quadro 2 -	Desenho da pesquisa: Objetivos, Perguntas e hipóteses	65
Quadro 3 -	Tipos de cruzamentos de dados em gráficos: associações qualitativas entre variáveis	70
Quadro 4 -	Categorização e síntese da análise qualitativa - principais formas de participação na implementação das estratégias de enfrentamento da Pandemia	75
Quadro 5 -	Avaliação da estrutura hospitalar referente ao corpo técnico, leitos hospitalares e insumos	76
Quadro 6 -	Categorização e síntese da análise qualitativa - principais formas de participação / colaboração dos profissionais da linha de frente na formulação e reformulação das estratégias de enfrentamento da pandemia	78
Quadro 7 -	Categorização e síntese da análise qualitativa - estratégias que exigiram maior engajamento da linha de frente na Implementação da política pública de enfrentamento do COVID-19	82
Quadro 8 -	Categorização e síntese da análise qualitativa - como o feedback recebido pelos profissionais da linha de frente impactou na mudança da política pública e/ou na atuação dos profissionais	84
Quadro 9 -	Categorização e síntese da análise qualitativa - principais dificuldades de implementação enfrentadas pelos profissionais da linha de frente durante o período da pandemia	85
Quadro 10 -	Categorização e síntese da análise qualitativa - exemplos de medidas decorrentes do processo de aprendizagem experimentando durante a primeira onda do Covid-19 que ajudaram a enfrentar a segunda onda do Covid-19	88

Quadro 11 - Categorização e síntese da análise qualitativa - exemplos de como ocorreram os processos de readaptação e/ou reformulação da política pública de enfrentamento da pandemia do Covid-19, em razão da aprendizagem experimentada durante a primeira onda

LISTA DE ABREVEATURAS

SUS – Sistema Único de Saúde

OSS – Organização Social de Saúde

PPP – Parceria Público-Privada

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I - TRAZENDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ANÁLISE DO COVID-19 EM AMBIENTE HOPITALAR		
1.	A POLÍTICA PÚBLICA E SEUS CICLOS	20
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	20
1.3	CONCEITO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	21
1.4	CICLOS DA POLÍTICA PÚBLICA	22
2	CONTEXTO COMPLEXO DE FORMULAÇÃO	24
2.1	ATORES DA FORMULAÇÃO	24
2.2	FERRAMENTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS	26
2.2.1	Tipologia das Ferramentas	28
2.2.2	Escolha das Ferramentas	29
2.3	DESENHO DA POLÍTICA E RESPOSTA AO COVID-19	29
3.	CONTEXTO COMPLEXO DE IMPLEMENTAÇÃO	31
3.1	ATORES DA IMPLEMENTAÇÃO	31
3.1.1	Burocratas de Nível de Rua	33
3.1.2	Dilemas e conflitos da burocracia de nível de rua	35
3.1.3	Engajamento dos burocratas de nível de rua	36
3.2	MODELOS DE IMPLEMENTAÇÃO	36
3.2.1	Modelo Top-Down / Primeira Geração	37
3.2.2	Modelo Bottom-Up / Segunda Geração	38
3.2.3	Modelo de Terceira Geração	38
3.3	DINÂMICA DA POLÍTICA PÚBLICA	39
4	CAPACIDADES ESTATAIS	39
4.1	POLISSEMIA DE CONCEITO	41
4.2	CATEGORIZAÇÃO ANALÍTICA	43
4.3	CAPACIDADES ESTATAIS PARA A PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	44
5	APRENDIZAGEM	44
5.1	APRENDIZAGEM DA POLÍTICA PÚBLICA	46
5.2	CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM SEGUNDO DUNLOP E RADAELLE	46
5.2.1	Aprendizagem em Contexto Epistêmico	46
5.2.2	Aprendizagem em Contexto Reflexivo	46
5.2.3	Aprendizagem em Contexto Barganhado	47
5.2.4	Aprendizagem em Contexto hierárquico	47
5.3	CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM SEGUNDO GRIN E LOEBER	48
5.3.1	Aprendizagem em Contexto Externo	48
5.3.1.1	Transferência de Política	48
5.3.2	Aprendizagem em Contexto Interno	48
5.3.2.1	Aprendizagem Social	48

5.3.2.2	Quadro de Coalização de Defesa	49
5.3.2.3	Aprendizagem como Implementação	50
5.3.3	Aprendizagem Organizacional	50
5.4	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES	50
CAPÍTULO II – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS		
1.	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	53
2.	PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS	56
2.1	Organizações Sociais	57
2.2	Contratos de Gestão	59
3	CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES COPARTICIPANTES ..	61
CAPÍTULO III – METODOLOGIA		
1	AMOSTRA E PROCESSO AMOSTRAL	64
2	SURVEY	65
3	COLETA DE DADOS	65
4	OBJETIVO E HIPÓTESES	67
5	ANÁLISE DE DADOS	68
5.1	Análise quantitativa	68
2.2	Análise qualitativa	70
CAPÍTULO IV – CAPACIDADE ESTATAL, IMPLEMENTAÇÃO E APRENDIZAGEM: O CASO DO HUGOL		
SEÇÃO I – ANÁLISE DE DADOS		
1	CAPACIDADES ESTATAIS	74
1.1	Capacidades técnico-administrativas	74
1.1.1	Burocracias profissionalizadas	74
1.1.2	Mecanismos de coordenação	75
1.2	Capacidade político-relacional	77
1.2.1	Participação de múltiplos atores	77
1.2.	Formação de coalizões	79
2.	ESTRUTURA HOSPITALAR	79
3.	FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO	80
3.1	Formulação	80
3.1.1	Atores / coalizões	81
3.1.2	Participação da linha de frente	81
3.1.3	Ferramentas	82
3.2	Implementação	83
3.2.1	Discricionariedade	83
3.2.2	Engajamento	84
3.2.3	Feedback	86
3.2.4	Dificuldades, Dilemas e Conflitos	87
3.2.5	Participação de múltiplos atores	89
4.	APRENDIZAGEM	90
4.1	Ocorrência de Aprendizagem	91

4.2	Quem aprendeu	91
4.3	Como a aprendizagem aconteceu	92
4.4	Efeitos da aprendizagem	94
SEÇÃO II -DISCUSSÕES SEGUNDO O FRAMEWORK		
1	EVIDÊNCIAS CONTEXTUAIS E LIÇÕES	95
1	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	105

1. INTRODUÇÃO

Em 2020, a chegada da pandemia do COVID-19 desafiou países e cidadãos em todo o mundo. Como uma doença sem precedentes, o COVID-19 acarretou uma crise aguda e desestabilizadora, caracterizada por extrema incerteza e urgência derivada de uma dinâmica rápida e contínua de circunstâncias imprevisíveis, as quais desafiam o comportamento das autoridades políticas, agências públicas e cidadãos (CAPANO, 2020; MELLO; LOTTA, 2020). Para conter a disseminação do vírus e tratar pacientes doentes os países adotaram diferentes políticas. As respostas governamentais ao surgimento do COVID-19 envolveram a adoção de uma variedade de medidas nas áreas políticas, de saúde, social e econômica. As respostas na área da saúde, se concentraram em instalações de saúde, suprimentos médicos e atendimento ao paciente (CAPANO et al., 2020).

No contexto da política pública de saúde, a capacidade de resposta à crise envolve a habilidade de gestão e atuação da linha de frente das unidades de saúde. Na atualidade, o Estado de Goiás utiliza-se de arranjos híbridos público-privados para a provisão dos serviços de saúde. Por meio de contrato de gestão a administração dos hospitais públicos foi repassada a entidades privadas qualificadas como organizações sociais de saúde - OSS, segundo critérios estabelecidos em lei (BRASIL, 2005). Objetiva-se com esse arranjo, atingir o melhor uso possível dos recursos públicos e obter ganhos de eficiência (BRESSER PEREIRA, 1997).

Análises ainda em curso procuram evidenciar, de forma mais objetiva e positivista, quais são as condições que contribuem para fortalecer a resposta ao COVID-19, seja no âmbito da formulação, seja da implementação da política pública (CAPANO, 2020; GOFEN; LOTTA, 2021). Desta forma, conceitos de Política Pública como burocracia de nível de rua, colaboração e feedback, mostram-se como alternativa conceitual e analítica que podem ser aplicados para melhor compreender e desnudar os processos de formulação e implementação em períodos de crise.

A literatura revela que, mesmo em momentos de normalidade, o trabalho dos burocratas de nível de rua é marcado por pressões, indecisão e sofrimentos (LIPSKY, 2019) e caracterizado por alta discricionariedade, na medida em que as regras são em geral abrangentes e demandam interpretação e adaptação para os casos reais (LOTTA, 2019). Destaca-se que,

durante uma crise, os burocratas de nível de rua experimentam uma pressão maior e repentina na demanda por serviços públicos essenciais, acompanhada por uma escassez de recursos para atender às necessidades e demandas dos cidadãos (GOFEN; LOTTA, 2021).

De acordo com Ansell, Sørensen e torfing (2017), a implementação de políticas públicas pode ser facilitada de várias maneiras e através da colaboração, especialmente em contextos instáveis caracterizados por altos níveis de incerteza e conflito. A colaboração com a equipe da linha de frente e seus representantes pode ajudar os líderes públicos responsáveis na implementação de políticas a entendimento das condições locais, que variam de um lugar para outro e entre as agências. Pode, ainda, ajudar a identificar as necessidades em termos de habilidades, competências e recursos, bem como incentivar o aprendizado organizacional e a experimentação contínua que melhorarão a produção e a entrega de novos serviços. A colaboração pode, ainda, gerar apoio político e das partes interessadas e feedbacks construtivos sobre as soluções propostas que possam estimular a aprendizagem e promover ajustes incrementais na política (ROBERTS; SABATIER; JENKINS-SMITH, 1994).

Os conceitos de capacidade estatal e aprendizagem organizacional também se mostram importantes para a compreensão de uma política pública. A capacidade estatal pode ser definida como a mobilização dos recursos humanos, financeiros e organizacionais disponíveis para a efetivação da política pública (DUNLOP, CA; RADAELLI, 2013). Segundo Pires e Gomide (2016), a produção de políticas públicas está intimamente relacionada com os arranjos institucionais existentes, ou seja, à capacidade de ação do Estado. A aprendizagem, por sua vez, pode ser conceituada como o processo de criação, retenção e transferência de conhecimento entre indivíduos e/ou organizações. A aprendizagem experimentada durante o processo de implementação da política pública pode ajudar a produzir uma congruência de significado entre formuladores de políticas, e implementadores de políticas e grupos-alvo (DUNLOP; RADAELLI, 2018; GRIN, 2012), de forma a permitir a resolução de problemas detectados no curso da política e/ou a reorientação da trajetória da política. Estudos indicam 17 que o aprendizado organizacional pode ser um componente de sucesso na resposta à crise do COVID-19 (LEE; HWANG; MOON, 2020).

É a partir deste cenário de discussões sobre a inserção da figura privada na saúde pública, da relevância das capacidades estatais para formulação e implementação de políticas públicas e possibilidade de aprendizagem dos atores e organizações durante esse processo, que a presente pesquisa pretende responder às seguintes perguntas: Se, e de que forma, em um

contexto complexo e de capacidades estatais restritas houve aprendizado durante a formulação e implementação da política de enfrentamento do COVID-19 em um ambiente hospitalar? Qual é a relação existente entre capacidades estatais e aprendizagem na formulação e implementação de políticas públicas? Se e como o aprendizado, experimentado entre a primeira onda do COVID-19, contribuiu para aprimorar o processo de enfrentamento da pandemia durante a segunda onda do COVID-19?

A hipótese do trabalho é que a aprendizagem, tanto dos indivíduos, quanto das organizações, depende de contextos complexos da política pública - formulação e implementação - e de capacidade estatal. Maior capacidade e presença de variáveis integrativas ou de aproximação na formulação e implementação podem produzir impacto maior sobre a aprendizagem. Trata-se de variáveis que ressaltam aspectos de relacionamento ou interação entre atores ou fases da política pública, como feedback e engajamento (SADDI, F et al 2019).

Conceitos como capacidade organizacional, aprendizagem, formulação colaborativa e feedback podem ser utilizados para compreendermos o nível de interação existente a formulação. Da perspectiva da implementação, os conceitos de burocracia de nível de rua, participação, engajamento e feedback também são exemplos de variáveis de aproximação, as quais refletem como e o quanto atores e instituições mostram-se conectadas durante o processo. De uma perspectiva relacional, esses conceitos têm o potencial de nos mostrar se vou possível promover uma relação mais próxima entre os processos de formulação e implementação.

Este trabalho, portanto, tem como objetivo compreender como processos complexos de formulação e implementação, e com capacidades estatais restritivas, podem ter impactado o nível de aprendizagem da política pública entre as duas ondas do COVID-19 em unidade hospitalar regida por Organização Social em Goiás. Foram estabelecidas relações entre contextos complexos (formulação, implementação e capacidade) e aprendizagem na política pública, vis-à-vis a literatura de processo de política pública (figura 1). Para tanto, foram levantados e analisados dados relacionados à percepção dos trabalhadores de nível de rua que atuam na área de saúde e dos gestores da política pública. Os dados foram coletados por *survey* online realizado entre novembro/2021 a março/2022. O questionário foi estruturado em sessões sobre capacidade estatal, formulação e implementação de políticas públicas e aprendizagem. Foram elaborados 03 (três) tipos de questionários, quais sejam: direcionados para os gestores da política pública; aos profissionais da linha de frente e aos membros do Conselho Estadual de Saúde. O questionário dos gestores foi respondido por profissionais que atuam na área da saúde

no Estado de Goiás - gestores da Organização Social de Saúde - Associação de Gestão, Inovação e resultados em saúde -AGIR, e das Unidades Hospitalares - Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL e Hospital de Campanha para o enfrentamento do COVID-19 - HCAMP. O questionário dos profissionais da linha de frente, foi respondido pelos servidores do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL. Ainda, os membros do Conselho Estadual de Saúde também responderam ao questionário.

Figura 1. Relação entre contextos complexos (Formulação, Implementação e Capacidade) e Aprendizagem – entre as ondas do COVID-19



Fonte: elaborado pela autora

A pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética da UFG, conforme Parecer nº 4.961.458, datado de 09/09/2021; pelo Conselho de Ética das entidades coparticipantes - CEP Leide das Neves, conforme Parecer nº 5.061.416, datado de 25/10/2021; Termo de Anuência da Associação de Gestão, Inovação e resultados em saúde -AGIR, datado de 26/10/2021 e Termo de Anuência do Conselho Estadual de Saúde, datado de 21/10/2021.

A presente dissertação encontra-se estruturada em 4 capítulos, além da introdução e considerações finais. Inicialmente, contextualizamos o artigo em termos teóricos, apresentado a literatura sobre políticas públicas, capacidades estatais e aprendizagem. Em segundo lugar, retratamos o sistema de saúde pública no Brasil, enfatizando sua trajetória e a atual forma de gestão. No capítulo 3 será apresentada a metodologia utilizada na pesquisa. Por fim, serão apresentados os dados, análises e resultados da pesquisa.

CAPÍTULO I – TRAZENDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ANÁLISE DO COVID-19 EM AMBIENTE HOPITALAR

Este capítulo objetiva apresentar alguns dos conceitos fundamentais para o estudo de formulação e implementação de políticas públicas, capacidades estatais e aprendizagem, a fim de delimitar, dentro deste marco teórico, as definições que serão adotadas, bem como a forma como as mesmas serão associadas.

1. A POLÍTICA PÚBLICA, SEUS CICLOS

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A área de política pública surgiu na Europa como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma de suas mais importantes instituições - o governo, produtor, por excelência, de políticas públicas. A política pública, como área de conhecimento e disciplina acadêmica, nasce nos Estados Unidos rompendo as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986). Nos Estados Unidos, ao contrário da Europa, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos.

A política pública como área de conhecimento e disciplina acadêmica nasce nos Estados Unidos, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, que se concentravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986). Nos Estados Unidos, ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos.

Considera-se que a área de políticas públicas contou com quatro grandes fundadores: Harold Laswell, Herbert Simon, Charles Lindblom e David Easton. Nos anos 30, Laswell (1936) introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública) como forma de conciliar conhecimento científico e acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo. Simon (1957) inseriu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos

(policy makers), argumentando, todavia, que essa limitação poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. Para Simon, a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por problemas tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, auto-interesse, dentre outros, mas a racionalidade, segundo ele, pode ser maximizada até um ponto satisfatório pela criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que enquadrem o comportamento dos atores e modelem esse comportamento na direção de resultados desejados, impedindo, inclusive, a busca de maximização de interesses próprios. Lindblom (1959) propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório, o qual não teria necessariamente um fim ou um princípio. Dessa forma, as políticas públicas precisariam incorporar outros elementos à sua formulação e à sua análise além das questões de racionalidade, como por exemplo o papel das burocracias, dos partidos políticos e dos grupos de interesse. Easton (1965), por fim, contribuiu para a área ao definir a política pública como um sistema, ou seja, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente. Segundo o autor, as políticas públicas recebem inputs dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos.

As últimas décadas registraram o ressurgimento da importância desse campo de conhecimento - denominado políticas públicas, assim como das instituições, regras e modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação. Vários fatores contribuíram para a maior importância e visibilidade dessa área na atualidade, dentre os quais, citamos a adoção de políticas restritivas de gastos, que passaram a dominar a agenda da maioria dos países a partir dos anos 80 e a ausência de coalizões políticas aptas a equacionar, minimamente, a questão sobre como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social da população (SOUZA, 2009).

1.2 CONCEITO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A definição de políticas públicas é um assunto em disputa. Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980) como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Petters (1982) segue o mesmo viés: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a

definição de política pública com "o que o governo escolhe fazer ou não fazer". Na concepção de Bucci (1997), políticas públicas são programas de ação governamentais que buscam coordenar os meios à disposição do Estado, visando alcançar os objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Para Howlett, Ramesh e Perl (2013), a política pública é "um conjunto de decisões inter-relacionadas, tomadas por um ator ou grupo de atores políticos, e que dizem respeito à seleção de objetivos e dos meios necessários para alcançá-los". De acordo com Souza (2009), a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell (1936), segundo quem as decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Já a definição mais clássica é atribuída a Lowi (1972): política pública é "uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular, o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas".

As definições de políticas públicas, mesmo as minimalistas, guiam o nosso olhar para o lócus onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, isto é, os governos. Apesar de optar por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa desses fatores (SOUZA, 2009).

Desse modo, a política pública pode ser definida como a ação governamental – compreendendo o planejamento e a coordenação dos recursos à disposição do Estado, que tem por finalidade solucionar problemas públicos.

Desse modo, a política pública pode ser definida como a ação governamental – compreendendo o planejamento, a coordenação dos recursos à disposição do Estado e execução das ações previamente determinadas, com a finalidade de solucionar problemas públicos.

1.3 CICLOS DA POLÍTICA PÚBLICA

O processo político se inicia quando os atores identificam uma necessidade ou problema que afeta negativamente algum segmento da sociedade e clama por ações por parte do governo com vistas à sua resolução e finaliza com a avaliação das ações implementadas para

solução do problema. De acordo com Howlett, Ramesh e Perl (2013) o processo político é composto por cinco fases denominadas “estágios do ciclo político-administrativo”, a saber: montagem da agenda, formulação de políticas, tomada de decisão, implementação de políticas e avaliação de políticas.

A formação de agenda é a primeira etapa do ciclo político, e diz respeito ao processo pelo qual os governos decidem quais questões precisam de sua atenção. De acordo com Cobb, Roger e Elder (1972), a agenda é “um conjunto de controvérsias políticas que serão percebidas, em um dado momento, como preocupações que legitimamente merecem a atenção do aparato governamental.” Para Kingdon (1984) uma agenda é uma lista de questões ou problemas aos quais agentes governamentais e outros membros na comunidade de política pública estão atentando em certo momento.

A formulação da política “envolve a identificação e a determinação das possíveis soluções para os problemas políticos” (HOWLETT, MICHAEL; RAMESH, M; PERL, 2013, p. 123), ou seja, refere-se à exploração das várias opções ou cursos alternativos de ação disponíveis para enfrentar as mazelas sociais. Essa etapa do ciclo da política pública diz respeito, ainda, à elaboração dos argumentos explicativos da ação política, ao desenho dos objetivos e estratégias de resolução do problema, à escolha de alternativas e à mobilização das bases de apoio político, que poderão ajudar a resolver as questões e os problemas reconhecidos no estágio da montagem da agenda.

A tomada de decisão é a fase de criação da política pública, na qual se decide qual curso de ação tomar (ou não tomar), a partir de uma gama de opções. Noutras palavras, é a fase de criação de políticas públicas que envolve a seleção de um curso de ação a partir de uma gama de opções, incluindo a de manter o status quo (XUN WU; et al., 2016).

A implementação pode ser definida como o processo de execução da política, onde os esforços, conhecimentos e recursos estatais disponíveis são empregados para traduzir as decisões políticas em ação. A implementação consiste no “o esforço, os conhecimentos e os recursos empregados para traduzir as decisões políticas em ação compreendem o estágio da implementação da política” (HOWLETT, MICHAEL; RAMESH, M; PERL, 2013, p. 179).

A avaliação, última etapa do ciclo das políticas públicas, pode ser definida, em sentido amplo, como o estágio do processo em que se determina como uma política está de fato funcionando na prática (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Avaliar, em sentido literal,

aparece nos dicionários com o significado de atribuição de valor a alguém ou a alguma coisa. Assim, a avaliação de políticas públicas consiste em atribuir valor às políticas, ao aparato institucional, ao conteúdo dessas políticas, ao resultado alcançado. É no processo de avaliação dos produtos, resultados, efeitos e impactos que se poderá averiguar o sucesso ou fracasso da política implementada (GONÇALVES; FAUSTINO; COSTA, 2013).

Neste estudo, o enfoque será dado às etapas de formulação e implementação das políticas públicas, porquanto relevantes para a compreensão do processo político em análise.

2. CONTEXTO COMPLEXO DE FORMULAÇÃO

A etapa da formulação da política pública diz respeito à elaboração dos argumentos explicativos da ação política, ao desenho dos objetivos e estratégias de resolução do problema, à escolha de alternativas e à mobilização das bases de apoio político que poderão ajudar a resolver as questões e os problemas reconhecidos no estágio da montagem da agenda. A formulação da política “envolve a identificação e a determinação das possíveis soluções para os problemas políticos” (HOWLETT, MICHAEL; RAMESH, M; PERL, 2013, p. 213), ou seja, refere-se à exploração das várias opções ou cursos alternativos de ação disponíveis para enfrentar as mazelas sociais. Assim como os problemas são formulados na fase da agenda, as alternativas são elaboradas na fase da formulação. Tendo em vista a diversidade de alternativas possíveis, aos formuladores competirá selecionar as propostas e soluções possíveis de serem implementadas. Assim como os problemas são formulados na fase da agenda, as alternativas são elaboradas na fase da formulação.

Neste trabalho fizemos a opção por utilizar os seguintes conceitos e variáveis para classificar e melhor entender a formulação de políticas públicas em contextos complexos: atores, coalizões, estratégias, participação da linha de frente, e ferramentas.

2.1 ATORES DA FORMULAÇÃO

A formulação de políticas públicas é resultado de um processo político complexo e dinâmico, que envolve uma constelação de atores, ideias e instituições (HOWLETT, MICHAEL; RAMESH, M; PERL, 2013). Tão importante quanto a identificação de um problema é a existência de interesse em sua resolução por parte dos atores envolvidos (indivíduos e instituições).

Grande parte da atividade política dos governos se destina à tentativa de satisfazer as demandas que lhes são dirigidas pelos atores sociais ou aquelas formuladas pelos próprios agentes do sistema político. Assim, no momento da formulação de políticas públicas, os atores que “têm alguma coisa em jogo na política em questão, ou seja, quem pode ganhar ou perder com tal política, quem tem seus interesses diretamente afetados pelas decisões e ações que compõem a política em questão”, entram no jogo (RUA, 1998, p. 5). Além disso, os fatos públicos relevantes recebem influência da opinião pública, que por sua vez, é influenciada pela mídia de massa formada pelos meios de comunicação, como jornais, revistas e redes de televisão e redes sociais.

Durante todo o processo de formulação da política, ocorre uma intensa interação entre diferentes tipos de atores, governamentais e não governamentais, os quais buscam alinhar as respostas públicas aos seus interesses. Desse modo, a formulação de políticas tem deixado de ser um campo de dominação de especialistas, para ser resultado da interação de uma multiplicidade de atores dentro de um sistema de assessoria política mais aberto e plural (THOMAS, 2001).

Segundo Thomas (2001), o processo de formulação de políticas passa por 04 (quatro) fases: avaliação, diálogo, formulação e consolidação. Na fase da avaliação, são identificados e considerados os dados e as evidências existentes acerca da questão política detectada, ou seja, ocorre a caracterização do problema. Na etapa do diálogo, diferentes dimensões do problema são avaliadas para determinar suas causas e extensão e os atores políticos ou partes interessadas apresentam e discutem as opções políticas propostas, com o objetivo de avançar para um consenso sobre a direção futura da política pública, materializando-se o objetivo da política. Na fase da formulação, propriamente dita, ocorre a especificação de objetivos e apresentação de uma proposta que avançará para o estágio da ratificação. Na fase da consolidação, as soluções são testadas em relação aos critérios de aceitabilidade e desenvolve-se um consenso em favor de uma decisão, após o que será formalmente elaborado o projeto da política.

2.2 FERRAMENTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para Howlett, Mukherjee e Woo (2015), as ferramentas (ou instrumentos) de políticas públicas são um conjunto de técnicas pelas quais as autoridades governamentais

exercem o seu poder na tentativa de garantir apoio e resultado em mudanças sociais. Segundo os autores, essas ferramentas ou instrumentos têm duplo caráter: de um lado, caráter material, à medida que afetam diretamente atividades e comportamentos de indivíduos e grupos sociais na produção, distribuição e consumo de bens públicos; de outro lado, sentido formal, à medida que são elementos procedimentais, dirigidos às atividades internas desenvolvidas pelo Estado, afetando o comportamento político dos atores ou da administração pública.

A seleção das alternativas para solução do problema de política, envolve atores governamentais e não governamentais em um processo de debate sobre como o Estado pode lidar com problemas públicos. Parte relevante desse debate está relacionada aos meios que os governos têm a sua disposição para lidar com esses problemas, ou seja, aos seus instrumentos ou ferramentas. Assim, um aspecto fundamental da formulação é compreender que as políticas públicas são desenhadas por meio dos instrumentos, capazes de traduzir as intenções dos formuladores de políticas em um conjunto de ações concretas (CAPELLA, 2018).

2.2.1 Tipologia das Ferramentas

A diversidade de instrumentos políticos é ilimitada, sendo que vários doutrinadores tentaram identificar e classificar esses instrumentos segundo sua importância (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). No final da década de 1950, Lasswell já chamava atenção para a necessidade de compreensão da gestão dos recursos a disposição dos governos. Contudo, somente nos anos 1980 começaram a ser conduzidos esforços mais sistemáticos objetivando investigar a natureza dos recursos à disposição dos governos para a produção de políticas públicas (CAPELLA, 2018).

Um dos principais estudiosos a se dedicar à temática foi Hood (1983), que propôs uma categorização dos instrumentos em torno de quatro elementos, conhecida como “modelo NATO”. Esse modelo, sugere que todas as ferramentas políticas usavam uma das quatro categorias de recursos de governo: a) nodalidade, que envolve a posição de centralidade dos governos no sistema social; b) autoridade, relacionada aos poderes legais derivados da estrutura do Estado; c) tesouro, que corresponde aos recursos financeiros à disposição dos governos; d) organização, equivalente ao conjunto de estruturas organizacionais sob jurisdição governamental. Em síntese, Capella (2018) define o “modelo NATO” da seguinte forma:

O modelo apresentado por Hood, sustenta que os governos enfrentam os problemas públicos com o uso de informações em seu poder enquanto atores políticos centrais

(nodalidade), com o uso de seus poderes legais (autoridade), de seu dinheiro (tesouro) ou das organizações formais à sua disposição (organização)(CAPELLA, 2018, p. 76).

De acordo com essa tipologia, as ferramentas de Nodalidade são relacionadas ao uso de informações sobre problemas públicos que o Estado possui em seu poder, permitindo a mobilização de recursos como a criação de campanhas publicitárias (informativas e/ou persuasivas) e compilação de dados dispersos na Administração Pública transformando-os em informação útil para a tomada de decisão. As ferramentas de Autoridade referem-se aos poderes legais derivados da estrutura do Estado e podem ser compreendidos com base em três instrumentos: regulação, regulação delegada e comitês consultivos. As ferramentas baseadas no Tesouro dizem respeito aos recursos financeiros à disposição do Estado destinados à política pública, ou seja, à capacidade que o governo possui de arrecadar e distribuir recursos financeiros, por meio de incentivos fiscais e transferências de renda, por exemplo). Na categoria Organização, estão os recursos relacionados ao conjunto das estruturas organizacionais do Estado. São exemplos de ferramentas nesse grupo a mobilização da estrutura burocrática estatal; a criação de organizações ou realização de mudanças em estruturas existentes (CAPELLA, 2018; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Na década de 90 Schneider e Ingram (1997) desenvolveram uma tipologia categorizando os instrumentos de políticas como ferramentas de autoridade, incentivo, capacidade, exortação e aprendizagem. Segundo essa tipologia as ferramentas de autoridade são definidas como permissões ou ações específicas concedidas ou exigidas por um governo usando sua autoridade legítima. As ferramentas de incentivo são aquelas que dependem de retornos tangíveis, positivos ou negativos para induzir a conformidade ou incentivar a utilização, e incluem incentivos (recompensas positivas) e sanções (recompensas negativas) para os cidadãos-alvo. As ferramentas de capacidade são ações que um governo toma para ajudar a desenvolver as capacidades dos cidadãos-alvo para lidar com um problema como, por exemplo, fornecer informações ou treinamentos. Ferramentas de exortação, são ações governamentais que apelam especificamente aos valores e crenças dos indivíduos para aumentar a disposição dos cidadãos em cumprir as políticas públicas. Por fim, as ferramentas de aprendizagem são ações governamentais destinadas à aquisição ou ampliação de conhecimentos sobre a natureza de um problema e as potenciais soluções.

2.2.2 A Escolha das Ferramentas

A formulação de políticas é matéria complexa que apresenta uma ampla gama de possíveis escolhas e combinações de instrumentos políticos na forma de opções ou alternativas políticas potenciais (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). A seleção dos instrumentos depende da natureza do contexto do problema, de quem está conduzindo a análise, de como ela é conduzida e de que ideias sobre ações governamentais adequadas e possíveis os analistas trazem para o debate. Nas últimas décadas as ações governamentais passaram por profundas transformações envolvendo não apenas uma expansão das ferramentas tradicionalmente utilizadas pelos governos, baseadas na atuação direta do Estado para a resolução de problemas públicos, mas também na utilização de novas ferramentas, caracterizadas por uma diversidade de padrões de relacionamento público-privado (SALAMON, 2000).

Howlett, Ramesh e Pearl (2013) identificam, na literatura especializada, explicações sobre o processo de escolha de instrumentos ligadas a duas tradições de investigação: a primeira, ancorada na economia, reúne interpretações que entendem a escolha dos instrumentos como um exercício técnico, envolvendo a combinação de uma ferramenta em particular com o problema que se quer enfrentar; a segunda, desenvolve-se na Ciência Política e considera elementos mais complexos do que os aspectos puramente técnicos, tais como os Sistemas de Governo.

Hood (1983) propõe que as escolhas das ferramentas resultam da combinação de vários elementos, tais como, a restrição de recursos; pressões políticas; restrições legais e o aprendizado gerado pela falha na aplicação de instrumentos no passado. Peters e Linder (1989), por sua vez, acreditam que o fator mais relevante na escolha dos instrumentos consiste na percepção que os atores têm sobre esses eles - fatores cognitivos e subjetivos exercem grande influência na seleção das ferramentas, aliado ao contexto, ou seja, à dimensão organizacional e institucional que exerce influência sobre a percepção dos atores. Peters (2002) defende que a escolha dos instrumentos perpassa pela dimensão política – que pode ser capturada em 04 (quatro) elementos distintos (ou quatro “Is”): ideias; interesses; instituições e indivíduos. Schneider e Ingram (1997) defendem que o desenho de uma política tem origem no contexto que cerca a questão (crenças, concepções, imagens) e esse, por sua vez, é oriundo do contexto social mais amplo - conjunto dos elementos culturais, políticos, históricos, econômicos, existentes em determinado Estado.

Desse modo, pode-se afirmar que a escolha das ferramentas de formulação da política pública é uma atividade complexa que envolve múltiplos fatores e suas combinações: objetivos, relacionados ao problema que se busca resolver ou à situação que se pretende alterar; indivíduos e instituições que integram a estrutura formal de governança e que são responsáveis pela estruturação e implementação da política; população-alvo, compreendendo indivíduos, grupos ou organizações, cujo comportamento a política pretende mudar; ideias que retratam as visões de mundo, representações sociais, ideologias – que ajudam a moldar os entendimentos sobre o que são “boas políticas” e “bons instrumentos de política”; os interesses - sociais e econômicos - à medida que pode ter como consequência o favorecimento ou o prejuízo a diferentes grupos; regras, que definem os procedimentos para a ação definindo competências, padrões e critérios; crenças que dão suporte às justificativas e legitimam a política; e pressuposições que sustentam premissas técnicas, comportamentais e normativas.

2.3 DESENHO DA POLÍTICA E RESPOSTA AO COVID-19

Projetos de políticas são essenciais para alcançar os resultados de políticas pretendidas por um Estado e fazem parte da alta capacidade do Estado. Pesquisas recentes relacionadas ao Vírus, associam a capacidade do Estado à formulação da política e à configuração das respostas ao COVID-19 (CAPANO et al., 2020; YEN et al., 2022). Para lidar com a crise decorrente da pandemia do COVID-19, os governos utilizaram várias ferramentas políticas, inclusive a combinação delas (CAPANO et al., 2020). No contexto do COVID-19, seriam exemplos dessas ferramentas: (1) mandatos de uso de máscara, controles de fronteira e restrição de reuniões de massa; (2) incentivos e sanções para os cidadãos-alvo, usados para encorajar ou desencorajar algumas ações; (03) fornecimento de informações ou treinamentos para ajudar a desenvolver as capacidades para lidar com o problema (emissão de avisos de viagem, aumento dos alertas de nível de risco); (04) discursos presidenciais abordando o assunto; e (05) pesquisas sobre o vírus e tratamentos eficazes.

3. CONTEXTO COMPLEXO DE IMPLEMENTAÇÃO

A implementação pode ser definida como o processo de execução da política, onde os esforços, conhecimentos e recursos são empregados para traduzir as decisões políticas em ação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Segundo Ruz (1998), o Estado utiliza os

instrumentos que têm à sua disposição para a consecução dos objetivos pretendidos, conforme decisões anteriormente tomadas:

A implementação pode ser compreendida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos mediante decisões anteriores quanto a políticas. Em outras palavras, trata-se das ações para fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente (RUA, 1998, p. 15).

Neste trabalho fizemos a opção por utilizar os seguintes conceitos e variáveis para classificar e melhor entender a complexidade da implementação em ambiente hospitalar: Discricionabilidade da linha de frente; Engajamento da linha de frente; Dilemas / conflitos entre os atores da implementação; Participação de múltiplos atores; e Feedback.

3.1 ATORES NA IMPLEMENTAÇÃO

A implementação afeta – e é afetada – por uma infinidade de atores – os quais definem problemas e soluções em um determinado domínio de políticas públicas, incluindo, inclusive, atores que atuaram nas etapas da formulação e de tomada de decisão (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). A administração da política e execução dos serviços é desempenhada de forma quase exclusiva pelos servidores públicos lotados nos órgãos das entidades governamentais (Ministérios / Secretarias / Agências). No entanto, outras formas de organizações - que variam desde empresas estatais até parcerias público-privadas, também podem ser instrumentais para a provisão de serviços relativos à implementação de políticas públicas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Embora os políticos sejam atores significativos no processo de implementação, ao lado da burocracia estatal, a maioria das atividades do dia a dia da administração está normalmente dentro da competência dos servidores públicos assalariados, ou seja, dos burocratas de nível de rua (LIPSKY, 2019).

3.1.1 Burocratas de Nível de Rua

As políticas públicas são formuladas pelas autoridades eleitas e pelos funcionários do topo da Administração Pública e são executadas pelos atores do baixo escalão. Nesse processo, os agentes implementadores são identificados como “burocratas de nível de rua” - agentes estatais que prestam seus serviços exatamente ao usuário-cidadão ou monitoram os serviços públicos prestados por terceiros (HILL, 2003). Segundo (LIPSKY, 2019, pg. 37),

burocratas de nível de rua são “os trabalhadores do serviço público que interagem diretamente com os cidadãos no decurso dos seus trabalhos e que têm poder substancial na execução de seu trabalho”. Por exemplo:

Os típicos burocratas de nível de rua são os professores, policiais e outros funcionários responsáveis pela aplicação da lei, os assistentes sociais, os juízes, os defensores públicos e outros oficiais dos tribunais, trabalhadores da saúde e muitos outros funcionários públicos que concedem acesso a programas governamentais e possibilitam a prestação de serviços dentro deles. As pessoas que trabalham nesses postos tendem a ter muito em comum, porque elas experimentam, analiticamente, semelhantes condições de trabalho (LIPSKY, 2019, p. 37).

Os burocratas de nível da rua se tornaram centrais na discussão de política pública por duas razões: em primeiro lugar, porque o debate sobre o serviço público está intrinsecamente ligado ao escopo e função destes profissionais; segundo, porque estes trabalhadores são diretamente responsáveis por mediar a relação entre Estado e cidadão, recaindo sobre eles os bônus e ônus do atendimento do serviço público (MELLO; LOTTA, 2020). A atividade desses atores impacta significativamente na vida das pessoas, ao passo que introduzem aos cidadãos as possíveis expectativas a respeito de serviços públicos e seu lugar na comunidade política; determinam a elegibilidade dos cidadãos a respeito de benefícios e sanções governamentais e supervisionam o serviço que os cidadãos recebem nesses programas, ou seja, “os burocratas de nível de rua, implicitamente, medeiam a relação constitucional ente cidadãos e Estado” (LIPSKY, 2019).

Se as leis prescrevem os comportamentos que deverão ser beneficiados ou punidos e se as legislaturas determinam a elegibilidade dos que serão afetados pelas políticas, no plano micro a aplicação das leis e a seleção dos que receberão os benefícios ou punições são dependentes da discricção dos burocratas de linha.

O poder discricionário dos operadores que atuam nos guichês, nas enfermarias, nas salas de aula e nas ruas é decisivo na execução das políticas públicas. Os recursos oferecidos pela organização estão em geral aquém dos necessários para o bom desempenho das tarefas e as regras formais não dão conta de todos os casos concretos, o que exige a intervenção discricionária dos atores do baixo escalão para que a agência funcione, distribua os bens e preste os serviços, ou seja, esta discricionariedade é condição necessária para que a política pública seja concretizada. Numa situação concreta, cabe aos burocratas de nível de rua decidir quantas pessoas serão atendidas no posto de saúde e a qualidade do atendimento na enfermaria ou no consultório.

Diante da acumulação de grande volume de demandas, da insuficiência de recursos e oprimidos pelas engrenagens do sistema burocrático, os burocratas de nível de rua podem, deliberadamente, procurar atalhos, moldando e simplificando seu trabalho, criando práticas que permitem o atendimento dos usuários segundo um padrão de qualidade minimamente aceitável (LIPSKY, 2019). Nessa linha de raciocínio, os agentes implementadores adotam ações discricionárias para garantir a aplicação das políticas no plano administrativo (BONELLI et al., 2019a). As decisões destes burocratas, que frequentemente fazem parte do contexto social em que atuam, oscilam dentro de uma margem de discricionariedade relativamente ampla, dependendo do seu grau de autonomia e da existência de regras claras e completas que delimitem comportamentos e tomadas de decisão (LOTTA, 2010; OLIVEIRA, 2012).

A literatura revela que, mesmo em momentos de normalidade, o trabalho dos burocratas de nível de rua é marcado por pressões, indecisão e sofrimentos (LIPSKY, 2019) e caracterizado por alta discricionariedade, na medida em que as regras são em geral abrangentes e demandam interpretação e adaptação para os casos reais (LOTTA, 2019). Destaca-se que, durante uma crise, os burocratas de nível de rua experimentam uma pressão maior e repentina na demanda por serviços públicos essenciais, acompanhada por uma escassez de recursos para atender às necessidades e demandas dos cidadãos (GOFEN; LOTTA, 2021).

As condições impostas pela pandemia reformularam os arranjos de entrega dos serviços públicos na área da saúde e os papéis dos burocratas de nível de rua, especialmente na discricionariedade praticada - que cresceu, permitindo maior espaço de manobra (GOFEN; LOTTA, 2021); (MØLLER, 2021). Ademais, a pandemia compeliu os burocratas de nível de rua a executar novas tarefas e/ou adaptar, com urgência, suas atividades normais do dia-a-dia (MØLLER, 2021).

3.1.2 Dilemas e Conflitos da Burocracia de Nível de Rua

A política pública não é produzida apenas pelas arenas decisórias. A esse cenário é preciso adicionar a variedade de lugares onde as políticas são feitas, como, por exemplo, “os encontros diários dos trabalhadores de nível de rua”. As decisões dos burocratas de nível de rua, as rotinas que estabelecem e os dispositivos que criam para lidar com incertezas e pressões no trabalho tornam-se efetivamente as políticas públicas que eles executam.

Como prestadores de serviços de utilidade pública e detentores da ordem pública, os burocratas de nível de rua são o foco da controvérsia política. Eles estão constantemente

divididos entre as demandas da Administração, que querem maior efetividade e responsividade, e as demandas de cidadãos, que querem mais eficácia e eficiência dos serviços públicos (LIPSKY, 2019).

No mundo ideal, os burocratas de nível de rua deveriam responder às necessidades individuais ou características específicas de cada pessoa que servem ou enfrentam. Na prática, no entanto, eles precisam lidar com os clientes coletivamente porque as exigências do trabalho proíbem respostas individualizadas. Para enfrentar esse conflito, eles aperfeiçoam o tratamento e as técnicas que proporcionam um equilíbrio aceitável entre suas aspirações e os requisitos para enfrentar as pressões no trabalho, de forma a viabilizar a aceitação de que os clientes receberam o melhor que poderia ser oferecido dadas as circunstâncias.

Ao par dos seus dilemas pessoais, os burocratas de nível de rua lidam com clientes que também vivenciam dilemas ao se submeterem ao serviço público. Um aspecto que define bem o ambiente de trabalho dos burocratas de nível de rua é que eles têm de lidar com as reações pessoais dos clientes às suas decisões, indiferentemente de aceitarem ou não as implicações. Os clientes das burocracias de nível de rua reagem furiosamente a injustiças reais ou percebidas, desenvolvem estratégias para agradar os trabalhadores, agem com gratidão e de forma exultante ou com mau humor e passividade em reação às decisões dos burocratas de nível de rua. Segundo Lipsky (2019):

Em suma, a realidade do trabalho dos burocratas de nível de rua não poderia ser mais distante do ideal burocrático de distanciamento impessoal na tomada de decisões. Pelo contrário, nas burocracias de nível de rua, os objetos das decisões críticas – as pessoas – realmente mudam como consequência das decisões (LIPSKY, 2019, p. 49).

De acordo com Ansell, Sørensen e Torfing, (2017b), os burocratas de nível de rua, para lidar com as pressões constantes e criar uma situação de trabalho tolerável, desenvolvem estratégias administrativas de enfrentamento que envolvem, por exemplo, redução da demanda por serviços, racionamento de serviços, rotinização e automação da prestação de serviços e tentativas de controle dos usuários e cidadãos que eles estão servindo. Por fim, conclui que “os burocratas de rua têm margem de manobra suficiente para influenciar significativamente a implementação de políticas públicas” (ANSELL; SØRENSEN; TORFING, 2017, p. 27).

3.2.3 Engajamento dos burocratas de nível de rua

A atuação dos burocratas de nível de rua tem uma forte influência nos resultados das políticas – principalmente por meio de seu papel como implementadores de políticas públicas (HUPE; HILL; BUFFAT, 2015). Suas práticas informais de implementação, localizadas na interface entre governo e cidadãos, influenciam diretamente na vida e destino de muitos indivíduos. O engajamento desses profissionais com a efetivação da política pública é visto como elemento central para influenciar os resultados das políticas (GIULIO; MILANO, [s.d.]). O engajamento é definido pela literatura de governança colaborativa como a capacidade de um programa de envolver as partes interessadas (destinatários, implementadores, parceiros, etc.) na prestação de um serviço público (ANSELL; SØRENSEN; TORFING, 2017).

Diversos fatores estimulam os atores a serem engajados na política, tais como tempo, conhecimentos, ambiente organizacional favorável e interesses sobre questões que afetam sua profissão. No que se refere aos atores que atuam em cuidados de saúde, a motivação para o engajamento reside ainda em uma característica peculiar: o fato de serem tanto consumidores quanto prestadores de cuidados em saúde; de estarem em contato direto com os usuários dos serviços e de pertencerem às associações de classe (FIGUEIRA, 2019). Ainda segundo a autora, o envolvimento dos agentes implementadores no desenvolvimento de políticas de saúde influencia positivamente os cuidados de saúde da população.

O conhecimento das necessidades dos usuários dos serviços públicos torna o envolvimento dos agentes implementadores potencialmente vantajosas para melhorar o bem-estar do público e promover a inclusão social. Esse envolvimento também pode beneficiar os próprios burocratas de nível de rua, à medida que eles buscam pequenos sucessos e gostam de utilizar sua discricção ao implementar a política (LIPSKY, 2019). Assim, influenciar a política tem o potencial de aumentar sua satisfação com o trabalho e a sensação de que eles têm uma influência real na vida do público-alvo. Desta forma, eles também se tornam atores na arena política (para melhor ou para pior).

O engajamento desses profissionais com a efetivação da política pública é visto como elemento central para influenciar os resultados das políticas (LAVEE; COHEN; NOUMAN, 2018). O fato dos burocratas de alto e médio escalão e dos agentes implementadores estarem envolvidos pode ser visto como uma condição prévia para sucesso da política, por outro lado, a falta de reação adequada representa per si um indicador claro de implementação falha (GIULIO; MILANO, 2021).

3.2 MODELOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Os estudos clássicos a respeito de implementação de políticas públicas, apresentam 02 (dois) modelos principais: top-down e bottom-up (HILL; HUPE, 2002). Howlett, Ramesh e Perl (2013), classificam os modelos de implementação em (03) três modelos, segundo a evolução da teoria, os quais denominaram, gerações: primeira geração (top-down); segunda geração (bottom-up) e terceira geração (policy design).

3.2.1 Modelo de Primeira Geração

A primeira geração de estudos sobre implementação, iniciados na década de 70, é caracterizada por trabalhos de natureza exploratória, tendo por principal preocupação compreender as causas do *gap* existente entre o que é planejado e o que é, de fato, executado.

O modelo top-down ou de primeira geração tem foco nas decisões do governo, nos atores políticos e administradores seniores. Caracteriza-se pela ênfase organizacional fundamentada no planejamento, na organização, na hierarquia, na centralização das decisões e descentralização da execução (SABATIER; MAZMANIAN, 2005) e apresenta uma nítida distinção entre formulação e implementação e uma forte ideia de que as organizações burocráticas funcionam pelos princípios do controle e hierarquia (CAPELLA, 2018; VAN METER; VAN HORN, 1975). Em relação ao primeiro fator, nota-se que a discricionariedade do burocrata é limitada e controlada; os burocratas e administradores públicos têm pouca flexibilidade na implementação das políticas, devendo seguir as regras/normas pré-estabelecidas pelas entidades governamentais. O segundo fator refere-se à estrutura organizacional que é fundamentada no planejamento, na hierarquia, na centralização das decisões e descentralização da execução.

O modelo é criticado por apresentar uma nítida distinção entre formulação e implementação, fato que permite que a responsabilidade por problemas ou possíveis falhas na implementação de uma política recaia sobre o implementador, deixando o formulador livre de acusações e responsabilidades (CAPELLA, 2018).

3.2.2 Modelo de Segunda Geração

Na segunda geração de estudos sobre a implementação, desenvolvida na década

de 80, os motivos do sucesso ou insucesso da execução dos programas de políticas públicas são explicados mediante a adoção de novos modelos analíticos, em virtude dos encontros que acontecem entre o Estado e os usuários, na linha de frente, onde as políticas são efetivamente aplicadas pelos burocratas implementadores (perspectiva *bottom-up*).

O modelo Bottom-up defende a ideia de uma estruturação da política a partir do cidadão. Começa na outra extremidade da cadeia de comando da implementação e exige que se leve em consideração os implementadores de balcão ou de linha de frente. Ele tem como características principais o questionamento do pressuposto fundamental da hierarquia, o modelo de desenvolvimento organizacional e de negociação. Centra-se na participação e envolvimento dos atores (que possuem maior liberdade em auto-organizar e modelar a implementação), na existência de normas de negociação, comportamento, competência e capacitação dos burocratas de nível de rua (ELMORE, 1979). Nesta perspectiva, há uma forte interação entre diversos atores e uma flexibilidade contínua da política, que se reconstrói a todo tempo (BARRET, SUZAN; FUDGE, 1981).

As críticas a esta abordagem referem-se ao fato de que o modelo não possui metas claras, como ocorre no modelo top-down, o que poderia ocasionar ambiguidade na implementação (MELLO; LOTTA, 2020).

3.2.3 Modelo de Terceira Geração

Desde o final da década de 80, uma terceira geração de estudos vem concebendo a implementação como processo que se desenvolve gradativamente por meio da interação dos vários atores envolvidos, tendo como ponto de partida as intenções de governo, ou expectativas políticas, e como ponto final a percepção do impacto das políticas públicas realizadas. Na prática, as políticas são criadas pelos agentes implementadores à medida que elas são executadas. Nessa ótica, os processos importam mais do que os planos iniciais e os resultados não podem ser previstos antecipadamente, enquanto suscetíveis a mudanças e contingências (LOTTA, 2014; OLIVEIRA, 2012).

Segundo as abordagens de terceira geração, que desenvolvem um trabalho de síntese entre perspectivas top-down e perspectivas bottom-up ou focam na relação dialética entre a formulação e a implementação (BARRETT, 2004), pode-se entender a implementação

como um processo de execução e de adaptação, mediado pelo Governo e seus agentes, das soluções desenhadas inicialmente na etapa de formulação.

A abordagem dos modelos de terceira geração, abrange a atuação dos atores envolvidos, suas capacidades, conhecimentos, a natureza do problema a ser resolvido, bem como o ambiente econômico-social-político (HOWLETT, MICHAEL; RAMESH, M; PERL, 2013). O ponto central do debate, são as questões referentes ao design da política e comportamento da implementação, ou seja, quais instrumentos garantem mais eficácia na implementação e como ocorre a escolha pública das soluções existentes, reduzindo a ênfase na atuação dos burocratas.

3.3 DINÂMICA DA POLÍTICA PÚBLICA

A política pública, em seu ciclo, está sujeita à continuidade, mudança ou interrupção. Quando uma política é bem-sucedida, ela terá continuidade; quando a política “deixa a desejar”, ela será modificada; quando uma política fracassa, ela será descontinuada. Vários fatores podem ser responsáveis pela continuidade ou mudança da política pública, ou seja, pela manutenção de políticas vigentes, sua alteração ou substituição.

A noção de dinâmica de políticas públicas é empregada em estudos que buscam identificar as mudanças na agenda, em torno de diferentes políticas públicas, durante longos períodos e em diferentes sistemas políticos. Esses estudos procuram mostrar como novas ideias, novos entendimentos sobre as questões e problemas são aceitos (ou não) em diferentes contextos nacionais. As pesquisas têm mostrado que o arcabouço teórico e metodológico desenvolvido com base nas formulações de Baumgartner e Jones (BAUMGARTNER; JONES, 1993; JONES; BAUMGARTNER, 2005, 2015) pode ser utilizado para explicações sobre estabilidade e mudança em políticas públicas. De acordo com Capella (2018), as proposições de Baumgartner e Jones oferecem uma sólida perspectiva teórica voltada ao estudo de mudanças em políticas públicas.

Nesse norte, assim como a mudança de agenda, a mudança da política pode ser explicada pelo fenômeno do feedback - “processo causal entre as escolhas de política pública em tempo 1 e as condições sob as quais a política é decidida em tempo 2” (JACOBS; WEAVER, 2010, p.3), que pode ter forma positiva ou negativa. O feedback positivo é aquele que aumenta os benefícios relativos (ou reduz os custos) das políticas presentes quando comparadas a suas

alternativas concebíveis. Já o feedback negativo teria o sinal oposto, ou seja, aumentaria os custos (ou reduziria os benefícios) das políticas presentes quando comparadas a suas alternativas.

O fato de uma política iniciar um processo de feedback positivo não significa que ela continuará completamente inalterada, mas sim que ela cria condições mais propícias à sua preservação. Feedbacks positivos também podem levar à expansão de uma política pública de modo a provocar a transformação de sua própria natureza – e, neste sentido, levam à sua descontinuidade (JACOBS; WEAVER, 2010). Dessa forma, uma situação de feedback negativo incentiva os atores a promoverem ajustes incrementais na política pública, corrigindo-a e preservando-a.

Em suma, quando a política recebe feedback positivo, significa que sua manutenção apresenta mais benefícios do que custos, portanto induz à sua continuidade (ou transformação em outra política mais abrangente); quando a política recebe feedback negativo, significa que sua manutenção apresenta mais custos do que benefícios, logo impele à mudança por meio de ajustes incrementais.

4. CAPACIDADES ESTATAIS

4.1 CAPACIDADES ESTATAIS: POLISSEMIA DE CONCEITOS

A capacidade estatal está entre os conceitos fundamentais no estudo de políticas públicas. Embora o tema seja uma grande preocupação para os governos, há divergências sobre os aspectos conceituais e de definição do assunto (XUN WU, M. RAMESH, MICHAEL HOWLETT, 2016). Encontra-se na literatura um esforço para mapear a polissemia conceitual existente, dadas as dificuldades de se estabelecer um debate entre as distintas categorias e abordagens expostas (BICHIR, 2015; GOMIDE, A, A. SILVA, F. S. E PIRES, 2014). Como aponta Cingolani (2013):

A primeira e mais saliente é talvez a dificuldade de invocar *capacidade estatal* como um conceito genérico. Há vários aspectos da capacidade, sugerindo que uma compreensão ingênua dele pode ignorar conflitos e contradições importantes. Além disso, existem definições amplas e estreitas, em que as primeiras muitas vezes não conseguem distinguir-se de outras construções como o Estado de Direito, a governança ou a qualidade do governo (CINGOLANI, 2013, p.3)

Segundo (PIRES; GOMIDE, 2016) o conceito de capacidades estatais passou por duas gerações de análise. A primeira geração do debate aborda a concepção weberiana clássica de Estado e refere-se à criação de uma ordem política e ao grau de institucionalização do Estado dentro de um território (SKOCPOL, 1985; ENGELMANN, 1976; LEVI, 1988). Nessa perspectiva a capacidade estatal pode ser definida “como um conjunto de normas e regras que tornam os governos soberanos, apoiados por aparatos coercitivos, que é a base para uma administração pública” (FILGUEIRAS; KOGA; VIANA, 2020, p. 2). Assim, em um nível macro, o conceito de capacidade estatal está relacionado às ações que o Estado executa para assegurar sua autonomia, arrecadar impostos e gerenciar conflitos, objetivando transformar as suas sociedades e economias. Para a segunda geração de estudos, o conceito de capacidade estatal “é utilizado para entender como o aparelho estatal produz resultados para a sociedade e para a economia por meio de políticas públicas” (FILGUEIRAS; KOGA; VIANA, 2020, p. 2). Essa abordagem procura refletir sobre as capacidades que os Estados possuem (ou não) para atingir, de forma efetiva, os objetivos que pretendem por meio de suas políticas públicas, com a provisão de bens e serviços públicos (EVANS, 1995; SKOCPOL, 1985). Dessa forma, em um nível micro, a concepção de capacidade estatal está associada à capacidade de identificação de problemas, de formulação de soluções, de execução de ações e de entrega dos resultados.

Apesar das diferenças de escopo e do nível de abstração entre essas duas gerações de estudos, a literatura sobre as capacidades do Estado pode ser amplamente caracterizada por uma preocupação com as habilidades e competências do Estado para estabelecer seus objetivos e realizá-los (PIRES; GOMIDE, 2016). Nesse sentido, o estudo das capacidades estatais lança luz sobre a forma como recursos, atores, instituições e processos são mobilizados e combinados na produção de políticas públicas.

4.2 CAPACIDADES ESTATAIS: POSSIBILIDADES DE CATEGORIZAÇÃO ANALÍTICA

As possibilidades de categorização analítica das capacidades estatais são várias, e não há consenso na doutrina acerca dos tipos de capacidades abarcadas pelo ente estatal no desempenho de suas atribuições. Souza (2010) olha para três diferentes tipos de capacidades: as capacidades financeiras, as capacidades infraestruturais (ou burocráticas) e capacidade territorial (ou capilaridade das políticas). Nessa abordagem, as capacidades financeiras se referem aos recursos necessários para executar os objetivos das políticas públicas, tais como o orçamento; as capacidades burocráticas se referem ao corpo administrativo disponível e seu

nível de capacitação; e a capacidade territorial diz respeito ao alcance ou capilaridade das políticas, ou seja, à capacidade de coesão e adesão no território nacional.

Gomide e Pires (2014) depuseram o conceito de capacidades estatais em duas dimensões: técnico-administrativa e político-relacional, mensurando-as por meio de indicadores. De acordo com os autores a capacidade técnico-administrativa diz respeito à presença de burocracias profissionalizadas; funcionamento de mecanismos de coordenação governamental e existência de procedimentos de monitoramento da implementação da política. Já a capacidade político-relacional se refere à interação institucionalizada entre atores burocráticos e do sistema político; existência de mecanismos institucionalizados de participação social e presença de fiscalização de agências de controle (GOMIDE, A, A. SILVA, F. S. E PIRES, 2014).

As habilidades das burocracias estatais são analisadas por Pereira (2014) através da criação de canais de diálogo efetivos com os grupos sociais afetados pelas políticas (capacidade participativa), da possibilidade das agências levarem adiante suas escolhas políticas (capacidade decisória) e das decisões tomadas deliberadamente por duas ou mais agências (coordenação interburocráticas). Conforme a autora, a relação entre burocracias e grupos sociais é um fator que pode fortalecer ou enfraquecer as políticas públicas, bem como construir novas capacidades estatais.

O Quadro abaixo reúne as capacidades identificadas na revisão da literatura, classificando as capacidades estatais segundo sua tipologia.

Quadro 1. Capacidades Estatais Segundo sua Tipologia

Capacidades técnico-administrativas	Conjunto de recursos humanos, financeiros e tecnológicos do Estado, incluindo também os mecanismos de coordenação intragovernamental.	GOMIDE, SILVA & PIRES, 2014
Capacidades financeiras	Recursos necessários para executar os objetivos das políticas públicas, tais como o orçamento.	SOUZA, 2010
Capacidades burocráticas	Corpo administrativo disponível e seu nível de capacitação.	SOUZA, 2010

Capilaridade das políticas	Alcance territorial, ou seja, capacidade de coesão e adesão no território.	SOUZA, 2010
Capacidades políticas	Inclusão de múltiplos atores, à negociação de interesses, à busca por consensos, e à formação de coalizões que deem suporte às políticas adotadas.	GOMIDE, SILVA & PIRES, 2014
Capacidades político-relacionais	Habilidade da burocracia do Executivo em expandir os canais de inclusão, interlocução e negociação com os diversos atores, processando conflitos e prevenindo a captura por interesses específicos.	GOMIDE, SILVA & PIRES, 2014
Capacidade participativa	Criação de canais de diálogo efetivos com os grupos sociais afetados pelas políticas.	PEREIRA, 2015
Capacidade decisória	Possibilidade das agências levarem adiante suas escolhas políticas.	PEREIRA, 2015
Coordenação interburocrática	Decisões tomadas deliberadamente por duas ou mais agências.	PEREIRA, 2015

Fonte: Gabriela D'Amaral, 2018.

Como visto, as definições de capacidade estatal difundidas na literatura dizem respeito ao poder de ação do Estado para a produção de políticas pelas burocracias públicas. Embora com novas categorias e um leque maior de habilidades, as definições do conceito compartilham da mesma ontologia, trazendo uma variedade de denominações que servem de invólucro para atributos secundários semelhantes.

4.3 CAPACIDADES PARA A PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O conceito de capacidade estatal no âmbito da produção de políticas públicas, está relacionado à “formação e armazenamento de competências e habilidades da burocracia estatal para implementar políticas e construir serviços” (FILGUEIRAS; KOGA; VIANA,

2020, p. 2). Convém salientar, todavia, que a capacidade estatal é dinâmica, não é simplesmente um estoque de recursos presentes no Estado. Nesse sentido, as capacidades estatais caracterizam-se pela habilidade de se reconfigurar e adaptar a ambientes em mudança, de modo que as variáveis políticas, institucionais, ideias e perspectivas sobre diferentes questões são muito importantes para se entender como determinada política é produzida.

Trabalhos mais recentes que utilizam o conceito de capacidade estatal na análise de políticas públicas, centram suas investigações em duas dimensões (PIRES; GOMIDE, 2016). A primeira vinculada à questão técnico-administrativa, envolve recursos humanos, incluindo a profissionalização da burocracia, considerando autonomia, capacitação e recursos disponíveis, instrumentos de coordenação intra e intergovernamentais e estratégias de monitoramento e avaliação das ações. A segunda dimensão concernente à capacidade político-relacional, inclui mecanismos de interação das burocracias do Executivo com atores do sistema político-representativo, organizações não estatais, canais institucionalizados nos processos decisórios e articulação com os órgãos de controle interno e externo, ou seja, a capacidade da burocracia de interlocução e negociação com outros atores (EVANS, 1995; PETERS, 2015; BONELLI et al., 2019; CINGOLANI, 2013; FILGUEIRAS; KOGA; VIANA, 2020; GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2018; PIRES; GOMIDE, 2016).

Estudos mostram que a existência de capacidades técnico-administrativas e político relacionais qualificadas podem influenciar positivamente tanto a implementação quanto o resultado das políticas públicas (SEGATTO; MACIEL; ABRUCIO, 2021). Supõe-se que no Estado a capacidade é um preditor do desempenho da implementação e, em teoria, quanto maiores as capacidades do Estado, maior a eficácia das políticas públicas (BONELLI et al., 2019; FILGUEIRAS; KOGA; VIANA, 2020).

Os elementos de respostas a crises bem-sucedidas exigem maiores capacidades do Estado. Reações políticas eficazes requerem análise de informações, mobilização de recursos, coordenação de agências governamentais e sociais, implementação adequada de políticas e conformidade do cidadão. Durante a pandemia, as capacidades estatais representaram um fator importante para o enfrentamento da crise. Os Governos com alta capacidade mostraram-se mais propensos a responder proativamente ao COVID-19, mobilizar e coordenar recursos nacionais em suas respostas políticas e empregar uma gama diversificada de ferramentas políticas nos tipos de eventos políticos escolhidos. Nesse caso, a alta capacidade estatal sugere uma maior probabilidade de atingir os objetivos políticos

pretendidos (YEN et al., 2022).

5. APRENDIZAGEM

Entende-se por aprendizagem o fenômeno de aproveitamento do conhecimento, das informações e ideias, gerados pelo processo da política de modo a responder às demandas e suportes no sentido de se reorganizar em busca dos objetivos da política pública. Segundo Dunlop e Radaelli (2013, p 599) a aprendizagem é "a atualização de crenças com base em experiências vividas ou testemunhadas, análise ou interação social".

Para abordar o tema, optamos por utilizar as seguintes variáveis: ocorre aprendizado durante o processo de formulação e implementação de políticas públicas; como se aprende; quem aprende; e o que se aprende.

5.1 APRENDIZAGEM DA POLÍTICA PÚBLICA

Assim como acontece com outros conceitos na Ciência Política, o conceito de aprendizagem política não é pacífico. Para alguns autores a aprendizagem é uma atividade “endógena” – cuja fonte e motivação se encontram no interior dos processos políticos existentes (HALL, 1993). Para outros, é uma atividade "exógena", externa, menos consciente, que muitas vezes ocorre como resposta do governo a alguma espécie de mudança externa em um ambiente político (HECLO, 1976). De acordo com Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 225) as duas definições diferem quanto à abordagem, entretanto, exprimem a mesma relação entre aprendizagem e mudança política:

As duas definições descrevem a mesma relação entre policy learning e policy change, mas diferem de forma substancial em sua abordagem ao problema. Para Hall, a aprendizagem é parte do processo normal da política pública, em que os policy-makers tentam compreender por que certas iniciativas podem ter alcançado êxito enquanto outras falharam. Se as políticas mudam em consequência da aprendizagem, o ímpeto em favor da mudança se origina dentro do processo político normal do governo. Hecló, por sua vez, vê a aprendizagem política como uma atividade empreendida pelos policy-makers em grande parte como reação a mudanças nos "ambientes" políticos externos. Na medida em que o ambiente muda, os policy-makers têm que se adaptar para que suas políticas tenham êxito.

Seja a aprendizagem uma atividade endógena ou exógena, fato é que o aprendizado de políticas se refere à forma como o conhecimento que vem das experiências passadas, análises e interação social são consideradas e postas em prática por atores políticos, com a finalidade de adaptar e/ou reorientar a política pública.

Várias teorias acerca da aprendizagem tentam explicar os fatores da mudança política. Tais teorias, abordando a complexa relação entre poder e conhecimento no processo político, consideram as mudanças de ideias como um fator central na compreensão da mudança política (GRIN; LOEBER, 2017). As teorias de aprendizagem de políticas apresentam múltiplas abordagens, as quais empregam diferentes conceituações que não podem ser facilmente reduzidas a uma definição abrangente (BENNETT; HOWLETT, 1992). As perguntas clássicas formuladas na literatura para distinguir entre as abordagens predominantes, podem ser assim sintetizadas: "por que o aprendizado acontece"; "como o aprendizado acontece"; "Quem aprende"; e "qual o efeito da aprendizagem". (DUNLOP, CA; RADAELLI, 2013; GRIN; LOEBER, 2017).

Dunlop e Radaelli (2013), fixaram quatro contextos de aprendizagem, levando em consideração os cenários nos quais as decisões políticas são tomadas, a saber: (1) contexto hierárquico; (2) contexto barganhado; (3) contexto reflexivo; e (4) contexto epistêmico. Grin e Loeber (2017), considerando a arena onde o processo político se desenvolve e os atores envolvidos, propõem a análise da aprendizagem política segundo dois contextos: (1) contexto territorial - arena onde o processo político se desenvolve; e (2) contexto institucional - atores da aprendizagem.

5.2 CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM SEGUNDO DUNLOP E RADAELLI

5.2.1 Aprendizagem em Contexto Epistêmico

Em contextos epistêmicos a aprendizagem é fundamentada no conhecimento técnico especializado existente acerca do assunto, e decorre da interação entre especialistas e atores políticos. Em um cenário de incerteza a respeito da tratabilidade do problema, a presença de um corpo de especialistas capazes e dispostos a interagir com os formuladores de políticas, e a assumir um papel adequado no processo político, fornecem as condições que facilitam a transmissão de ideias de resolução de problemas (DUNLOP; RADAELLI, 2018).

Para que a aprendizagem seja experimentada nesse contexto, exige-se que os especialistas possuam certificação social, ou seja, que naquele tempo e lugar, eles sejam reconhecidos como competentes, tecnicamente qualificados. Além disso, para absorver novos conhecimentos, os tomadores de decisão devem estar preparados para aprender, ou seja, na arena política, o sistema deve estar pronto para aceitar novas informações.

5.2.2 Aprendizagem em Contexto Reflexivo

A aprendizagem reflexiva é baseada no diálogo. Na arena política, este contexto desencadeia a aprendizagem se houver uma predisposição para ouvir o que os outros têm a dizer e para reconsiderar as suas preferências. Segundo Dunlop e Radaelli (2018), para que o diálogo aconteça devem estar presentes duas condições: (1) incerteza radical e (2) ausência de um ator predominante. Nesse caso, é provável que os atores se engajem em políticas públicas misturando seus fragmentos individuais de evidência / experiência incompleta com argumentos e valores. Isso torna a razão e o consenso social possíveis (HABERMAS, 1984).

No contexto da reflexividade, por meio do diálogo aberto, o objeto do aprendizado são as normas sociais. Ao explorar e, frequentemente, redefinir as normas sociais e as identidades nelas vinculadas, os atores políticos geram um novo consenso e novas definições do que é apropriado. Portanto, esse aprendizado profundo está associado à mudança de política paradigmática (HALL, 1993).

5.2.3 Aprendizagem em Contexto Barganhado

Para que ocorra a aprendizagem como subproduto da negociação, a questão a ser enfrentada deve ser eminentemente tratável e de autoridade plural (DUNLOP; RADAELLI, 2018). Vale dizer, a administração pública deve ter um repertório de soluções, algoritmos ou formas de fazer as coisas e deve haver múltiplos atores envolvidos na política. Logo, os atores precisam descobrir onde está a fronteira da negociação eficiente, e não como lidar com a incerteza radical. Entender onde uma controvérsia política está situada neste espectro é crucial para o sucesso da negociação.

O aprendizado por meio da negociação, serve, essencialmente, para lições sobre (1) preferências e (2) custos da cooperação. No primeiro caso, os formuladores de políticas, grupos de pressão, tomadores de decisão aprendem sobre a composição de preferências em uma questão, os resultados salientes em torno dos quais as partes podem se unir e sobre os pontos de ruptura. No segundo, os atores políticos aprendem sobre o custo de se chegar a acordos. Onde os problemas de política são sensíveis ao tempo, os atores têm a perder se a negociação parecer se estender indefinidamente e podem ajustar radicalmente suas posturas para garantir um fechamento mais rápido.

5.2.4 Aprendizagem em Contexto Hierárquico

A aprendizagem no contexto hierárquico tem como finalidade específica definir os papéis, estabilizar as expectativas, permitir o monitoramento dos processos e sancionar comportamento não conformes. A premissa fundamental da aprendizagem no contexto hierárquico é o reconhecimento de que os sistemas baseados em regras podem ser formais ou informais, contidos em instituições ou simplesmente acreditados e confiáveis por uma sociedade (DUNLOP; RADAELLI, 2018). Embora a hierarquia seja caracterizada pela obediência a comandos e instruções, nesse contexto os atores aprendem sobre o escopo das regras, sua flexibilidade e o que acontece quando elas não são seguidas.

5.3 CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM SEGUNDO GRIN E LOEBER

5.3.1 Aprendizagem em Contexto Externo: transferência de política

A teoria da transferência de política se concentra na aprendizagem importada de um domínio para outro, ou seja, na transferência de insights e informações entre domínios de políticas que estão a alguma distância uns dos outros no tempo e/ou no espaço (GRIN; LOEBER, 2017). Essa teoria parte do pressuposto de que os problemas de política normalmente são comuns. Dessa forma, os formuladores de políticas podem se valer de insights obtidos em outros lugares para resolução de problemas semelhantes. Richard Rose, convencido de “que problemas que são únicos (...) são anormais”, sustenta que os formuladores de políticas podem aprender com as experiências de seus homólogos em outras cidades, governos regionais ou nacionais sobre problemas comparáveis que os ajudarão a lidar melhor com suas próprias questões (ROSE, 1991, p. 4).

Nesse caso, a aprendizagem decorre de considerações práticas e experiência na formulação de políticas (ROSE, 1991). Contudo, ela é influenciada pela forma por meio da qual as experiências (passadas e em outros domínios) são invocadas pelos formuladores de políticas por meio de raciocínio associativo, reconstrução de memórias e ancoragem de raciocínio incremental em algum ponto de partida particularmente escolhido. Como consequência da aprendizagem derivada da transferência de política, a utilização do conhecimento acerca de políticas, programas, instituições, ideologias, atitudes, ideias e ideais, produzido em outras arenas, pode influenciar e/ou alterar o desenvolvimento e implementação de políticas públicas, provocando a mudança da política.

5.3.2 Aprendizagem em Contexto Interno

5.3.2.1 Aprendizagem Social

A teoria da aprendizagem social foi inicialmente desenvolvida objetivando mostrar a formulação de políticas de uma forma que desse a devida atenção tanto aos desenvolvimentos sociais quanto ao "aparelho" do Estado (HALL, 1993). Posteriormente, acréscimos foram feitos à teoria para identificar que a mecânica da aprendizagem e mudança de políticas é influenciada por outros fatores como as abordagens de rede e ciclo de feedback (GRIN; LOEBER, 2017), indicando como os atores e as redes mudam o ambiente por meio de resultados e implementação de políticas.

A aprendizagem social é definida como “uma tentativa deliberada de ajustar os objetivos ou técnicas da política em resposta à experiência do passado e novas informações” (HALL, 1993). Para o autor, a aprendizagem social possui três características centrais: (1) o tempo; (2) os atores; e (3) a capacidade estatal. O tempo, porque a política que está sendo operacionalizada é afetada pela política que existia anteriormente; os agentes, no sentido de que o processo é impulsionado pelos especialistas dentro do Estado ou aqueles localizados na "interface entre a burocracia e os enclaves intelectuais da sociedade” em um determinado domínio; a capacidade estatal, porque o Estado deve ser capaz de agir de forma autônoma da pressão da sociedade. Quando a política muda conforme resultado desse processo, há indicação de que a aprendizagem ocorreu.

5.3.2.2 Quadro de Coalização de Defesa

A segunda teoria de aprendizagem em domínio único - Advocacy Coalition Framework (ACF), tem sido a abordagem mais debatida e empregada para compreender a aprendizagem orientada por políticas (GRIN; LOEBER, 2017).

Para (DIAS, 2009), as coalizões de defesa (Advocacy Coalition Framework - ACF) "podem ser entendidas como grupos de atores que se organizam, formal ou informalmente, com o objetivo de exercer pressão sobre uma determinada política pública, e assim, influenciar seu resultado". Esse modelo enfatiza aspectos como o aprendizado e o comportamento das coalizões envolvidas, bem como as alterações na política, em longos períodos de tempo.

A ACF não entende os processos políticos como meras disputas entre interesses antagônicos, mas sim como processos de aprendizagem. Oliveira (2011) destaca que a Coalisão de defesa considera que a aprendizagem é facilitada pelo debate instruído - “advogando a favor de suas convicções, os atores entram em processos de aprendizagem e tentam traduzir seus ideais em políticas”. Ao enfatizar a necessidade de que ambos os lados do debate tenham capacidades técnicas apropriadas, a aprendizagem passa a exigir fóruns relativamente apolíticos "nos quais os especialistas das respectivas coalizões seriam forçados a se confrontarem uns com os outros" (SABATIER, 1987). Assim, a aprendizagem experimentada durante o processo político é compartilhada pelos diversos atores envolvidos e as informações técnicas oriundas dos debates realizados pelos atores políticos e, notadamente pelas coalizões de advocacia, podem causar uma influência significativa no processo político, podendo inclusive ocasionar uma mudança na política (SABATIER, 1988).

5.3.2.3 Aprendizagem na Implementação

A terceira teoria de aprendizagem entre domínios específicos, trata da aprendizagem ocorrida durante a implementação de políticas públicas – processo de execução a política. Sendo a implementação entendida como um processo dinâmico de compreensão mútua de objetos de políticas entre formuladores, implementadores e grupos-alvo, os debates realizados na arena política, em torno das ideias e objetivos da política que se intenta implementar, podem produzir uma congruência de significado entre os atores. Nessa perspectiva, a implementação de uma política pública deve ser vista com vetor que enfatiza a aprendizagem, evolução e adaptação da política.

A implementação da política, nesse contexto, não pode ser compreendida de forma simples e linear, sendo melhor representada por redes complexas, compostas por atores que dão sustentação à política e por 'elos críticos', que representam os pontos no tempo onde questões referidas ao processo de sustentação política dos programas, de coordenação interinstitucional e de capacidade de mobilizar recursos institucionais se conjugam (SILVA; MELO, 2000). Nesse momento de conjugação, para esses autores, produz-se uma espécie de 'crise', concretizada no processo de tomada de decisão por um ator estratégico, cujo desenlace impele o programa em uma nova direção. Assim, a visão da implementação enquanto

aprendizado e articulada em uma rede de atores constitui um quadro de referências que permite uma representação mais consistente dos mecanismos de implementação de políticas.

5.3.3 Aprendizagem em Contexto Institucional

As teorias sobre a aprendizagem normalmente se concentram nos governos como o lugar da mudança e pressupõem que o formulador de política individual ou o analista de política seja o sujeito da aprendizagem. Todavia, o aspecto organizacional da aprendizagem não pode ser desconsiderado, uma vez que os processos de aprendizagem orientada para políticas geralmente implicam uma mudança na ação organizacional (GRIN; VAN DE GRAAF, 1996; LEE; HWANG; MOON, 2020).

A aprendizagem organizacional pode ser definida como um processo de “criar, reter e transferir conhecimento dentro de uma organização” (ARGOTE, 2011, p. 441). Como Argote (2011) apontou, uma organização se desenvolve à medida que ganha experiências de aprendizado organizacional, refletindo sobre falhas passadas, acumulando fatores de sucesso e fracasso e compartilhando essas informações para ter um melhor desempenho e reduzir a possibilidade de falha na próxima vez.

De início as teorias sobre a aprendizagem em uma organização tinham foco no contexto individual e tratavam as organizações como atores singulares da aprendizagem (SENGE, 1990). Posteriormente, o foco tradicional muda para abordar os processos de aprendizagem no nível do coletivo (GRIN; LOEBER, 2017). Em conformidade com a primeira teoria, a aprendizagem é vista como um ato individual. Nesse nível, são ponderadas as considerações teóricas, normativas e empíricas que os profissionais trazem para suas atividades de resolução de problemas. De acordo com a segunda teoria, a aprendizagem é vista como um ato coletivo e não como um ato individual. Nessa perspectiva, a aprendizagem é percebida como um processo de transformação de significados e identidades dentro de comunidades, isto é, dentro um grupo identificável de pessoas que interagem regularmente em relação a algum problema ou objetivo compartilhados e que aprendem com seu envolvimento mútuo sobre como melhorar sua prática.

Vale salientar que, Segundo Wenger (1998), a dicotomia entre aprendizagem individual e aprendizagem coletiva é irrelevante, devendo o aprendizado ser entendido em

termos de continuidade e descontinuidade das práticas ao longo do tempo, dentro de uma organização.

5.4 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

As teorias da aprendizagem nas ciências políticas apresentam um domínio de pensamento altamente dinâmico. Entretanto, permanece estável o dogma segundo o qual as experiências políticas passadas estão intimamente associadas às memórias institucionais e à aprendizagem política (BENNETT; HOWLETT, 1992).

São atores da aprendizagem tanto os indivíduos quanto as organizações (GRIN; VAN DE GRAAF, 1996; LEE; HWANG; MOON, 2020). As capacidades estatais são fundamentais para uma aprendizagem eficaz e, eventualmente, para resultados organizacionais e institucionais.

A aprendizagem organizacional está relacionada à capacidade do Estado de se adaptar, com sucesso e eficácia, a um ambiente de mudança e/ou crise (SENGE, 1990). A construção de capacidades políticas organizacionais é um desafio sustentado pelas relações de aprendizagem que existem entre os principais atores da política pública. Na construção de capacidade por meio de aprendizagem de políticas, há uma troca fundamentalmente dinâmica entre os atores da governança - onde diferentes ambientes de aprendizagem permitem que novas capacidades sejam adquiridas, e a capacidade, que por sua vez, permite a aprendizagem e mudança de políticas (ETHEREDGE; SHORT, 2007; SENGE, 1990). Desse modo, as relações de aprendizagem são interações bidirecionais, na qual a construção de capacidade envolve os entendimentos que todas as partes da governança podem gerar por meio de suas inter-relações.

A capacidade de adquirir conhecimento aumenta a flexibilidade estratégica e o grau de liberdade das organizações para se adaptar a ambientes dinâmicos, e permite que eles direcionem seu foco para o conteúdo ou objetivos de suas atividades (os mecanismos de ensino lançam luz sobre as relações de causa e efeito e como as evidências disponíveis podem ser vinculadas aos resultados de políticas desejados). O que é aprendido por essas estruturas sociais pode ser usado para adaptar os objetivos das políticas e (re) orientá-los para a sociedade.

CAPÍTULO II – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, E AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

A criação do Sistema Único de Saúde brasileiro é resultado de uma série de fatores observados pelos atores sociais do setor de saúde. Inicialmente, a organização dos serviços de saúde no Brasil encontrava-se restrita ao atendimento médico relacionado ao vínculo empregatício e a gratuidade de assistência médico-hospitalar oferecida por organizações filantrópicas, gerenciadas, em regra, por instituições religiosas (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

Em 1930 surgiram os Departamentos Estaduais de Saúde, embriões das futuras Secretarias Estaduais de Saúde, que iniciaram a implantação de postos e centros de saúde para combater as doenças infecto contagiosas nos Estados. Até essa época, a atuação do Estado no setor da saúde restringia-se ao amparo para o desenvolvimento econômico, provendo parte do financiamento e gerenciamento da atenção médico hospitalar dos trabalhadores assalariados e atuando no combate a epidemias. Em 1933, foi implantado o Instituto de Aposentadoria e Pensão – IAPS, entidade estruturada por categorias de profissionais.

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, na gestão de Getúlio Vargas, devido ao crescimento das ações de saúde pública, e, conseqüentemente, a necessidade de organização de sua gestão. Nessa época, a população dispunha de três vias, no que concerne ao tratamento de saúde: (1) prover com recursos próprios os serviços de saúde; (2) participar do pagamento dos serviços de saúde, através das caixas de assistência e institutos de aposentadoria (IAPs), caso restrito aos empregados; (3) buscar o atendimento gratuito realizado pelas Santas Casas de Misericórdia, responsáveis principalmente pelo atendimento aos pobres e indigentes.

Para suceder ao IAPs, criou-se em 1965 o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, que por sua vez foi substituído em 1978 pelo INAMPS – Instituto de Assistência Médica da Previdência Social.

Não obstante as manobras legislativas descritas, os Institutos desenvolviam uma medicina de baixa tecnologia para a população carente, incapaz de resolver o problema de acesso aos centros médicos e hospitais e saúde básica. Nesse cenário, o movimento de redemocratização do País, aliado a movimentos sociais que buscavam ampliação de acesso e

condições básicas de saúde para a população, influenciaram no desenho do Sistema Único de Saúde – SUS (SILVA, 2010).

Sob esse contexto, o Sistema Único de Saúde – SUS, foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pela Lei nº 8.080/1990. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, trata o acesso à saúde, através de um sistema único, como um direito social (BRASIL, 1988a). Vejamos:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com fulcro nos ditames constitucionais, foi editada a Lei nº 8080/1990 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990), traz em seu bojo os seguintes princípios e diretrizes: universalidade de acesso; igualdade na assistência; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa. In verbis:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a [Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013](#).

Depreende-se da legislação acima transcrita que o SUS é um sistema de saúde pública, gerenciado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção de cada esfera do governo e controle da sociedade. A partir dessa regulamentação, os serviços privados e filantrópicos passam a ser complementares ao Sistema Único de Saúde, através da subordinação da legislação e diretrizes do SUS.

As funções do Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com a legislação vigente, são regular, fiscalizar, controlar e executar as ações e serviços de saúde (CARVALHO, 2013). A função regulatória é exercida mediante a emissão de regulamentos que disciplinam as ações e serviços de saúde nos sistemas públicos e privados. A função de fiscalização alia-se à função de controle e, ambas, consistem na avaliação e comparação do que se observa na prática com o que foi estabelecido anteriormente, ou seja, se as metas foram cumpridas, se a aplicação dos recursos foi eficiente e se o programa atingiu seus objetivos. A função executiva, consiste na realização das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica, propriamente dita.

Especificamente, quanto à gestão do Sistema, observa-se que em decorrência do movimento de Reforma Administrativa do Estado, a gestão do SUS, desde sua criação, foi direcionada para o modelo de parceria com a iniciativa privada, conforme artigo 199, § 1º, da Constituição Federal (BRASIL, 1988a), que estabelece:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

(...)

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Verifica-se que os princípios basilares do Sistema Único de Saúde – SUS, prescritos na Constituição Federal de 1988, foram as diretrizes usadas para a produção da legislação infraconstitucional referente às parcerias público-privadas em unidades hospitalares. Nesse cenário, no final da década de 1990 foram editadas as primeiras leis dispendo sobre a formação de parcerias público-privadas no Brasil, trazendo novos modelos de gestão, sobretudo para as unidades hospitalares, considerando a complexidade do processo de gerenciamento dessas entidades.

2. PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS

As parcerias público-privadas – PPPs, são apresentadas geralmente como uma estratégia inovadora. Contudo, a ideia de parcerias para o desenvolvimento não é nova. Ela teve origem na Europa, diante dos desafios encontrados pela Inglaterra na busca de caminhos para fomentar investimentos sem comprometer os escassos recursos públicos (CASTELO BRANCO, 2013).

As parcerias público-privadas integram o gênero das parcerias na Administração Pública, em que Poder Público se associa com terceiros, públicos ou privados, para a prestação de utilidades públicas à coletividade ou ao auxílio no desenvolvimento das atividades-meio à Administração que servem de substrato para o atendimento das finalidades públicas.

Pode-se conceber duas grandes linhas de abordagem em torno do termo “*parceria*”. Em um sentido amplo, parceria público-privada é todo ajuste que a Administração Pública de qualquer nível de governo celebra com um particular para viabilizar programas voltados ao desenvolvimento socioeconômico do país e ao bem-estar da sociedade, como são os consórcios públicos, os contratos de gestão firmados com as organizações sociais, os termos de parceria firmados com as organizações da sociedade civil de interesse público e mesmos esquemas mais clássicos, mas cada vez mais empregados na gestão pública, como os convênios e as concessões comuns. Em sentido estrito, a parceria público-privada refere-se aos contratos celebrados entre Administração Pública e particulares com o objetivo de regular a prestação de serviços públicos ou a execução de serviços públicos precedidos de obras públicas ou, ainda, a prestação de serviços em que a Administração Pública é sua usuária direta ou indireta, respeitando sempre o risco assumido, mediante remuneração, notadamente, os modelos de parceria previstos na Lei 11.079/2004.

De acordo com Torchia, Calabrò e Morner (2015), o termo parceria público-privada - PPP é utilizado de forma ampla, como um “guarda-chuva” que abriga diferentes relações de colaboração entre atores públicos e privados para o alcance de objetivos (supostamente) comuns.

No direito comparado, a noção de parceria público-privada é dotada dessa maior amplitude, abrangendo qualquer colaboração estabelecida entre poder público e entidades privadas, como ocorre, por exemplo, na Inglaterra e em Portugal.

Nesta dissertação, será adotado o conceito de parceria público-privada em sentido amplo, haja vista que uma de suas espécies – as Organizações Sociais de Saúde, que celebram contratos de gestão com o Poder Público serão objeto de estudos específicos.

2.1 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

De acordo com (BRESSER PEREIRA, 1997), as Organizações Sociais - OS “são um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica”. As organizações Sociais de Saúde – OSS, constituem uma inovação institucional, embora não representem uma figura jurídica nova, e inserem-se no marco legal vigente sob a forma de associações civis sem fins lucrativos. Estão, portanto, fora da administração pública como pessoa jurídica de direito privado. Executam atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, na pesquisa científica e no desenvolvimento tecnológico, na proteção e preservação do meio ambiente, na cultura e na saúde.

No final da década de 1990 foram editadas as primeiras leis regulamentando a qualificação de entidades privadas como Organizações Sociais - Lei Federal nº 9.637/1998 e Lei Complementar nº 846/1998, do Estado de São Paulo. No âmbito do Estado de Goiás, a matéria é tratada pela Lei nº 15.503, de dezembro de 2005.

A formulação e promulgação desse aparato legislativo, teve como marco orientador o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE. documento que estabelece diretrizes e desenhos institucionais para o desenvolvimento de atividades ligadas ao Estado, com base no paradigma da Nova Gestão Pública. Esse documento expressava uma redefinição do papel do Estado, o qual não teria mais a responsabilidade direta no

desenvolvimento social e econômico, por meio da produção de bens e serviços, restringindo sua atuação ao financiamento e à regulação das atividades.

A Lei Federal nº 9.637/1998, dispõe, em seu artigo 1º, que poderão ser qualificadas como Organizações Sociais – OS, “as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (BRASIL, 1988b).

Em relação à rede hospitalar, a parceria entre o Poder Público e a iniciativa privada estabeleceu um novo formato de administração de equipamentos e serviços públicos. Nesse particular, a função administrativa de hospitais públicos foi delegada à Organizações Sociais de Saúde (OSS), através de Contratos de Gestão.

As vantagens competitivas observadas pelo modelo OSS, tais como, maior autonomia na contratação de seus recursos humanos e capacidade de usar esta autonomia para promover rápida reposição de pessoal e explorar, com base nesta autonomia, uma maior capacidade de utilização destes recursos, foram fundamentais para o enfrentamento da pandemia. O nível de autonomia administrativa e financeira concedido às OSS, tanto para aquisição de bens e serviços quanto para contratação de recursos humanos, permite que, dentro dos limites orçamentários estabelecidos, sejam feitos todos os arranjos institucionais que garantam o melhor uso possível dos recursos destinados. Segundo Bresser Pereira (1997):

As Organizações sociais apresentam vantagens sobre outras formas de organizações estatais, haja vista que gozam de maior autonomia administrativa dentro do aparelho estatal, notadamente, no que se refere à contratação de pessoal, aquisição de produtos e flexibilidade orçamentária e financeira ((BRESSER PEREIRA, 1997).

As “novas formas de contrato”, utilizadas pelas Organizações Sociais mudam os mecanismos de ingresso e de manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho. O ingresso dos profissionais dos setores administrativo, médico e de enfermagem dá-se mediante processo seletivo, ancorado, principalmente, em análise de currículo e entrevistas para identificação do perfil do candidato, ou seja, as formas de contratação tornaram-se mais ágeis. Todos os admitidos na organização têm seus vínculos de trabalho ordenados segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Sob a regência das Leis do Trabalho aplicadas à iniciativa privada, os processos de descontração também são simples. Assim, da mesma forma em que a progressão funcional é implementada com um forte componente de informalidade,

com base na avaliação do desempenho do funcionário realizada pelas chefias imediatas, o mesmo ocorre com o desligamento do empregado, caso esse desempenho se mostre insuficiente. Vale dizer, o gerenciamento das relações de trabalho, no âmbito das organizações sociais são facilitadas pelos processos de contratação e/ou descontração. A forma menos burocratizada com que estas questões são tratadas, traz implicações sobre os níveis de eficiência destas organizações, e, conseqüentemente, podem ter impactado na resposta ao COVID-19.

O cenário de pandemia mundial ocasionada pelo Coronavírus, trouxe a unidade hospitalar para o centro de muitas das problemáticas relacionadas ao atendimento à saúde. Mostrou também que a parceria entre as Organizações Sociais de Saúde (OSS) e o Poder Público tem sido fundamental para atender as necessidades da população, que requer uma gestão capaz de lidar com a escassez de recursos e aumento da demanda por atendimento, ou seja, exigindo a criação de novas estratégias de implementação de políticas públicas na área da saúde.

A partir de fevereiro de 2020, a pandemia se espalhou rapidamente pelo Brasil. A emergência em saúde pública foi agravada pelo aparecimento de novas variantes do vírus, falta de leitos hospitalares, respiradores e o atraso de compra de vacinas. Nesse cenário, as Organizações Sociais de Saúde - OSS tornaram-se uma ferramenta oportuna utilizada pelo setor público na resposta ao COVID-19.

2.2 CONTRATOS DE GESTÃO

As parcerias entre o poder público e a iniciativa privada na área da saúde, são efetivadas por meio de contratos de gestão celebrados com Organizações Sociais de Saúde. Os contratos de Gestão tornaram-se um mecanismo-chave para a implementação das políticas sociais, como parte das estratégias de consolidação da “nova ordem econômica neoliberal global”, que inclui uma profunda mudança na forma como atores públicos se articulam com o setor privado e na maneira como os atores privados atuam frente ao setor público (KAMAT, 2004).

As organizações sociais, enquanto modelos de gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, são operacionalizadas por meio de Contrato de Gestão. Assim, o Contrato de gestão é a ferramenta utilizada pelo setor público brasileiro para consolidar o processo de publicização das atividades estatais, ou seja, a transferência da prestação de

serviços não-exclusivos do Estado para o segundo ou terceiro setores da economia (BRASIL, 1995).

A Lei nº 15.503/2005, do Estado de Goiás, seguindo as diretrizes da Lei Federal nº 9.637/1998, define o contrato de gestão como o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.

O Contrato de Gestão firmado é um compromisso institucional por meio do qual se define o vínculo entre Estado e a Organização Social - o primeiro fornecendo recursos necessários para a realização da atividade e o último garantindo o interesse público. Ele contempla, fundamentalmente, as formas de financiamento dos serviços prestados e os indicadores de avaliação, assinalando assim os objetivos dos serviços e os meios para prestá-los, reforçando os mecanismos de regulação da atividade.

De acordo com a legislação vigente, é dispensada a realização de licitação para a contratação de Organização Social de Saúde - OSS. A celebração de contrato de gestão com organizações sociais é precedida de chamamento público, para que todas as interessadas em firmar ajuste com o Poder Público possam se apresentar ao procedimento de seleção, segundo o método estabelecido em lei (art. 6º-A da lei Estadual nº 15.503/2005).

Após conclusão do procedimento de seleção, a entidade que apresentar a melhor proposta será convocada para celebrar o contrato de gestão, o qual, segundo os pressupostos regidos pela Lei Federal nº 9.637/98, bem como pela Lei Estadual nº 15.503/2005, deverá seguir os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade. Além disso, o contrato de gestão deverá especificar o programa de trabalho proposto pela Organização Social, estipular as metas que devem ser atingidas em determinados prazos, especificar os critérios objetivos para avaliação do desempenho (indicadores de qualidade e produtividade) e apontar os limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções.

Assim, o contrato de gestão, pelo lado do Estado, tem a função de expor seus objetivos, direcionar a atuação das organizações sociais de saúde - OSS, bem como

servir de base para a implementação, supervisão e avaliação das ações executadas. Pelo lado da Organização Social, esse documento é o que norteia o planejamento de suas ações, já que descreve os recursos, metas e formas de prestação de contas (BRESSER PEREIRA, 1997).

O contrato de gestão é base de toda a relação entre as partes, servindo de accountability de referência para a avaliação das atividades realizadas. Durante sua execução, é acompanhado pelos órgãos de fiscalização externos (Tribunais de Contas) e internos (Controladorias), isto é, o desempenho da Organização Social é verificado periodicamente, mediante avaliações circunstanciadas consignadas em relatórios parciais e anuais. Dessa forma, garante-se a eficácia da ação governamental e a viabilidade dos serviços prestados que se destinam a suprir o interesse público da saúde, possibilitando alterações de estratégias e gestão caso haja necessidade. Caso se verifique o descumprimento do contrato, o Poder Executivo poderá desqualificar a Organização Social mediante processo administrativo, bem como responsabilizar os dirigentes da Organização Social por eventuais danos e prejuízos decorrentes de omissão ou ação indevida.

O contrato de gestão é o instrumento que garante a implementação da política pública como administração estratégica da entidade, rearranjando as funções do Estado e criando mecanismos de controle para a gestão da Organização Social. Nesse sentido, os contratos não são apenas ferramentas que objetivam formalizar a parceria entre o ente privado e o Poder Público, mas também uma prática de governança no setor público, à medida que atende ao princípio da transparência e também permite a responsabilização na prestação de contas (accountability) pois, neles são estabelecidos os papéis a serem exercidos por ambas as partes e o desempenho esperado, admitindo-se que todas as decisões tomadas quanto ao uso dos recursos públicos irão no sentido de cumprir a responsabilidade assumida.

3. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES COPARTICIPANTES

O Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL, inaugurado em 2015, é uma unidade de saúde de alta e média complexidade em urgência e emergência, com foco em traumatologia, queimaduras e medicina intensiva. O hospital é habilitado como Centro de Referência em Assistência a Queimados de alta complexidade pelo Ministério da Saúde e é referência no atendimento pediátrico a vítimas de traumas. É, ainda,

um hospital de assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária, com banco de sangue próprio.

Esta Unidade de Saúde tornou-se referência no combate à pandemia no Estado, e realiza, desde abril de 2020, o atendimento aos pacientes pediátricos com síndromes respiratórias agudas, ou seja, crianças acometidas ou com suspeita de H1N1 e do COVID-19, via regulação. A partir de junho de 2020, o HUGOL também começou a receber pacientes adultos acometidos desses sintomas.

Devido ao aumento expressivo e sustentado do número de casos e óbitos confirmados de covid-19 em Goiás durante o curso da segunda onda da pandemia, ao surgimento de novas variantes do SARS-CoV-2, em transmissão comunitária e com maior transmissibilidade, e à alta taxa de ocupação das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) destinadas ao tratamento da covid-19, foi realizada uma nova reformulação temporária na estrutura do hospital, com abertura contingencial e imediata de novos leitos de UTI destinados a pacientes acometidos pelo COVID-19, passando também a realizar Testes Rápidos de Antígeno para COVID-19 (agirsaude.go.gov.br).

O HUGOL é administrado pela Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, desde sua inauguração. Em meados de julho de 2014, foi celebrado entre a Secretaria Estadual de Saúde - SES e a Associação de Gestão, Inovação e resultados em saúde -AGIR, o Contrato de Gestão nº 03/2014-SES/GO, tendo por objeto o gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL, pelo prazo de 48 (quarenta e oito) meses. Desde então, o prazo de vigência do contrato vem sendo prorrogado, sucessivamente, por meio de Termo Aditivo.

A segunda unidade coparticipante - Hospital de Campanha para o Enfrentamento ao Coronavírus (HCAMP), foi criada em 26 de março de 2020, com a função específica de atender pessoas sintomáticas acometidas pelo COVID-19 ou com suspeita da infecção, tornando-se a unidade de saúde referência na assistência às pessoas infectadas com Covid-19 no Estado de Goiás.

O Contrato de Gestão do Hospital de Campanha para o Enfrentamento do COVID-19 – HCAMP de Goiânia, foi celebrado, em caráter emergencial, em 20.03.2020 (Contrato nº 12/2020 – SES). Ajustado inicialmente com prazo de vigência de 180 (cento e oitenta dias), o contrato vigorou até 16.12.2021, data em que a Unidade Hospitalar foi

desmobilizada. O Hospital de Campanha manteve-se em atividade pelo período de 20 (vinte) meses.

As unidades coparticipantes da pesquisa são (ou foi) geridas pela Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, entidade de direito privado, sem fins lucrativos, constituída em 06 de maio de 2002, com o objetivo de promover ações assistenciais de atenção à saúde, e qualificada com de Organização Social – OS por meio do Decreto nº 5.591, de 10 de maio de 2002. A partir dessa data a Associação iniciou seus trabalhos de gestão de hospitais públicos no Estado de Goiás.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

O presente trabalho propôs realizar uma coleta de dados novos por meio de survey com o objetivo de compreender como processos complexos de formulação e implementação de políticas públicas e capacidades estatais podem ter impactado o nível de aprendizagem da política pública de combate ao COVID-19 entre as duas ondas da pandemia em unidade hospitalar regida por Organização Social de Saúde – OSS, em Goiás.

O estudo se apoiou nos seguintes referenciais teóricos: formulação e implementação de políticas públicas, capacidades estatais e aprendizagem. Serão estabelecidas relações entre contextos complexos (elaboração, implementação), capacidade estatal e aprendizagem na política pública, vis-à-vis a literatura de processo de política pública (figura 1). Para tanto, levantou-se e analisou-se dados relacionados a percepção dos trabalhadores de nível de rua e dos gestores da política pública, que atuam na área de saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética da UFG, conforme Parecer nº 4.961.458, datado de 09/09/2021; pelo Conselho de Ética das entidades coparticipantes - CEP Leide das Neves, conforme Parecer nº 5.061.416, datado de 25/10/201; Termo de Anuência da Associação de Gestão, Inovação e resultados em saúde -AGIR, datado de 26/10/2021 e Termo de Anuência do Conselho Estadual de Saúde, datado de 21/10/2021.

Realizou-se uma nova coleta de dados por meio de survey próprio elaborado com base na literatura de políticas públicas, conforme formulários em anexo. Isto porque trata-se de uma política recente, e ainda não há dados secundários do tipo qualitativo referente ao tema proposto para Goiás e os dados quantitativos existentes não respondem a esse tipo de pergunta. Portanto, o estudo requer que se levante dados qualitativos novos junto aos envolvidos na política pública em nível local, ao exemplo, do que foi realizado pela Fundação Getúlio Vargas no Survey online “A pandemia de COVID-19 e os(as) profissionais da saúde pública no Brasil” (disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-os-profissionais-de-saude-publica-no-brasil_fase-4.pdf), o qual trouxe respostas estatais oferecidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS à crise. Dessa forma, Goiás torna-se um importante ator na produção de novo conhecimento sobre as políticas de enfrentamento da pandemia em hospitais.

1. AMOSTRA E PROCESSO AMOSTRAL

A amostra deste trabalho é de tipo não estatístico, ou seja, uma amostra de propósito (BRYMAN, 2012; VAUS, 2014). Nesse tipo de processo amostral, o pesquisador seleciona a amostra devido à sua relevância para as questões de pesquisa. Segundo Bryman:

A amostragem intencional é uma forma não probabilística de amostragem. O pesquisador não procura a amostra dos participantes da pesquisa de forma aleatória. O objetivo da amostragem intencional é amostrar casos/participantes de maneira estratégica, para que aqueles amostrados sejam relevantes para as questões de pesquisa que estão sendo colocadas (BRYMAN, 2012, p. 418).

Os critérios de seleção da amostra consideraram elementos que as configuram como casos interessantes para a análise de similaridades na resposta estadual à pandemia. HUGOL e HCAMP são hospitais de referência de Goiás, localizados em Goiânia, e que foram referência para o tratamento da pandemia; a AGIR, por sua vez, é a Associação encarregada da Gestão das unidades hospitalares citadas. O Conselho Estadual de Saúde também foi ouvido devido às suas atribuições referentes à formulação de estratégias e ao controle da execução das políticas de saúde. Pretendia-se, inicialmente, ouvir 1.500 (um mil e quinhentos) participantes. Contudo, recebemos no total apenas 73 (setenta e três) respostas, sendo 44 (quarenta e quatro) da linha de frente; 21 (vinte e um) da gestão hospitalar; e 08 (oito) do Conselho Estadual de Saúde.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro/2021 a junho de 2022. Em março de 2022, realizou-se um enxugamento do formulário, retirando-se as perguntas abertas na tentativa de obter maior adesão dos participantes. De forma que obtivemos 41 (quarenta e uma) repostas com formulário com perguntas abertas e fechadas e 32 (trinta e duas) com o formulário apenas com perguntas fechadas.

2. COLETA DE DADOS

O levantamento de dados foi realizado por meio Survey. Os questionários foram respondidos por profissionais que atuam na área da saúde no Estado de Goiás - gestores da Organização Social de Saúde - Associação de Gestão, Inovação e resultados em saúde -AGIR, e das Unidades Hospitalares - Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL e Hospital de Campanha para o enfrentamento do COVID-19 – HCAMP; profissionais da linha de frente, que atuam no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira –

HUGOL. Participaram, ainda da pesquisa, membros do Conselho Estadual de Saúde.

As sessões do Survey são relacionadas à literatura de capacidades estatais; formulação e implementação de políticas públicas; burocracia de nível de rua; feedback e aprendizagem. Na introdução do questionário estava inserido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, no qual os participantes manifestavam sua concordância com os termos da pesquisa. Foram elaborados 03 tipos de questionários. A estrutura dos *surveys* foi composta por questões comuns a todas as Unidades, mas apresentava especificidades que variavam, conforme o âmbito de atuação dos profissionais. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas, sendo as últimas classificadas segundo a escala de 5 pontos de Likert.

A pesquisa foi hospedada em uma plataforma online (google forms) e enviada aos servidores públicos por meio da unidade de Gestão de Pessoas das entidades coparticipantes. O contato com o pessoal encarregado pelo envio dos formulários à amostra foi feito por meio de telefone ou e-mail. A pesquisadora não teve nenhum contato com os respondentes.

Durante a coleta de dados apresentaram-se alguns desafios à pesquisa. Primeiro verificou-se à baixa adesão dos participantes; e segundo a ocorrência da desmobilização do Hospital de Campanha – HCAMP. Embora o hospital de campanha tenha sido desmobilizado, os burocratas de alto e médio escalão permaneceram na direção da unidade sucessora do HCAMP. Dessa forma a amostra foi composta pelo corpo técnico (gestão e linha de frente) do Hospital Estadual de Urgências Otávio Lage Siqueira – HUGOL, e burocratas de médio e alto escalão do HCAMP, atual Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESES

A questão principal dessa pesquisa é compreender como processos complexos de formulação e implementação, e com capacidades estatais restritivas, podem ter impactado o nível de aprendizagem da política pública entre as duas ondas do COVID-19 em unidade hospitalar regida por Organização Social em Goiás. A hipótese do trabalho é que a aprendizagem, tanto dos atores, quanto das organizações, depende de contextos complexos da política pública - formulação e implementação - e de capacidade estatal. Maior capacidade e presença de variáveis integrativas ou de aproximação na formulação e implementação podem produzir impacto maior sobre a aprendizagem.

Dessa forma, as tabelas cruzadas permitem atingir nossos objetivos,

respondendo às perguntas gerais e específicas (Quadro 4) e de forma a trabalhar com o marco analítico – a aprendizagem da gestão, bem como da linha de frente depende de contextos complexos de capacidade estatal, formulação e implementação.

Como demonstra o quadro 4, nossa hipótese geral é que aprendizagem, tanto dos atores individuais, quanto das organizações, depende de contextos complexos da política pública - formulação e implementação - e de capacidade estatal. Isto é: Nosso argumento é que uma maior capacidade e presença de variáveis integrativas/de aproximação na formulação e implementação podem produzir impacto maior sobre a aprendizagem entre as duas ondas da pandemia.

Quadro 2 – Desenho da pesquisa: Objetivos, Perguntas e hipóteses

OBJETIVOS	
Objetivo Geral	Compreender como processos complexos de formulação e implementação, e com capacidades estatais restritivas, podem ter impactado o nível de aprendizagem da política pública entre as duas ondas do COVID-19 em unidade hospitalar regida por Organização Social em Goiás.
Objetivo específico 1	Realizar revisão bibliográfica sobre a literatura de políticas públicas; capacidade estatal; e aprendizagem;
Objetivo específico 2	Aplicar questionário (survey) aos gestores e profissionais da linha de frente das Unidades Hospitalares; aos gestores da Organização Social de Saúde e aos membros do Conselho Estadual de Saúde.
Objetivo específico 3	Realizar a análise dos dados.
PERGUNTAS	
Pergunta 1	Se, e de que forma, em um contexto complexo e de capacidades estatais restritas, houve aprendizado durante a formulação e implementação da política de enfrentamento do COVID-19 em um ambiente hospitalar?
Pergunta 2	Qual é a relação existente entre capacidades estatais e aprendizagem na formulação e implementação de políticas públicas?
Pergunta 3	Se e como o aprendizado, experimentado entre a primeira onda do COVID-19, contribuiu para aprimorar o processo de enfrentamento da pandemia durante a segunda onda do COVID-19?
HIPÓTESES	
Hipótese Geral	A aprendizagem, tanto dos atores individuais, quanto das organizações, depende de contextos complexos da política pública - formulação e implementação - e de capacidade estatal.
Sub-hipótese 1	Maior capacidade estatal e presença de variáveis integrativas ou de aproximação na formulação e implementação da política pública podem produzir impacto maior sobre a aprendizagem.

Fonte: elaborado pela autora

4. ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados foram empregados 02 (dois) métodos de forma separada: quantitativo e qualitativo. O quantitativo foi utilizado de forma descritiva – evidências concretas, para melhor compreender o perfil dos respondentes e efetuar os primeiros relacionamentos entre respostas das perguntas fechadas. O objetivo foi primeiramente mapear os dados, de forma a compreendê-los e, em seguida, efetuar a análise qualitativa, dando significado as relações entre variáveis qualitativas sínteses. O método qualitativo, foi utilizado para extrair dados sobre as situações da vida real, de forma a compreender e entender o comportamento dos atores dentro de um contexto mais amplo.

4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

Nesta pesquisa, a coleta de dados foi realizada por meio de questionários. Segundo Bryman, os questionários (survey) são um dos principais instrumentos para coleta de dados usando um design de pesquisa social (BRYMAN, 2012, p. 232).

Na análise de surveys, Vaus (2014) ressalta várias formas de se efetuar relacionamentos entre variáveis quantitativas. Dentre elas se encontra a construção de gráficos e Cross tabulação. Para Vaus, “as tabulações cruzadas são o principal método tabular para exibir e detectar uma associação entre duas variáveis” (VAUS, 2014, p. 242).

Primeiro temos os gráficos de barras utilizando-se de estatística descritiva mostrando a frequência da variável, segundo diferentes atores (Gráficos 1 a 11). Também elaboramos gráficos de barra com duas variáveis, tendo em vista a visão da linha de frente, (Gráficos 12 e 13), com a finalidade de comparar de forma visual as relações entre as variáveis.

Na análise quantitativa realizada neste trabalho, os dados foram objeto de análise estatística descritiva com gráficos mostrando a porcentagem e/ou o número de respondentes para cada uma das perguntas na escala Likert. “A escala Likert é essencialmente uma medida de múltiplos indicadores ou itens múltiplos de um conjunto de atitudes relacionadas a uma determinada área” (BRYMAN, 2012, p. 166). Segundo o autor:

O objetivo da escala Likert é medir a intensidade dos sentimentos sobre a área em questão. Em seu formato mais comum, compreende uma série de declarações (conhecidas como ‘itens’) que enfocam um determinado assunto ou tema. Cada respondente é então solicitado a indicar seu nível de concordância com a afirmação. Usualmente, o formato para indicar o nível de concordância é uma escala de cinco pontos que vai de ‘concordo totalmente’ a ‘discordo totalmente’, mas a escala de sete pontos e outros formatos também são usados (BRYMAN, 2012, p. 166).

Efetuuou-se o cruzamento (crosstabulation) dos dados mediante a construção de gráficos de barra no Excel (Vaus, 2014), os quais ressaltam as relações existentes entre duas

variáveis (2x2). Realizou-se análise bivariada, com cruzamento de duas variáveis por meio de gráficos, procurando alcançar explicações sobre o tema proposto e ver se as variáveis estão associadas. Segundo Vaus, “análises bivariadas fornecem uma maneira sistemática de medir se duas variáveis estão relacionadas e, em caso, afirmativo, quão fortemente elas estão relacionadas” (VAUS, 2014, p. 242).

Para tanto foram construídos 3 gráficos, que relacionam as seguintes variáveis:

- 1- capacidade técnico administrativa e feedback;
- 2 - capacidade técnico-administrativa e discricionariiedade;
- 3- capacidade técnico-administrativa e dificuldades.

Analisando, ainda, os dados quantitativos efetuou-se um quadro com a porcentagem de respondentes indicando o quão satisfatória era a estrutura hospitalar disponibilizada para o atendimento dos pacientes infectados pelo COVID-19 (Quadro 5).

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

A análise qualitativa é definida por Snape e Spencer como o método usado “para abordar questões que requerem explicação ou compreensão de fenômenos sociais e seus contextos” (SNAPE; SPENCER, 2003, p. 5). Segundo as autoras os métodos qualitativos são particularmente adequados para explorar questões que possuem alguma complexidade e para estudar processos que ocorrem ao longo do tempo.

Neste trabalho, a análise qualitativa foi realizada com as respostas das perguntas abertas dos surveys. Estas perguntas foram levadas para tabelas no arquivo Word. Estas tabelas/quadros foram organizadas por pergunta, tipo de ator, conceitos e sub-conceitos. Os textos foram lidos e relidos, a fim de se efetuar a análise temática, seguida de resumo e síntese qualitativa.

Esta pesquisa efetua dois tipos de análises qualitativas: de tipo contextual e explanatória. A primeira envolve uma análise de tipo descritiva, enquanto a segunda consiste numa análise explanatória entre variáveis. A contextual descreve a forma e natureza das variáveis, envolvendo mapeamentos, descrições de tendências e temas, e identificação de tipologias, entre outros (RITCHIE, 2003a, p. 27). Como ressaltado por Ritchie:

A pesquisa contextual preocupa-se em identificar o que existe no mundo social e a forma como ele se manifesta. Uma das principais características dos métodos qualitativos é a facilidade de descrever e exibir os fenômenos experimentados pela população do estudo, com detalhes refinados e nos próprios termos dos participantes do estudo (RITCHIE, 2003, p. 27).

Nesta etapa da análise contextual descritiva, e a fim de preparar os dados para a análise explanatória, foi realizado a análise de conteúdo (ou temática), bem como o resumo e síntese dos temas verificados na análise temática.

A análise de conteúdo ou temática foi desenvolvida por meio da leitura e releitura das respostas, seguindo o método de comparações constantes, e de forma a adquirir familiaridade com os dados, sendo assim possível identificar temas ou conteúdos que aparecem nas respostas dos atores, relacionados a cada questão. Em seguida, os temas foram registrados (*labeled – “etiquetagem”*) na tabela Word, de forma que a categorização fosse ali relacionada aos atores e questões em estudo. A etiquetagem ou categorização foi efetuada segundo a literatura de política pública enfocada neste trabalho (RITCHIE; SPENCER; O’CONNOR, 2003). As categorizações foram ainda ordenadas por número de frequências.

A ordenação dos temas nos permitiu efetuar uma organização mais detalhada ou análises preliminares por tipo de temas e seus respectivos subtemas, sendo possível agrupar e reagrupar sub-temas em temas específicos. Como salientado por Ritchie; Spencer e O’Connor (2003b), este tipo de organização e pré-análise permite que revisões e alterações sejam feitas no aprofundamento da análise.

Embora a ordenação possa ser alterada em um estágio posterior, esse agrupamento físico inicial de material permite uma revisão intensa do conteúdo que será necessário em estágios subsequentes de análise (RITCHIE; SPENCER; O’CONNOR, 2003, p. 229).

Após a análise temática, seguida de ordenação dos dados, foram realizados resumos e sínteses dos dados/ temas. A importância de se resumir e sintetizar os dados qualitativos é reconhecida por Ritchie, Spencer e O’Connor (2003b):

Isso não serve apenas para reduzir a quantidade de material a um nível mais manejável, mas também inicia o processo de destilar a essência da evidência para representação posterior. Também garante que o analista inspecione cada palavra do material original para considerar seu significado e relevância para o assunto sob investigação (RITCHIE; SPENCER; O’CONNOR, 2003, p. 229).

Nesta etapa, foram criados quadros temáticos e gráficos, utilizando-se das variáveis de síntese qualitativa. Os quadros temáticos encontram-se nos Quadros de 6 a 11. Nestes quadros temáticos foram registrados, por tema e segundo frequência, as variáveis qualitativas sínteses e sub-temas relacionados a cada uma delas. Os temas tratados pelos quadros referem-se a: participação/colaboração; engajamento; feedback; dificuldades de implementação; formas de participação; e aprendizagem. Em seguida foram realizados os gráficos, como ressaltado anteriormente (Gráficos 11 e 12).

Já a análise de tipo explanatória examina as razões e associações entre as variáveis, identificando fatores ou influências relacionadas a determinados eventos ou experiências (RITCHIE, 2003, p. 28). De acordo com Ritchie, a análise exploratória se refere ao:

porquê os fenômenos ocorrem e as forças e influências que impulsionam sua ocorrência. Devido à sua facilidade de examinar assuntos em profundidade, a pesquisa qualitativa fornece uma ferramenta única para estudar o que está por trás ou sustenta uma decisão, atitude, comportamento ou outros fenômenos. Também permite que as associações que ocorrem no pensamento ou na ação das pessoas - e o significado que elas têm para as pessoas - sejam identificadas (RITCHIE, 2003, p. 28).

As relações explanatórias foram reunidas em “quadros de relações” com três variáveis, na forma de figuras, e em gráficos com duas variáveis. As figuras mostram, na forma de síntese, quais são as variáveis qualitativas sínteses que se relacionam, e como estas associações ocorrem segundo a fala dos atores. Dentre as relações de cunho explanatório efetuadas encontram-se:

Figura 2 - Feedback, Mudanças e aprendizagem;

Figura 3 -Dificuldade, participação e capacidade estatal;

Figura 4 - capacidade estatal, formulação / implementação e aprendizagem; e

Figura 5 - Capacidade, implementação e aprendizagem.

Foram elaborados resumos e sínteses das falas (respostas abertas) dos respondentes, por pergunta e tema/ conceitos. Por exemplo Quadros nºs 6 e 10. Os resultados sínteses (sintetizados) da análise qualitativa (categorização sintetizada) – após leitura e releitura, tematização, resumo e sínteses - foram utilizados na construção de cruzamento de dados por meio de tabulações (crostabulacoes) e de diagramas conceituais (Figura 1, Figura 2, Figura 3) para evidenciar a relação existente entre as principais variáveis da pesquisa: capacidade estatal, contextos de formulação e implementação de política pública e aprendizagem.

A tabulação cruzada (crosstab) é uma ferramenta de análise útil comumente usada para comparar os resultados de uma ou mais variáveis com os resultados de outra variável. O cruzamento de dados (cross-tabulations) pode ser realizado tanto por meio de gráficos, quanto por tabulações (Vaus, 2014).

Já no que se refere as tabelas cruzadas, estas consistem em tabelas de dados que apresentam os resultados de um grupo completo de respondentes da pesquisa, bem como de subgrupos. Eles permitem que você examine as relações dentro dos dados que podem não ser óbvias ao simplesmente observar o total de respostas da pesquisa.

Neste trabalho nos efetuamos estes dois tipos de tipos de cruzamento de dados:

por meio de gráficos e de tabelas (figuras). A fim de verificar a relação entre capacidades estatais e implementação foi realizada a tabulação cruzada entre duas (2x2) e, posteriormente, entre três variáveis (3x3).

Quadro 3 – Tipos de cruzamentos de dados em gráficos: associações qualitativas entre variáveis

Análises bivariadas (2x2)
1. Capacidade e discricionariiedade
2. Capacidade e feedback
3. Capacidade e dificuldades de implementação
Análises entre 3 variáveis (3x3)
4. Feedback, Mudanças e aprendizagem
5. Dificuldades, participação e capacidade estatal
6. capacidade estatal, formulação / implementação e aprendizagem
7. Capacidade, implementação e aprendizagem.

Foi utilizada a construção tabular em tabelas para realizar conexões entre duas e três variáveis, ou seja, a matriz 2X2 e 3X3 será utilizada para interpretação qualitativa. Nela estarão contidas a síntese da análise qualitativa com o intuito sobretudo de tecer relações interpretativas e ver associações que existem entre as variáveis qualitativas.

Efetuuou-se uma análise de cunho qualitativo, utilizando de algumas análises estatísticas básicas para compreender as associações existentes entre as variáveis. Entretanto, reconhece-se uma limitação na pesquisa. Dessa forma, pode-se no futuro fazer relacionamentos estatísticos utilizando-se de uma cross tabulação típica da estatística - tabela de contingência, fazendo os testes estatísticos com a finalidade de verificar o quanto as relações estabelecidas são significativas estatisticamente. No entanto a análise efetuada até aqui já nos permitiu observar durante o processo de implementação que essas associações de fato ocorrem, como demonstra nossa análise de associações das variáveis qualitativas.

CAPÍTULO 4 – Capacidade Estatal, implementação e efeitos: o caso do HUGOL

Seção I – Análise de Dados

1. CAPACIDADES ESTATAIS

Na presente dissertação, optou-se por estudar capacidades estatais para desenvolver estratégias e ações em resposta à crise gerada pelo COVID-19, em um ambiente hospitalar, nas seguintes dimensões: capacidades técnico-administrativas e capacidades político-relacionais (GOMIDE, A, A. PIRES, 2014).

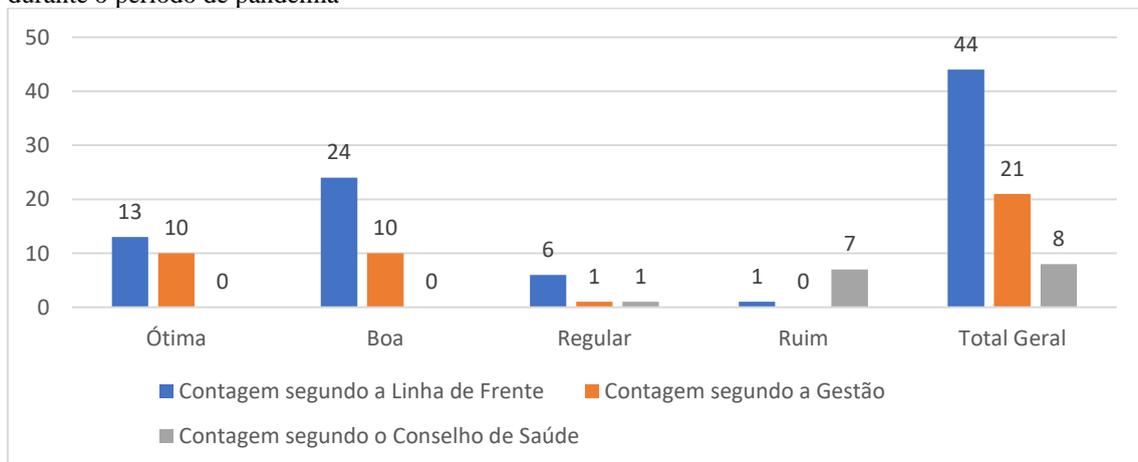
1.1 CAPACIDADES TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS

1.1.1 Presença de burocracias governamentais profissionalizadas

A primeira variável referente à capacidade técnico-administrativa do Estado foi dividida em dois subitens: (1) existência de profissionais em número suficiente para atender a demanda; e (2) nível de profissionalização desses trabalhadores.

A maioria dos participantes da pesquisa considerou que a quantidade de profissionais disponíveis na Unidade Hospitalar para atender à população durante o período de Pandemia do COVID-19 era “Boa” (N 24;10), seguida por “ótima” (N 13;10), conforme demonstra o Gráfico 1. Nesse sentido, pode-se inferir que mesmo diante do aumento da demanda por atendimento gerada pelo Covid-19, o Estado se mobilizou rapidamente para disponibilizar o pessoal necessário para realizar o atendimento da população seja contratando novos profissionais e/ou realocando os profissionais existentes na unidade hospitalar, de forma que a capacidade de resposta à população não ficou prejudicada.

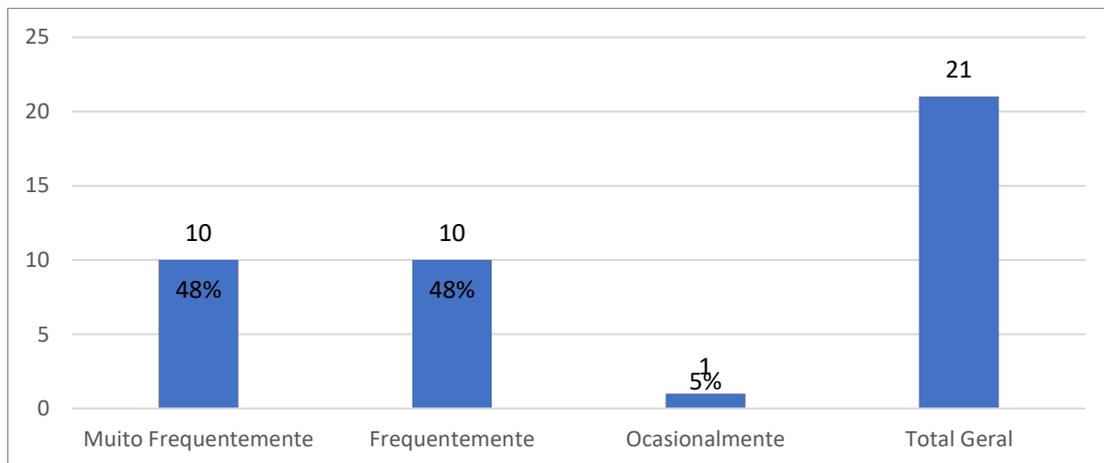
Gráfico 1 – Como pode ser considerada a capacidade da Unidade Hospitalar, referente aos recursos humanos durante o período de pandemia



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Ainda com relação às burocracias governamentais, 48% (quarenta e oito por cento) dos Gestores entrevistados, responderam que os profissionais que lidavam com a doença no dia a dia, foram capacitados com muita frequência, com o intuito de aprimorar os conhecimentos relacionados ao COVID-19. Outra parcela, igualmente relevante da população pesquisada (48% - quarenta e oito por cento) considerou que a capacitação ocorreu frequentemente (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Frequência em que ocorreu capacitação dos profissionais da linha de frente, segundo a gestão



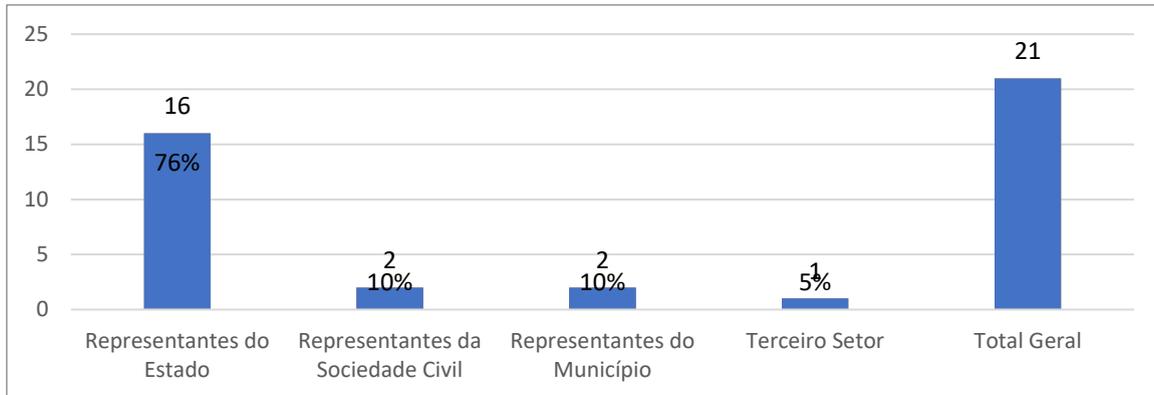
Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Esses dados foram corroborados pela pesquisa qualitativa que aponta a capacitação como uma das principais ferramentas utilizadas para o enfrentamento da pandemia no ambiente hospitalar, consoante será visto adiante, conforme Quadros 2 e 3.

1.1.2 Mecanismos de Coordenação

Os mecanismos de coordenação inter e intragovernamental, não foram avaliados individualmente. Todavia, as respostas relacionadas à participação e mecanismo de comunicação durante a pandemia nos permite tecer algumas considerações sobre o assunto. Em primeiro lugar, observou-se que a formulação e implementação da política de combate ao vírus no ambiente hospitalar contou com a participação de entes governamentais e não governamentais, ou seja, de entidades públicas e privadas (Gráfico 3).

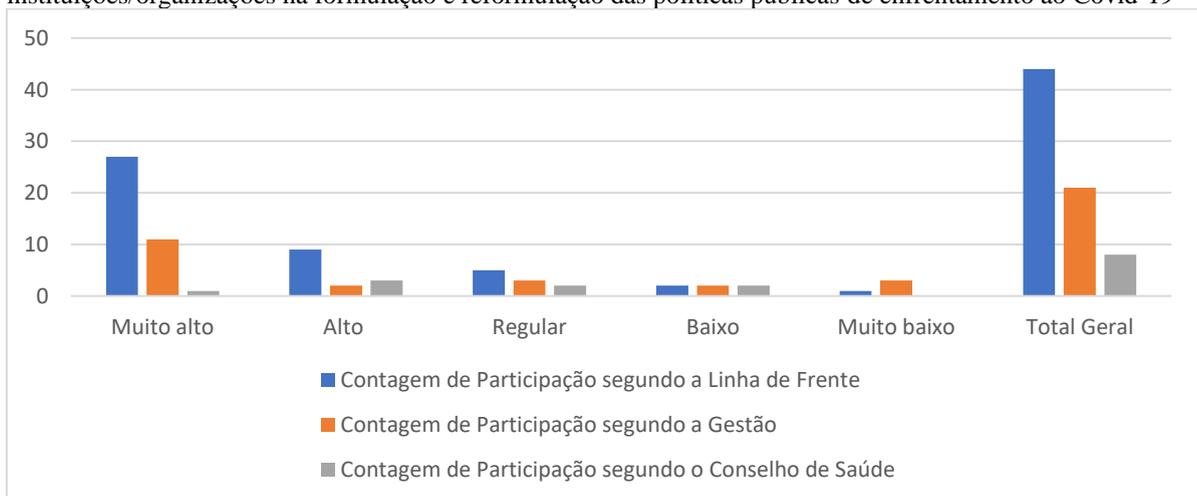
Gráfico 3 – Principais coalisões formadas e que influenciaram na formulação e/ou reformulação das políticas de enfrentamento do COVID-19, segundo a Gestão



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Verificou-se, ainda, que o nível de participação desses atores foi considerado muito alto pela maioria dos participantes da pesquisa, sendo esse resultado apontado por 61,4% (sessenta e um virgula quatro do por cento) dos profissionais da linha de frente; 52,4% (cinquenta e dois virgula quatro do por cento) da gestão; e 12,5% (trinta e sete virgula cinco do por cento) dos membros do Conselho Estadual de Saúde (Gráfico 4).

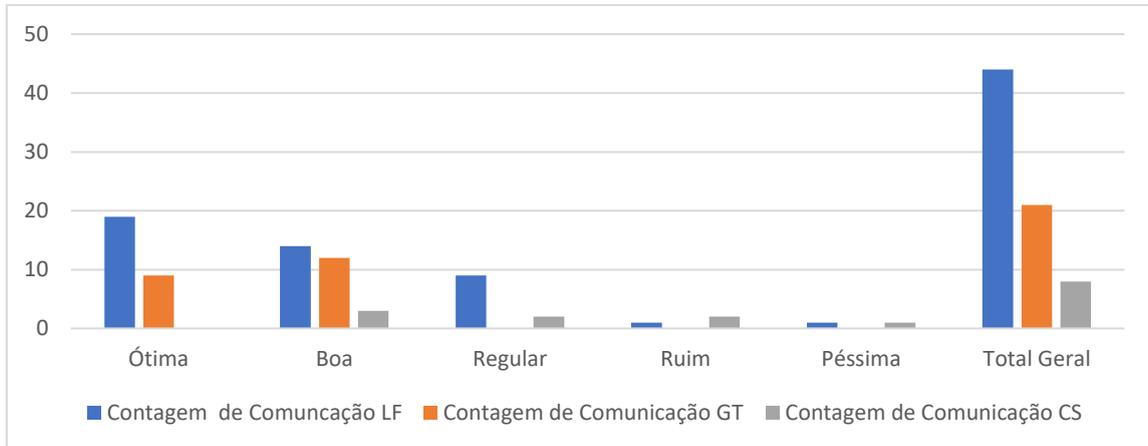
Gráfico 4 - Qual foi o nível de participação/colaboração dos profissionais de saúde da linha de frente ou de outras instituições/organizações na formulação e reformulação das políticas públicas de enfrentamento ao Covid-19



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Em segundo lugar, indagados acerca da comunicação entre as entidades governamentais, não governamentais e os burocratas implementadores, os participantes da pesquisa responderam, em sua maioria, que a comunicação das informações relativas ao enfrentamento da crise durante a pandemia foi ótima (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Como foi a comunicação das informações relativas ao enfrentamento da pandemia do Covid-19 entre os Gestores das Organizações Sociais / Unidades Hospitalares e os Profissionais da Linha de Frente



Desse modo, pode-se inferir que o Estado teve condições de coordenar as estruturas existentes de forma a se conectarem com outras esferas de poder e/ou grupos da sociedade, propiciando a integração de esforços no sentido de combater o vírus.

Em síntese, verificou-se que mesmo em meio à crise, a capacidade técnico-administrativa do Estado de Goiás no âmbito da unidade hospitalar pesquisada foi considerada boa. A burocracia estatal mostrou-se, para além da sua existência, ser tecnicamente capacitada para ofertar respostas à pandemia (Gráficos n°s 1 e 2). Os mecanismos de coordenação intergovernamental foram igualmente considerados bons pelos participantes da pesquisa (Gráfico n° 4 e 5).

A coordenação que sempre foi um elemento crítico e deficitário no federalismo brasileiro, assume um patamar diferenciado diante da pandemia. Ainda permanecem enormes desafios para o fortalecimento da coordenação no que tange à conformação de estruturas de comando e articulação entre diferentes organizações, a repartição clara de responsabilidades e competências gestoras entre os entes federativos e o aprimoramento de mecanismos de cooperação intergovernamental, entre setores da política pública e os diferentes grupos da sociedade (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020). Entretanto, observou-se que durante a pandemia ocorreu um reavivamento de movimentos sociais de combate ao Covid. Nesse contexto, a pandemia foi maior que os conflitos e possibilitou, devido a sua gravidade, a revalorização das Parcerias.

1.2 CAPACIDADE POLÍTICO-RELACIONAL

1.2.1 Participação de múltiplos atores

Com relação a capacidade político-relacional, no que se refere à pluralidade de

atores participantes do processo da política pública de combate ao COVID-19, verificou-se que o poder público contou com a colaboração várias entidades - governamentais, não-governamentais e instituições privadas, na formulação e reformulação das políticas públicas de enfrentamento a pandemia, conforme demonstra o Gráfico 3 acima citado. Pode-se observar, ainda, que o nível de participação desses atores foi considerado muito alto pelos participantes da pesquisa (Gráfico 4). A análise qualitativa mostra que os participantes da pesquisa apontam diversas formas de participação na política pública de combate ao Vírus (Quadro 4).

Quadro 4 – Categorização e síntese da análise qualitativa - principais formas de participação na implementação das estratégias de enfrentamento da Pandemia

ATOR	TIPO DE AÇÃO	N
CONSELHO DE SAÚDE	Participação em reuniões <ul style="list-style-type: none"> • COE – Centro de Operações de Emergência em Saúde • Transporte de pacientes • Ampliação de vagas hospitalares • Organização de fluxos para acesso • Alinhamento de posicionamentos • mobilização por vacinas 	6
	Integrando Comissões <ul style="list-style-type: none"> • enfrentamento a crise • acesso a leitos vacinas 	3
	Fiscalização <ul style="list-style-type: none"> • Ações de fiscalização nos hospitais • Investigação de denúncias • Proteção dos direitos dos trabalhadores 	3
	Emissão de Pareceres técnicos	1
GESTÃO	Edição de atos normativos	3
	Comunicações virtuais	2
	Participação em Reuniões	1
LINHA DE FRENTE	Envolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Desdobramento no atendimento ao paciente • Disposição para cumprimento dos procedimentos definidos • Rotatividade nas áreas críticas 	4
	Uso Correto de EPI's	2
	Utilização/composição de novos fluxos de trabalho <ul style="list-style-type: none"> • Criação de documento operacional padrão • Planos de contingência 	2

Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

1.2.2 Formação de coalisões

O segundo quesito relacionado à capacidade político relacional está associado à necessidade de integração entre as áreas da política pública e da articulação dos governos para o desenvolvimento das medidas mais efetivas de combate ao Vírus. Como demonstrado no item anterior, a pesquisa indica que no caso em estudo, ocorreu uma conjugação de esforços entre entes federativos, representantes da sociedade civil e do terceiro setor para o desenvolvimento e execução da política de combate ao COVID-19 (Gráfico 4) e ainda que o nível de colaboração desses atores foi considerado muito alto pela maioria dos participantes da pesquisa.

Diante dos dados coletados é possível afirmar, restrito ao ambiente aqui especificado, que a capacidade político-relacional do Estado foi considerada alta durante o período de crise. O ambiente da pandemia propiciou o fortalecimento da capacidade político-relacional do Estado, tendo em vista que as ações de combate à pandemia exigiram respostas multivariadas e coordenadas entre os atores envolvidos na política pública consolidando posicionamentos fundamentais na política relativos às estratégias para se atingir os resultados desejados. Nesse sentido, a pesquisa sugere que a formação de coalizões, envolvendo as várias esferas de governo, entidades públicas, privadas e sociedade civil pode ter sido um importante instrumento de governança, utilizado no combate ao COVID-19.

2. ESTRUTURA HOSPITALAR

Aliada às capacidades estatais está a estrutura hospitalar disponível ou mobilizável para atender à necessidade da política pública de combate ao COVID-19. A estrutura hospitalar, embora possa ser considerada um tipo capacidade estatal, foi analisada de forma autônoma, devido ao fato de que a mesma não se enquadra na tipologia defendida por Gomide, Silva e Pires (2014), adotada neste estudo.

A estrutura hospitalar do HUGOL - corpo técnico, leitos e insumos, existente para o atendimento da população infectada pelo Vírus durante a crise foi considerada boa e/ou ótima, tanto pela gestão, quanto pela linha de frente. Entretanto, na visão do Conselho Estadual de Saúde a estrutura disponível era insuficiente para atender a demanda decorrente da pandemia (Quadro 5).

Quadro 5 – Avaliação da estrutura hospitalar referente ao corpo técnico, leitos hospitalares e insumos

ESTRUTURA HOSPITALAR							
VARIÁVEIS	ATOR /AVALIAÇÃO		LINHA DE FRENTE	GESTÃO	CONS. SAÚDE	MÉDIA (%)	
	CORPO TÉCNICO	ÓTIMA		29,5%	47,6%	00,0%	25,7%
		BOA		54,5%	47,6%	12,5%	38,2%
		REGULAR		13,6%	4,8%	25,0%	14,4%
		RUIM		2,3%	00,0%	37,5%	13,2%
	LEITOS / INSUMOS	ÓTIMA		38,6%	61,9%	00,0%	33,5%
		BOA		31,8%	28,6%	00,0%	31,2%
		REGULAR		27,3%	9,5%	12,5%	16,4%
		RUIM		2,3%	0,00	87,5%	29,9%

Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Tendo em vistas os dados acima registrados, convém salientar que embora a estrutura hospitalar tenha sido considerada ótima e/ou boa pela maioria dos participantes da pesquisa - 46,5% (quarenta e seis virgula cinco por cento) da gestão e 54,5% (cinquenta e quatro virgula cinco por cento) dos profissionais da linha de frente, os respondentes relacionados ao Conselho Estadual de Saúde a considerou insuficiente, fato apontado por 87,5% (oitenta e sete virgula cinco por cento) do respondentes desse grupo. Nessa circunstância, merece registro o fato de o Hospital Estadual de Urgências Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, é relativamente novo e bem equipado. Entretanto, no contexto da pandemia, essa estrutura pode ter se tornado insuficiente para atender a demanda, devido ao elevado número de casos de pessoas infectadas pelo Vírus.

3. CONTEXTOS DE FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

3.1 FORMULAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

A formulação de políticas públicas é uma atividade complexa, que envolve múltiplas variáveis. No caso concreto, foram analisados os seguintes quesitos referentes à formulação da política pública: atores e coalizões, participação da linha de frente e ferramentas.

3.1.1 Participação de múltiplos atores e formação de coalizões

Ao analisar a capacidade político-relacional do Estado, no âmbito do processo

da política de enfrentamento ao Vírus em ambiente hospitalar, pode-se observar, conforme demonstrado no Gráfico 3, houve a participação de múltiplos atores e formação de coalisões no processo de formulação da política de combate à pandemia. Verifica-se, ainda que, sob a ótica dos respondentes, o nível de participação dos atores envolvidos foi considerado muito alto (Gráfico 4).

3.1.2 Participação da linha de frente

Os dados coletados demonstram que os burocratas de nível de rua participaram da formulação e reformulação das estratégias de enfrentamento da crise no ambiente hospitalar (Gráfico 3). As respostas qualitativas evidenciam que a participação desses profissionais ocorreu de forma efetiva durante a implementação da política pública. Das falas dos participantes da pesquisa se extrai que as principais formas de colaboração se deram com o atendimento/tratamento dos pacientes infectados com o vírus (N 14); participação em treinamentos e capacitações relacionados à doença e seu tratamento (N 6); e utilização de fluxos de trabalhos diversos (Quadro 6).

Quadro 6 - Categorização e síntese da análise qualitativa - principais formas de participação / colaboração dos profissionais da linha de frente na formulação e reformulação das estratégias de enfrentamento da pandemia

ATOR	TIPO DE COLABORAÇÃO	N
LINHA DE FRENTE	Envolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Execução das ações de combate à pandemia (colocando a mão na massa) • Cuidado e admissão de pacientes • tentando estratégias e condutas de tratamento diversificadas • servindo ao máximo com as nossas habilidades profissionais • participação em pesquisas, e experimentos com vacinas, publicações e estudo de casos • Atendimento de Forma humanizada 	14
	Treinamentos e Capacitações	6
	Utilização de vários fluxos de trabalho <ul style="list-style-type: none"> • estratégias e condutas de tratamento diversificadas para melhor eficácia do tratamento • isolamento individual • orientação da população sobre uso de máscaras e lavagem das mãos • aprimoramento do processo de trabalho 	4
	Aprendizagem	3

	<ul style="list-style-type: none"> • somando conhecimentos adquiridos de todas as partes do mundo • Vendo na prática as medidas com eficácia contra a doença 	
GESTÃO	Execução de ações	2
	Fornecimento de dados e informações	2
	Participação em Comitês de Crise	1

Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Tais dados nos leva a entender que a pandemia exigiu um alto grau de envolvimento dos burocratas de nível de rua na execução dos seus trabalhos diários e, ainda, um esforço extra à medida que demandou a aquisição de novos conhecimentos relacionados ao Covid-19, ao acolhimento de familiares e tratamento dos pacientes infectados. Merece registro o fato de que os profissionais da linha de frente apontaram a aquisição e compartilhamento de conhecimento (aprendizagem {N 3}) durante o período de crise como um fator importante de contribuição com a política pública.

3.1.3 Ferramentas

No que diz respeito às ferramentas usamos a tipologia desenvolvida por Christopher Hood (1986), que categoriza as ferramentas políticas em ferramentas de nodalidade, autoridade, tesouro e organização.

No contexto do COVID-19, observou-se que o governo de Goiás utilizou várias ferramentas no período de crise. As ferramentas de nodalidade são definidas como a utilização das informações que o Estado tem à sua disposição enquanto ator político central. Nessa categoria, são exemplos de ferramentas empregadas: fornecimento de informações e treinamentos para ajudar a desenvolver as capacidades para lidar com o problema (campanhas publicitárias) e compilação de dados dispersos na Administração Pública (<https://www.saude.gov.br/coronavirus>). As ferramentas de autoridade são definidas como permissões ou ações específicas concedidas ou exigidas por um governo usando seu poder. Com base nessa definição, mandatos de uso máscara, controles de fronteira e restrição de reuniões de massa, criação de comitês consultivos, emitidos por meio de Decretos Portarias e Atos Normativos, são exemplos de ferramentas de autoridade. (<https://www.saude.gov.br/coronavirus>). As ferramentas da categoria Tesouro referem-se

aos recursos financeiros empregados na política pública. Nessa categoria, observa-se que, para o combate da pandemia, o Governo Federal destinou ao Estado de Goiás no ano de 2020, R\$1.330.734.249, 89 (um bilhão trezentos e trinta milhões setecentos trinta e quatro mil duzentos quarenta e nove reais oitenta e nove centavos); no ano seguinte (2021), o investimento foi na ordem de R\$318.130.110,25 (trezentos e dezoito milhões cento e trinta mil cento e dez reais e vinte cinco centavos), conforme dados disponíveis no portal da transparência (<https://www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus>). Por fim as ferramentas organizacionais referem-se à utilização das estruturas organizacionais sob jurisdição do Estado. Nessa esfera, foram utilizadas estruturas da administração direta em conjunto com mecanismos de entidades privadas, como por exemplo a gestão dos hospitais públicos referência no tratamento do COVID-19 no Estado, que foi realizada pela Associação de Gestão, Inovação e Resultados em saúde – AGIR (<http://www.transparencia.go.gov.br/portaldatransparencia/corona-transp.html>).

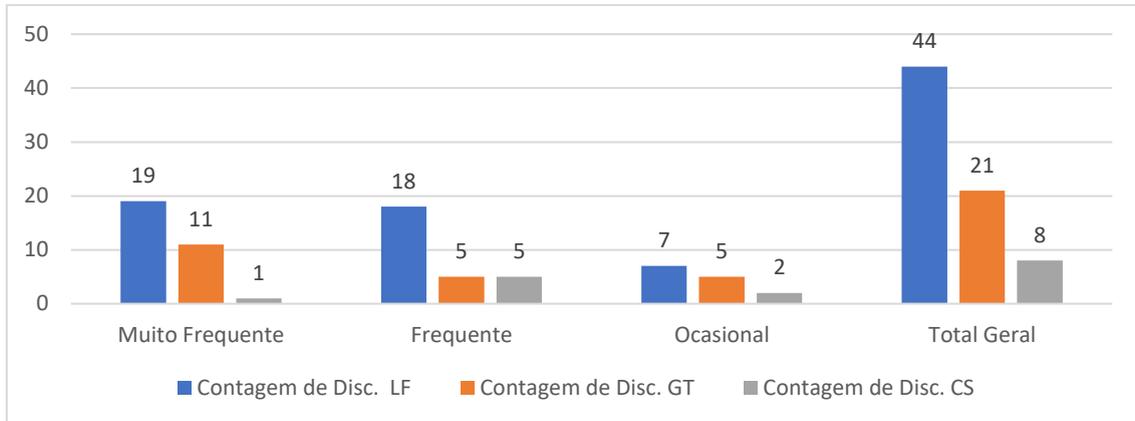
3.2 IMPLEMENTAÇÃO

No contexto da implementação da política pública foram analisadas as seguintes variáveis: discricionariedade da linha de frente; engajamento da linha de frente; feedback; dilemas /conflitos; e participação/colaboração de atores.

3.2.1 Discricionariedade dos profissionais da linha de frente

De acordo com os dados registrados na pesquisa quantitativa, 43,% (quarenta e três virgula dois. por cento) dos profissionais da linha de frente responderam que, durante o período da pandemia, adotaram ações discricionárias com muita frequência e 40,9% (quarenta virgula nove por cento), responderam que essas ações foram adotadas frequentemente. Esses dados foram corroborados pela burocracia de alto e médio escalão, segundo a qual 52,4% (cinquenta e dois virgula quatro por cento) dos agentes implementadores adotaram ações discricionárias durante a execução das ações de combate à pandemia (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Em que medida os profissionais da linha de frente adotaram ações discricionárias para lidar com os desafios do dia a dia, durante a implementação das estratégias de combate à pandemia



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Entretanto, ao analisar as respostas obtidas sobre exemplos de ações discricionárias adotadas, observa-se que os entrevistados não entenderam bem o sentido da palavra “discricionarietà”, tanto que apresentaram como exemplo de ações discricionárias, dentre outras, medidas como a “utilização de EPIS” e realização de “atendimento de forma humanizada”. Contudo, apesar de não terem entendido bem o termo, outras respostas mostram que essa confusão é parcial, pois alguns elementos importantes aparecerem como de fato discricionarietà, tais como, a utilização de diversos protocolos de atendimento, de segurança e de medicamentos:

“Medicação com protocolo diversos. A criatividade em colocar os pacientes entubados de pronado. E as estratégias por meio da tecnologia de proporcionar maiores treinamento aos profissionais de maneira mais dinâmica e relaxante” (Medico 01);

“Solicitação de psicólogo para ajudar na disseminação da informação ao paciente; Planilha para investigação de pacientes suspeitos ou contactantes nas unidades que não tem perfil de atendimento a Covid-19.” (Enfermeira 12)

Dessa forma, constata-se que há uma conformação com a teoria exposta na literatura sobre burocracia de nível de rua e a realidade apresentada por esses profissionais, no sentido de que as ações dos burocratas de nível de rua são marcadas pela discricionarietà (GOFEN; LOTTA, 2021; LIPSKY, 2019).

3.2.2 Engajamento da linha de Frente

A atuação dos agentes implementadores é marcada ainda pela forma como se posicionam diante da política proposta. Na percepção dos atores envolvidos, as ações que exigiram maior engajamento dos profissionais da linha de frente durante a pandemia foram a

execução do trabalho (forma de atendimento aos pacientes); as ações de esclarecimento à população; o uso correto de equipamentos de proteção individual – EPI’s; e a definição de novos fluxos de trabalho (Quadro 7).

Quadro 7 - Categorização e síntese da análise qualitativa - estratégias que exigiram maior engajamento da linha de frente na Implementação da política pública de enfrentamento do COVID-19

ATOR	TIPO DE ESTRATÉGIA	N
LINHA DE FRENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Forma de atendimento aos pacientes • Participação em estudos multicêntricos para enfrentamento à Covid-19 • Treinamentos e Capacitações • Resiliência • Proatividade • Conhecimento 	7
	Ações de esclarecimento da população <ul style="list-style-type: none"> • Higienização das mãos • Uso de máscaras • Distanciamento social • Vacina 	6
	Uso correto de EPI’s	4
	Solicitação de apoio psicológico	1
	Tratamentos	1
Conselho de Saúde	Uso correto de EPI’s	2
	Forma de atendimento aos pacientes	1
	Utilização de diversos protocolos de atendimento	1
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Desdobramento no atendimento ao paciente • Disposição para cumprimento dos procedimentos definidos • Rotatividade dos profissionais nas áreas críticas 	4
	Uso Correto de EPI’s	2
	Definição de novos fluxos de trabalho <ul style="list-style-type: none"> • Criação de documento operacional padrão • Adoção de Planos de contingência 	2

Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Extraí-se da fala dos burocratas de nível de rua que estes profissionais apresentaram diferentes modos de engajamento, tais como: as formas de atendimento ao paciente, à aquisição de conhecimentos acerca do COVID-19 e a retransmissão de ações de segurança contra o vírus. Da linguagem da gestão, infere-se que as ações que exigiram maior engajamento, foram o cumprimento dos protocolos definidos; a rotatividade dos profissionais nas áreas críticas e adoção de Planos de Contingência. O discurso do Conselho de Saúde, por fim, indica que formas de atendimento ao paciente e utilização de diversos protocolos de

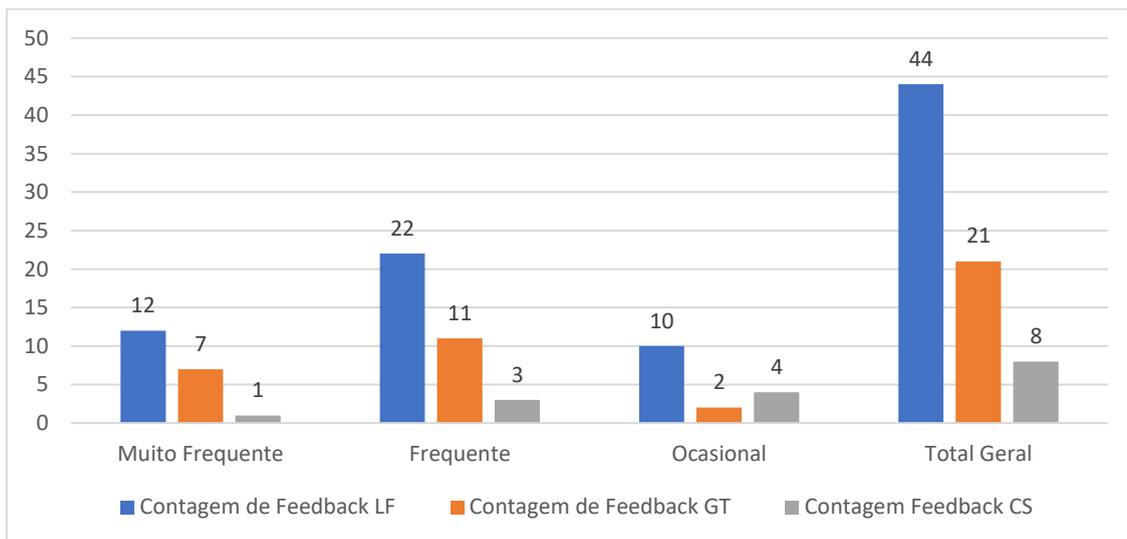
tratamento, foram as ações que exigiram comprometimento dos profissionais.

O engajamento desses profissionais com a efetivação da política pública é visto como elemento central para influenciar os resultados das políticas (LAVEE; COHEN; NOUMAN, 2018). O fato dos burocratas de alto e médio escalão e dos agentes implementadores estarem envolvidos pode ser visto como uma condição prévia para sucesso da política, por outro lado, a falta de reação adequada representa per si um indicador claro de implementação falha (GIULIO; MILANO, [s.d.]).

3.2.3 Feedback

De acordo com os dados levantados, observa-se que a maioria dos respondentes declarou que recebeu feedback com frequência durante o processo de implementação da política de combate ao covid-19 no hospital (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Em que medida os profissionais da linha de frente receberam feedback referente às ações de enfrentamento da pandemia



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Observa-se que houve uma certa confusão por parte dos participantes da pesquisa, que parece não ter entendido muito bem a questão, pois as respostas das perguntas abertas nesse ponto foram evasivas e por vezes, contraditórias. Contudo, a amostra pesquisada aponta que recebeu feedback positivos e negativos, por parte dos Gestores, Supervisores e Equipe Médica, os quais geraram impacto na política pública e/ou na atuação dos profissionais. Oito tipos de impacto foram ressaltados pela linha de frente: aprimoramento do processo de trabalho; alteração de fluxos de trabalho; utilização eficiente dos recursos e insumos; melhoria

no atendimento; mudança no sistema de notificações; readaptação da equipe; revisão ou readaptação da política pública (Quadro 8).

Quadro 8 – Categorização e síntese da análise qualitativa - como o feedback recebido pelos profissionais da linha de frente impactou na mudança da política pública e/ou na atuação dos profissionais

ATOR	TIPO DE IMPACTO	N
LINHA DE FRENTE	Aprimoramento do processo de trabalho <ul style="list-style-type: none"> • Alteração de fluxos • Utilização eficiente de recursos e insumos • Melhoria na técnica de intubação • Melhoria no atendimento • Mudança do sistema de notificações • Reabordagem do assunto 	12
	Readaptação da equipe	2
	Monitoramento de EPI's	1
	Controle de Treinamentos e Capacitações médicos	1
	Revisão ou readaptação da política pública	1

Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Os dados mostram ainda que o processo de mudança através de feedback negativo ocorre juntamente com um processo de aprendizado sobre a política da Covid-19 na ponta, ou seja, os profissionais de linha de frente que falaram da mudança, também falaram de aprendizagem:

Das equipes médicas e multiprofissionais geradoras de conteúdos de biossegurança e a necessidade de aprimoramento e revisão constantes desses teores técnicos (Diretora 9).

Da supervisão imediata, orientação adequada abordagem da tal importância sobre toda atuação que nós estamos enfrentando (Enfermeiro Referência 22).

O uso de medicações mais eficazes O colocar paciente em pronado não somente entubado mas TB os suspeito e confirmado de COVID A paramentação e a desparamentação após lidar com um paciente positivo ou pós preparar um corpo (Técnica de Enfermagem 12).

Reorganização de leitos, treinamentos de paramentação mais adequado e tratamento medicamentoso e fisioterápico mais assertivo (Enfermeiro Referência 22).

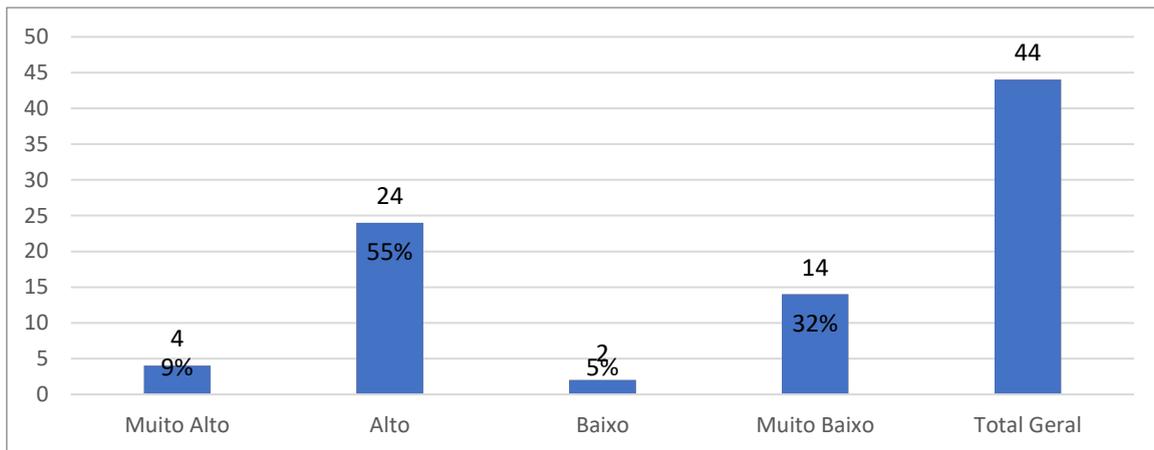
Segurança da equipe no enfrentamento durante a segunda onde foi mais seguro, pois já tinham mais conhecimento sobre a prevenção da doença (Supervisora de Enfermagem 11).

Assim, observa-se que o Feedback gera impacto na atuação dos agentes implementadores, bem como na política pública propriamente dita. Dessa forma, a pesquisa confirma a teoria exposta, no sentido de que o feedback positivo tende a gerar a continuidade da política e que o feedback negativo impele à mudança por meio de ajustes incrementais (Petter Hall, 1993; Paul Pierson, 2004; Jacobs e Weaver, 2010).

3.2.4 Dificuldades, Dilemas e Conflitos

No que tange à quarta variável - dificuldades, dilemas e conflitos, os profissionais da linha de frente informaram que a execução das ações na fase de implementação da política de combate à pandemia do COVID-19, apresentara alto grau de dificuldade (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Grau de dificuldade enfrentado pelos agentes implementadores nas ações de combate à pandemia do COVID-19



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Os atores envolvidos apontaram que as maiores dificuldades encontradas durante o combate ao Vírus foram relacionadas às questões psicológicas; à falta de preparo do corpo técnico; ao adoecimento da equipe; e à sobrecarga de trabalho (Quadro 9).

Quadro 9 – Categorização e síntese da análise qualitativa - principais dificuldades de implementação enfrentadas pelos profissionais da linha de frente durante o período da pandemia

ATORES	TIPO DE DIFICULDADE	N
LINHA DE FRENTE	Condições psicológicas da equipe <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Medo • Pânico profissional 	12
	Baixo nível de compreensão das orientações	8
	Risco no trabalho	4
	Dificuldade de adesão e/ou execução <ul style="list-style-type: none"> • Novos procedimentos • Uso de EPI's 	4
	Desunião da equipe	3
	Sobrecarga de Trabalho	2
	Dificuldade de lidar com o número de óbitos	2
	Confiança nos protocolos	1
	Falta de insumos	1

GESTÃO	Condição física e psicológica <ul style="list-style-type: none"> • Cansaço físico • Cansaço mental • Estresse 	5
	Sobrecarga de trabalho	5
	Falta de insumos	1

Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Nota-se que as principais dificuldades/desafios suportados pela linha de frente durante o combate à pandemia estão relacionadas às capacidades técnico-administrativas - que abrangem os elementos burocracia estatal e coordenação, e estrutura hospitalar - instalações físicas e insumos. Em consonância com a literatura, os burocratas de nível de rua estão constantemente divididos entre as demandas da Administração, que querem maior efetividade e responsividade, e as demandas de cidadãos, que querem mais eficácia e eficiência dos serviços públicos (LIPSKY, 2019).

3.4.5 Participação de múltiplos atores

Percebe-se que, assim como na etapa de formulação, a execução da política de combate ao vírus contou com a participação de vários atores. O nível de participação/colaboração entre entidades governamentais, não-governamentais e privadas na formulação e implementação da política pública de enfrentamento ao Covid-19 foi considerado muito alto, tanto pelos trabalhadores da linha de frente (Gráficos 3 e 4)

As principais formas de colaboração, apontadas pelos entrevistados, foram: edição de atos normativos; participação em reuniões e comissões; realização de ações de fiscalização; e envolvimento dos profissionais da linha de frente na execução das ações de tratamento dos pacientes, conforme demonstra o Quadro 04.

Na fala dos profissionais:

Os profissionais foram de suma importância para o combate durante a pandemia, trabalhando, treinando e se aperfeiçoando enquanto conhecia essa nova doença que afligia a população mundial. (Enfermeiro Referencia 22)

Criação de comitê para enfrentamento a crise, escuta ativa com a equipe assistencial (Supervisora de Enfermagem 11)

Olha além dos diversos treinamento contínuos que tivemos diante de algo desconhecido e novo de tal propagação de fatalidade , com as inúmeras percas que o mundo sofreu, os profissionais da saúde foram os que mais vivenciaram essa guerra biológica e mental de perto , colocando a mão na massa e tentando todo os dias estratégias e condutas de tratamento diversificadas para poderem para melhor eficácia do tratamento , pois foram inúmeros casos aonde, o que dava certo pra uns não funcionava de jeito nenhum em outros, atuamos servindo ao máximo com as nossas

habilidades profissionais e somando conhecimento adquiridos de todas as partes do mundo (Técnica de Enfermagem 12).

Esta unidade auxiliou na abertura dos hospitais de campanha HCAMP e HCN de Uruaçu - Goiás. Realizando todas as tratativas necessárias para que as unidades hospitalares pudessem desenvolver as atividades no atendimento aos pacientes (Coordenador 03).

sim, gabinete de crise hospitalar, substituição de medicamentos (Supervisor 02).

Participação no COE estadual. Proposição de ações como acesso a vacina, protocolo de contenção de contágios (Conselheiras 02 e 03)

Comissão foi organizada para acompanhamento e suporte dos gestores de conselhos municipais nessa área. O órgão provocou a SES para garantir transparência na ocupação de leitos, aquisição de vacinas e adequação de quadros de servidores à frente do controle da pandemia (Conselheiro Suplente 05).

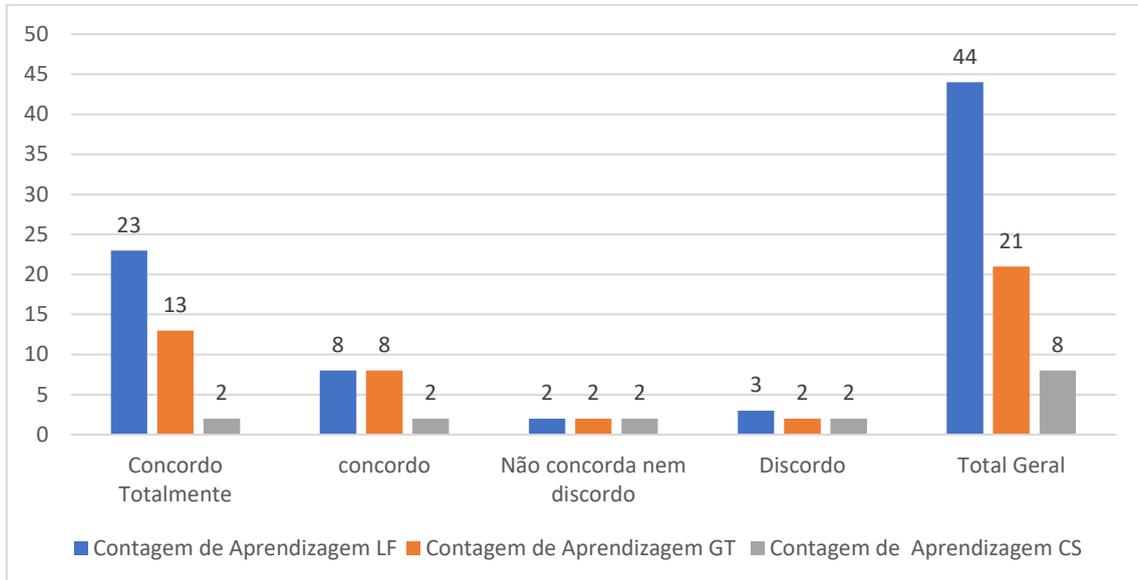
4. APRENDIZAGEM

No tocante ao eixo aprendizagem, as variáveis levantadas foram: se ocorreu aprendizagem; como ocorreu; quem aprendeu e qual o efeito da aprendizagem advinda durante a política de enfrentamento da pandemia.

4.1 SE OCORREU APRENDIZAGEM

Com relação à existência de aprendizagem da política ao longo do período de crise, os participantes da pesquisa concordaram com o fato de que ocorreu aprendizagem no decurso da pandemia, de forma que as experiências adquiridas durante a primeira onda foram importantes para o enfrentamento da segunda onda do Covid-19. Nesse sentido, 52% (cinquenta e dois por cento) dos profissionais da linha de frente; 47,6% (quarenta e sete vírgula seis por cento) da equipe da gestão; e 50% (cinquenta por cento) dos conselheiros do Conselho de Saúde, afirmaram que aproveitaram as experiências anteriores para responder às demandas existentes relacionadas aos objetivos da política pública (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Durante o período de pandemia os profissionais envolvidos aproveitaram as experiências anteriores de modo a responder às demandas existentes conforme os objetivos dessa política



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

4.2 QUEM APRENDEU

Quanto ao segundo quesito - quem aprende, pôde-se observar que tanto os atores quanto as instituições envolvidas na política de combate à pandemia experimentaram um processo de aprendizagem durante a formulação e implementação da política (Gráfico 9). Na visão dos entrevistados, o aprendizado se deu especialmente na compreensão da doença ocasionada pelo vírus, nas formas de tratamento e utilização das medidas preventivas de contaminação e disseminação do Vírus. O Quadro 10 demonstra que houve aprendizado tanto por parte dos profissionais da linha de frente, quanto das entidades diretamente envolvidas na política que tiveram que se adaptar, atualizar e reformular estratégias de enfrentamento da pandemia constantemente.

Quadro 10 – Categorização e síntese da análise qualitativa - exemplos de medidas decorrentes do processo de aprendizagem experimentando durante a primeira onda do Covid-19 que ajudaram a enfrentar a segunda onda do Covid-19

ATOR	TIPO DE MEDIDA	N
LINHA DE FRENTE	Utilização correta de EPI's <ul style="list-style-type: none"> • Higienização das mãos • Uso de máscaras • Paramentação • Distanciamento social 	15
	Compreensão da doença <ul style="list-style-type: none"> • Forma de lidar com os pacientes • Isolamento dos pacientes • Diagnóstico precoce da doença • Criação de centros médicos especializados • Conhecimento de ações preventivas 	13

	<ul style="list-style-type: none"> • Evolução do quadro do paciente • Conhecimento sobre o vírus • Segurança da linha de frente 	
	Busca constante de estratégias por meio de novas de tecnologias <ul style="list-style-type: none"> • Treinamentos e Capacitações • Orientações • Educação continuada 	9
	Implementação de novas medidas de tratamento <ul style="list-style-type: none"> • Isolamento do paciente • Restrição a visitas • Novos medicamentos • Medicamentos mais eficazes 	4
	Aprofundamento do conhecimento sobre medidas de imunização (Vacina)	3

Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

4.3 COMO A APRENDIZAGEM ACONTECEU

A terceira variável pesquisada refere-se ao modo como a aprendizagem acontece.

Sob a ótica dos entrevistados, no caso do combate à pandemia do COVID-19, a aprendizagem ocorreu com as experiências do passado e o conhecimento adquirido durante a primeira onda do COVID, permitiu que a política pública fosse reformulada de forma rápida, resiliente e reinventiva no decorrer da segunda onda da pandemia (Quadro 11).

Quadro 11 – Categorização e síntese da análise qualitativa - exemplos de como ocorreram os processos de readaptação e/ou reformulação da política pública de enfrentamento da pandemia do Covid-19, em razão da aprendizagem experimentada durante a primeira onda

ATOR	TIPO DE MEDIDA	N
LINHA DE FRENTE	Rápido <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizado sobre o vírus • Reorganização • Adoção de medidas • Em meio a superlotação • Pouca estrutura hospitalar • Agilidade na montagem de novos leitos • Suspensão de cirurgias e processos eletivos 	12
	Reinvenção <ul style="list-style-type: none"> • Percepção de que precisamos uns dos outros • Resiliência • Mudanças no processo de trabalho • Agilidade • Multifuncionalidade • Aprendizagem 	6
	Naturalmente	4

	<ul style="list-style-type: none"> • Na segunda onda já não éramos mais leigos • Com maior adesão e confiabilidade 	
	Inserção de novos protocolos <ul style="list-style-type: none"> • melhoria no boletim eletrônico do paciente • tratamento humanizado 	4
	Não sei	3
	Difícil <ul style="list-style-type: none"> • Ninguém conhecia o vírus 	2

Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

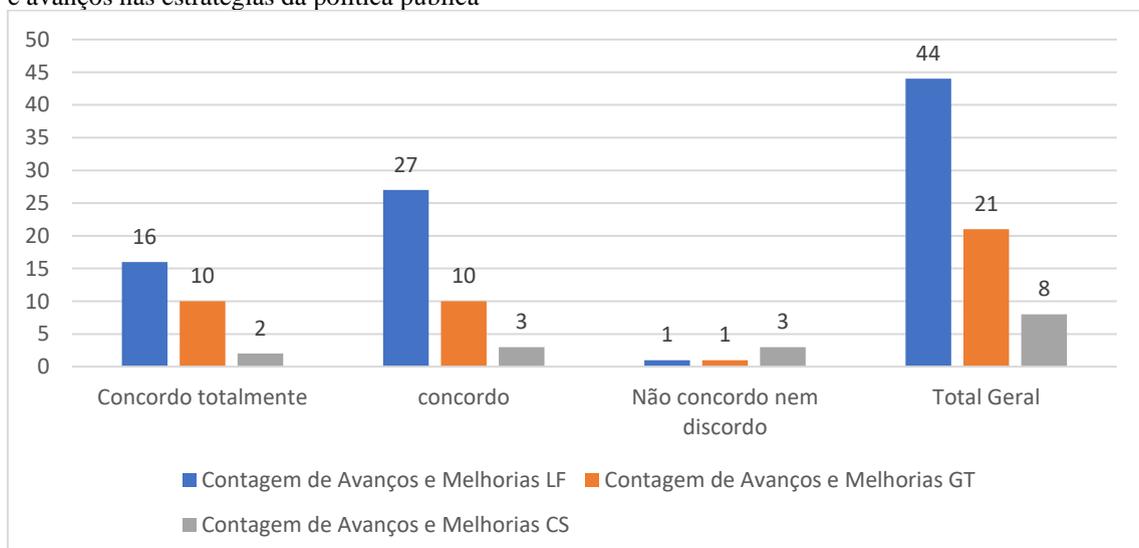
Informaram ainda os respondentes que esse processo de readaptação e/ou reformulação se deu de forma rápida, como mostra por exemplo, a seguinte fala:

De maneira muito ágil, visto que se tratava de uma doença de alta disseminação, com pouca estrutura e super lotação hospitalar, foi necessário agilidade no processo de montagem de novos leitos, suspensão de cirurgias e procedimentos eletivos (Enfermeiro Referência 22).

4.4 EFEITOS DA APRENDIZAGEM

Por fim, quantos aos efeitos, observou-se que a aprendizagem experimentada durante o período de pandemia, contribuiu com melhorias e avanços para implementação das estratégias de enfrentamento do Covid-19. Considerando as repostas “concordo totalmente” e “concordo”, obteve-se um patamar de 84,2% (oitenta e quatro vírgula dois por cento) dos participantes da pesquisa atestando a ocorrência de mudanças nas configurações da política, em decorrência da aprendizagem (Gráfico 10). Isso mostra que há um número elevado de atores que admitem que a aprendizagem foi um fator importante para o aprimoramento da política pública.

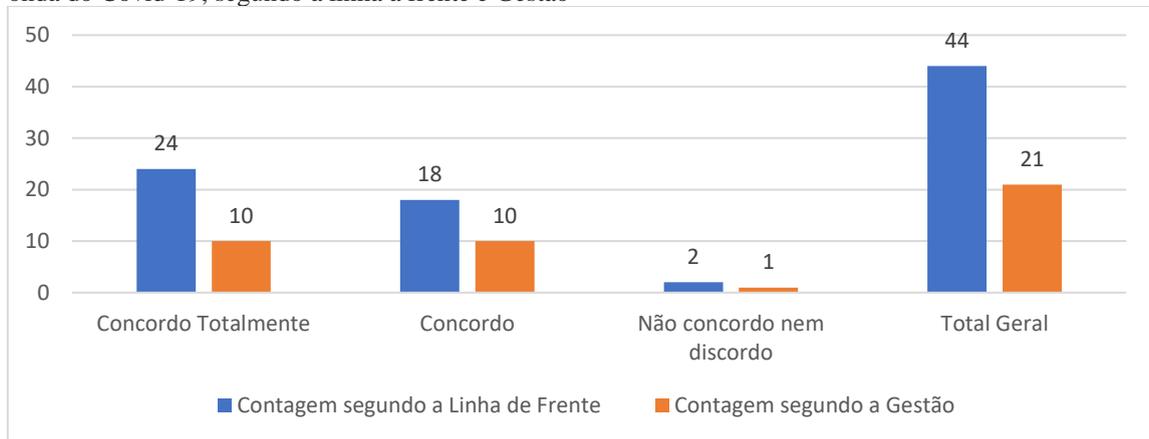
Gráfico 10 - A aprendizagem experimentada pelos atores durante o período de pandemia contribuiu com melhorias e avanços nas estratégias da política pública



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Nesse passo, levando em conta as repostas “concordo totalmente” e “concordo”, verifica-se que 95,4% (noventa e cinco vírgula quatro por cento) dos profissionais da linha de frente; e 95,2% (noventa e cinco vírgula dois por cento) dos gestores, concordam que a aprendizagem obtida durante a primeira onda da pandemia, contribuiu para o enfrentamento da segunda onda do COVID-19 (Gráfico 11).

Gráfico 11 – O processo de aprendizagem experimentando durante a primeira onda ajudou a enfrentar a segunda onda do Covid-19, segundo a linha a frente e Gestão



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Sob a ótica dos entrevistados, o principal efeito da aprendizagem foi a reformulação da política, com o aprimoramento das técnicas e medidas de tratamento dos pacientes infectados pelo Vírus. Esse aperfeiçoamento se deu com a utilização de medicamentos mais eficazes; novos protocolos de tratamento; medidas de segurança e de prevenção de contágio; e revisão da política. Vejamos:

O uso de medicações mais eficazes O colocar paciente em pronado não somente entubado, mas TB os suspeitos e confirmado de COVID. A paramentação e a desparamentação após lidar com um paciente positivo ou pós preparar um corpo (Enfermeira 12).

Os protocolos oriundos da OMS e MS foram se somando aos fluxos de segurança do paciente e de humanização já praticados, gerando melhorias como o Boletim Eletrônico do Paciente, com tradução facilitada para familiares e fortalecimento de vínculo, em período de afastamento social.(Diretora 9).

Segurança da equipe no enfrentamento durante a segunda onde foi mais seguro, pois já tinham mais conhecimento sobre a prevenção da doença (Supervisora 11).

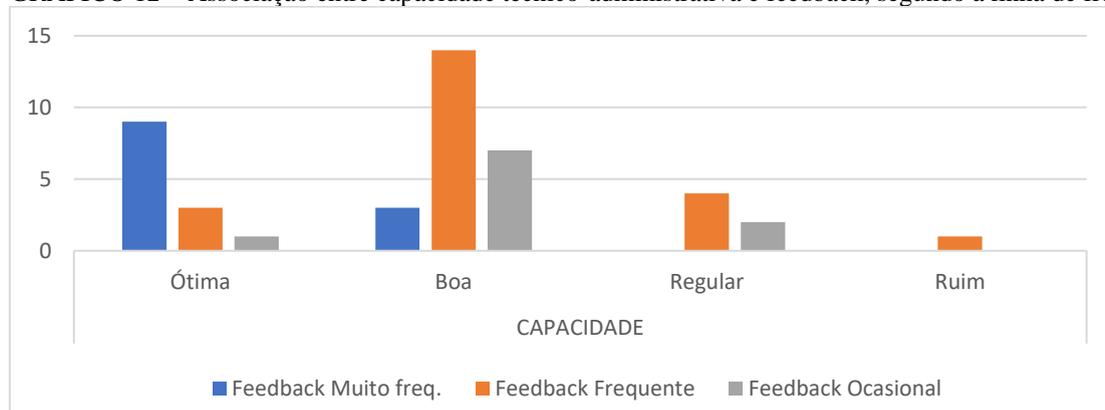
Revisão ou readaptação da política pública (Enfermeira fala 24)

SEÇÃO II - DISCUSSÕES SEGUNDO O FRAMEWORK

As questões apresentadas nos permitiram estabelecer associações – mediante tabulações (*cross-tabulation*) entre os seguintes conceitos e práticas, e no que se refere à implementação de políticas públicas: (1) capacidade técnico-administrativa e feedback; (2) capacidade técnico-administrativa e superação de dificuldades; (3) feedback, Mudanças e Aprendizagem; (4) dificuldades, participação e capacidades estatais; (5) formulação-implementação, capacidade estatal e aprendizagem.

Analisando as capacidades estatais durante o processo de implementação da política pública, observou-se a existência de uma associação entre a capacidade técnico-administrativa e feedback (Gráfico 12).

GRÁFICO 12 – Associação entre capacidade técnico-administrativa e feedback, segundo a linha de frente



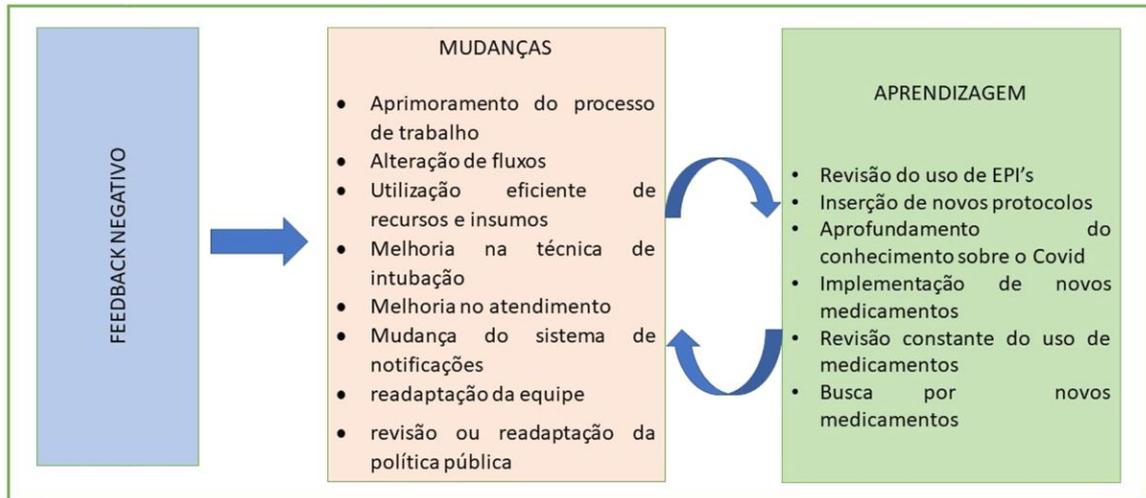
Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Nota-se que quanto melhor é a capacidade técnico-administrativa do Estado, maior é a frequência com que os trabalhadores da linha de frente recebem feedback.

A categorização e resumo síntese da análise qualitativa nos permite observar também a existência de associação entre feedback negativo, mudanças na política e aprendizagem (Figura 2). Ou seja, os atores que falaram de feedback negativo durante a implementação de políticas no combate ao COVID-19, também ressaltaram elementos relacionados tanto a mudança, quanto a aprendizado da política.

Figura 2 – Relação qualitativa entre feedback Negativo, Mudanças e Aprendizagem entre as ondas 1 e 2 do COVID/19: síntese da análise qualitativa

Relação qualitativa entre Feedback Negativo, Mudanças e Aprendizagem entre as ondas 1 e 2 do COVID-19: síntese das perguntas abertas

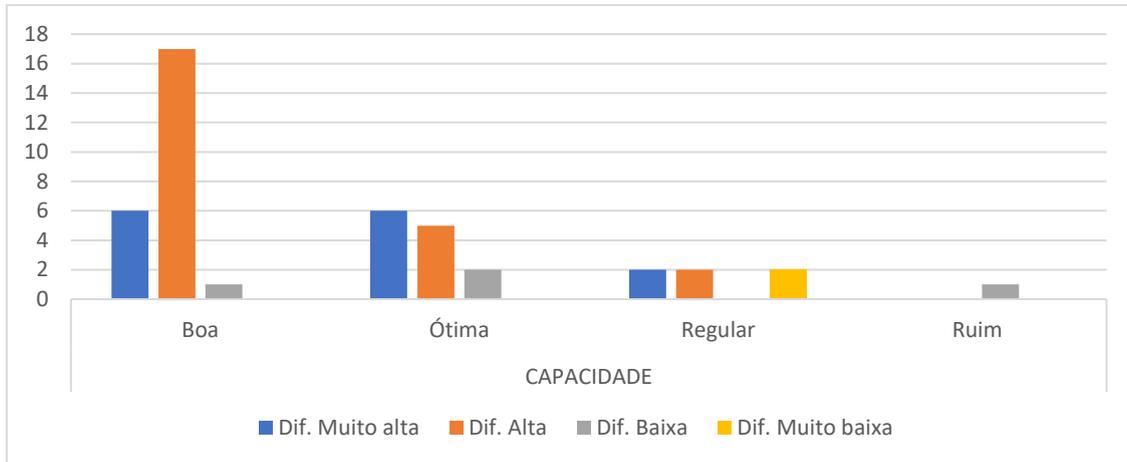


Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

O feedback negativo, como ressalta a literatura de Política pública, possui esta capacidade para impulsionar processos de mudança (JACOBS; WEAVER, 2010). Na nossa análise, ao expor as fragilidades da política pública, pode-se inferir que feedback negativo impulsionou a ou influenciou na realização de ajustes e mudanças em seu curso. Essa modificação da dinâmica da implementação da política pública, oportunizou a ocorrência de um processo de aprendizagem tanto individual quanto institucional; de forma que a política em vigor foi afetada por percepções ou avaliações que os atores fizeram sobre a fase anterior. |Conforme ensina Grin e Loeber, a política atual tende a ser modificada em virtude dos aprendizados obtidos anteriormente (GRIN; LOEBER, 2017).

Noutro viés, verifica-se a existência de associação entre capacidade técnico-administrativa e a superação de dificuldades na implementação da política pública, conforme demonstra o Gráfico 13.

Gráfico 13 - Capacidade técnico-administrativa versus Dificuldades de Implementação, segundo a linha de frente

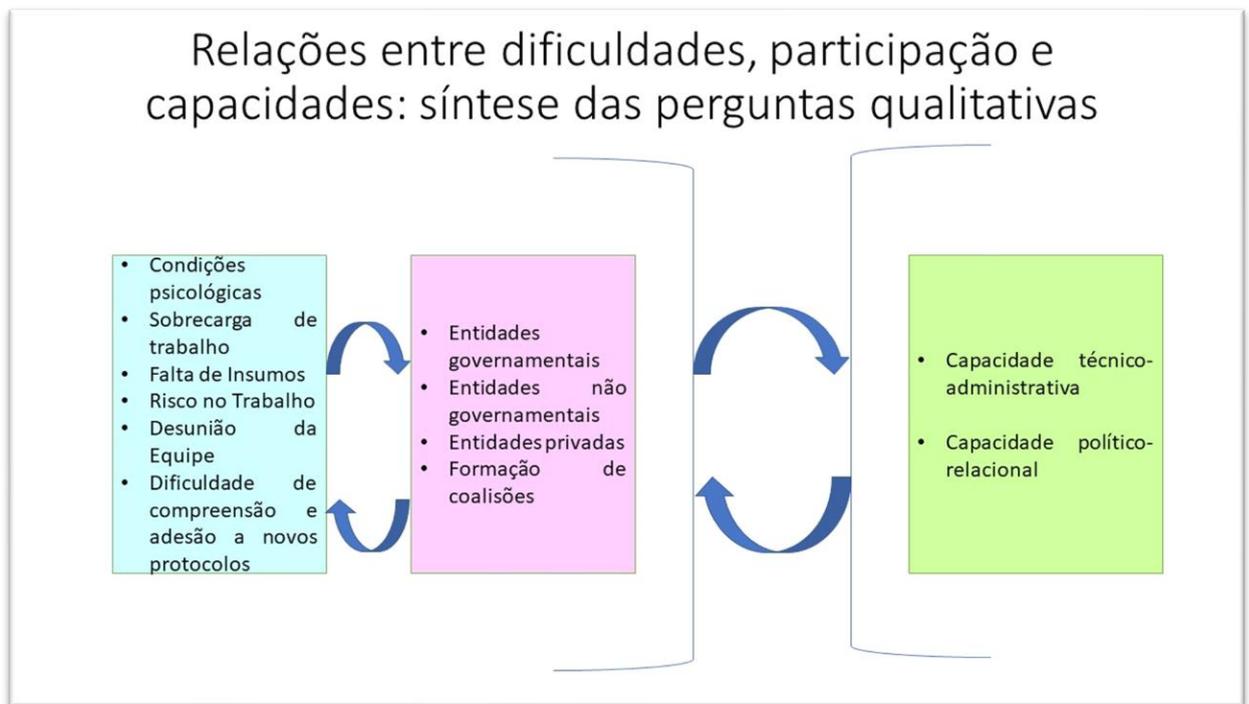


Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Os burocratas de nível de rua que fizeram parte da amostra relataram a ocorrência de uma série de dificuldades durante o processo de implementação da política pública na unidade hospitalar, quais sejam: falta de preparo do corpo técnico; ao adoecimento da equipe; e sobrecarga de trabalho (Quadro 11). Contudo, observa-se que mesmo diante das dificuldades apontadas, a política de combate ao COVID-19 foi mantida, o que pode ser explicado pelo fato de que a capacidade técnico administrativa foi considerada “boa” pela maioria dos participantes da pesquisa. Dessa forma, pode-se inferir que a capacidade estatal alta está relacionada à superação de dificuldades na implementação da política pública. Havendo, assim, uma associação positiva estrita entre capacidade estatal (de cunho técnico-administrativo) e continuidade da implementação, apesar do contexto de alto de incertezas a problemáticas trazidos pela COVID-19.

Observou-se, ainda, a existência de associação entre capacidades estatais, cooperação e habilidade dos atores para superar as dificuldades vivenciadas durante a implementação da política pública.

Figura 3 - Relação qualitativa entre dificuldades, participação e capacidades: síntese da análise qualitativa



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

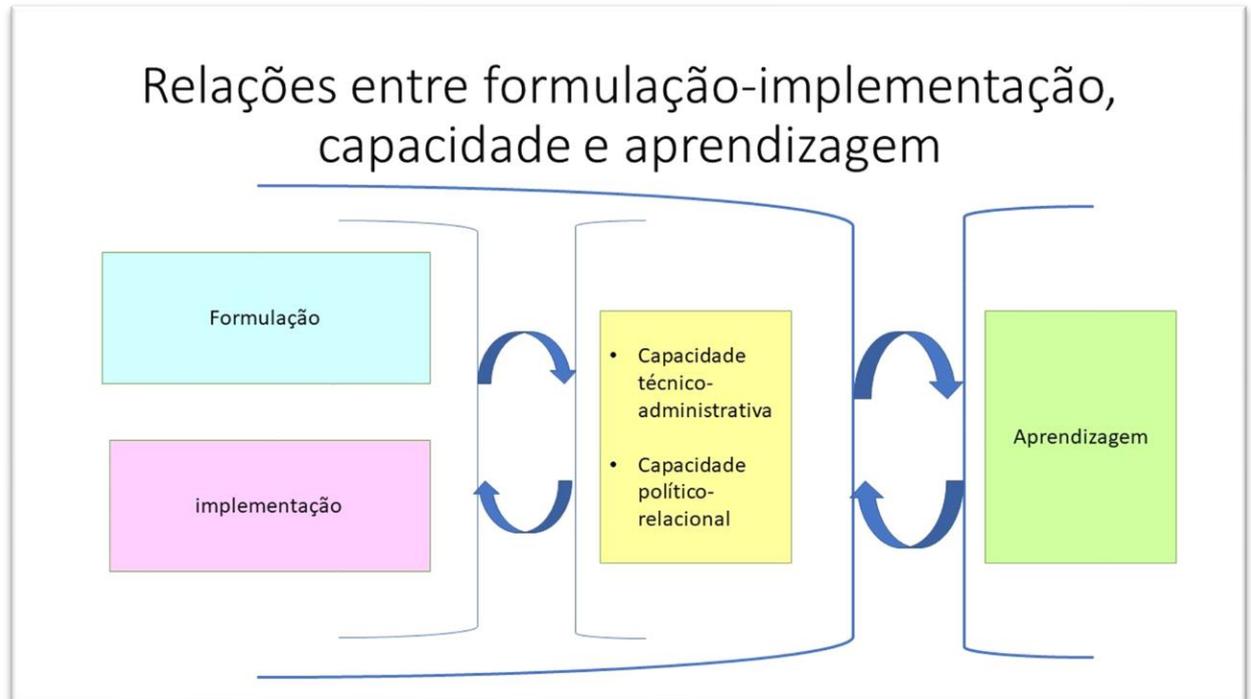
No estudo da implementação da política de combate ao COVID-19, a questão da superação de obstáculos mostrou-se essencial para se compreender os processos de sucessos e fracassos de políticas, tendo em vista o surgimento célere e contínuo de variáveis como condição mental – pânico e medo – incerteza sobre protocolos e outros. De forma que fatores como cooperação e participação aparecem como facilitadores dos processos da política pública em meio as incertezas da pandemia. Neste trabalho, os atores que reconhecem formas participativas de interação em meio a dificuldades (Quadro 11), ressaltaram também a boa capacidade-técnico administrativa do Estado (Gráfico 1). Logo, pode-se afirmar que as capacidades estatais, juntamente com a participação, alicerçaram a política pública. De forma que se torna possível ressaltar que também existe uma associação estreita entre capacidades estatais e superação de dificuldades.

No que tange a possíveis associações entre os contextos (de capacidade estatal alta) e participação pode-se inferir ainda, e em conformidade com a literatura, que quanto maiores são as capacidades do Estado, maior é a eficácia da política pública (FILGUEIRAS; KOGA; VIANA, 2020; BONELLI et al., 2019).

Por último, verificou-se a existência de uma associação estreita entre capacidades estatais e aprendizagem. Durante o processo de formulação e implementação, a

capacidade estatal direcionada para a política pública e a aprendizagem se inter-relacionam e se retroalimentam (Figura 4).

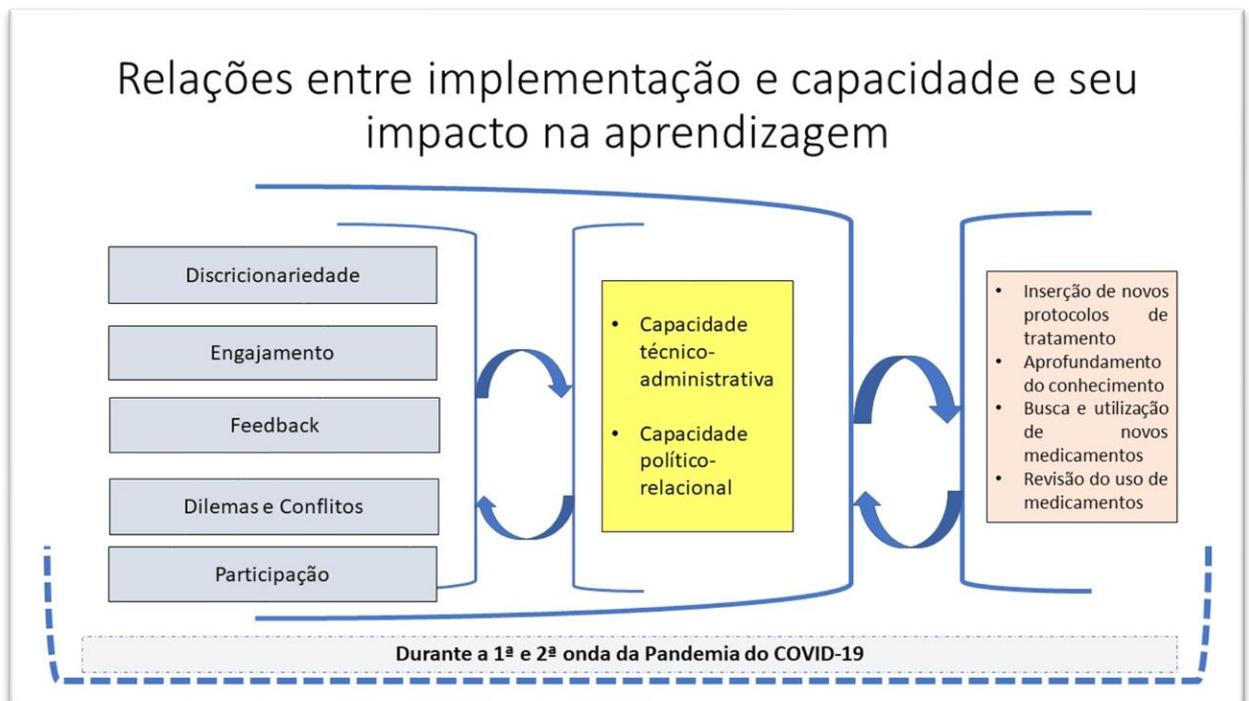
Figura 4 – Relação entre os contextos de formulação-implementação e capacidade estatal, e seu impacto na aprendizagem: síntese da análise qualitativa



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Os dados qualitativos categorizados e resumidos pela nesta pesquisa mostram que a implementação da política de combate à crise foi facilitada pelas capacidades estatais existentes, e que viabilizaram a aprendizagem da política de forma que os conhecimentos adquiridos durante a primeira onda da pandemia foram utilizados no enfrentamento da segunda onda do COVID-19. Assim, constata-se a existência de uma relação entre a implementação da política, as capacidades estatais e aprendizagem, no sentido de que implementação da política pública é sustentada pelas capacidades estatais, e ambas – implementação em contexto de capacidade estatal - influenciam positivamente o processo de aprendizagem da política. O Quadro 16 evidencia essa relação.

FIGURA 5 - Relação entre as variáveis de implementação, capacidade estatal e seu impacto na aprendizagem: síntese da análise qualitativa



Fonte: elaborado pela autora. Survey aplicado junto aos atores.

Nesse sentido, há uma conformação com a teoria que afirma que a aprendizagem está intimamente relacionada às capacidades estatais. A construção de capacidades políticas estatais é um desafio sustentado pelas relações de aprendizagem que existem entre os principais atores da governança. Na construção de capacidade por meio de aprendizagem de políticas, há uma troca fundamentalmente dinâmica entre os atores da governança - onde diferentes ambientes de aprendizagem permitem que novas capacidades sejam adquiridas, e a capacidade, por sua vez, viabiliza a aprendizagem de forma a promover mudanças na ação organizacional e no curso da política (ETHEREDGE; SHORT, 2007; SENGE, 1990).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho deteve-se na análise de um problema significativo de política pública no decorrer da pandemia do COVID-19, em unidade hospitalar em Goiânia - Goiás. Analisou-se as associações existentes entre capacidade estatal e aprendizado relacionadas às ações de combate à pandemia do COVID-19, na perspectiva da linha de frente e da gestão. Tomou-se como exemplo o Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL, inaugurado em 2015, unidade de saúde de alta e média complexidade em urgência e emergência, localizado em regiões de baixa renda na zona Noroeste da capital, e que se tornou referência no combate à pandemia no Estado de Goiás. Participaram ainda da pesquisa gestores do Hospital de Campanha para o Enfrentamento do COVID-19 – HCAMP de Goiânia e da Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR.

A proposta pretendeu investigar as seguintes questões: (1) Se, e de que forma, em um contexto complexo de formulação e implementação e com capacidades estatais restritas, houve aprendizado durante a formulação e implementação da política de enfrentamento do COVID-19 em um ambiente hospitalar; (2) Qual é a relação existente entre capacidades estatais e aprendizagem na formulação e implementação de políticas públicas; e (3) como o aprendizado, experimentado entre a primeira onda do COVID-19, contribuiu para aprimorar o processo de enfrentamento da pandemia durante a segunda onda do COVID-19.

Para responder a essas questões foi realizado um Survey – com sessões relacionadas à literatura de capacidades estatais; formulação e implementação de políticas públicas e aprendizagem, o qual foi aplicado aos gestores e profissionais da linha de frente das unidades coparticipantes.

Evidência contextual 1 - No que se refere à primeira pergunta, a pesquisa mostrou que em um contexto complexo de formulação e implementação no período de crise e com capacidades estatais restritas, houve aprendizado durante a formulação e implementação da política de enfrentamento do COVID-19, no hospital analisado. Este resultado deve-se a associação existente entre o nível de capacidade estatal e a habilidade para adquirir conhecimentos. À medida que os atributos das capacidades estatais (presença de burocracia profissionalizada; funcionamento de mecanismos de coordenação governamental; interação institucionalizada entre atores burocráticos e do sistema político; existência de mecanismos institucionalizados de participação social) se fizeram presentes eles se traduziram em feedback frequente, superação de dificuldades, engajamento da linha de frente, integração, de modo que

os agentes – indivíduos e organizações, experimentam um processo de aprendizagem no decorrer da política pública.

Nesse aspecto, observou-se uma oscilação na avaliação das capacidades estatais, sendo que o número de participantes da pesquisa que consideraram a capacidade técnico-administrativa “boa” (38,2%) é relativamente próximo daqueles que a consideraram “ruim/péssima” (27,6%), no que se refere a quantidade de profissionais presentes na unidade hospitalar para atender a demanda do COVID-19. Com relação à quantidade de leitos hospitalares/insumos disponibilizados para tratar a doença, 33,5% dos respondentes a consideraram “boa” e 16,4% a consideraram “regular”. Contudo, a fala dos respondentes na análise qualitativa aponta a “falta de insumos” e “sobrecarga de trabalho” como dificuldades da implementação.

Evidência contextual 2 - Com relação a pergunta 2 verificou-se que existe associação entre capacidades estatais e aprendizagem durante a formulação e implementação de políticas públicas. Isto se deve a existência de uma relação dinâmica entre capacidades estatais e aprendizagem, de forma que diferentes ambientes de aprendizagem permitem que novas capacidades sejam adquiridas pelos atores da governança, e as capacidades ou habilidades do Estado para adquirir conhecimentos, facilita a aprendizagem política. Desse modo, as relações de aprendizagem são interações bidirecionais, na qual a construção de capacidade envolve os entendimentos que todas as partes da governança podem gerar por meio de suas inter-relações.

Evidência contextual 3 - Por último a pesquisa demonstrou que o aprendizado experimentado entre a 1ª e 2ª onda do COVID-19, contribuiu para aprimorar o processo de enfrentamento da pandemia durante a segunda onda do Vírus. A chegada do COVID-19 foi caracterizada por extrema incerteza e urgência derivada de uma dinâmica rápida e contínua de circunstâncias imprevisíveis. Pouco ou nada se sabia a respeito da doença e de seu tratamento. Entretanto, a situação demandava a adoção de medidas emergenciais e o imediato enfrentamento da doença. Ao longo da implementação das medidas de combate a pandemia, durante a primeira onda do COVID-19, novos conhecimentos acerca da doença e de seu tratamento foram sendo agregados pelos atores envolvidos, de modo que, ao principiar a segunda onda, as experiências vividas e assimiladas pelos agentes envolvidos foram empregadas no combate à doença, tornando o processo mais assertivo e eficaz.

A análise traz ainda algumas lições significativas para o estudo de políticas públicas em especial no que se refere ao atendimento hospitalar em período de crise. Essas

lições evidenciam a importância dos conceitos de política pública, utilizados neste trabalho, para que se tenha maior entendimento sobre os processos de formulação e implementação da política e seus possíveis impactos.

Com relação à formulação e implementação da política pública, extrai-se as seguintes lições: (1) quanto melhor é a capacidade técnico-administrativa do Estado, maior é a frequência com que os trabalhadores da linha de frente recebem feedback; (2) o feedback negativo, provoca a realização de ajustes e mudanças no curso da política; (3) quanto maior é a capacidade estatal, melhores são as condições de superação de dificuldades na implementação da política pública.

No que se refere aos possíveis efeitos, ou seja, sobre a forma como a capacidade estatal e aprendizado podem afetar a política pública, infere-se restaram os seguintes ensinamentos: (1) as capacidades estatais alicerçaram ou estruturaram elementos essenciais para se dar prosseguimento a política de combate ao Vírus no ambiente hospitalar, impactando no resultado; (2) quanto maiores as capacidades do Estado, e em contexto de participação e aprendizado, maior a eficácia da política pública; (3) o processo de implementação da política pública é sustentado, facilitado e limitado, pelas capacidades estatais, influenciando o processo de aprendizagem da política. Processos de implementação com alto nível de participação e engajamento, e com feedback, possuem alto nível de capacidade de aprendizagem durante a implementação.

Entende-se dessa forma que esse trabalho apresenta algumas evidências contextuais relevantes, especialmente para a política pública em Goiás em referência ao hospital Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL. No entanto mostra, de forma geral, outros aspectos críticos que podem ser levados em conta nos estudos, análises ou práticas políticas sobre formulação, implementação e seus efeitos, como assinalado nas evidências complexas e lições extraídas desse trabalho.

Compreende-se ainda que o trabalho possui um limitador importante a ser destacado – o fato do estudo ter sido aplicado a apenas a um caso, em uma única cidade e região do país. Trata-se também do estudo de uma unidade hospitalar relativamente nova, que possui uma organização e gestão mista, por meio de Organização Social de Saúde - OSS, e provimento de novas tecnologias desde a fundação. De forma que seria interessante estender esse tipo de análise para outros hospitais, com outras formas de gestão, tendo maior diversidade nesta cidade

e, de forma comparativa, também com outras cidades. Tal esforço poderá ser feito de forma continuada por esta pesquisadora ou outros pesquisadores da área. Para futuras análises seria interessante revisar o survey, adotar entrevistas, e ainda realizar uma análise mais robusta e elaborada do ponto de vista quantitativo, de forma a medir os relacionamentos existentes entre as variáveis de conexões e aproximações, gerando indicadores ou estatísticas a serem utilizados entre os resultados qualitativos e quantitativos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S. DE; CHIORO, A.; ZIONI, FABIOLA. **Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

ANSELL, C.; SØRENSEN, E.; TORFING, J. **Improving policy implementation through collaborative policymaking**. *Policy and politics*, v. 45, n. 3, p. 467–486, 2017.

ARGOTE, L. **Organizational learning research: Past, present and future**. *Management Learning*, v. 42, n. 4, p. 439–446, 17 set. 2011.

BARRET, SUZAN; FUDGE, C. **Policy and Action: Essays on the Implementation of Public Policy**. [s.l.] Routledge, 1981.

_____. **Implementation Studies: Time for a Revival?** *Personal Reflections on 20 Years of Implementation Studies*. *Public Administration*, v. 82, n. 2, p. 249–262, jun. 2004.

BAUMGARTNER, F. R.; JONES, B. D. **Agendas and Instability in American Politics, Second Edition**. 1ª ed. Chicago: University of Chicago Press, 1993.

BENNETT, C.; HOWLETT, M. **The Lessons of Learning: Reconciling Theories of Policy Learning and Policy Change**. *Policy Sciences*, v. 25, p. 275–294, 1 ago. 1992.

BICHIR, R. **Capacidades estatais para a implementação de programas de transferência de renda: os casos de Brasil, Argentina e África do Sul**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3656>. Acesso em Out. 2022.

BONELLI, F. et al. **A atuação dos burocratas de nível de rua na implementação de políticas públicas no Brasil: uma proposta de análise expandida**. *Cadernos EBAPE.BR*, v. 17, n. spe, p. 800–816, 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

_____. Lei nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998. 1988.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. 1990.

_____. LEI Nº 15.503, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2005. 2005, p. 10–11.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Texto complementar da parte 2: A Reforma do Estado brasileiro a gestão da educação e da escola**. Brasília - DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

_____. **Organizações Sociais Caderno MARE2**. Brasília - DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

BRYMAN, A. **Social Research Methods**. New York: Oxford University Press, 2012.

BUCCI, M. P. D. Políticas públicas e direito administrativo. **Revista de Informação Legislativa**, v. 34, p. 89–98, 1997.

CAPANO, G. **Policy design and state capacity in the COVID-19 emergency in Italy: if you are not prepared for the (un)expected, you can be only what you already are**. **Policy and Society**, v. 39, n. 3, p. 326–344, 2 jul. 2020.

CAPANO, G. et al. **Mobilizing Policy (In)Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses**. **Policy and Society**, v. 39, n. 3, p. 285–308, 2 jul. 2020.

CAPELLA, A. C. N. **Formulação de políticas públicas** / Ana Cláudia Niedhardt Capella. Brasília: ENAP. 2018.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013.

CASTELO BRANCO, C. DA F. **As Parcerias Público-Privadas**. ISG-Pós-Graduação em Administração Pública e Direito Público Económico, v. 2004, p. 75, 2013.

CINGOLANI, L. **The State of State Capacity: a review of concepts, evidence and measures**. MERIT Working Paper. United Nations University - Maastricht Economic and Social Research Institute on Innovation and Technology (MERIT), 2013.

COBB, ROGER W; ELDER, C. D. **Participation in American Politics: The dynamics agenda Building**. Boston: Allyn and Bancon, 1972.

DIAS, R. DE BRITO. **A trajetoria da política científica e tecnologica brasileira: um olhar a partir da analise de politica**. Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociencias, Campinas, SP., 2009.

DUNLOP, C. A.; RADAELLI, C. M. **The lessons of policy learning: Types, triggers, hindrances and pathologies**. **Policy and Politics**, v. 46, n. 2, p. 255–272, 2018.

_____. **Systematizing policy learning: From monolith to dimensions**. **Political Studies**, v. 61, n. 3, p. 599–619, 27 out. 2013.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs, Nova Jersey: PrenticeHall. 1984.

EASTON, D. DAVID EASTON. **A Framework for Political Analysis**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1965. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, v. 360, n. 1, p. 179–180, 8 jul. 1965.

ELMORE, R. F. **Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions**. **Political Science**, v. 4, 1979.

ENGELMANN, F. C. **The Formation of National States in Western Europe**. **Canadian Journal of Political Science**, v. 9, n. 4, p. 729–730, 10 dez. 1976.

ETHEREDGE, L.; SHORT, J. **Thinking About Government Learning**. *Journal of Management Studies*, v. 20, p. 41–58, 5 maio 2007.

EVANS, P. B. **Embedded Autonomy**. Princeton: Princeton University Press, 1995.

FIGUEIRA, A. B. **O ENGAJAMENTO DOS ENFERMEIROS NA ADVOCACIA POLÍTICA**. Doutorado—Rio Grande: Universidade Federal de Rio Grande/RS, 2019.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. **Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica**. *Análise e Conjuntura*, v. 1, n. 3, p. 107–127, 1986.

FILGUEIRAS, F.; KOGA, N.; VIANA, R. **State Capacities and Policy Work in Brazilian Civil Service**. *Revista de Sociologia e Política*, v. 28, n. 74, 2020.

GIULIO, M.; MILANO, P. **The Risks of Taming Street Level Bureaucracy: Process Evaluation and Policy Design Improvement**. Conferência Internacional de Políticas Públicas: Montreal, Canadá, 2019. Disponível em: <https://www.ippapublicpolicy.org/file/paper/5cf19d3d857bf.pdf> Acesso em Set 2021.

GOFEN, A.; LOTTA, G. **Street-Level Bureaucrats at the Forefront of Pandemic Response: A Comparative Perspective**. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, v. 23, n. 1, p. 3–15, 2 jan. 2021.

GOMIDE, A. A. PIRES, R. R. C. Capacidades Estatais e Democracia. Em: GOMIDE, A. DE Á.; PIRES, R. R. C. (Eds.). **Capacidades Estatais e Democracia: Arranjos Institucionais de Políticas Públicas**. Brasília - DF: IPEA, 2014. p. 15–28.

GOMIDE, A. DE Á.; SILVA, F. DE S.; PIRES, R. R. C. Capacidades Estatais e Políticas Públicas: passado, presente e futuro da ação governamental para o desenvolvimento. Em: LEONARDO MONTEIRO MONASTERIO, MARCELO CÔRTEZ NERI, S. S. D. S. (Ed.). **Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas**. 2ª ed. Brasília - DF: IPEA, 2014.

GOMIDE, A.; PEREIRA, A. K.; MACHADO, R. Burocracia e capacidade estatal na pesquisa brasileira. Em: R. PIRES, G. S. L. & V. E. DE O. (Ed.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: Interseções analíticas**. Brasília: ENAP, 2018. p. 85–104.

GONÇALVES, G. Q.; FAUSTINO, S. H. R.; COSTA, F. C. ARAÚJO. **Aplicações de técnicas avançadas de avaliação de políticas públicas**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2014.

GRIN, E. J. **Notas sobre a construção e a aplicação do Conceito de capacidades estatais**. *Teoria & Sociedade*, v. 20, n. 1, p. 148–176, 2012.

GRIN, J.; LOEBER, A. Theories of policy learning: Agency, structure, and change. **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods**, n. October, p. 201–219, 2017.

GRIN, J.; VAN DE GRAAF, H. **Implementation as Communicative Action: An Interpretive Understanding of Interactions between Policy Actors and Target Groups.** *Policy Sciences*, v. 29, n. 4, p. 291–319, 13 jan. 1996.

HABERMAS, J. **The theory of communicative action.** Boston: Beacon Press, 1984. v. 1

HALL, P. A. **Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain.** *Comparative Politics*, v. 25, n. 3, p. 275, 1993.

HECLO, H. **Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance.** *Politics & Society*, v. 6, n. 1, p. 119, 1 mar. 1976.

HILL, H. C. **Understanding Implementation: Street-Level Bureaucrats' Resources for Reform.** *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 13, n. 3, p. 265–282, 1 jul. 2003.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing Public Policy: Governance in Theory and Practice.** *Handbook of Public Policy Evaluation*, 1 jan. 2002.

HOOD, C. C. **The Tools of Government.** London: Macmillan Education UK, 1983.

HOWLETT, M.; MUKHERJEE, I.; WOO, J. J. **From tools to toolkits in policy design studies: The new design orientation towards policy formulation research.** *Policy & Politics*, v. 43, 30 abr. 2015.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, ANTHONY. **Políticas Públicas Seus Ciclos e Subsistemas.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HUPE, P.; HILL, M.; BUFFAT, A. (EDS.). **Understanding street-level bureaucracy.** [s.l.] Bristol University Press, 2015.

JACOBS, A. M.; WEAVER, R. K. **POLICY FEEDBACK AND POLICY CHANGE.** (2010). APSA 2010 Annual Meeting Paper. Disponível em: SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1642636> Acesso em Ago 2022.

JONES, B.; BAUMGARTNER, F. **The Politics of Attention: How Government Prioritizes Problems.** *Bibliovault OAI Repository, the University of Chicago.* Chicago: Chicago Press, 1 jan. 2005.

_____. **The Politics of Information Problem Definition and the Course of Public Policy in America.** Chicago: The University of Chicago Press, 2015.

KAMAT, S. **The privatization of public interest: theorizing NGO discourse in a neoliberal era.** *Review of International Political Economy*, v. 11, n. 1, p. 155–176, fev. 2004.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies.** 2ª ed. New York: HarperCollins, 1984.

LASWELL, H. D. **Politics: who gets what, when, how.** Cleveland: Meridian Books, 1936.

LAVEE, E.; COHEN, N.; NOUMAN, H. **Reinforcing Public Responsibility? Influences and Practices in SLBs' Engagement in Policy Design**. *Public Administration*, v. 96, 1 mar. 2018.

LEE, S.; HWANG, C.; MOON, M. J. **Policy learning and crisis policy-making: quadruple-loop learning and COVID-19 responses in South Korea**. *Policy and Society*, v. 39, n. 3, p. 363–381, 2 jul. 2020.

LIMA, L. D. DE; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. **Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 7, 2020. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

LINDBLOM, C. E. The Science of " Muddling Through " Authors (s): Charles E . Lindblom Source: *Public Administration Review* , Vol . 19 , n. 2 (Spring , 1959), pp . 79-88 Published by: **Wiley on behalf of the American Society for Public Administration Stable**. *Public Administration Review*, v. 19, n. 2, p. 79–88, 1959.

LIPSKY, M. **Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services (30th anniversary edition)**. Brasília: ENAP, 2019.

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**. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2010.

_____. **Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas**. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, v. 19, n. 65, 23 dez. 2014.

_____. **A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas**. In *Teoria e Análises sobre a Implantação de Políticas Públicas no Brasil*. Brasília: ENAP. Capítulo 1. P. 11-38. 2019

LOWI, T. J. **Four Systems of Policy, Politics, and Choice**. *Public Administration Review*, v. 32, n. 4, p. 298, 1972.

LYNN, L. E. **Designing public policy: a casebook on the role of policy analysis**. California: Santa Monica, 1980.

MEAD, L. **Public Policy: Vision, Potential, Limits**. *Policy Currents*, v. 68, 1995.

MELLO, J.; LOTTA, G. **Implementação de Políticas e Atuação de Gestores Públicos**. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9862>

MØLLER, M. Ø. The Dilemma between Self-Protection and Service Provision under Danish COVID-19 Guidelines: A Comparison of Public Servants' Experiences in the Pandemic Frontline. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, v. 23, n. 1, p. 95–108, 2 jan. 2021.

OLIVEIRA, A. **Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas**. *Revista de Administração Pública*, v. 46, n. 6, p. 1551–1573, dez. 2012.

OLIVEIRA, A. P. B. V. **As mudanças na política de saneamento em belo horizonte no período 1993-2004**: uma análise a partir do modelo de coalizão de defesa. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

PEREIRA, Ana Karine. **A construção de capacidade estatal por redes transversais**: o caso de Belo Monte. 2014. 264 f., il. Tese (Doutorado em Ciência Política)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham: Chatham House, 1982.

_____. The politics of tools choice. *In: The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

_____. **Pursuing horizontal management**: The politics of public sector coordination. Laurence: University Press of Kansas, 2015.

PETERS, B. GUY; LINDER, H. S. **Instruments of Government**: Perceptions and Contexts. *Journal of Public Policy*, v. 9, n. 1, p. 35–58, 1989.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. DE Á. **Governança e capacidades estatais**: uma análise comparativa de programas federais. *Revista de Sociologia e Política*, v. 24, n. 58, p. 121–143, jun. 2016.

RITCHIE, J.; SPENCER, L.; O'CONNOR, W. Carrying out Qualitative Analysis. Em: RITCHIE, J. L. J. (Ed.). **QUALITATIVE RESEARCH PRACTICE: A Guide for Social Science Students and Researchers**. First Edition ed. London: 2003. v. chapter 9. p. 232–262.

RITCHIE, JANE. The Applications of Qualitative Methods to Social Research. Em: RITCHIE, J. L. J. (Ed.). **QUALITATIVE RESEARCH PRACTICE: A Guide for Social Science Students and Researchers**. First Edition ed. London: 2003. p. 26–46.

ROBERTS, A.; SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach. **Canadian Public Policy / Analyse de Politiques**, v. 20, n. 3, p. 334, set. 1994.

ROSE, R. **What Is Lesson-Drawing?** *Journal of Public Policy*, v. 11, n. 1, p. 3–30, 13 jan. 1991.

RUA, M. DAS G. **Análise de Políticas Públicas**: Conceitos Básicos. *In O Estudo da Política: Temas Selecionados*. Brasília: Paralelo 15. Cap. 11, 1998.

_____. **Políticas Públicas**. Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2009.

SABATIER, P. A. Knowledge, **Policy-Oriented Learning**, and Policy Change. *Science Communication*, v. 8, n. 4, p. 649–692, 17 jun. 1987.

_____. **An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein.** *Policy Sciences*, v. 21, n. 2, p. 129–168, 1988.

SABATIER, P.; MAZMANIAN, D. **The Implementation of Public Policy: A Framework of Analysis.** *Policy Studies Journal*, v. 8, p. 538–560, 9 set. 2005.

SADDI, F. et al. **Comprehensive mixed-method policy framework to evaluate how the re-design and implementation of a P4P program can effectively affect health system strengthening:** and applying it to the Brazilian case (PMAQ). 4^a Conferência Internacional de Políticas Públicas: Montreal, Canadá, v. 1, 26 jun. 2019.

SALAMON, L. M. **The new governance and the tools of public action:** An introduction. *Fordham Urban Law Journal*, v. 28, n. 5, p. 1–47, 2000.

SCHNEIDER, ANNE L.; INGRAM, H. **Policy Design for Democracy.** Laurence: University of Kansas, 1997.

SEGATTO, C. I.; MACIEL, F.; ABRUCIO, F. **Capacidades estatais e seus efeitos nas Políticas Municipais de Educação.** *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, v. 26, n. 84, 2021.

SENGE, P. M. **The fifth discipline: the art and practice of the learning organization.** New York: Doubleday/Currency, 1990.

SILVA, M. C. **Uma análise da parceria público-privada na gestão hospitalar: um estudo de caso na perspectiva dos estudos em ciência, tecnologia e sociedade.** São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2010.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. DE. **O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil:** características e determinantes da avaliação de programas e projetos. *Nepp-Unicamp*, n. 48, p. 1–17, 2000.

SIMON, H. **Comportamento Administrativo.** Rio de Janeiro: USAID, 1957.

SKOCPOL, T. **Bringing the State Back In.** Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

SNAPE, D.; SPENCER, L. *The Foundations of Qualitative Research.* Em: RITCHIE, J.; LEWIS, JANE. (Eds.). **QUALITATIVE RESEARCH PRACTICE: A Guide for Social Science Students and Researchers.** First Edition ed. London: 2003. v. chapter 1. p. 1–23.

SOUZA, C. **O Estado Da Arte Da Pesquisa Em Política Pública.** *Revista de Ciências Sociais*, 2009.

THOMAS, H. **Towards a new higher education law in Lithuania:** Reflections on the process of policy formulation. *Higher Education Policy*, v. 14, 1 set. 2001.

TORCHIA, M.; CALABRÒ, A.; MORNER, M. **Public–Private Partnerships in the Health Care Sector:** A systematic review of the literature. *Public Management Review*, v. 17, n. 2, p. 236–261, 7 fev. 2015.

VAN METER, D. S.; VAN HORN, C. E. The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. **Administration & Society**, v. 6, n. 4, p. 445–488, 1 fev. 1975.

VAUS, D. DE. **Surveys in Social Research**. Sixth ed. Australia: Routledge, 2014.

WENGER, E. **Communities of practice: Learning, meaning and identity**. [s.l.] Cambridge University Press, 1998.

XUN WU; et al. **Guia de Políticas Públicas: Gerenciando processos**. traduzido por Ricardo Avelar de Souza. Brasília: ENAP, 2014.

YEN, W. et al. **The imperative of state capacity in public health crisis: Asia's early COVID-19 policy responses**. *Governance*, v. 35, n. 3, p. 777–798, 25 jul. 2022.