

**Ten.-Cel. PM Méd. CIRO HELIO KESSEL**

**A DESCENTRALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DO  
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR PARA O POLICIAL-MILITAR NAS UNIDADES  
OPERACIONAIS DA ÁREA DO COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL, DA  
POLICIA MILITAR DO PARANÁ**

Monografia apresentada ao Departamento de Contabilidade, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de Especialista em Estratégia em Segurança Pública.

**Orientador:** Professor Américo Augusto Nogueira Vieira, D.Sc.

**CURITIBA - 2007**

## AGRADECIMENTOS

Ao Excelentíssimo Senhor Comandante Geral da Polícia Militar do Paraná, Cel. QOPM Nemesio Xavier de França Filho, Oficial digno e dedicado, um exemplo a ser seguido como Administrador e ser humano, tendo tido a sabia decisão de permitir que o Quadro de Saúde participe do Curso Superior de Policia.

Ao Cel. PM RR José Paulo Betes e ao Cel. QOPM Amaro Martins do Nascimento, meus orientadores de conteúdo, pela paciência, pela confiança, pela amizade, por me aceitar como orientando. Suas experiências administrativas militares bem sucedidas na PMPR, assim como o respeito entre os integrantes da corporação, serviram para nortear o rumo do presente trabalho.

Ao Professor Doutor Américo Augusto Nogueira Vieira, meu orientador metodológico, por ter mostrado o caminho da razão, para que eu pudesse firmar proposta para o referido tema. Pessoa de fácil convívio e de bom relacionamento com terceiros e familiares. Facilmente, o mestre incorporou as peculiaridades do nosso tema, surgindo daí a proposta da respectiva tese.

Aos Professores Membros da Banca de Especialização ao Nível Estratégico de Doutorado, pela leitura atenciosa e pelas diversas críticas e sugestões.

Aos colegas do Curso de Especialização ao Nível Estratégico de Doutorado em Segurança Pública, pelo incentivo e pela permanente troca de experiências e conhecimentos, em busca de melhores dias e momentos para nossa gloriosa Polícia Militar do Paraná.

Aos meus queridos e amados filhos Helena e Benjamin Kessel, que me apoiaram, passando seus dias e noites sem a minha presença física, aguardando-me preocupados com as longas horas de estudo e realização de pesquisas, para os inúmeros trabalhos das diferentes matérias. Espero poder compensá-los por minha ausência, mas que também sirva de estímulo, quando forem realizar pós-graduações em suas respectivas áreas de atuação. Meu muito obrigado!

E fundamentalmente ao CRIADOR que nos deu condições de saúde e inteligência para conduzir este trabalho, pois sem a SUA vontade nada acontece.

Monografia apresentada à Universidade Federal do Paraná e à Academia Policial Militar do Guatupê, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Estratégia em Segurança Pública.

**A DESCENTRALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR PARA O POLICIAL-MILITAR NAS UNIDADES OPERACIONAIS DA ÁREA DO COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL, DA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ.**

Ten.-Cel. PM Méd. CIRO HELIO KESSEL

Outubro/2007

Orientador: Professor Américo Augusto Nogueira Vieira, D.SC.

Programa: Convênio UFPR/PMPR (Academia Policial Militar do Guatupê)

Este trabalho aborda a descentralização do atendimento médico ambulatorial do Hospital da Polícia Militar do Paraná, prestado ao policial-militar da ativa, para a própria unidade policial onde ele desenvolve suas atividades. Parte do estudo da história do sistema de atendimento à saúde na Polícia Militar do Paraná, abordando como a descentralização desse atendimento pode ser viável e proporcionar mais qualidade de vida e respeito ao policial-militar. Na medida em que se buscam novas alternativas para melhor atender aos clientes do sistema de saúde da Polícia Militar, maior eficácia se obtém no atendimento do cliente da Polícia Militar, assim considerados o conjunto de todos os cidadãos integrantes da sociedade.

Palavras-chave: Atendimento Médico. Descentralização. Otimização da Administração Pública. PMPR.

## LISTA DE FIGURAS

	P.
Figura 1. Alinhando Comportamento, Estrutura e Estratégia.....	24.
Figura 2. Sala de espera do ambulatório do HPM.....	55.
Figura 3. Sala de espera do ambulatório do HPM.....	56.

## LISTA DE QUADROS

P.

Quadro 1. atendimentos médicos realizados no ambulatório do HPM em 2005.....	52.
Quadro 2. atendimentos médicos realizados no ambulatório do HPM em 2006.....	53.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tempo de serviço na PMPR.....	40.
Gráfico 2. Área de atuação na PMPR.....	41.
Gráfico 3. Conhecimento do funcionamento do sistema de saúde da PMPR.....	42.
Gráfico 4. Conhecimento profundo da organização e do acesso ao atendimento médico-ambulatorial no HPM.....	43.
Gráfico 5. Melhor definição do atendimento médico-ambulatorial no HPM.....	44.
Gráfico 6. Opinião sobre a existência de ambulatório médico nas unidades operacionais para atendimento exclusivo de policiais-militares da ativa.....	45.
Gráfico 7. Opinião sobre a descentralização do atendimento médico-ambulatorial, do HPM para as unidades operacionais x interferência na qualidade dos serviços.....	46.
Gráfico 8. Descentralização do atendimento médico-ambulatorial x motivação para buscar atendimento médico.....	47.
Gráfico 9. É oportuno descentralizar o atendimento médico-ambulatorial do HPM para as unidades operacionais, para o atendimento exclusivo de policiais-militares.....	48.
Gráfico 10. Você concorda que o sistema descentralizado de atendimento médico-ambulatorial é mais eficaz que o atual sistema centralizado no HPM, para o atendimento de policiais-militares da ativa.....	49.
Gráfico 11. A descentralização do atendimento médico-ambulatorial para as unidades operacionais não será mais eficaz que o atual centralizado no HPM.....	50.
Gráfico 12. A descentralização do atendimento médico-ambulatorial para as unidades operacionais não será mais eficaz que o atual centralizado no HPM.....	51.

## SUMÁRIO

	P.
1 INTRODUÇÃO .....	11
2 A POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ E O SEU HOSPITAL .....	14
2.1 Competência da Polícia Militar do Paraná.....	15
2.2 Histórico HPM .....	16
3 DESCENTRALIZAÇÃO.....	23
3.1 Descentralização e suas Conceituações.....	23
3.2 Centralização e Descentralização.....	30
3.3 Descentralização - Desconcentração.....	31
3.4 Vantagens e Desvantagens da Centralização e Descentralização .....	32
3.4.1 Centralização .....	33
3.4.2 Descentralização.....	34
4 METODOLOGIA .....	38
4.1 Caracterização do Estudo .....	38
4.2 Universo e Amostra da Pesquisa .....	39
5 ANÁLISE ESTATÍSTICA E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	41
6 NECESSIDADE DE DESCENTRALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DO HPM .....	56
7 CONCLUSÃO .....	62
BIBLIOGRAFIA .....	64
ANEXO A .....	67

## CAPÍTULO I

### 1 INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, ao longo dos últimos cinquenta anos, exatamente o tempo de vida que tem o Hospital da Polícia Militar (HPM), o atendimento médico, em todos os níveis, foi feito exclusivamente de forma centralizada, no próprio hospital, sem distinção de categorias ou qualidade de pacientes. Indistintamente todos os beneficiários do sistema de saúde da PMPR – Policiais-Militares da ativa, Policiais-Militares inativos, dependentes e pensionistas – são atendidos no HPM e serviços médicos conveniados. O Policial-Militar da ativa acaba caindo na vala comum e sofre diversos revezes, pois não dispõe de muito tempo para buscar e usufruir os serviços médicos colocados à sua disposição, da mesma forma que os demais beneficiários<sup>1</sup>. Assim, para o atendimento básico, em nível ambulatorial, a descentralização surge como uma alternativa que pode ser viável, vindo ao encontro de uma necessidade basilar, principalmente dos homens de ponta.

A descentralização do atendimento médico ambulatorial não deve ficar somente na desvinculação estrutural dos serviços prestados pelo HPM. Ela deve se tornar a principal ação de base da área de saúde mais próxima possível do Policial-Militar que trabalha em unidade operacional. Essa nova concepção de serviço, aliada à qualidade que deve ter e à facilidade de acesso, irá aumentar a confiança da tropa, possibilitando interferência no grau de motivação e na auto-estima do Policial-Militar. Policial-Militar motivado é sinônimo de qualidade de atendimento ao cidadão.

A descentralização, principalmente na área de saúde, implementada com maior eficácia a partir da Constituição Federal de 1988, como parte da estratégia de democratização federativa e da municipalização dos serviços de saúde, além de ser uma formulação técnico-administrativa, assume valores políticos tais como a

---

<sup>1</sup> O policial em serviço, ao concorrer com os demais atendidos pelo sistema de saúde, acaba por ter que se acomodar a horários do hospital e do serviço. Geralmente ele procrastina a busca do atendimento à sua saúde (o que pode, inclusive, majorar seus problemas de saúde) e por outras ele tem de ser dispensado da atividade policial para receber o atendimento médico necessário, o que onera a corporação PMPR.

universalização, a equidade e o controle social. Esses pressupostos podem se adaptar perfeitamente à situação do atendimento médico ambulatorial que deve ser disponibilizado aos Policiais-Militares da ativa. Apesar desses argumentos, pouco foi feito na PMPR para se criar uma forma diferenciada de acesso e de atendimento aos militares da ativa, em seus próprios locais de serviço. O que se criou foi a figura do médico militar, um para cada unidade operacional, que de fato não existe há pelo menos duas décadas. O principal responsável pelos destinos da PMPR precisa ter mais atenção de todos os segmentos institucionais, principalmente do sistema de saúde.

Assim sendo, o presente trabalho demonstrará que a descentralização do atendimento médico ambulatorial do HPM, da forma aqui proposta, acarretará aumento da qualidade de vida dos policiais das unidades operacionais da capital. Por um outro lado também acarretará melhores condições de acesso aos serviços médicos básicos e redução do absenteísmo por problemas de saúde e, portanto, provocando reflexos positivos na auto-estima do ser humano policial, tendo também como consequência direta aumento de produtividade e índice de motivação.

Para obtermos êxito em nossa empreitada iremos, num primeiro instante, isto é, no capítulo II, realizar uma abordagem histórica sobre a evolução do sistema de saúde da PMPR e do HPM. No capítulo seguinte, faremos a abordagem teórico-empírica sobre descentralização, especialmente no serviço público, com enfoque para os serviços de saúde institucional. No presente trabalho, a fim de sistematizar diversas informações, obtidas em arquivos e relatórios da Diretoria de Pessoal e da Diretoria de Saúde, no capítulo IV, será estabelecida a organização da metodologia de pesquisa, com as justificativas para as escolhas metodológicas, formulação das hipóteses de trabalho e de variáveis e estruturação dos instrumentos de pesquisa de campo. No capítulo V apresentaremos a tabulação e discussão dos dados resultantes da pesquisa de campo e da pesquisa documental. No capítulo VI argumentaremos e detalharemos a defesa de nossa tese, demonstrando de forma inequívoca a sua aplicabilidade e as vantagens a serem obtidas com sua implementação.

A reorientação do sistema de saúde da PMPR, justamente no momento em que se consolida o Fundo de Assistência à Saúde da Polícia Militar (FASPM), que recebeu nova organização em 2005 e a reconstrução do HPM, faz com que se

busque dotar os serviços de saúde de maior eficácia e resolutividade, tornando-os mais acessíveis e mais próximos dos seus clientes. Nesse sentido, urge repensar a prática desses serviços, buscando superar os fatores que ocasionam o distanciamento dos militares da ativa dos serviços de base. Normalmente, atribui-se isso ao aumento da demanda, à falta de recursos (sejam humanos ou materiais) e à baixa qualificação do seu pessoal. Deixa-se usualmente de se considerar que a existência de recursos, por si só, não é garantia da qualidade dos serviços. Já a existência de “real vontade de fazer” gera o diferencial necessário à superação de inúmeros desafios. A combinação sinérgica de ambos, “real vontade de fazer” com recursos, é a “fórmula do sucesso” na permanente busca da excelência na prestação do serviço público e, em particular no atendimento médico alvo do presente trabalho.

## CAPÍTULO 2

### 2 A POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ E O SEU HOSPITAL

A Polícia Militar do Paraná, Instituição jurídica de direito público, pertencente à administração direta do Estado, é a organização encarregada da execução do policiamento ostensivo fardado, preventivo e repressivo, planejado pela autoridade competente, a fim de assegurar o cumprimento da lei, a preservação da ordem pública e o exercício dos poderes constituídos, conforme preceitua o Decreto-Lei nº 667, de 1969, alterado pelo Decreto-Lei nº 2.010, de 1983.

Em 29 de agosto de 1853, com o advento da Lei nº. 704, o Paraná tornou-se a mais nova Província do Império, e Curitiba sua Capital, cuja solenidade de instalação ocorreu em 19 de dezembro do mesmo ano. Até então, o Paraná não passava de uma simples comarca de São Paulo.

Zacarias de Góes Vasconcellos, indicado por D. Pedro II, criou a Companhia da Força Policial da Província do Paraná, através da Lei nº. 7, de 10 de agosto de 1854.

A primeira Organização Policial Militar do Estado contava com um efetivo de 67 (sessenta e sete) homens, sendo 3 (três) oficiais e 64 (sessenta e quatro) praças.

A Lei nº. 8, da mesma data, extinguiu a Guarda Policial instituída pelo governo de São Paulo em 1834.

O Oficial escolhido para comandá-la foi o Capitão de primeira linha do Exército, Joaquim José Moreira de Mendonça, que veio da corte do Rio de Janeiro com esse cargo, cujo regulamento foi elaborado por uma comissão de oficiais do Exército e entrou em vigor a partir de 05 de dezembro de 1854.

Além de assegurar a paz pública e auxiliar a justiça, competia à Companhia, de acordo com a legislação vigente, a prisão dos criminosos, o patrulhamento e rondas nas cidades, vilas e freguesias, estradas, além de outras diligências. De acordo com o Artigo 1º da lei nº. 7, todos os destacamentos policiais do interior da Província também ficaram a seu cargo. Em 1874, o Presidente do Paraná, reorganizou-a dando caráter de existência definitiva como Força Policial.

As evoluções posteriores foram constantes, mais marcantes principalmente na elevação do número de elementos, e na fixação dos ideais de estruturação tanto

organizacional como de formação e especialização profissional dos homens pertencentes a estes corpos policiais.

A finalidade desses corpos policiais somente apareceu em 09 de agosto de 1880, com o decreto nº 104, o qual dava ao Corpo um status de organização regular militar, condizente com a função de mantenedor da ordem pública.

A Polícia Militar do Paraná sofreu outras reestruturações, contou com vários melhoramentos, empenhou-se em combater em defesa do Estado e da nação e na fase de organização da Pátria, sempre de forma eficiente e brava, recebendo as mais dignas referências das autoridades da nação e a mais lisonjosa consideração do povo paranaense.

Ao contar com 153 anos de existência, a Polícia Militar do Paraná encontra-se presente em todos os trezentos e noventa e nove municípios do Estado prestando sua missão constitucional de preservação da ordem pública, através do policiamento ostensivo fardado, além de outras modalidades de policiamento especializado.

## **2.1 Competência da Polícia Militar do Paraná**

Não se pretende, nesse momento, até por não ser objeto desse trabalho, discorrer sobre todos os dispositivos legais que estabelecem fins e competências às Polícias Militares. Pretende-se apenas fazer uma abordagem da competência atual das Polícias Militares prevista nas Constituições Federal e Estadual. A Constituição Federal, no seu artigo 144, define que a segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através de organizações policiais. Aponta que compete às Policiais Militares a polícia ostensiva e a preservação da ordem pública e aos Corpos de Bombeiros Militares, além das atribuições definidas em lei, as atividades de defesa civil (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Já a Constituição Estadual, no artigo 48, define que à Polícia Militar, força estadual, instituição permanente e regular, organizada com base na hierarquia e disciplina militares, cabe a polícia ostensiva, a preservação da ordem pública, a execução de atividades de defesa civil, prevenção e combate a incêndios, buscas e

salvamentos e socorros públicos, o policiamento de trânsito urbano e rodoviário, de florestas e de mananciais, além de outras formas e funções definidas em lei (CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ, 1989).

## 2.2 Histórico do HPM

Para clarificar o motivo pelo qual a Polícia Militar do Paraná tem um hospital próprio, diferente dos demais órgãos da Administração Pública Estadual, para atender aos policiais-militares e seus dependentes, é preciso entender primeiro a história do seu sistema de saúde, como tudo começou.

A história da medicina na Polícia Militar do Paraná vem de longe, forjando a base da atual Diretoria de Saúde, definida no Art. 18, da Lei nº. 6.774, de 8 de janeiro de 1976 (Lei de Organização Básica da Polícia Militar do Paraná). Esse artigo diz que:

A Diretoria de Saúde é a órgão de direção setorial do Sistema de Saúde que se incumbem do planejamento, coordenação, fiscalização e controle das atividades de saúde, bem como do trato das questões referentes ao estado sanitário do pessoal da Corporação e de seus dependentes, bem como dos animais do seu efetivo.

Durante mais de cem anos foi precário o atendimento na área de saúde aos policiais-militares, pois do Império até os primórdios da República, não existia legislação que tratasse dessa necessidade e a Polícia Militar do Paraná não contava, em seus quadros, com médicos próprios. O atendimento médico-hospitalar aos policiais-militares era feito por facultativos do Exército Brasileiro, os famosos Cirurgiões-Mores que, então, condoídos pela situação periclitante da Província, ofereciam seus serviços especializados, graciosamente, à Corporação. Era uma doação voluntária, de abnegados profissionais da área médica, que se sentiam comovidos pela falta de amparo aos policiais-militares.

Quando o Paraná ainda era uma Província, a Polícia Militar do Paraná contava com apenas duas enfermarias: uma instalada junto à guarnição da tropa de

linha<sup>2</sup> e outra em Paranaguá. Em 1866, quando a Polícia Militar do Paraná oficialmente contava com pouco mais de uma década de existência, o Comandante-Geral, Capitão Manoel Eufrásio de Assumpção, organizou uma enfermaria no próprio quartel, para atendimento dos casos de urgência.

A partir de 1880, os integrantes da PMPR passaram a receber os cuidados médicos diretamente na Santa Casa de Misericórdia, mediante uma contribuição paga pelos próprios policiais-militares. Esta situação permaneceu por 71 anos, ou seja, até 1951.

Nos primeiros anos da República, outubro de 1890 a dezembro de 1892, o Dr. João de Menezes Dória, revolucionário federalista, que governou o Paraná durante a ocupação do Estado pelos “Maragatos<sup>3</sup>”, ofereceu serviços gratuitamente. Os primeiros passos para a legislação na área de saúde foram dados em 1892, com a Lei nº. 36, de 5 de junho de 1892, com a criação da função de Capitão Cirurgião do Corpo Policial do Regimento de Segurança do Paraná<sup>4</sup>. A função foi desempenhada pelo médico Arthur de Almeida Sebrão, que já vinha assistindo a Corporação desde 17 de dezembro de 1891. Ele era genro do Dr. José Cândido da Silva Muricy, mais tarde exonerado por ter assumido cadeira na Assembléia Legislativa do Estado, como Deputado Estadual.

O Decreto nº. 473, de 9 de julho de 1917, criou o SERVIÇO DE SAÚDE DA FORÇA MILITAR DO ESTADO, mas os policiais-militares continuavam sendo assistidos na Santa Casa de Misericórdia.

Em 1952, o Comandante-Geral, levando em conta a necessidade imediata de dar aos membros da Corporação assistência médica, organizou dentro das próprias instalações do Quartel do Comando Geral, que desde 1906 localiza-se no mesmo lugar onde hoje está instalado, um pequeno hospital de emergência, orientado e assistido pelo Serviço de Saúde da Polícia Militar do Paraná, com instalações improvisadas e modestas. Ainda neste mesmo ano, em virtude de exposição de motivos feita pelo Alto Comando, o governo autorizou imediata construção de um hospital no bairro Guabirotuba, situação que não teve êxito.

---

<sup>2</sup> **Tropa de Linha** – integrantes do Regimento de Segurança, responsáveis pelas ações de polícia da época.

<sup>3</sup> **Maragatos** – apelido atribuído pelos republicanos aos rebeldes, durante a Revolução Federalista, insinuando que se tratava de um bando de invasores estrangeiros.

<sup>4</sup> A Polícia Militar do Paraná, até hoje teve três nomes legais: de 1854 a 1892 – Companhia da Força Policial do Paraná; de 1892 a 1946 – Regimento de Segurança do Paraná; de 1946 aos dias atuais Polícia Militar do Paraná.

Em 1954, entrou em vigor o Código da Polícia Militar do Paraná, Lei nº. 1943, de 23 de junho de 1954, que previa que o Estado deveria manter na Corporação um Serviço de Saúde destinado a proporcionar gratuitamente aos policiais-militares e as pessoas de sua família assistência médica e odontológica na forma regulamentar.

Em 4 de abril de 1957, a Lei nº 3.075 autorizou o Poder Executivo a abrir um crédito especial destinado a suprir despesas com a construção ou compra de edifício onde se dimensionaria um hospital. Foi dada preferência a esta última alternativa e no dia 31 de janeiro de 1958, era solenemente inaugurado o Hospital da Polícia Militar, localizado no bairro Capanema em Curitiba, desde então o policial-militar passou a ter melhores horizontes na assistência médico-hospitalar.

Em 13 de novembro de 1963, cria-se o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado do Paraná, IPE, por meio da Lei nº 4766. Sua finalidade era desenvolver a previdência e a assistência social em favor dos servidores públicos a ele filiados e dos seus respectivos dependentes por meio de seguro de vida, seguros gerais, pensão mensal, auxílio funeral, assistência médica e dentária, empréstimos simples em dinheiro, hipotecários e imobiliários, finanças e outros benefícios que viessem a ser criados.

O Coronel PM Médico Glênio José Barbosa, responsável pelos Serviços de Saúde da Polícia Militar do Paraná, na época da instalação do Instituto de Previdência, em sua justificativa anexa à proposta de convênio disse:

Com efetivo reduzido nos quadros de saúde, houve a compra do antigo Hospital da Polícia Militar e para lá se dirigiram os médicos, hoje congregando uma grande equipe de profissionais, dado a presença do novo Hospital, dentro de excelente padrão, pouco ou nada deixando a desejar em relação a outras estruturas similares de nossa cidade.

Desde então, passamos por fases distintas em relação ao IPE, verificando-se diversos impasses entre Diretores de Saúde ou nossos Comandantes-Gerais e Superintendentes do extinto IPE.

Transpasses de verba foram feitos, mediante convênios que nunca satisfizeram as necessidades de nosso Hospital, colocando sempre o IPE, que simplesmente transferia para nós um encargo que era de sua responsabilidade

legal, como entidade responsável, pelo nosso Estado, a garantir a saúde dos funcionários públicos e de seus dependentes legais.

Portanto, o Hospital da Polícia Militar, por meio de convênio firmado com o IPE, passa a receber parcela de subsídios de despesas médico-hospitalares. No entanto, com o passar dos anos a contribuição dessa instituição foi sendo consumida pela inflação e as dependências do Hospital passaram a não suprir as crescentes necessidades da sua clientela.

No final da década de 60 a situação econômica da assistência à saúde ficou deficitária e não respeitava mais as crescentes despesas. Foi levantada a idéia de um desconto dos policiais-militares da ativa<sup>5</sup> e inativos no valor de cinco cruzeiros da época. Desta forma possibilitou o início da expansão da área física do Hospital. Surgiu assim o Fundo de Saúde da Polícia Militar, como um sistema de base securitária.

As primeiras normas para a aplicação do Fundo de Saúde foram publicadas no Boletim Administrativo do Comando Geral de 3 de setembro de 1971, onde, no seu artigo primeiro constava: *“O Fundo de Saúde da PMEP é um sistema com base securitária que se destina ao financiamento de despesas hospitalares de integrantes da Corporação e de seus dependentes, no Hospital Central da PMEP<sup>6</sup>”*.

Em 10 de maio de 1972, foram expedidas novas normas do Fundo de Saúde. Em 3 de julho de 1973, foi promulgada a Lei nº 6.417 (Código de Vencimentos e Vantagens da PMPR), que definiu de forma clara a responsabilidade do Estado do Paraná no que diz respeito ao atendimento médico-hospitalar e odontológico aos policiais-militares e a seus dependentes. Veja os principais dispositivos dessa lei, que continua em vigor:

Art. 60. O Estado proporcionará, aos policiais-militares da ativa, reserva remunerada ou reformados, bem como aos seus dependentes, assistência médica e odontológica, na forma regulamentar.

Art. 61. Mediante parecer da Junta Médica da Diretoria de Saúde da Corporação, o Estado fornecerá, gratuitamente, ao policial-militar ferido ou

---

<sup>5</sup> Militares da ativa são os que estão prestando serviços, portanto em atividade; militares inativos são os aposentados, que na Polícia Militar do Paraná recebem duas denominações: reformados – não podem mais ser reconvocados para o serviço ativo e reserva remunerada, que podem ainda ser reconvocados para o serviço ativo.

<sup>6</sup> Em 8 de janeiro de 1976, com a entrada em vigor da Lei nº 6,774, Lei de Organização Básica da Polícia Militar do Paraná, a sua sigla foi alterada de PMEP para PMPR.

acidentado em serviço ou instrução, os medicamentos e aparelhos ortopédicos ou similares, de que vier o mesmo necessitar.

Art. 62. Recursos para a assistência Médico-Hospitalar provirão de verbas consignadas no Orçamento do Estado e de contribuições estabelecidas de conformidade com o artigo 63.

Art. 63. Fica instituído o desconto mensal obrigatório de 2% (dois por cento) do soldo dos policiais-militares da ativa, reserva remunerada e reformados da Corporação, com a finalidade de assegurar gratuitamente aos contribuintes e aos seus dependentes a Assistência Médico-Hospitalar que não for de responsabilidade do Estado.

§ 1º. Para efeito de aplicação deste artigo são considerados dependentes os definidos no artigo 110 deste Código.

§ 2º. Estão compreendidos nas disposições a viúva do policial-militar, enquanto permanecer nesse estado, e aos demais dependentes mencionados no parágrafo anterior, desde que vivam sob a responsabilidade legal da viúva.

Em função da nova legislação, que fixou de forma clara os direitos dos policiais-militares e de seus dependentes, de março de 1970 a março de 1979, foram concluídas as novas alas do Hospital, contando com 8.500 metros quadrados, com capacidade de abrigar 120 leitos.

Um fato marcante na trajetória até aqui relatada foi a construção de fato e a ampliação do Hospital da Polícia Militar, erguido com recursos dos próprios policiais-militares e com muito trabalho de classe. Buscando novamente ensinamentos deixados pelo do Cel. PM médico Glênio, citamos:

Com recursos dos próprios milicianos ergueu-se a obra que hoje dispomos, o Hospital da Polícia Militar, um de nossos Cartões de visita, dentro de sofisticação, cujo potencial permitirá uma assistência de saúde que poderá ser comparada a qualquer unidade similar.

Não resta dúvida de que nossa Corporação sempre foi relegada a segundo plano pelos governos que passaram em relação ao atendimento de saúde de nossos policiais-militares e seus dependentes, ocorrendo real discriminação, sem justa razão, daí a necessidade de lançarmos mão de nossos recursos próprios para promovermos a assistência de saúde, a nós e nossos dependentes, pelo menos na Capital do Estado.

A alegação, para nós capciosas e mesmo infantil de que tínhamos Hospital, sempre foi, infelizmente, uma constante nas administrações dos antigos superintendentes do IPE.

Desconhecia-se, ou procurava-se desconhecer, por mero comodismo obrigações definidas em leis e regulamentos, que nos asseguram, como funcionários públicos que somos, a assistência de saúde total e a nossos dependentes legais.

Ao longo dos últimos anos, conforme já relatado pelo Cel. PM Médico Glênio, a desatenção do Estado na área da saúde e a reduzida distribuição dos recursos necessários para implementá-la de forma otimizada, sempre foram muito grandes. No entanto, a preservação da saúde se tornou necessária para permitir o desempenho da missão do policial militar, quer no meio urbano como no meio rural, quer em missão rotineira como em campanha, razão principal da necessidade de serviços médicos e odontológicos. Aliadas a esses fatores, ainda citamos algumas dificuldades sempre presentes:

- a) A necessidade de se estender o atendimento médico-hospitalar aos dependentes do policial-militar<sup>7</sup>;
- b) Os reduzidos investimentos do Estado para o atendimento médico-hospitalar, principalmente no que se refere às instalações e equipamentos;
- c) Capacidade associativa e de mobilização dos policiais-militares para gerar recursos que lhes permitissem ter um atendimento médico-hospitalar digno para si e para os seus dependentes.

Procurando reverter esse quadro, inicia-se em 2003, no Comando do Cel. PM David Antônio Pancotti, juntamente com o autor do presente trabalho, a efetivação de estudos e negociações para a criação de um novo fundo de saúde, moderno, ágil, transparente e com mais possibilidades de captação de recursos públicos e privados. Depois de muita luta conseguimos convencer o Governo do Estado a encaminhar para a Assembléia Legislativa projeto de lei criando o Fundo de Atendimento à Saúde dos Policiais-Militares do Paraná – FASPM, que hoje é realidade, através da Lei nº. 14.605, de 5 de janeiro de 2005. Nessa lei encontramos as seguintes disposições básicas:

Art. 1º. O atendimento à saúde dos militares estaduais da ativa, da reserva remunerada, reformados e respectivos dependentes de que trata o art. 60 da Lei n. 6.417, de 03 de julho de 1973, será proporcionado pelo órgão encarregado da gestão do Sistema de Atendimento à Saúde dos Servidores do Estado do Paraná.

§1º. Para efeito de complementação do atendimento a que se refere o caput deste Artigo e, em atendimento ao disposto no art. 63 da Lei 6.417, de 03 de julho de

---

<sup>7</sup> Segundo estimativas feitas pela Diretoria de Pessoal, em 2006, ainda não confirmadas oficialmente, o sistema de saúde da PMPR é responsável por cerca de 106.000 vidas.

1973, fica criado o Fundo de Atendimento à Saúde dos Policiais-Militares do Paraná, doravante denominado FASPM, a ser constituído e gerido na forma estabelecida por esta Lei.

§2º. O FASPM constitui-se num instrumento de natureza patrimonial e contábil.  
§3º. Para atendimento do disposto neste artigo, o FASPM deverá formalizar convênio com o órgão encarregado da gestão do Sistema de Atendimento à Saúde dos Servidores do Estado do Paraná e outros órgãos e entidades de saúde quando necessário.

§3º. Para atendimento do disposto neste artigo, o FASPM deverá formalizar convênio com o órgão encarregado da gestão do Sistema de Atendimento à Saúde dos Servidores do Estado do Paraná e outros órgãos e entidades de saúde quando necessário.

Com a criação desse fundo, os direitos dos policiais-militares e de seus dependentes e também das pensionistas, até então esquecidas, foi plenamente reafirmado. Essa nova fase do sistema de saúde da PMPR, como marco inicial, já proporcionou o investimento de cerca de 10 milhões de reais no Hospital da Polícia Militar, agora sim tornando-o uma referência estadual.

## CAPÍTULO 3

### 3 DESCENTRALIZAÇÃO

No Capítulo 2 realizamos uma breve abordagem histórica da Polícia Militar e do seu Hospital, para que agora possamos discorrer sobre descentralização, dando suporte ao desenvolvimento deste trabalho.

#### 3.1 Descentralização e suas Conceituações

O Estado brasileiro passou por intensas reformas nos últimos anos, principalmente com as privatizações. Assim como houve mudança de foco na Administração Pública, um pouco antes das privatizações ocorreu a municipalização de vários serviços e atividades, com o advento da Constituição Federal de 1988. Neste sentido, Ckagnazaroff aponta que propostas de descentralização, participação, privatização, terceirização, parcerias, entram na agenda por uma reforma do Estado, com o objetivo de tornar a gestão do setor público mais eficiente e aberta à sociedade. No que se refere a descentralização, pode-se dizer que é um fenômeno que tem marcado a Administração Pública, no final do século XX (CKAGNAZAROFF, 1997, p. 55).

Segundo Junqueira *et al* a utilização da descentralização, como estratégia de mudança nas relações entre Estado e Sociedade, teve início nos anos 70, pelos países centrais democráticos, como alternativa à crise do Estado do Bem-Estar Social. Esse modelo de Estado teria ocasionado uma enorme expansão do aparato burocrático para a gestão das políticas sociais, gerando, inclusive, uma acentuada centralização das decisões e comprometendo a sua eficácia (JUNQUEIRA *et al*, 1997, p. 63).

Analisando a Constituição Brasileira, verifica-se que o tema descentralização permeia vários capítulos. Corroborando com Tobar, esse tema está ligado ao processo de construção de um novo Estado, mais ágil, mais moderno, propiciando a construção e consolidação da democracia, principalmente em países que acabaram de sair de um regime ditatorial, como o Brasil.

No Brasil, como se pode observar pelos fenômenos mais recentes, o principal serviço objeto da descentralização foi a saúde, que passou a ter suas bases focadas no município. Estas transformações ocorreram em função das demandas da sociedade, que como afirmam Gaebler e Osborne (1999), em reinventando o governo, os governos precisam perceber que os contribuintes são os seus clientes. Hoje, a Administração Pública precisa enxergar os administrados não mais como simples administrados, mas como seus clientes. Esta também deve ser a orientação do sistema de saúde da PMPR, que deve ver em cada um de seus integrantes um cliente especial, que precisa ser bem atendido e valorizado pela sua instituição (GAEBLER e OSBORNE, 1999, p. 71).

O princípio basilar do processo de descentralização é o da subsidiariedade. A responsabilidade por qualquer problema é, em primeiro lugar, daqueles que estão mais próximos a ele. Neste sentido, como se propõe no presente trabalho, entende-se que o principal responsável pelo problema de atendimento médico-ambulatorial deve ser o comandante de unidade. Em outras palavras, os recursos e poder devem ser transferidos para aqueles níveis onde os problemas aparecem, já que eles teriam melhores condições de atuar mais eficaz e eficientemente no trato daqueles problemas identificados.

Segundo Pimenta, a descentralização na Administração Pública pode ocorrer em três direções diferentes. Uma delas é a descentralização interna, ou intragovernamental, que ocorre dentro de uma mesma estrutura administrativa, de cima para baixo. Uma outra direção é de dentro para fora da organização estatal. Neste caso, ele cita como exemplo a parceria com a sociedade, terceirização, descentralização para ONG's e outras organizações e privatização. A terceira direção é a descentralização intergovernamental onde se tem a federalização, municipalização e microregionalização (PIMENTA, 1995, p. 171).

A flexibilidade das organizações possibilita contínuas readaptações dos seus recursos, sejam eles tecnológicos ou financeiros, e isso somente é possível se as pessoas que nelas trabalham estiverem preparadas.

A empresa, como um todo, deve estar alinhada em torno das estratégias formuladas. Dessa maneira todos se empenharão a atingir o fim proposto, conforme as estratégias sejam ações ou caminho mais adequado a ser executado para alcançar os objetivos e desafios da empresa. As empresas necessitam de que as

peças que nela trabalham se comprometam em atingir os objetivos fixados (OLIVEIRA, 1999, p. 51).

As organizações que realmente terão sucesso no futuro serão aquelas que descobrirem como cultivar nas pessoas o comprometimento e a capacidade de aprender em todos os níveis da organização. Além disso, a estrutura organizacional deverá estar preparada para atender o alinhamento da organização em torno das estratégias, a fim de que as tomadas de decisões sejam certas e rápidas para a empresa atingir os resultados propostos (SENGE, 1999, p. 38).

A estratégia de negócios é hoje um dos três fatores que determinam a direção da organização e cuja importância é mais ampla que aquela da estratégia isoladamente. Em termos específicos, os executivos devem pensar separadamente e depois colocar lado a lado a estratégia de negócios da empresa, sua estrutura organizacional e o comportamento dos seus funcionários (MILLS, 1993, p. 117 e 118).

A figura 1 mostra os três fatores formando um triângulo. Nenhum predomina; cada um tem influência sobre os outros e sobre a organização e o alinhamento requer cuidadosa atenção na sua elaboração.

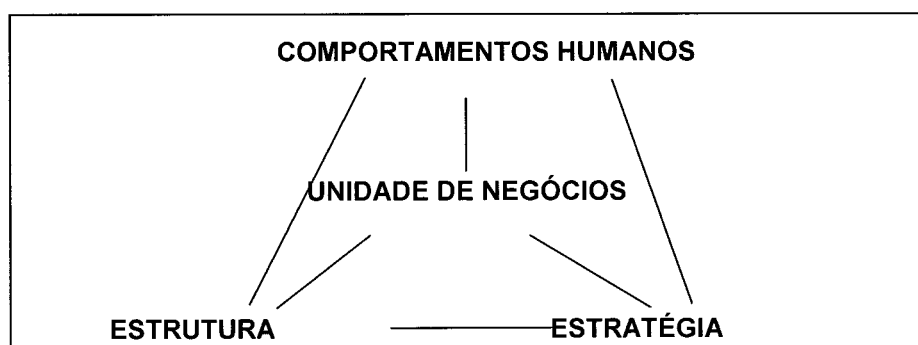


Figura 1: Alinhando Comportamento, Estrutura e Estratégia.  
Fonte: MILLS (1993, p. 118)

A organização depende das decisões e, também, de colocá-las em prática por meio de ações. As decisões podem ser centralizadas ou descentralizadas, dependendo de cada organização.

À medida que a organização cresce, torna-se difícil para a alta administração manter o mesmo nível de centralização da decisão. O crescimento traz como consequência a diversificação e o aumento da complexidade dos problemas técnicos e administrativos. Assim, certas decisões precisam ser tomadas em níveis hierárquicos inferiores, a fim de aliviar a alta administração e tornar mais dinâmica a

operação da organização (VASCONCELLOS, 1979, p. 101).

A descentralização não pode ser absoluta nem a estratégia empresarial opressiva, mas a organização precisa desenvolver uma estratégia coletiva, o que exige do corpo gerencial postura mais cooperativa e menos competitiva em relação aos seus pares.

A estrutura centralizada se caracteriza pelo fato de que todo o poder para a tomada de decisões está em um só local da organização, nas mãos de uma única pessoa, ao passo que na estrutura descentralizada o poder fica disperso entre muitas pessoas (MINTZBERG, 1995, p. 102).

A descentralização também pode ser definida como sendo a delegação de autoridade à administradores de níveis hierárquicos inferiores para tomada de decisões. A descentralização pode ser de autoridade, de atividade ou funcional. A descentralização de atividade é também chamada de dispersão geográfica, com o objetivo de interagir localmente. Quando a organização se dispersa de maneira geográfica e possui pessoas que se subordinam ao responsável desse local e não ao chefe central, diz-se que há descentralização funcional. A organização necessita de que as pessoas tomem a decisão certa e, para que isso aconteça, é preciso que o responsável pela tomada de decisão disponha das informações necessárias. Uma das razões da descentralização numa organização é delegar as decisões aos níveis hierárquicos inferiores que detêm informações (VASCONCELLOS, 1979, p. 101).

O que se busca com o processo de descentralização dos serviços de saúde é torná-los mais eficazes, mais rápidos e mais acessíveis aos usuários diretos.

Lane apresenta uma lista de possíveis processos de mudanças que podem se referir à descentralização (LANE, 1993, p. 18):

- a) transferência geográfica de uma organização do centro para a periferia;
- b) privatização;
- c) ênfase na implementação em detrimento do planejamento e elaboração de políticas públicas;
- d) transferência de funções do Estado central para o governo local;
- e) transferência de decisões do nível central para o nível local de organizações do setor público;
- f) participação do nível local;

- g) acesso ou influência do nível local no nível central;
- h) formalização de instituições implícitas; e
- i) integralização de organizações.

Segundo esse autor, para explicar o conceito de descentralização, dever-se-iam considerar os sentidos indicados nas letras *d*, *e* e *f*. Desse modo, descentralização é entendida como divisão de poder dentro do aparato estatal. Ela pode ser um processo democratizante na medida em que a mesma passa a ser entendida não apenas como delegação de funções, mas também como fragmentação do poder através das diferentes esferas sociais.

Sobre a questão de qual seria mais adequada, centralização ou descentralização, na prestação de serviços, o mesmo autor afirma que não haveria uma resposta definitiva, já que dependeria de uma análise de “prós” e “contras” em relação a cada passo da prestação de serviços. A centralização teria como vantagem a igualdade e coordenação e como desvantagem a hierarquia e a excessiva standardização. Por sua vez, a descentralização teria como vantagens a flexibilidade e a adaptabilidade e como desvantagens o tradicionalismo e a desigualdade. Em outras palavras, a descentralização não é um conceito absoluto. A sua implementação implica em um certo grau de centralização. O papel do poder central, nesse caso, é garantir que as diferenças existentes entre as unidades descentralizadas sejam consideradas ao longo do processo e que suas ações estejam integradas sob um plano mais geral. O risco inerente à centralização, refere-se ao processo decisório de cima para baixo, desconsiderando subsídios, tanto dos níveis inferiores da organização, quanto dos cidadãos que usufruem dos serviços/políticas públicas da prefeitura. Outra questão é o tratamento padronizado de problemas semelhantes, porém vivenciados de modos distintos em realidades diferentes. Já a descentralização traz para o Estado uma capacidade maior, tanto de articulação, como de atuação, de acordo com a realidade, seja dos níveis subalternos da prefeitura, seja dos cidadãos.

Pode ser dito que a forma de descentralização a ser adotada está relacionada com os serviços que serão descentralizados, os tipos de atividade que serão assumidas pelo *staff* no nível local, a organização política e as ações que serão desenvolvidas nas administrações regionais e nas suas regiões de atuação. O processo de descentralização, também, envolve basicamente três dimensões, que

são a do processo decisório, a dimensão política e a dimensão da integração de serviços.

Como se observa, pela visão dos autores até aqui estudados, descentralização é um processo ao qual o nível superior transfere para o nível de decisão-execução o poder operativo juntamente com o suporte de recursos necessários.

Por outro lado, a palavra descentralização vem sendo empregada como sinônimo de desconcentração, dispersando física e territorialmente as instituições localizadas na esfera central. Desconcentração é um processo administrativo pelo qual as atividades até então centradas em uma área são transferidas para áreas periféricas, utilizando tanto critérios funcionais como espaciais. Muitas vezes a desconcentração é confundida com descentralização administrativa por ter esta um cunho político-jurídico. Assim, em muitas instituições tem sido cada vez mais freqüente a utilização de “concentração” no lugar de “centralização” e “desconcentração” no lugar de “descentralização”. Isto porque o termo descentralização muitas vezes vem seguido da criação de novas instituições e a desconcentração está mais ligada simplesmente à transferência de capacidade operativa e de decisão, fora do poder central da organização (MELLO, 1991, p. 10).

A descentralização pode significar a transferência da autoridade sobre empresas públicas desde funcionários políticos a uma junta relativamente autônoma; o fomento de aportes econômicos regionais aos esforços nacionais de planejamento; a transferência de funções administrativas, ou seja, na direção descendente da hierarquia, espacialmente ou por problemas; o estabelecimento de unidades legislativas de menor tamanho; ou a transferência de responsabilidade a órgãos legislativos sub-nacionais, ascensão do controle por mais pessoas dentro de uma empresa economicamente produtiva, a esperança de conseguir um mundo melhor mediante uma participação individual mais intensa (FUNISS, 1990).

Existem quatro tipos distintos de descentralização, que demonstram tanto os diferentes graus do poder governamental bem como os diversos critérios de descentralização, conforme a aplicação em diferentes contextos políticos: devolução, desconcentração, delegação e privatização. Cabe destacar a existência de outros fatores que influenciam o grau de autonomia como a capacidade de mobilização do apoio político, o controle de recursos, a legitimidade das funções assumidas, o tom

dos regulamentos e normas e a expectativa de trabalho, desfrutados pelos órgãos locais. Esse aspecto será aprofundado ainda neste capítulo, na discussão sobre autonomia (MILLS, 1990, p. 45).

Para este autor devolução é entendida como a criação ou o fortalecimento de níveis sub-nacionais de governo, comumente chamados de governo local ou autoridade local, que possuem uma autonomia em relação ao governo central com respeito a um conjunto de funções bem definidas. Esse nível, além de ter reconhecido suas fronteiras geográficas, possui uma personalidade jurídica clara, autoridade estatutária para conseguir fundos e incorrer em gastos, e a concessão de várias funções. Nos países desenvolvidos este modelo de descentralização pode ser empregado na área de saúde, requerendo uma importante participação financeira do Estado e uma cooperação entre as autoridades locais na prestação de serviços mais especializados.

Já desconcentração, para o mesmo autor, é a transferência de certo grau de autoridade administrativa aos escritórios ou oficinas locais do governo nacional. Este é o tipo de descentralização mais empregado pelos países em desenvolvimento. É considerado o mais moderado, por implicar na transferência de autoridade administrativa, mas não da autoridade política. Ela pode ocorrer de forma vertical ou integrada. Na saúde esse modelo pode ocorrer pela fusão dos serviços de saúde do governo central e local dentro de uma nova organização distrital, permitindo um melhor planejamento e gestão dos serviços de saúde, de acordo com um critério de integração no distrito.

Por último, a delegação é a transferência de responsabilidades administrativas para organizações que não fazem parte da estrutura central do governo (paraestatais), mas sendo, no entanto, indiretamente controladas por ele. Mesmo tendo estas organizações liberdade para exercer suas funções e deveres específicos, a responsabilidade ainda continua sendo do governo.

Para que ocorra efetivamente a descentralização, isto é a distribuição do poder, é necessário aumentar a capacidade de autonomia local e o controle pela participação social. O modelo de descentralização empregado tem influências sobre a autonomia que uma organização sanitária possa exercer no nível local, não determinando, entretanto a relação entre o nível central e a periferia.

### 3.2 Centralização e Descentralização

Norberto Bobbio concebe a descentralização com base na centralização, a partir dela própria, num ambiente e universo onde elas possam existir de forma pura. Embora coexistentes, guardam distinção muito grande entre si, mas, mesmo assim, estão sempre entrelaçadas e possuem entre si uma relação dinâmica. Pode parecer contraditório mas é exatamente assim que esse autor vê essa questão intrigante. Para o autor, tem-se:

[...] centralização quando a quantidade de poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos é reduzida ao mínimo indispensável, a fim de que possam ser considerados como entidades subjetivas de administração. (Tem-se) [...] ao contrário, descentralização quando os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades. (BOBBIO, 1993, p. 330)

Na concepção desse autor, o poder emerge como elemento nuclear para a caracterização da descentralização (e da centralização), entendendo-se poder num sentido mais amplo, que engloba minimamente as dimensões política, administrativa, financeira e fiscal. Claro está que tanto a descentralização como a centralização absolutas são apenas possibilidades teóricas. Mesmo em regimes autoritários, quando o poder é centralizado, não é possível que ele o seja de modo total, de tal forma que toda uma nação seja completamente controlada por um poder central. Não é correto afirmar, por exemplo, que a ditadura militar no Brasil conseguiu ter, durante cerca de 20 anos, um poder absoluto sobre todos os municípios brasileiros. Por outro lado, a descentralização absoluta provavelmente representaria o caos, principalmente para uma nação com tantas desigualdades como o Brasil. Cada esfera de governo tem seu papel definido, dentro do princípio do federalismo que vigora neste país e a cada uma delas deve ser conferidos poderes para o desempenho desses papéis. A descentralização, neste sentido, implica em transferência (ou alocação) de poder para o exercício dos respectivos papéis.

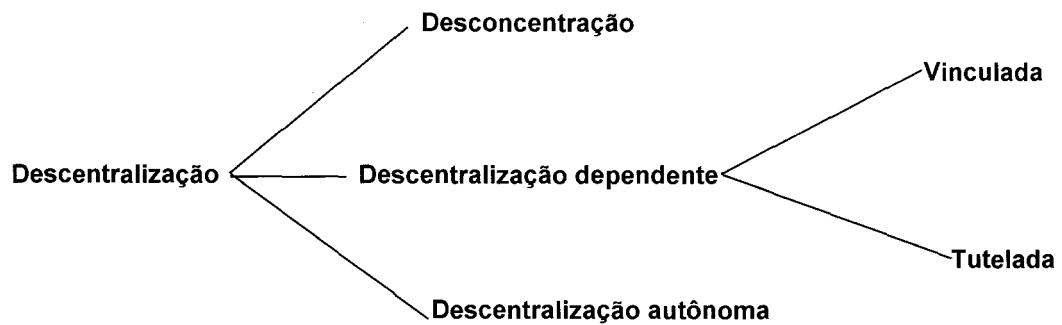
No caso do atendimento médico-ambulatorial a policiais-militares da ativa em sua própria unidade de trabalho, constituindo-se sistemas locais de atendimento médico de base, que responda adequadamente às demandas e anseios dos

usuários, não obstante se caracterizem como sistemas isolados e autônomos, é necessário que sejam elementos e elos dinâmicos do Sistema de Atendimento à Saúde da PMPR. Nesse sentido a descentralização e a centralização têm que coexistir, porque não se pretende levar para mais próximo do policial-militar da ativa todos os tipos de especialidades médicas, mas as mais importantes para eles. Assim se garante o fortalecimento de todo o sistema e a não atomização dos sistemas locais.

### **3.3 Descentralização - Desconcentração**

Descentralização, como já citamos, tem significado distinto de desconcentração. Esta é intimamente ligada à transferência de competência, sem deslocar o poder de decisão, sem que seja necessária a criação de uma nova entidade.

Entretanto, na literatura, não é pequeno o número de autores como Médici (1994) e Teixeira (1990), que não vêem a dicotomia entre ambas, identificando na desconcentração uma etapa do processo de descentralização. Segundo Médici (1994), a desconcentração é condição necessária, mas não suficiente, para um processo pleno de descentralização. A desconcentração, segundo ele, faz parte do processo de descentralização e pode ser considerada como uma forma de descentralização. É também Médici que analisa o financiamento do Setor de Saúde, elabora o diagrama apresentado a seguir, que se estrutura na taxonomia de Affonso, o qual também conceitua os vários tipos de descentralização, ilustrados no seguinte diagrama:



**Desconcentração financeira:** a responsabilidade sobre o gasto se mantém sob o poder das esferas centrais de governo, embora a operação seja feita por uma agência do governo central, em nível local.

**Descentralização autônoma:** passagem de responsabilidade da esfera maior para a de menor hierarquia, financiada mediante recursos próprios desta última esfera.

**Descentralização dependente:** passagem de responsabilidade da esfera de maior para a de menor hierarquia, financiada através de transferências de recursos da esfera mais central.

**Descentralização dependente tutelada:** baseada em transferências negociadas de recursos financeiros.

**Descentralização dependente vinculada:** baseada em transferências automáticas de recursos financeiros, legalmente definidos.

### **3.4 Vantagens e Desvantagens da Centralização e Descentralização**

Enquanto a Teoria Clássica de Fayol defendia a organização linear caracterizada pela ênfase dada à centralização da autoridade, a Administração Científica de Taylor defendia a organização funcional caracterizada pela descentralização da autoridade. O problema da centralização versus descentralização é um assunto amplamente discutido pela Teoria Neoclássica. A

centralização e a descentralização referem-se ao nível hierárquico no qual as decisões devem ser tomadas. Centralização significa que a autoridade para tomar decisões está centrada no topo da organização. Com a descentralização, a autoridade de tomar decisões é delegada aos níveis baixos da organização (CHIAVENATO, 1999).

### **3.2.1 Centralização**

A centralização enfatiza as relações escalares, isto é, a cadeia de comando. A organização é desenhada dentro da premissa de que o indivíduo no topo possui a mais alta autoridade e que a autoridade dos demais indivíduos é escalada para baixo, de acordo com sua posição relativa no organograma. A cadeia escalar — ou cadeia de comando — está intimamente relacionada à unidade de comando.

#### **3.2.1.1 Vantagens**

A centralização foi valorizada no passado devido às seguintes vantagens:

- a) As decisões são tomadas por pessoas que têm visão global da empresa;
- b) Os tomadores de decisão no topo são mais bem treinados e preparados que os dos níveis mais baixos;
- c) As decisões são mais consistentes com os objetivos empresariais globais;
- d) A centralização elimina esforços duplicados de vários tomadores de decisão e reduz custos operacionais;
- e) Funções — como compras e tesouraria — permitem maior especialização e vantagens com a centralização;

### 3.2.1.2 Desvantagens

Todavia, a centralização tem suas desvantagens, como:

- a) As decisões tomadas na cúpula estão distanciadas dos fatos locais e das circunstâncias;
- b) Os tomadores de decisão no topo têm pouco contato com as pessoas e situações envolvidas;
- c) As linhas de comunicação ao longo da cadeia escalar provocam demoras e maior custo operacional;
- d) As decisões passam pela cadeia escalar através de pessoas intermediárias e possibilitam distorções no processo de comunicação das decisões;

### 3.2.2 Descentralização

A descentralização faz com que as decisões sejam pulverizadas para os níveis mais baixos da organização. A tendência moderna é descentralizar para dar melhor utilização aos recursos humanos. O princípio que rege a descentralização é assim definido: a autoridade, para tomar ou iniciar a ação, deve ser delegada tão próximo da cena quanto possível.

As decisões importantes são tomadas nos níveis mais baixos da hierarquia.

Menor a supervisão sobre as decisões tomadas. A descentralização significa relativa autonomia e independência para tomar decisões. Ocorre quando não há nenhum controle direto sobre a tomada de decisão.

A descentralização em si não é boa nem má. Ela depende das circunstâncias. Há quatro elementos que concorrem para aumentar a descentralização:

Complexidade dos problemas organizacionais. O avanço tecnológico, as inovações, a intensificação das comunicações, a diversificação das linhas de produtos e mercados em desenvolvimento requerem versatilidade, rapidez e precisão nas decisões, o que é impossível quando a autoridade é concentrada em um só executivo no topo da organização. Aí, um só pensa, enquanto a totalidade

das pessoas trabalha dependendo de suas decisões. A descentralização utiliza todos os cérebros e músculos da organização.

**Delegação de autoridade.** A organização, como um organismo vivo, deve estar apta a ajustar-se e expandir-se continuamente para sobreviver e crescer. O crescimento é um sinal de vitalidade e garantia de sobrevivência. Para não atrofiar essa vitalidade com sobrecarga de trabalho, a delegação de autoridade é a resposta correta para aumentar o esforço da organização.

**Mudança e incerteza.** Quanto maior a necessidade de mudança e de inovação, tanto maior será a necessidade de descentralização.

**Em tempos de estabilidade.** A descentralização é preferível em épocas de certeza e previsibilidade. Em situações de risco, crise ou dificuldade, a autoridade é centralizada no topo, enquanto durar a emergência, e a descentralização somente voltará quando o perigo for ultrapassado. Essa visão é criticada. A descentralização é hoje enfatizada em tempos de mudança e de emergências.

### **3.2.2.1 Vantagens**

A descentralização permite que as decisões sejam tomadas pelas unidades situadas nos níveis mais baixos da organização, proporcionando um considerável aumento de eficiência.

As vantagens que a descentralização pode proporcionar são:

- a) as gerentes ficam próximos do ponto no qual devem tomar as decisões. A descentralização corta os atrasos nas decisões causadas pelas consultas à matriz ou a supervisores distantes. As pessoas que vivem os problemas são as indicadas para resolvê-los no local, economizando tempo e dinheiro;
- b) aumenta a eficiência e a motivação, aproveita melhor o tempo e a aptidão dos funcionários, evitando que fujam à responsabilidade;
- c) melhora a qualidade das decisões à medida que seu volume e sua complexidade se reduzem, aliviando os chefes do trabalho decisório. Os altos funcionários concentram-se nas decisões importantes;

- d) reduz a quantidade de papelório e os gastos respectivos. Ganha-se tempo: toma-se na hora uma decisão que levaria vários dias para ser comunicada;
- e) os gastos de coordenação são reduzidos em face da autonomia para tomar decisões. Isso requer uma estrutura organizacional determinada, com políticas que definam até onde as unidades podem tomar suas decisões;
- f) permite a formação de executivos locais ou regionais motivados e mais conscientes dos seus resultados operacionais. A estrutura descentralizada produz gerentes gerais em vez de simples especialistas.

### **3.2.2.2 Desvantagens**

A descentralização tem suas limitações e traz certas desvantagens, a saber:

- a) falta de uniformidade nas decisões. A padronização e a uniformidade reduzem custos operacionais. A descentralização provoca perda de uniformidade nas decisões. As reuniões de coordenação entre o pessoal central e o regional podem reduzir esse problema;
- b) insuficiente aproveitamento dos especialistas. Os especialistas de staff se concentram na matriz e poderiam ser muito mais utilizados, com a condição de que a direção defina as relações entre a matriz e o campo de atividades para assegurar o equilíbrio;
- c) falta de equipe apropriada no campo de atividades. A descentralização requer treinamento e designação paulatina de funções;

Na dúvida, adaptando de Dawbor (2006), ou salvo necessidades claramente definidas de que as decisões pertençam a escalões superiores na pirâmide da administração do sistema de saúde, estas devem ser tomadas no nível mais próximo possível da população interessada: os policiais-militares da ativa, em suas unidades. E nos referimos aqui à capacidade real de decisão, com descentralização dos

encargos, atribuição de recursos e flexibilidade de aplicação. Esse princípio da "proximidade" vale tanto para a administração pública como para autarquias e várias áreas do setor privado. E não se trata de dotar as administrações centrais de "dedos mais longos" com a criação de representações locais, mas de deixar as administrações locais gerirem efetivamente as atividades.

Muitos poderiam ser preocupar com a duplicidade de meios e de recursos para o mesmo fim, ou com a eventual perda de capacidade que a descentralização representaria. A nossa visão é inversa: quando o HPM, em seu ambulatório, encontra-se entulhado por centenas de atendimentos diários, de problemas de infraestrutura local, de falta de espaço físico para atender com conforto o conjunto de segurados, vemos uma oportunidade de solução para boa parte destes problemas. Apenas descentralizando de forma decidida, poderá o HPM "limpar a mesa" de centenas de pequenas causas e problemas burocráticos, e se concentrar no que efetivamente devem ser as suas preocupações e no atendimento médico mais especializado.

## CAPÍTULO 4

### 4 METODOLOGIA

No capítulo 3 apresentamos as vantagens e desvantagens do atendimento médico ambulatorial centralizado e descentralizado. A seguir demonstraremos o modo do estudo realizado.

#### 4.1 Caracterização do Estudo

A presente pesquisa foi realizada no segundo semestre de 2007, na Polícia Militar do Paraná, tendo como locais específicos o Hospital da Polícia Militar do Paraná e o Comando do Policiamento da Capital. Quanto aos objetivos traçados, esta pesquisa adotou o método dialético cartesiano. Através deste método é possível compreender e analisar a abrangência do tema proposto, em face dos princípios e conceitos contemporâneos da administração, com enfoque para a descentralização (GIL, 2002).

Além da coleta de dados secundários em arquivos da Diretoria de Saúde, Hospital da Polícia Militar e Comando do Policiamento da Capital, também foi necessário conhecer o comportamento e o pensamento dos oficiais e praças da Polícia Militar do Paraná sobre o atual sistema de atendimento de saúde centralizado no HPM, bem como sobre a proposta de descentralizar o atendimento médico-ambulatorial aos policiais-militares da ativa para as próprias unidades operacionais. Para isso foi utilizado acessoriamente o levantamento como técnica para obtenção dos dados primários, que apresenta as vantagens de conhecimento direto da realidade, economia, rapidez e quantificação (GIL, 2002).

Como a pesquisa foi basicamente quantitativa, para o levantamento de dados foram empregados vários métodos, como entrevistas, formulários, questionários, entre outros, como definem (MARCONI e LAKATOS, 2001).

Entretanto, nos pareceu mais adequada a realização de uma *Survey*, para obtenção dos dados primários.

## 4.2 Universo e Amostra da Pesquisa

A Lei Estadual nº. 14.960, de 21 de dezembro de 2005, fixa o efetivo da Polícia Militar do Paraná em 21.083 integrantes. Quando se observa a especificação e divisão deste efetivo, verifica-se que no Comando do Policiamento da Capital existem 5.283 policiais-militares. Segundo a tabela de determinação do tamanho da amostra, de Gil (2002), com esse universo, para que a pesquisa pudesse ter o coeficiente de segurança de 95,5% e margem de erro de 4% (para mais ou para menos), a amostra seria de pelo menos 700 policiais-militares. Em função do tempo disponibilizado para a realização desse estudo, decidimos estabelecer como universo de pesquisa 200 policiais-militares<sup>8</sup>, sem distinção de nível hierárquico.

Também é preciso compreender o que ocorre nos pequenos grupos, porque suas decisões têm efeito sobre a história dos grandes grupos; porque influi na maneira de viver dos grupos. Os grupos têm função de respeito, afeição e proteção, mas também causas de tensão, pressões antagônicas, conflito e frustração. Há também razões sócio-psicológicas (pressões sociais e pressões do indivíduo) e sociológicas (compreender pequenos grupos e criar teorias).

Através dos pequenos grupos podem-se desenvolver maneiras eficientes para pensar a respeito de sistemas sociais em geral. Assim, a competência técnica é fundamental para o desempenho eficiente, porém a tecnologia gerencial é determinada pela dinâmica da personalidade. Na organização, assim como na família, as diferenças individuais não são bem compreendidas nem aceitas. As grandes decisões estratégicas só serão implementadas com sucesso se o corpo gerencial desenvolver competência interpessoal para liderança efetiva, comunicação, negociação e participação em equipe. Como a completa atualização profissional é tarefa sobre-humana, a ênfase passa a ser a preparação metodológica, capacidade de aprender os problemas, fazer uma leitura ambiental apropriada e saber buscar as informações para programar projetos. Conhecer os outros e a si mesmo e aceitar as diferenças interpessoais possibilita aprender a conviver com a diversidade (MOSCOVICI, 2000).

---

<sup>8</sup> No fechamento deste trabalho, embora tenham sido distribuídos duzentos questionários de pesquisa, apenas oitenta e seis foram respondidos.

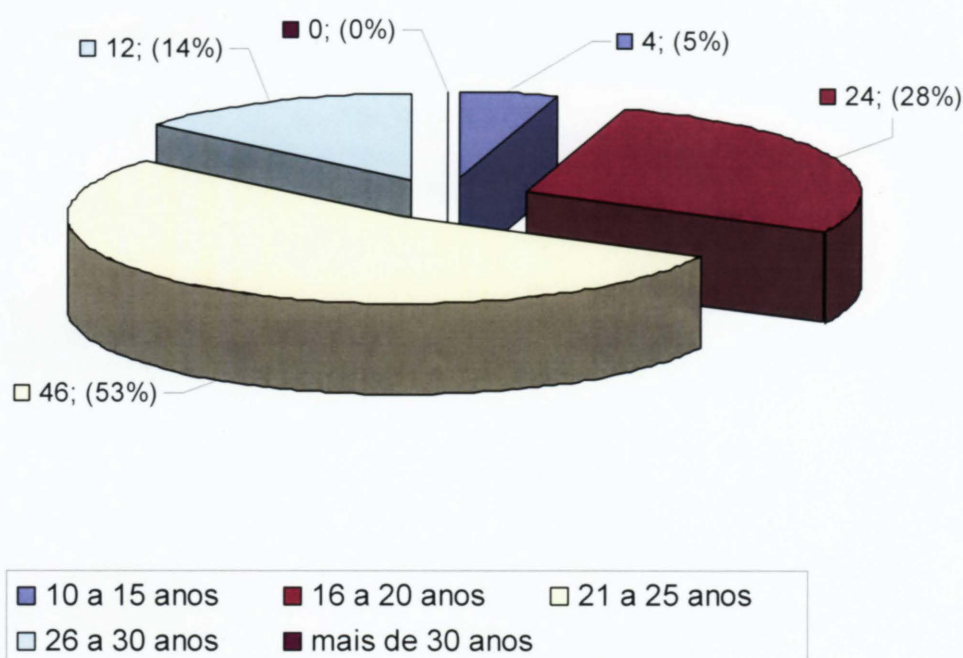
Dentro desse contexto, procuramos entender o que pensam os policiais-militares do Comando do Policial da Capital e os profissionais de saúde, para a obtenção de conclusões que poderão ser utilizadas como parâmetros para todos os grupos e círculos.

A pesquisa foi realizada de acordo com o instrumento de pesquisa constante do Anexo A.

## CAPÍTULO 5

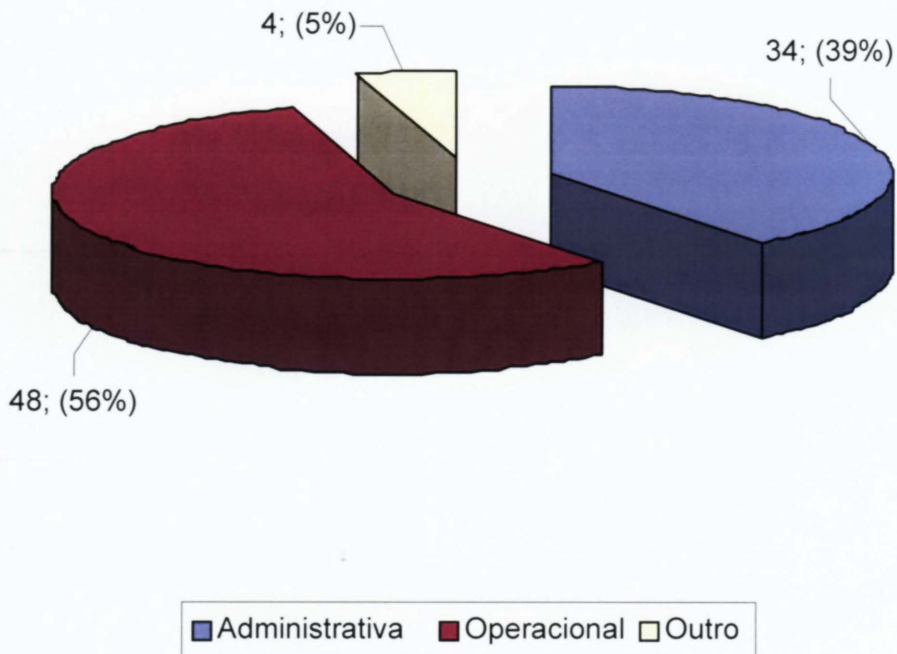
## 5 ANÁLISE ESTATÍSTICA E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

GRÁFICO 1 – TEMPO DE SERVIÇO NA PMPR



Fonte: Pesquisa de campo.

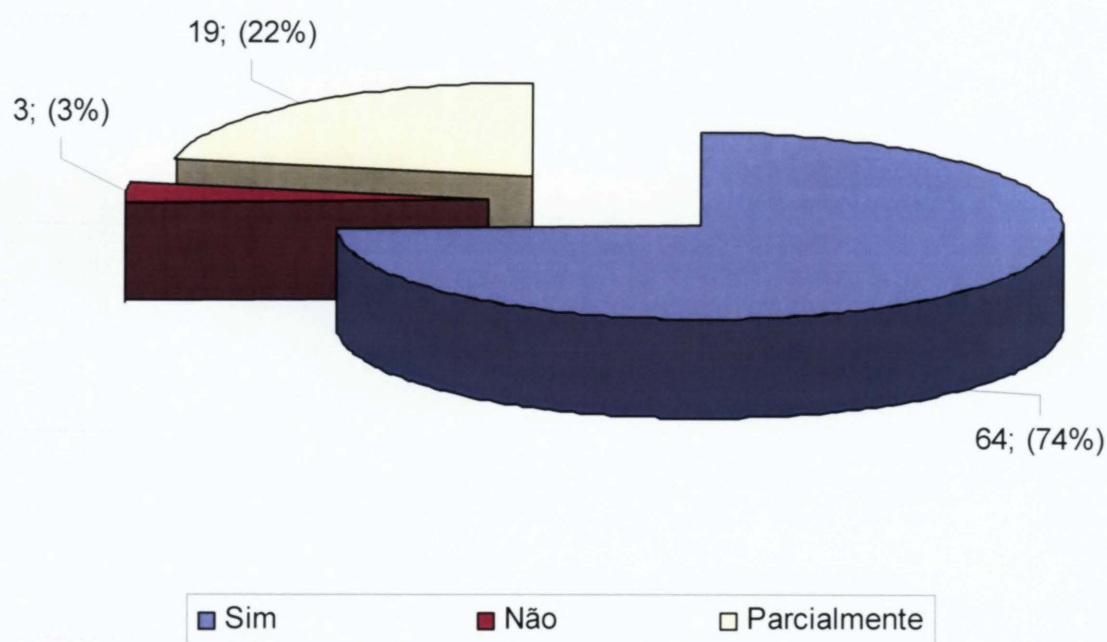
Dos dados obtidos pelas respostas apuradas no questionário, verifica-se que há uma predominância nas categorias de policiais-militares que possuem de 16 a 20 e de 21 a 25 anos de serviço, respectivamente, na Polícia Militar do Paraná, traduzindo-se em um referencial significativo, pois a amostra (200 policiais-militares da ativa da PMPR) possui experiência e maturidade profissional, notadamente na prestação de serviços na esfera da Segurança Pública. Essa constatação possui alta relevância, pois tende a maior fidedignidade no preenchimento dos demais quesitos consignados nesse instrumento de avaliação.

**GRÁFICO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO ATUALMENTE NA PMPR**

FONTE: Pesquisa de campo.

A questão soma-se e corrobora com a leitura do questionamento anterior, pois o público pesquisado na sua grande maioria atua diretamente na execução do policiamento ostensivo da unidade operacional. Não se registrou um posicionamento misto, embora sabidamente os policiais-militares, dos diversos níveis hierárquicos, podem atuar em ambas as áreas, operacional e administrativa, e não exclusivamente em apenas uma delas.

**GRÁFICO 3 – CONHECIMENTO DO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DA PMPR**

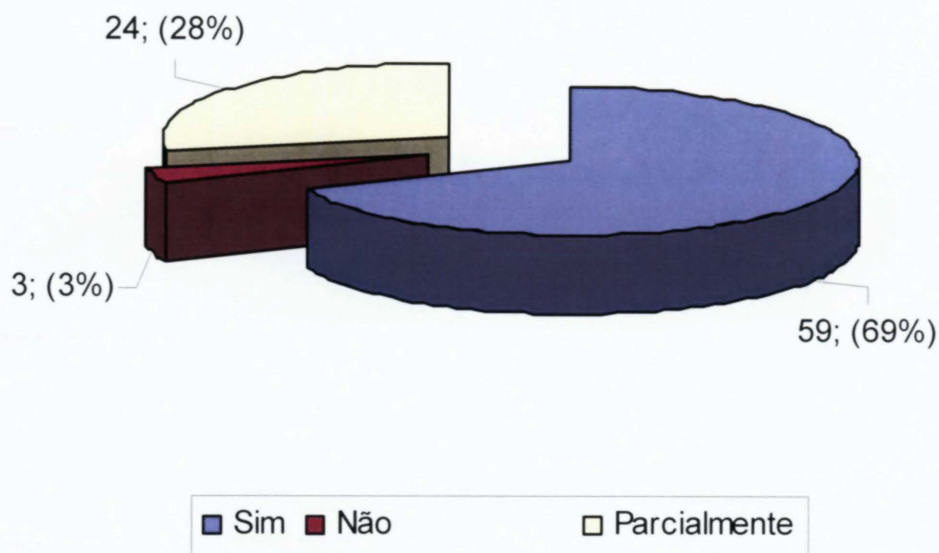


FONTE: Pesquisa de campo.

Outro dado positivo revela que a maioria dos policiais-militares pesquisados possui conhecimento do funcionamento do Sistema de Saúde da PMPR. Isso indica um excelente nível de comunicação interna, bem como de fluxo de informações de interesse dos policiais-militares.

Verifica-se, ainda, que, de uma forma marcante, a atenção à saúde faz parte do cotidiano dos policiais-militares, o que gera incontestavelmente uma expectativa e preocupação da administração com esse tema, uma vez que a prestação de atendimento à saúde deve ser efetivada em todo o Estado do Paraná. Conseqüentemente, quanto mais próximo possível e acessível, o bom atendimento à saúde do policial-militar poderá invariavelmente implicar diretamente em aumento da eficácia operacional e da qualidade dos serviços prestados à comunidade.

**GRÁFICO 4 – CONHECIMENTO PROFUNDO DA ORGANIZAÇÃO E DO ACESSO AO ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL NO HPM**

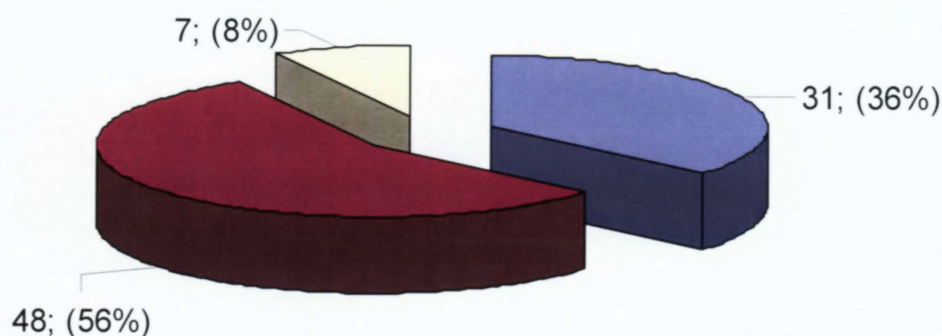


FONTE: Pesquisa de campo.

O resultado obtido em resposta à questão proposta sobre ser conhecedor com profundidade da organização e do acesso ao atendimento médico-ambulatorial do HPM surpreendeu, pois predominou a concordância majoritária sobre o conhecimento da organização e do acesso ao atendimento. Em seguida, registra-se também um conhecimento parcial bem expressivo; também se verifica pelas respostas mostradas neste Gráfico que pouquíssimos policiais-militares desconhecem a organização e o funcionamento do atendimento médico-ambulatorial realizado pelo HPM, reafirmando a questão mostrada no Gráfico 3.

Visualiza-se que as respostas apresentadas nesta questão são justificadas pela boa comunicação que existe entre o Sistema de Saúde da PMPR e os usuários.

**GRÁFICO 5 – MELHOR DEFINIÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL NO HPM**

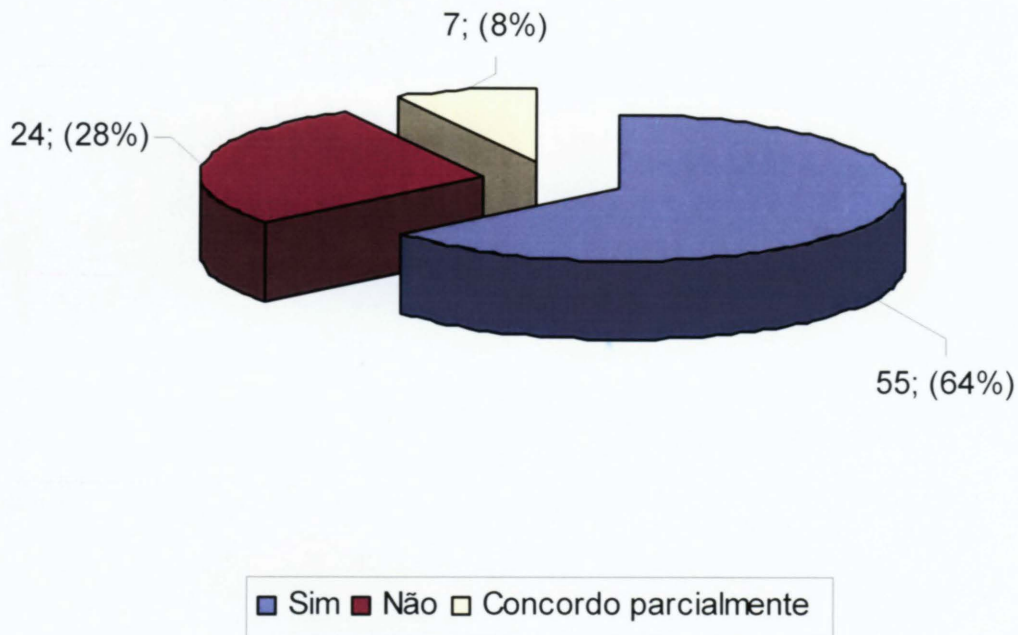


- É justo, imparcial e transparente, e realmente reflete uma visão da realidade da corporação.
- É parcial e com critérios subjetivos, e que não são públicos, e geram insatisfações na categoria.
- Outro

FONTE: Pesquisa de campo.

É interessante a leitura que se verifica nesse questionamento, pois se percebe facilmente que os policiais-militares da ativa estão rejeitando o atual sistema de atendimento médico-ambulatorial centralizado no HPM, baseado nas primícias da parcialidade, a presença de critérios subjetivos os quais não são públicos, logo gerando insatisfações na categoria. Todavia consigna-se que uma parcela inferior do público pesquisado garante que o atual sistema de atendimento é plenamente justo, baseado na transparência e imparcialidade, o qual reflete na visão desses a realidade do Sistema de Saúde da PMPR. O sentimento de mudança é muito grande, o que denota a necessidade de ações nesse sentido.

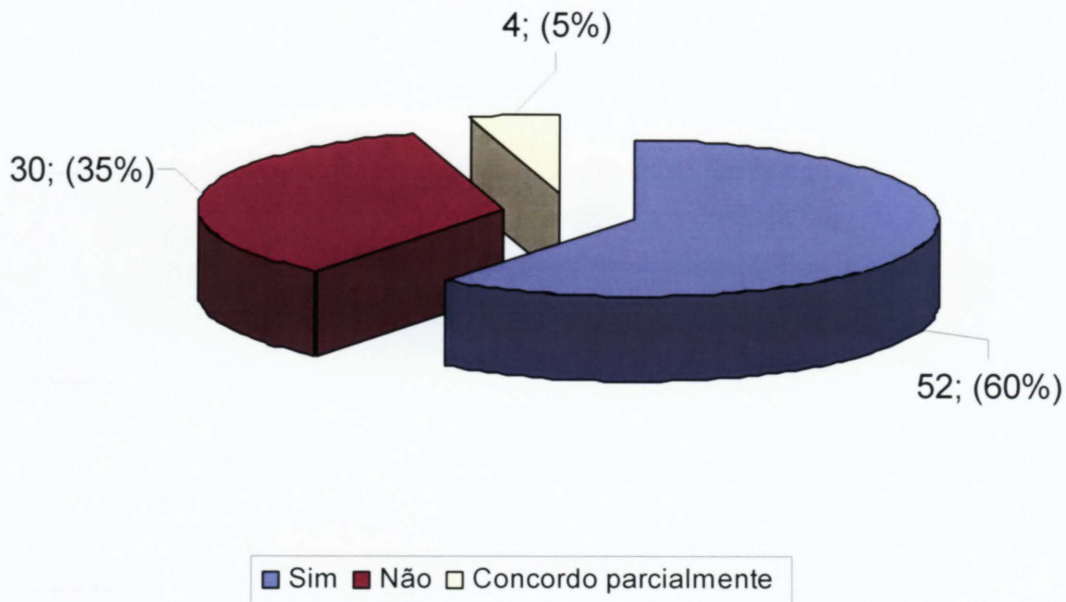
**GRÁFICO 6 – OPINIÃO SOBRE A EXISTÊNCIA DE AMBULATÓRIO MÉDICO NAS UNIDADES OPERACIONAIS PARA ATENDIMENTO EXCLUSIVO DE POLICIAIS-MILITARES DA ATIVA**



FONTE: Pesquisa de campo.

Nesse gráfico, verifica-se que a amostra consultada em percentual de 64%, ou seja, um número expressivo, aponta para a necessidade da existência de um ambulatório médico nas unidades operacionais para o atendimento descentralizado e exclusivo de policiais-militares da ativa. Portanto, essa questão, corroborada pelas demais já apresentadas, aponta a necessidade de revisão do atual sistema centralizado de atendimento, que coloca no mesmo rol de “clientes” do HPM todos os segurados. Assim, com base nesses indicativos de avaliação, haverá maior interação e relação de confiança se for dado uma atenção diferenciada ao atendimento médico-ambulatorial aos policiais-militares da ativa.

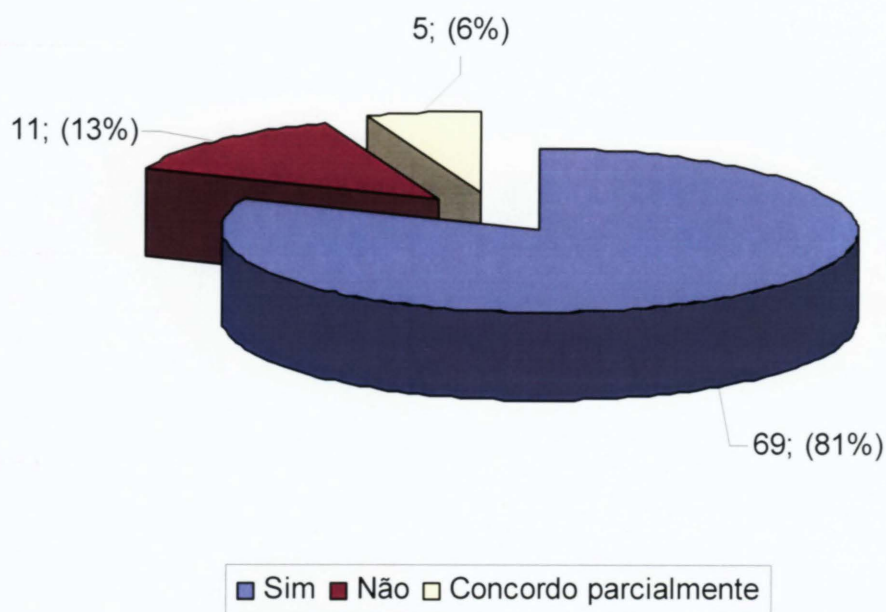
**GRÁFICO 7 – OPINIÃO SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATÓRIAL, DO HPM PARA AS UNIDADES OPERACIONAIS X INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS**



FONTE: Pesquisa de campo.

Sem dúvida, os dados evidenciam uma condição deficitária, em que fica patente a preocupação do público avaliado em demonstrar que a eficácia do sistema atual de atendimento à saúde, de forma centralizada, está aquém das reais necessidades para os padrões de competitividade que a Corporação quer imprimir na conquista da excelência. Assim, com a descentralização acredita-se que os policiais-militares da ativa terão mais e melhores condições de atendimento à saúde e isso irá interferir diretamente na qualidade dos serviços que a PMPR presta à comunidade. Portanto, uma mudança de postura e de foco no sistema centralizado de atendimento médico ambulatorial, sendo sugerida a descentralização para as unidades operacionais, interferirá de forma direta para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, bem como na qualidade de vida dos policiais-militares da ativa, que terão mais próximo, e muito mais acessível, o atendimento médico-ambulatorial de base.

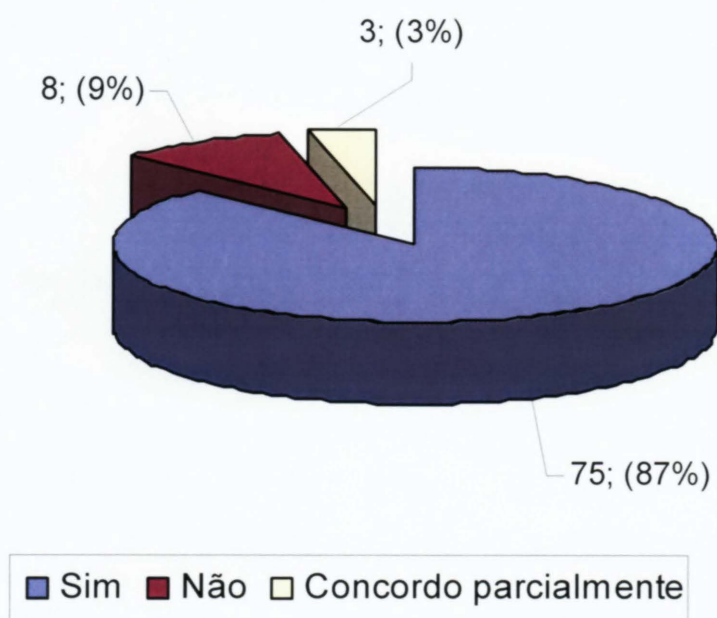
### GRÁFICO 8 – DESCENTRALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL X MOTIVAÇÃO PARA BUSCAR ATENDIMENTO MÉDICO



FONTE: Pesquisa de campo.

As respostas a essa questão apresentaram resultados impressionantes, pois 86% dos policiais-militares que responderam ao questionamento afirmaram que se tiverem disponível em sua unidade de trabalho atendimento médico-ambulatorial, exclusivo para policiais-militares da ativa, sentir-se-ão mais motivados para buscar atendimento médico preventivo. As respostas confirmam a necessidade de revisão do atual sistema de atendimento médico-ambulatorial, de centralizado no HPM para descentralizado nas unidades operacionais. A proximidade e a facilidade do atendimento médico irão motivar os policiais-militares a cuidarem mais da sua saúde e isso irá refletir na diminuição do absenteísmo, além de interferir diretamente na qualidade de vida de um modo geral.

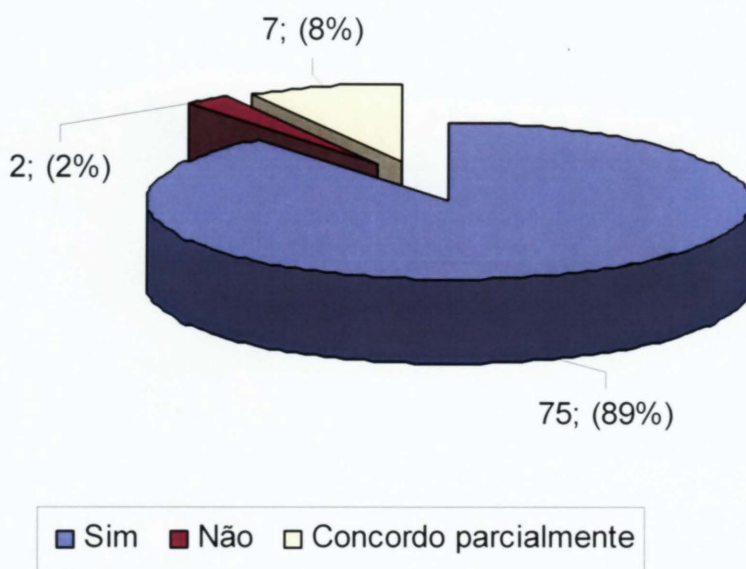
**GRÁFICO 9 – É OPORTUNO DESCENTRALIZAR O ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL DO HPM PARA AS UNIDADES OPERACIONAIS, PARA O ATENDIMENTO EXCLUSIVO DE POLICIAIS-MILITARES**



FONTE: Pesquisa de campo.

O enfoque necessário sobre essa abordagem é decorrente da leitura que se fez dos questionamentos anteriores, uma vez que o sistema centralizado de atendimento médico-ambulatorial deve ser reformulado, onde irremediavelmente conclui-se que é oportuna a citada descentralização, para o atendimento exclusivo de policiais-militares da ativa. Portanto, os estudos estão no caminho dos anseios dos policiais-militares da ativa e refletem a preocupação que eles têm com o bem-estar e com a qualidade de vida que precisam ter para executar com eficiência e eficácia as atividades operacionais.

**GRÁFICO 10 – VOCÊ CONCORDA QUE O SISTEMA DESCENTRALIZADO DE ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL É MAIS EFICAZ QUE O ATUAL SISTEMA CENTRALIZADO NO HPM, PARA O ATENDIMENTO DE POLICIAIS-MILITARES DA ATIVA**

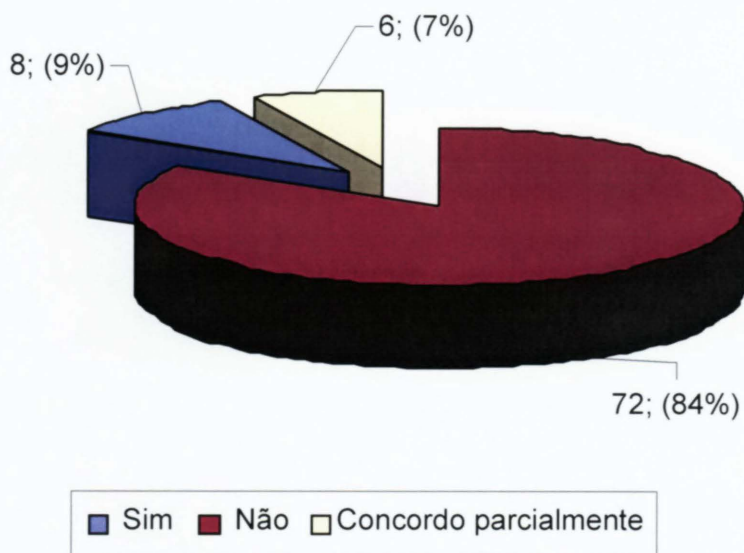


FONTE: Pesquisa de campo.

Verifica-se em uma interpretação mais ampla a preocupação dos policiais-militares da ativa na melhoria das condições para o atendimento médico-ambulatorial, muito embora o sistema ora proposto resuma-se a uma idéia que poderá ser implementada, tornando-se realidade após minucioso estudo pelo correspondente setor de análise da Corporação, após a avaliação deste estudo.

Pela quantidade de respostas (89%) sobre a eficácia da descentralização do atendimento médico-ambulatorial, verifica-se que os estudos, com base neste trabalho, devem ser logo iniciados, pois há um anseio muito grande para a melhoria do acesso ao atendimento médico-ambulatorial de policiais-militares da ativa.

**GRÁFICO 11 – A DESCENTRALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL PARA AS UNIDADES OPERACIONAIS NÃO SERÁ MAIS EFICAZ QUE O ATUAL CENTRALIZADO NO HPM**

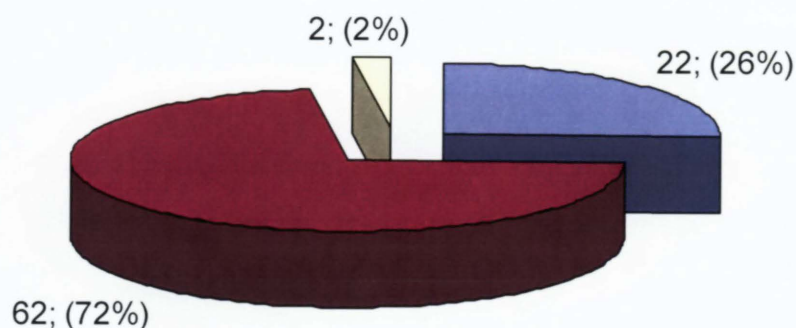


FONTE: Pesquisa de campo.

O resultado obtido em resposta à questão proposta, no sentido de que a descentralização não será mais eficaz que o atual sistema centralizado no HPM, mostra a predominância da discordância majoritária (84%), no sentido de que a descentralização é perfeitamente exequível.

A missão principal da PMPR é a prevenção, pois inibe o acontecimento de ilícitos, porém necessita de efetivo mais capacitado e comprometido com a qualidade, o que só será possível se for dada atenção integral e preferencial à saúde dos policiais-militares da ativa, responsáveis diretos pelas ações operacionais e administrativas.

**GRÁFICO 12 – A DESCENTRALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL PARA AS UNIDADES OPERACIONAIS NÃO SERÁ MAIS EFICAZ QUE O ATUAL CENTRALIZADO NO HPM**



- É apenas uma nova filosofia ou modismo, que poderá ser passageira, a exemplo de outras experiências e tentativas mal sucedidas.
- É uma solução técnica e eficiente que poderá ser duradoura, se houver uma nova reatulação estrutural do HPM.
- Outro.

FONTE: Pesquisa de campo.

Verifica-se que os policiais-militares da ativa acreditam que a descentralização é uma solução técnica, que poderá ser duradoura e apresentar uma solução para o atendimento médico-ambulatorial. É fundamental e imprescindível que os policiais-militares da ativa conheçam e compreendam a filosofia embutida na descentralização do atendimento médico, pois somente com esse esforço é que se podem resolver muitos problemas hoje existentes, principalmente antecipando condutas nocivas que se tornem conflitos internos e geram novos desdobramentos, tanto para o interesse público como o particular.

Com a finalidade de complementar os dados obtidos na pesquisa de campo, secundariamente foram pesquisados os número de atendimentos realizados pelo ambulatório do HPM de 2005 a 2006.

O Quadro 1 mostra os atendimentos realizados em 2005; o Quadro 2 em

2006.

ATENDIMENTO MÉDICO NO AMBULATÓRIO DO HPM - 2005													
ESPECIALIDADE	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	TOTAL
<b>Clínica Médica</b>	1289	1089	1626	1287	1190	1258	1095	1363	1120	1324	1179	1031	14851
<b>Pediatria</b>	429	517	792	680	790	801	711	882	805	656	650	551	8264
<b>Ginecologia</b>	888	862	1227	1113	1085	1108	872	1094	1091	975	1032	813	12160
<b>Cirurgia Pediátrica</b>	4	19	24	18	19	22	12	20	15	23	12	3	191
<b>Cir.Geral//Ap.Digestivo</b>	411	422	496	447	550	555	468	493	501	435	356	267	5401
<b>Cirurgia Plástica</b>	118	108	135	139	134	103	158	130	128	155	120	62	1490
<b>Pneumologista</b>	109	92	125	89	98	117	105	147	138	134	128	88	1370
<b>Ortopedia</b>	439	559	731	617	745	704	615	764	750	573	644	588	7729
<b>Endócrino Pediatra</b>	20	25	43	25	0	0	603	0	0	0	0	0	716
<b>Cardiologia</b>	529	420	688	601	652	703	663	735	650	662	598	520	7421
<b>Neurologia</b>	130	263	279	278	284	267	245	283	230	256	279	150	2944
<b>Urologia</b>	399	407	520	447	463	500	468	515	505	472	458	320	5474
<b>Oftalmologia</b>	725	637	821	730	690	745	636	765	690	646	673	485	8243
<b>Otorrinolaringologia</b>	344	348	499	404	393	470	245	513	430	239	394	330	4609
<b>Dermatologia</b>	0	190	242	217	251	234	246	260	220	238	247	214	2559
<b>Angiologia</b>	145	151	197	217	146	106	0	0	0	0	0	0	962
<b>Psiquiatria</b>	44	183	187	194	193	196	186	0	150	238	189	172	1932
<b>Psicologia</b>	95	201	282	284	400	456	349	437	420	418	357	273	3972
<b>Auditor</b>	144	182	232	232	221	208	184	222	208	167	194	78	2272
<b>Nutricionista</b>	28	25	29	23	24	31	27	27	29	30	33	19	325
<b>TOTAL</b>	6290	6700	9175	8042	8328	8584	7888	8650	8080	7641	7543	5964	92885

Quadro 1 – atendimentos médicos realizados no ambulatório do HPM em 2005.

Fonte: Centro de Estatísticas e Informática do HPM.

ATENDIMENTO MÉDICO NO AMBULATÓRIO DO HPM - 2006													
ESPECIALIDADE	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	TOTAL
Clínica Médica	1278	1041	1391	1104	1446	1335	1333	1357	1223	1254	1200	1001	14963
Pediatria	473	524	814	618	935	840	799	740	604	619	513	502	7981
Ginecologia	888	718	1171	830	1190	1030	1031	1081	864	1067	1059	792	11721
Cirurgia Pediátrica	11	11	14	14	18	23	24	20	14	21	19	14	203
Cir.Geral/Ap.Digestivo	433	314	414	420	474	459	371	377	386	452	428	313	4841
Cirurgia Plástica	79	102	196	142	126	90	102	75	77	93	91	125	1298
Pneumologista	181	133	122	91	157	143	167	158	115	145	158	139	1709
Ortopedia	358	598	715	616	603	615	655	608	615	737	638	534	7292
Cardiologia	439	570	753	592	738	740	750	840	644	696	742	548	8052
Neurologia	237	216	314	193	251	208	271	250	151	263	189	229	2772
Oftalmologia	791	500	725	588	709	543	646	675	373	681	563	491	7285
Otorrinolaringologia	469	320	364	270	343	273	426	364	448	474	440	395	4586
Dermatologia	0	211	258	210	0	84	0	238	198	198	84	263	1744
Psiquiatria	135	145	209	164	208	195	215	120	177	181	251	182	2182
Psicologia	107	128	244	305	404	357	271	442	301	348	275	230	3412
Auditor	137	102	206	199	245	245	189	238	160	193	244	237	2395
Nutricionista	31	29	32	37	47	48	50	41	41	57	42	41	496
Anestesiologista	0	0	0	0	36	61	67	51	42	51	41	29	378
Reumatologista	0	0	0	0	0	9	180	197	145	207	215	217	1170
Cir. Geral/Proctologia	0	0	0	0	0	0	0	0	7	19	25	5	56
Oncologista	0	0	0	0	0	0	11	23	28	25	28	17	132
Urologista	0	0	0	0	0	0	0	0	191	372	405	380	1348
Angiologista	0	0	0	0	0	0	0	0	134	175	167	122	598
Fonoaudiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	67	79	146
<b>TOTAL</b>	<b>6047</b>	<b>5662</b>	<b>7942</b>	<b>6393</b>	<b>7930</b>	<b>7298</b>	<b>7558</b>	<b>7895</b>	<b>6938</b>	<b>8328</b>	<b>7884</b>	<b>6885</b>	<b>86760</b>

Quadro 2 – Atendimento médico realizado no ambulatório do HPM em 2006.

Fonte: Centro de Estatísticas e Informática do HPM.

Conforme se pode observar, tanto no Quadro 1, como no Quadro 2, o maior número de atendimentos ocorre na área da clínica médica, que é o atendimento médico de base, para as investigações preliminares e atendimentos mais corriqueiros. Dentro desses atendimentos, que representam cerca de 16% do volume global, algo próximo de 35% é representado pelos pacientes policiais-militares da ativa. Portanto, a competição com os pacientes que não estão mais na ativa é muito grande, o que dificulta o atendimento, a marcação de consultas e faz com que ocorra a perda de muito tempo para se ter o acesso aos serviços médicos do ambulatório do HPM. Os policiais-militares da ativa, dentro do HPM, não podem ser tratados com deferência especial, mas sim devem se sujeitar às mesmas regras dos demais pacientes, porque os serviços prestados por aquela unidade hospitalar não podem ser eletivos.

## CAPÍTULO 6

### 6 NECESSIDADE DE DESCENTRALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DO HPM

Apesar das inovações e investimentos realizados no HPM, há muito tempo que a sua estrutura não consegue mais corresponder às demandas. Em razão do aumento da longevidade dos brasileiros, que também atinge o seguimento militar, cada vez mais a concentração de pacientes pertencentes à reserva da Polícia Militar do Paraná, dependentes e pensionistas ocupam os seus corredores. A figura 2 nos fornece a idéia da proporção entre policiais-militares da ativa e os demais pacientes que lotam os corredores e consultórios do HPM.



Figura 2 – Sala de espera do ambulatório do HPM.

Fonte: Comunicação Social da PMPR (2007).

A estrutura e o jeito de hospital de pequeno porte e para policiais-militares apenas, como era no início, cada vez mais está distante e já faz parte do passado, que está apenas sendo vivido nos retratos nostálgicos. A Polícia Militar do Paraná,

com aproximadamente 17,5 mil policiais ativos e mais uma legião de aproximadamente 80 mil integrantes da reserva, pensionistas e dependentes, anula qualquer expectativa de investimentos possíveis na saúde do militar. A figura 3 abaixo nos mostra a difícil e árdua concorrência entre militares da ativa e dos demais beneficiários do atendimento médico-ambulatorial no HPM:



Figura 3 – Sala de espera do ambulatório do HPM.

Fonte: Comunicação Social da PMPR (2007).

Em termos comparativos, existe um paciente da ativa para quatro inativos, (englobando pensionistas ou dependentes). Dessa forma, fica muito complicado e difícil para os policiais-militares da ativa ter facilidade de acesso ao atendimento médico ambulatorial no HPM. A fila de espera para todos é a mesma e não existe uma forma legal de mudar essa situação, porque os policiais-militares da ativa não podem ter atendimento preferencial, assim como qualquer outro tipo de beneficiário.

Como resolver essa questão? Como solucionar esse impasse? Como garantir acesso facilitado aos policiais-militares da ativa ao atendimento médico-ambulatorial? Como desenvolver programas preventivos de saúde laboral, que leve em conta os riscos da profissão policial-militar? Buscando respostas para essas

questões desenvolveu-se a presente pesquisa, que na sua abordagem chegou à conclusão de que não existe outra forma a não ser criar estruturas próprias, nos locais de trabalho, mais próximo possível dos militares da ativa, para garantir-lhes atendimento diferenciado, que respeite a sua condição e valorize o ser humano policial-militar, que é um trabalhador como qualquer outro, sujeito de direitos e de deveres.

Não é porque a profissão policial-militar exige elevado grau de comprometimento e abnegação, que os militares devem ter sua cidadania restringida. O contrato de serviço, firmado no momento em que se assina o termo de posse, não exige e nem condiciona a aceitação a essa redução de cidadania. O policial-militar é um trabalhador policial, que tem como pressuposto dar a até mesmo a sua própria vida para salvar vidas alheias. Esse compromisso está estampado no juramento de honra que presta quando entra na Polícia Militar do Paraná:

Alistando-me soldado da Polícia Militar do Estado, prometo regular minha conduta pelos preceitos da moral, respeitar os meus superiores hierárquicos, tratar com afeto os meus companheiros de armas e com bondade os que venham a ser meus subordinados; cumprir rigorosamente as ordens das autoridades competentes e dedicar-me inteiramente ao serviço do Estado e da minha Pátria, **cuja honra, integridade e instituições, defenderei com o sacrifício da própria vida (grifo nosso)** (CÓDIGO DA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ, 1954, artigo 49).

Aliado a esse compromisso, para que o policial-militar possa realizar na plenitude a sua função, de acordo com os padrões de qualidade que a comunidade espera, é preciso que ele seja também tratado com respeito. Respeito, pois, como se pode exigir que ele respeite os seus semelhantes, a comunidade que constitui o rol de clientes da Polícia Militar do Paraná, se a sua própria Instituição não o respeita como um ser humano na sua plenitude. Ao colocarmos os policiais-militares da ativa na “vala comum”, na mesma fila do ambulatório médico no HPM, não o estamos respeitando integralmente e mesmo assim nunca fizemos nada para mudar esse quadro, que na verdade exige ações de baixo custo e até mesmo simples.

Hoje se exige muito do policial. Hoje se quer um super-homem policial. Hoje se quer um policial capaz de responder a todo tipo de anseio comunitário, mas muito poucos se perguntam quem é esse policial? O policial é um cidadão comum, como outro qualquer. Ele precisa ser mais compreendido e mais valorizado. Ele não é de Marte, é da Terra mesmo, muitas vezes seu próprio vizinho. Ninguém conseguirá respeitar ou zelar por garantias e direitos que ele próprio não possui. Isso é o que acontece com o policial, que se vê obrigado a dar respostas para situações que nem a ele mesmo não se garantem. A polícia precisa mudar sim, mas essa mudança deve começar com o ser humano policial, num processo de valorização da sua atividade e no melhoramento de suas condições de vida e de sobrevivência. Não adianta projetarmos uma nova polícia, um novo policiamento ostensivo, uma polícia comunitária, sem antes pensarmos no policial que vai ser o agente dessa transformação.

O princípio da mudança da concepção policial brasileira está no indivíduo, no ser humano policial e não unicamente na transformação das instituições policiais. Não adianta mudar o nome da polícia ou seu regulamento disciplinar, achando que o problema estará resolvido. Sem mudar o indivíduo policial, sem lhe atribuir um sistema diferenciado de vida e de garantias, sem mudar a sua formação, especialização e aperfeiçoamento profissional, nenhuma mudança visível para o cidadão será conseguida. A nova concepção da polícia e do policiamento ostensivo deve começar com o policial, mas infelizmente os governos têm investido mais naquilo que aparece aos olhos dos eleitores: prédios, viaturas, equipamentos.

Contudo, apesar dos vários avanços percebidos na relação polícia – comunidade, vários policiais e até organizações policiais ainda não internalizaram o que significam e representam os direitos humanos para toda a humanidade. Embora a função primordial para uma polícia, que se diz e quer ser considerada cidadã, seja a de defender e promover os direitos humanos, a história recente registra vários acontecimentos trágicos, representados por graves violações dos direitos humanos. Cita-se como exemplo dessas violações: Carajás, Corumbiara, Favela da Naval, Candelária, Diadema é várias histórias de torturas e de horror vividas nos porões de delegacias de polícia ou nas ruas praticadas por PMs. Felizmente, a Corporação tem se mantido fora desse rol de graves violações dos direitos humanos e já faz muito tempo que deixou de ser notícia. Rogamos ao CRIADOR que ela continue assim.

Apesar de não ganhar um salário digno, correspondente ao tributo de sangue que dá à sociedade; apesar de todas as incompreensões e dificuldades, o policial deve ser incentivado constantemente para se manter superior, para agir com dignidade e respeito, para não se rebaixar às práticas criminosas. Ele deve ser valorizado, ter seus direitos respeitados, para sentir orgulho do que representa para a sociedade. Ele deve ser capaz de chegar à sua casa e dizer “fiz, por mim e pelos outros, um trabalho que valeu a pena. Isso ninguém me tira”. **É dentro deste espírito que os direitos humanos devem ser percebidos por cada um dos policiais e é dentro dessa ótica que as ações de promoção e cuidados da saúde geral, e principalmente da laboral, devem ser promovidas pela Polícia Militar do Paraná aos policiais-militares da ativa.** Quando ocorre esse tipo de atenção à saúde do policial-militar, que representa tudo isso, estar-se-á valorizando e dignificando um dos direitos humanos mais importantes: a vida, e, acima disso a preservação da vida do policial-militar.

**É PRECISO TER VALORES PARA SABER RECONHECÊ-LOS EM RELAÇÃO AO PRÓXIMO. É PRECISO TER CIDADANIA PARA PODER GARANTI-LA AOS OUTROS. É PRECISO TER DIGNIDADE PARA DAR DIGNIDADE. É PRECISO SER RECONHECIDO COMO SER HUMANO PARA ENXERGAR EM CADA PESSOA UM SER HUMANO. É PRECISO TER DIREITOS HUMANOS PARA PROMOVÊ-LOS.**

Dentro deste contexto – respeito integral ao ser humano policial-militar, especialmente os policiais-militares da ativa que integram o Comando do Policiamento da Capital, chega-se à conclusão insofismável de que eles não podem continuar concorrendo com os demais beneficiários do HPM – ou seja, cerca de 80% do total – para ter acesso digno ao atendimento médico-ambulatorial. Diante disso, a única e possível solução a que se chega, no atual cenário, é a descentralização do atendimento médico-ambulatorial para as unidades operacionais, pois assim estar-se-á facilitando o acesso e colocando os desiguais em condição de igualdade.

Com a descentralização dos atendimentos médicos, principalmente os da clínica médica, por ser de base e o mais procurado, a Polícia Militar do Paraná

estará dando um grande passo na busca e consolidação da valorização do ser humano policial-militar. Um profissional respeitado, valorizado e percebido como sujeito de direitos humanos, terá plenas condições de também enxergar em cada semelhante, independente de sua condição social ou econômica, um outro sujeito também digno de direitos e objeto de respeito.

Ademais, conforme demonstrado nos resultados da pesquisa de campo, a ampla e esmagadora maioria dos policiais-militares que responderam aos questionamentos anseiam pela descentralização do atendimento médico-ambulatorial em suas próprias unidades de trabalho. A Polícia Militar do Paraná, com a sua adesão integral à filosofia e doutrina de polícia comunitária, está aberta à participação da sociedade, está aberta para ouvir o seu cliente e assim também deverá estar para ouvir a voz do seu “cliente interno”, que nesse contexto deve ser percebido como o mais importante. Se o cliente interno estiver sendo bem atendido, estiver sendo respeitado, estiver sendo valorizado, com certeza também irá transportar todas essas maravilhas para o cliente externo.

## CAPÍTULO 7

### 7 CONCLUSÃO

Durante toda a existência da Polícia Militar do Paraná, pelo fato de seus integrantes serem considerados militares e, portanto, seres indiferentes ao tempo, “seres superiores”, nunca houve uma preocupação maior com a separação e diferenciação do atendimento médico entre policiais-militares ativos, inativos, pensionistas e dependentes. Nunca se pensou em criar condições diferenciadas para cada segmento, de acordo com o grau de importância que cada um tem, sem, contudo, deixar de considerar cada um deles sujeitos de direitos humanos. Assim, neste trabalho procurou-se pela primeira vez dar enfoques diferenciados aos diversos “públicos” do HPM.

Ao iniciarmos nossa jornada frisamos que o presente texto iria demonstrar a que a descentralização do atendimento médico ambulatorial do HPM, da forma aqui desenvolvida, acarretaria aumento da qualidade de vida dos policiais das unidades operacionais da capital e também acarretaria melhores condições de acesso aos serviços médicos básicos e redução do absenteísmo por problemas de saúde e, portanto, provocaria reflexos positivos na auto-estima do ser humano policial, tendo também como consequência direta aumento de produtividade e índice de motivação.

No corpo do trabalho concluímos que tais pressupostos foram fartamente confirmados e que, portanto, a descentralização se apresenta como a melhor opção de otimização do atendimento em face das inúmeras dificuldades já elencadas.

As consequências resultantes da falta de diferenciação dos públicos do HPM geram efeitos que prejudicam o bom desempenho dos policiais-militares, pois quando devem se submeter às mesmas condições, às mesmas regras comuns a todos os beneficiários, sentem-se desvalorizados e desmotivados na busca e promoção da sua saúde, fundamentalmente pela falta de tempo disponível para marcação de consultas e deslocamentos até ao HPM. Quando isso acontece, a probabilidade do surgimento de doenças, principalmente as laborais, comprometedoras da qualidade do desempenho profissional, que ficam fora do foco direto de atuação do HPM, é muito recorrente. Essas doenças causam faltas ao

serviço, perda do rendimento, ausências prolongadas para tratamento médico, entre tantas outras conseqüências nefastas para a Polícia Militar do Paraná.

O HPM, por sua vez, não tem conseguido corresponder com eficiência e eficácia total à demanda que diariamente bate às suas portas. Para fazer frente a esses problemas, a descentralização do atendimento médico-ambulatorial a policiais-militares da ativa é uma das soluções.

Somente com a conjugação de esforços de todos os níveis institucionais, com foco no problema e na melhoria das condições de atendimento médico a policiais-militares da ativa, principalmente com vontade política interna, é que se avançará de forma eficaz na valorização da vida dos integrantes da Polícia Militar do Paraná. As medidas devem ser tomadas com seriedade pela Polícia Militar do Paraná, através do seu sistema de atendimento à saúde dos militares, que tem a principal missão de promover medidas sérias e efetivas nesse sentido. Urge que o processo de descentralização do atendimento venha a ser preparado e implementado na corporação. O presente trabalho apresenta um conjunto de informações que deveriam realmente ser re-estudadas e re-avaliadas pela Polícia Militar do Paraná, para o desenvolvimento de condições e de estudos necessários para a implantação de atendimento médico descentralizado aos policiais-militares da ativa em suas próprias unidades de trabalho.

## BIBLIOGRAFIA

**BOBBIO**, Norberto; **MATTEUCCI**, N.; **PASQUINO**, G. **Dicionário de política**. Brasília: Edumb, 1993.

**BRASIL**. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. **DECRETO-LEI FEDERAL Nº 667, de 02 de Julho de 1969**. Reorganiza as Polícias Militares e os Corpos de Bombeiros Militares dos Estados, dos Territórios e do Distrito Federal, e dá outras providências.

**CHIAVENATO**, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**, edição compacta. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

**CKAGNAZAROFF**, I.B. **Descentralização de Belo Horizonte – resistências institucionais – um estudo de caso**. RAM - Revista de Administração Municipal, v.42, nº215. Rio de Janeiro, 1995.

**CKAGNAZAROFF**, I. B. **Reforma da Gestão do Setor Público – Impactos da Implementação de Novas Tecnologias**. Ensaios de Administração. Belo Horizonte: CEPEAD/UFMG (5), 1997.

**DOWBOR**, Ladislau. **Globalização e tendências institucionais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

**GIL**, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

**HAMEL**, Gary e **PRAHALAD**, C.K. **Competindo pelo Futuro**. Rio de Janeiro: Ed.Campus, 1995.

**JUNQUEIRA**, L. A. P.; **INOJOSA**, R. M. e **KOMATSU**, S. **Descentralização intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. In: EL TRÁNSITO de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública. Caracas: Unesco / Clad. 1997.

**KOONTZ**, Harold; **O'DONNELL**, Cyril. **Princípios de Administração — Uma Análise das Funções Administrativas**. São Paulo: Editora Pioneira, 1976.

**LAKATOS**, Eva Maria; **MARCONI**, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

**LANE, Jan-Erik. The Public Sector – concepts, models and approaches.** London: Sage, 1993.

**MÉDICI, A. C. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1994.

**MELLO, Marcus André. Governança e reforma do Estado: o paradigma agente x principal.** Revista do Serviço Público. Ano 47, volume 120, nº 1. Jan./Abr., 1996. P. 67-82.

**MINTZBERG, H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações.** São Paulo: Atlas, 1995.

**MILLS, Daniel Quinn. O Renascimento da Empresa.** Rio de Janeiro: Editora Campus, 1993.

**MOSCOVICI, F. Desenvolvimento interpessoal. rev. e ampliado por José Olímpio, 3ª ed.** Rio de Janeiro: técnicos e científicos, 1985.

**MÜLLER, Mary Stela; CORNELSEN, Julce Mary. Normas e padrões para teses, dissertações e monografias.** Londrina: UEL, 1995.

**OLIVEIRA, Djalma de P. Rebouças de. Excelência na Administração Estratégica: A competitividade para administrar o futuro das empresas.** São Paulo: Editora Atlas, 1999.

**OSBORNE, David. GAEBLER, Ted. Reinventando o governo.** Comunicação, São Paulo: 1998.

**PARANÁ. Lei Estadual nº 6774, de 08 de Janeiro de 1976.** Lei de Organização Básica da PMPR.

\_\_\_\_\_. **Constituição do Estado do Paraná:** promulgada em 05 de outubro de 1989.

\_\_\_\_\_. **Lei Estadual nº 14.905, de 21 de dezembro de 2005.** Lei de fixação do efetivo da Polícia Militar do Paraná.

\_\_\_\_\_. **Lei Imperial nº 704, de 29 de agosto de 1853.** Lei de criação da província do Paraná.

\_\_\_\_\_. **Lei Estadual nº 7, de 29 de agosto de 1854.** Lei de criação da Polícia Militar do Paraná.

\_\_\_\_\_. **Lei Estadual nº 1.943, de 10 de agosto de 1954.** Código da Polícia Militar do Paraná.

\_\_\_\_\_. **Lei Estadual nº 6.774, de 7 de janeiro de 1976.** Lei de organização básica da Polícia Militar do Paraná.

\_\_\_\_\_. **Lei Estadual nº 6.417, de 3 de julho de 1973.** Código de vantagens e vencimentos da Polícia Militar do Paraná.

\_\_\_\_\_. **Lei Estadual nº 14.605, de 5 de janeiro de 2005.** Lei que cria o FASPM – Fundo de Atendimento à Saúde dos Policiais-Militares do Paraná.

**PIMENTA, Carlos César. Novos modelos de gestão descentralizada e de parcerias para as administrações estaduais.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 29(3): p. 171-187. JUL/SET, 1995.

**SENGE, Peter M., A. Quinta Disciplina. Arte e prática da organização que aprende.** São Paulo: Editora Best Seller, 1999.

**TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas.** Revista de Administração Pública, 1990 – 24 (2).

**TOBAR, F. O conceito de descentralização: usos e costumes.** Planos de políticas públicas, 1991.

**VASCONCELLOS, Eduardo. Centralização x Descentralização: Uma aplicação para laboratórios de instituições de pesquisa e desenvolvimento.** Revista de Administração IA-USP. São Paulo, 1979, vol.14(2), pp 101-121.

## ANEXO A

### QUESTIONÁRIO - ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

- É facultativa a identificação no final do questionário;
- Dirigido exclusivamente a policiais-militares do CPC;
- Assinale apenas uma resposta por questão, e não deixe questão em branco.
- Este questionário é parte integrante do desenvolvimento de tese do Curso Superior de Polícia, realizado pela PMPR em convênio com a UFPR, 2007.

#### Considerações Iniciais:

Os recursos humanos de uma instituição policial, organizada militarmente, constituem o seu principal capital. Tratar adequadamente esse patrimônio, principalmente sob o ponto de vista do suprimento das necessidades relativas ao atendimento médico-ambulatorial, é tarefa fundamental de todo o conjunto de seus gerentes e um dos pontos fundamentais dessa ação é a existência de um sistema de desempenho eficaz e transparente.

O atendimento à saúde, além de ser um direito consagrado em nossa legislação, deve ser modernizado e aperfeiçoado constantemente, de modo que fique cada vez mais acessível e mais próximo do conjunto de segurados, notadamente os da ativa.

Assim, todas as ações nesse sentido devem ter como objetivo facilitar o acesso e priorizar a qualidade do atendimento. Por isso, contamos com sua importante opinião para que esta pesquisa possa ser concluída e, dependendo do seu resultado, que efetivamente o Sistema de Saúde da PMPR possa ser aperfeiçoado em seu benefício.

1. Quanto tempo de serviço possui na PMPR?

- a.  10 a 15 anos
- b.  16 a 20 anos
- c.  21 a 25 anos
- d.  26 a 30 anos
- e.  mais de 30 anos

2. Qual é atualmente a sua área de atuação na PMPR?

- a.  Administrativa
- b.  Operacional
- c.  Outro. Justifique:

---

---

---

---

3. Você conhece como funciona o Sistema de Saúde da PMPR?

- a.  Sim
- b.  Não
- c.  Parcialmente

4. Você conhece com profundidade como está organizado o acesso ao atendimento médico-ambulatorial no HPM?

- a.  Sim
- b.  Não
- c.  Parcialmente

5. Assinale a alternativa que, em sua opinião, melhor define o atual atendimento médico-ambulatorial do HPM.

a.  É equitativo, imparcial e transparente, pois policiais-militares da ativa e inativos, assim como os dependentes, são atendidos em condições de igualdade e realmente reflete uma visão da realidade da corporação.

b.  É parcial e com critérios subjetivos, e que não são públicos, e geram insatisfações nos policiais-militares da ativa, pois são submetidos ao mesmo sistema de triagem que os demais segurados.

- c.  Outro. Justifique:

---

---

---

---

6. A existência de um ambulatório médico na sua Unidade, para o atendimento médico exclusivo de policiais-militares da ativa, deve ser vista como fator determinante para a reestruturação do Sistema de Saúde da PMPR?

- a. ( ) Sim
- b. ( ) Não
- c. ( ) Concordo parcialmente. Justifique:

---

---

---

---

7. A mudança do atual sistema de atendimento médico-ambulatorial existente no HPM, de centralizado para descentralizado nas Unidades, para o atendimento exclusivo de policiais-militares da ativa, irá interferir diretamente na qualidade dos serviços prestados pela PMPR?

- a. ( ) Sim
- b. ( ) Não
- c. ( ) Concordo parcialmente. Justifique:

---

---

---

---

8. A mudança do atual sistema de atendimento médico-ambulatorial existente no HPM, de centralizado para descentralizado nas Unidades, para o atendimento exclusivo de policiais-militares da ativa, irá motivar os policiais-militares a buscar mais o atendimento médico preventivo?

- a. ( ) Sim
- b. ( ) Não
- c. ( ) Concordo parcialmente. Justifique:

---

---

---

---

9. Você julga oportuno descentralizar o atendimento médico-ambulatorial existente no HPM, para as Unidades, para o atendimento exclusivo de policiais-militares da ativa?

- a. ( ) Sim
- b. ( ) Não
- c. ( ) Concordo parcialmente. Justifique:

---

---

---

---

10. Você concorda que a descentralização do atendimento médico-ambulatorial existente no HPM, para as Unidades, para o atendimento exclusivo de policiais-militares da ativa, será mais eficaz que o atual sistema centralizado no HPM?

- a. ( ) Sim
- b. ( ) Não
- c. ( ) Concordo parcialmente. Justifique:

---

---

---

---

11. Na tua opinião, a descentralização do atendimento médico-ambulatorial existente no HPM para as Unidades, para o atendimento exclusivo de policiais-militares da ativa, não será mais eficaz que o hoje existente.

- a. ( ) Sim
- b. ( ) Não
- c. ( ) Concordo parcialmente. Justifique:

---

---

---

---

12. Na tua opinião, como classificaria a proposta de mudança do sistema de atendimento médico-ambulatorial existente no HPM, de centralizado para descentralizado nas Unidades, para o atendimento exclusivo de policiais-militares da ativa?

- a. ( ) É apenas uma nova filosofia ou modismo, que poderá ser passageira, a exemplo de outras experiências e tentativas mal sucedidas.
- b. ( ) É uma solução técnica e eficiente que poderá ser duradoura, se houver uma nova rearticulação estrutural do HPM. Ou seja: a efetivação deste novo sistema de atendimento descentralizado deve ser feita de forma coerente e instrumentalizada.
- c. ( ) Outro. Justifique:

---

---

---

---

*Obrigado pela sua valiosa participação!*

Nome: \_\_\_\_\_

OPM: \_\_\_\_\_