

ADEMAR CUNHA SOBRINHO

A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ

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

Orientador: Professor Doutor Américo Augusto Nogueira Vieira.

CURITIBA

2007

“A melhor maneira de nos prepararmos para o futuro, é concentrar toda a nossa imaginação e entusiasmo na execução perfeita do trabalho de hoje”.

Dale Carnegie

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares, companheiros inseparáveis, que compartilharam dia a dia de ausência, cada hora, cada minuto, porém, com altivez de bravos guerreiros.

Vocês merecem aplausos, pois na hora de apoio, foi no lar que buscamos.

Não seria a distância que conseguiria destruir os laços, nem conseguirá, pois o amor é mais forte, por isso, parabéns, com vossa ajuda vencemos, portanto, compartilhemos esta vitória.

Agradecemos indistintamente a todas as pessoas que colaboraram com a nossa pesquisa, sendo de forma direta ou anônima, a simples recepção de forma cortês renovava nossos esforços e nos incentivava não simplesmente na busca da conclusão material de pesquisa, mas nos estimulava espiritualmente como pessoas.

Resumo da 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 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ

Ademar Cunha Sobrinho

Outubro – 2007

Orientador Metodológico: Professor Doutor Américo Augusto Nogueira Vieira.

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

O presente estudo visou a avaliar o sistema de saúde adotado para o atendimento do policial militar no Estado do Paraná em suas diversas regionais, excluindo-se o Hospital da Polícia Militar, no que concerne a existência ou não da eficácia do modelo de atendimento, ou seja, se atende aos anseios dos usuários. Analisando o modelo de gestão desenvolvido pela Secretaria de Administração e Previdência, verificamos uma clara dicotomia de procedimentos entre as prestadoras de serviços em virtude de terem vencido licitações, e o Hospital da Polícia Militar, que é conveniado, por consequência não objetivando lucro. Na primeira fase do estudo procurou-se esclarecer a forma de gestão da saúde adotada no Estado do Paraná para os servidores públicos dando ênfase aos policiais militares, destacando-se o atendimento prestado pela regional HPM, tido como modelo junto à SEAP, estabelecendo as possibilidades da administração da saúde de todos os policiais militares e seus dependentes ser de responsabilidade da Polícia Militar. Em uma segunda fase, confrontando-se o grau de satisfação entre as 29 (vinte nove) regionais é clara a preferência pelo atendimento disponibilizado pelo Hospital da Polícia Militar, que onde além do fator tempo de resposta, o policial sente como uma extensão de seu lar, e o atendimento dispensado pelos integrantes do Quadro de Saúde da PMPR é diferenciado comparando ao de funcionários civis. Por não ocorrer à preocupação em aferir lucro a administração torna-se muito mais efetiva, motivos que nos levaram ao convencimento de que a alternativa da regionalização da saúde na PMPR, é plenamente viável desde que ocorra uma auto-gestão administrativa, com o suporte administrativo/operacional do Fundo de Assistência a Saúde da Polícia Militar (FASPM).

Palavras chaves: HPM, eficácia, atendimento, usuários, modelo, gestão, dicotomia, administração, Polícia Militar, FASPM.

Summary of the monograph presented to the Federal University of the Paraná and to the Police Academy to Military of the Guatupê, as part of the necessary requirements to the attainment of the heading of Specialist in Strategy in Public Security.

THE REGIONALIZATION OF HEALTH IN THE MILITARY POLICE OF THE PARANÁ

Ademar Cunha Sobrinho

October - 2007

Methodological Advisor: Professor Américo Augusto Nogueira Vieira, D. Sc.

Program: Accord UFPR/PMPR (Military Police Academy of the Guatupê)

The present study aimed to evaluate the system of health adopted for the attendance of the police officers in the State of the Paraná in its all regional of health, except the Paraná Police State Hospital, concerning the existence or not of the effectiveness of the attendance model, or either, if it attends the wishes of the users. Analyzing the model of management developed by the Secretariat of Administration and Providence of the State of Paraná (SEAP), we verify a clear dichotomy of procedures between the lenders of services due of winning licitations, and the Paraná State Police Hospital, which do not search for profits. In the first phase of the study we tried to clarify the form of management of the health adopted in the State of Paraná for the public servers by given emphasis to the police officers, distinguishing the attendance given for the regional of health, assumed as the SEAP model that established the possibilities of the administration of the health of all the police officers and theirs dependents to be the responsibility of the Paraná Police Department. In the second phase, collating itself the degree of satisfaction between the 29 (twenty nine) regional of health it is clear the preference for the attendance given by the Paraná State Police Hospital, where beyond the reply time, the police officers feel as an extension of their own home, and the attendance offered by the doctors and nurses who wears Police uniforms is different comparing to attendance given by the civilian employees.

For not having the search for profits, the administration becomes more effective, reason that take us to believe that the alternative of the division of the health in the Paraná Police Department is really possible since we have an auto administrative management, with the administrative and operational support by the Paraná Police Department Assistance of Health Found (FASPM).

Keywords: HPM, effectivevess, attendance, users, model, management, dichotomy, administration, PARANÁ, Police Department, FASPM.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURA 01: PIRÂMIDE DO SISTEMA DE SAÚDE	28
GRÁFICO 01: FAIXA ETÁRIA DA AMOSTRA	35
GRÁFICO 02: AMOSTRAGEM POR SEXO	36
GRÁFICO 03: GRAU DE DIFICULDADE NA MARCAÇÃO	37
GRÁFICO 04: GRAU DE CONFORTO COM OS ATENDENTES.....	38
GRÁFICO 05: GRAU DE SATISFAÇÃO COM EXAMES DE IMAGEM E FUNÇÃO	39
GRÁFICO 06: PADRÃO DE SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO MÉDICO.....	40
GRÁFICO 07: AMOSTRA DE ESCOLARIDADE	41
GRÁFICO 08: RECURSOS DE SAÚDE PROCURADOS.....	42
GRÁFICO 09: NÍVEL DOS RECURSOS LABORATORIAIS.....	43
GRÁFICO 10: NÍVEL DO TRATAMENTO MÉDICO	44
GRÁFICO 11: NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM FISIOTERAPEUTAS	45
GRÁFICO 12: NÍVEL DE RECOMENDAÇÃO.....	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	ENTENDENDO A SAÚDE DO POLICIAL MILITAR.....	11
2.1	<u>O Sistema de Saúde</u>	12
2.2	<u>Sistema de Saúde no Paraná</u>	14
2.3	<u>O Sistema de Saúde do Funcionário Público Civil</u>	15
2.4	<u>O Sistema de Saúde do Funcionário Público Militar</u>	16
2.5	<u>Política de Saúde na Polícia Militar</u>	18
3	SISTEMA DE SAÚDE DA PMPR: GERENCIAMENTO EM CURITIBA	20
4	SISTEMA DE SAÚDE DA PMPR.....	27
4.1	<u>Operacionalização do Sistema Saúde/FASPM</u>	30
5	METODOLOGIA	35
6	CONCLUSÃO	50
	BIBLIOGRAFIA	52

1 INTRODUÇÃO

A saúde pode ser conceituada como o completo bem-estar físico, mental e não apenas a ausência de uma doença, sendo um direito de todos e dever do estado, conforme estabelecido pela constituição brasileira de 5 de outubro 1988. Portanto, o sistema de saúde brasileiro é um desafio ao governo federal, e conseqüentemente aos estados, principalmente pela escassez de recursos financeiros para mantê-lo em toda sua estrutura.

O policial-militar, para o desenvolvimento de sua missão devido às peculiaridades do desempenho do serviço, tem que estar em condições físicas e psicológicas normais, ou seja, permanentemente deve estar assistido em sua saúde.

No Estado do Paraná, a administração da saúde dos servidores públicos é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Administração e Previdência através do Sistema de Atendimento à Saúde (SAS), sendo atendidos no Hospital da Polícia Militar os usuários (policiais militares e seus dependentes) afetos a esta regional.

Na Polícia Militar do Paraná criou-se em 03/09/71, o Fundo de Saúde, hoje Fundo de Assistência a Saúde da Polícia Militar (FASPM), que tem como objetivo principal dar cobertura total aos procedimentos excluídos pelo SAS; para tal, o policial militar contribui com 2% do valor do soldo por dependente.

Pretende-se com este trabalho realizar uma análise do modelo administrativo do sistema de saúde adotado para os policiais-militares, sugerir alternativas para um melhor atendimento do usuário, uma utilização mais adequada dos recursos e ainda mostrar a situação por que passa o setor de saúde com os custos cada vez mais elevados, devido ao desenvolvimento tecnológico utilizado, demonstrando as limitações de uma administração sujeita à figura do lucro, acima do benefício.

A administração do FASPM é de competência da Polícia Militar tendo o Comandante-Geral como presidente, constituindo-se por Conselho Diretor e Conselho de Usuários, este com representantes de todos os postos e graduações.

Para a elaboração do presente trabalho foi considerada a hipótese da mudança na forma de gestão (sem fins lucrativos), canalizando a administração da saúde dos policiais-militares de todo o Estado do Paraná aos moldes da adotada na atualidade pela regional Hospital da Polícia Militar (Convênio).

2 ENTENDENDO A SAÚDE DO POLICIAL-MILITAR

As primeiras notícias médicas de que se têm notícia no Brasil datam de 01.05.1500. Mencionam que o primeiro médico a aportar no país fazia parte da frota de Pedro Álvares Cabral sendo conhecido como "Mestre João". Seria físico e astrólogo, simbolizando a medicina da época, que, a despeito de todo o conhecimento, não era suficiente para determinadas ocorrências.

O nosso indígena era, via de regra, sadio e quando adoecia era atendido pelo pajé, que conhecia as virtudes da flora nativa.

Com a colonização, os brancos trouxeram consigo os germes de suas doenças, contaminando os indígenas, principalmente por meio da varíola e do sarampo. Mais tarde, foi a vez de o negro trazer novas doenças como a filariose e a febre amarela.

Caracterizou o período colonial a deficiência de medicamentos e profissionais médicos, além da precária técnica que imperava nos hospitais, considerados verdadeiros depósitos de doentes. Essa situação só começa a modificar-se a partir da chegada da família real ao Brasil, em 1.808.

Com o avançar da colonização, foram criados estabelecimentos hospitalares, à semelhança dos que existiam em Portugal.

Esses hospitais, criados pelos Senhores chamados "homens bons", foram associados às Irmandades da Misericórdia, sociedades civis, constituídas por pessoas de posses, católicas e que se propunham a realizar determinadas obras sociais.

Nos três primeiros séculos, as enfermarias jesuíticas e, posteriormente, as Santas Casas de Misericórdia eram as únicas formas de assistência hospitalar de que dispunha a população brasileira.

A partir do século XVIII, surgem os primeiros hospitais militares destinados à tropa, localizados no edifício dos antigos colégios jesuíticas, confiscados após a expulsão da Companhia de Jesus, e sustentados pela família real. Anteriormente, o governo internava os soldados nas Santas Casas, mediante pagamento de pequena remuneração. Em contrapartida, os hospitais militares passaram a receber civis, mediante cobrança de uma taxa.

Em 1.808, é criado o cargo de Provedor Mor da Saúde, ao qual, entre outras funções, compete cuidar do controle sanitário dos portos, das quarentenas

dos escravos e das medidas de higiene geral. O cargo é extinto em 1.828, ocorrendo a descentralização das atividades, atribuindo-se às Câmaras Municipais a responsabilidade de fixar as normas sanitárias, fiscalizar o exercício da profissão bem como o comércio de medicamentos.

Em 1.850, é criada a Junta Central de Higiene Pública, com a incumbência de coordenar as juntas municipais e especialmente, atuar no combate à febre amarela.

No período de 1.881 até o final do século XIX, ocorre a substituição da Junta pela Inspetoria Geral de Saúde e Higiene Pública. Posteriormente é criada a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, com a finalidade de controlar e bloquear a entrada de doentes no país.

2.1 O SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde no Brasil atende a todos os cidadãos indistintamente, de várias formas; pode-se observar que ele é formado por uma extensa quantidade de instituições interligadas voltadas para o benefício da saúde.

A Constituição Federal de 1988 prevê os três pilares que compõem o SUS: equidade, universalidade e integralidade. Em outras palavras, o SUS deveria atender a todos, com iguais direitos e cobrindo todos os diagnósticos e tratamentos possíveis. Essa colocação mostra o tom paternalista da Constituição e retira toda a responsabilidade do indivíduo por sua própria saúde.

O serviço público é prestado por instituições pertencentes ao governo ou por serviços de terceiros para a parcela da população que não tem recursos para utilizar o sistema privado. Esses serviços são financiados por contribuições vindas basicamente de receitas tributárias. Algumas instituições ainda contam com auxílio de doações e recursos do setor privado captados por fundações associadas.

Na falta ou má utilização de recursos do setor público, proliferam-se as alternativas privadas de assistência. Neste trabalho, propõe-se dividir o setor privado em três grupos distintos: o segmento não-lucrativo, o lucrativo complementar e o lucrativo assistencial.

O segmento privado não-lucrativo é composto por entidades filantrópicas, representado principalmente pelas Santas Casas e pelas instituições formadas por grupos imigrantes, a exemplo do Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital do

Coração em São Paulo. Há uma grande diferença a ressaltar entre esses dois subgrupos: as Santas Casas, historicamente, têm como clientes, em sua maioria, pessoas que não têm recursos e necessitam da assistência médica. Por outro lado, as instituições de grupos imigrantes atendem principalmente pessoas ligadas ao setor supletivo - os planos de saúde - apesar de terem disponíveis leitos para a população atendida pelo SUS.

O grupo lucrativo complementar se autodenomina Setor Supletivo de Saúde e é formado pelas empresas de assistência médicas e seguradoras, ou seja, pelos planos de saúde.

Na década de 60, a Previdência Social criou o "Convênio-Empresa", uma forma alternativa de prestação de serviços de saúde à população brasileira. A Previdência Social transferia às empresas a responsabilidade pela assistência à saúde de seus empregados e dependentes. Sem a obrigatoriedade no fornecimento da assistência médica, reembolsava a empresa com um percentual do salário mínimo por cada assalariado, o que já está extinto e transferida a responsabilidade para as empresas.

A maioria das empresas nas modalidades de medicina de grupo e cooperativas possui recursos próprios, como laboratórios e hospitais. Essas instituições atendem a empresa que as possui e os outros convênios. Geralmente não atendem SUS. Em outras palavras, muitas instituições de atendimento médico estão neste grupo. Como exemplo, tem-se o Hospital Evaldo Foz, que está ligado ao Grupo Interclínicas e o Hospital São Leopoldo, à SL Saúde.

O grupo lucrativo assistencial é formado pelas instituições assistenciais que, em sua maioria, não mantêm qualquer vínculo com o SUS. Não estão ligadas a grupos do setor lucrativo complementar. Até a Constituição de 1988, havia incentivo do governo para a construção de hospitais no país. O financiamento era feito pela Caixa Econômica Federal a juros baixos e longos prazos de pagamento. Durante as décadas de 70 e 80 houve uma proliferação de instituições desse grupo em São Paulo.

2.2 SISTEMA DE SAÚDE NO PARANÁ

Para retratar a história da saúde no Paraná, buscaram-se elementos no trabalho acadêmico apresentado no final do XXVII Ciclo de Estudos de Política e Estratégia (ESG), em Curitiba, da Associação dos Diplomados da Escola Superior de Guerra (ADESG) – Delegacia Paraná (1998, p. 58):

Para se poder falar sobre a Saúde Pública no Paraná temos que recorrer, inevitavelmente, pela falta de conhecimento da conjuntura atual ao Plano Estadual de Saúde, biênio 1997-1998. Esta fonte nos fornecerá informações básicas e correntes, as quais nos permitirão a formulação de juízo a respeito da Saúde Pública no Estado do Paraná.

Na Lei Federal nº 8.142, de dezembro de 1990, ficou disposto que os municípios passariam a receber diretamente os recursos para cobertura das ações e serviços de saúde, desde que atendessem a seis exigências básicas aqui listadas:

- ter Fundo Municipal de Saúde;
- ter Conselho Municipal de Saúde;
- ter Plano Municipal de Saúde;
- ter o Relatório de Gestão;
- ter previsão da Contra Partida de Recursos para a saúde no Orçamento Municipal; e
- ter Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

Além de cumprirem com esses requisitos os municípios deveriam assumir as ações e serviços de saúde de abrangência municipal.

No Paraná esse processo vem ocorrendo de forma gradativa desde 1989, tendo início com as prefeituras municipais assumindo o gerenciamento das unidades de serviço de saúde e a gestão do atendimento ambulatorial das clínicas básicas (ginecologia obstetrícia, pediatria e clínica médica). Na área hospitalar, repassaram-se para os municípios:

- a gerência dos hospitais de abrangência local que pertenciam ao Estado;
- a gestão das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH.

As ações de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica também foram sendo assumidas gradativamente pelos municípios.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº 01/93 (NOB/SUS – 01/93) procurou sistematizar a habilitação dos municípios e estados no processo que se encontrava em diferentes estágios no Brasil.

Definiram-se três condições de gestão nas quais os municípios pudessem se enquadrar de acordo com sua capacidade de absorver responsabilidades gerências e políticas, quais sejam:

- gestão incipiente, onde o município assume de forma gradativa as ações e serviços de saúde;
- gestão parcial, onde o município assume imediatamente as ações e serviços com a vantagem de poder receber a diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado pela esfera federal; e
- gestão semi-plena, onde o município assume a completa responsabilidade sobre a gestão da saúde, recebendo mensalmente o total de recursos financeiros correspondente ao teto do município.

Como no Paraná esse processo já se encontrava em estágio adiantado, grande parte dos municípios se enquadram automaticamente na condição de gestão incipiente ou parcial. No final de 1996 o Estado do Paraná contava com 258 municípios enquadrados na condição de gestão incipiente (76,8%); 44 na parcial (11,9%); 03 na semi-plena; e 39 (10,5%) sem enquadramento.

Atualmente segundo a NOB/SUS – 01/96, o Paraná conta com 13

municípios na condição de gestão plena e 386 municípios na condição de gestão plena da atenção básica.

Saliente-se que o papel estadual tão bem exposto pela publicação da CEBES na revista *Divulgação*, nº 16, de dezembro de 96, é imprescindível para assegurar o avanço de serviços eficientes e eficazes que cumpram a sua função social de promover, prevenir e curar. O desafio da esfera estadual de governo consiste no exercício de função integradora orientada por visão ampla e abrangente do sistema no sentido de organizá-lo e provê-lo em suas lacunas com eficiência, eficácia e efetividade. De modo que os serviços de saúde venham a constituir um extenso sistema de vasos comunicantes que disponibilizem o epidemiologicamente necessário com racionalidade e otimização na alocação e uso dos recursos.

O Paraná não é diferente dos demais estados da União, os recursos destinados à saúde pública são insuficientes, as filas dos postos de saúde alongam-se pelas madrugadas, existe uma necessidade de racionalização dos meios empregados, numa tentativa de melhoria da qualidade do atendimento.

Para tanto, é necessário assumir os problemas do setor de saúde no Estado mais como questões organizativas e gerenciais nem tanto decorrentes da falta absoluta de serviços. (BERTHOLDO, in HOLMER, 1998, p. 32)

2.3 O SISTEMA DE SAÚDE DO FUNCIONÁRIO PÚBLICO CIVIL

O sistema de atendimento à saúde dos servidores públicos no Estado do Paraná, até 03 de fevereiro de 2002, foi administrado pelo Instituto de Previdência do Estado (IPE), que ressarcia parcela das despesas médico-hospitalares (80 % do valor), ficando a cargo do administrado ressarcir os 20 % restantes (fator moderador). É assaz importante ressaltar que conforme o Estatuto do Funcionalismo Público, é responsabilidade do Estado assumir parte da prestação de benefícios em prol dos seus funcionários, concedendo de forma direta a aposentadoria com recursos orçamentários advindos do Tesouro, e sem qualquer contribuição dos beneficiários.

O servidor público civil quando necessitava de atendimento médico dirigia-se ao IPE, Londrina ou Curitiba, onde recebia o atendimento necessário, e, caso estivesse em outra cidade do interior, dirigia-se a uma das regionais do IPE, onde era indicada uma clínica, para prestar o atendimento necessário conforme tabela da AMB.

Atualmente, com o advento do Decreto nº 5303 de 04 de fevereiro de

2002, foi instituído, no âmbito da Secretária de Estado da Administração e da Previdência, o Departamento de Assistência à Saúde – DAS, com a atribuição de gerir o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Civis Efetivos e Militares, Ativos, Aposentados, da Reserva Remunerada, Reformados e seus Dependentes, bem como os Pensionistas do Estado do Paraná, especificando suas abrangências dentro do Estado.

2.4 O SISTEMA DE SAÚDE DO FUNCIONÁRIO PÚBLICO MILITAR

Durante mais de cem anos, foi precário o atendimento na área de saúde aos militares de polícia, por não contar em seus quadros com médicos próprios, feitos à época por facultativos do Exército Brasileiro (cirurgiões-mores).

O Decreto nº 473, de 09 de julho de 1917, criou o Serviço de Saúde da Força.

Em 04 de abril de 1957, a Lei nº 3075 autorizou o Poder Executivo a abrir crédito especial destinado a suprir despesas com a construção ou compra de edifício onde se dimensionaria um hospital. Em 31 de janeiro de 1958, era inaugurado o Hospital da Polícia Militar, localizado no bairro Capanema, em Curitiba, onde atualmente o militar de polícia tem assistência médico-hospitalar.

Para se entender o sistema de saúde do policial-militar, deve-se buscar na história da Polícia Militar, em que com muita propriedade, no relatório do Diretor Administrativo do HPM, o qual respondeu ao questionamento formulado pelo Tribunal de Contas do Estado: “Hospital PM: Por que a PM o tem e a Polícia Civil não”; retirou-se o seguinte:

O Coronel PM médico GLÊNIO JOSÉ BARBOSA em sua justificativa anexa à proposta de convênio com o IPE, diz:

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 capciosa 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.

Finalizando essa pesquisa histórica realizada na tentativa de explicar o porque da PM ter um hospital aflorou algumas determinantes, tais como:

- A Polícia Militar do Paraná, por suas características institucionais e de desempenho operacional na preservação da ordem pública, desenvolve suas atividades diuturnamente, sendo que o seu efetivo possui o compromisso de dedicação exclusiva em tempo integral no cumprimento de seus serviços e missões;
- O Quadro de Oficiais Médicos próprios, sujeitos à legislação específica, à disciplina e hierarquia militares, bem como instalações próprias, possibilitam, em situações especiais e extraordinárias, em ações e operações, uma perfeita resposta em termos de atendimento de saúde aos efetivos empenhados em tais atividades, quer na ocorrência de fatos isolados, quer na administração de situações complexas de confrontos que resultem em lesões corporais em diversos policiais militares – quando necessário, o Oficial Médico acompanha as atividades, engajando-se ao efetivo PM, independente de carga horária de trabalho;
- Nesse contexto, vale salientar também, que a preservação da saúde se tornou necessária para permitir o desempenho de nossa missão, quer no meio urbano como no meio rural, quer em missão rotineira como em campanha, razão principal da necessidade de serviços médicos e odontológicos;

Emerge não somente a questão do atendimento ao policial militar, como também a necessidade de se estender o atendimento médico-hospitalar, aos dependentes do PM, como fator de segurança àquele que está em atividade de risco;

Ademais, os reduzidos investimentos do Estado para o atendimento médico-hospitalar, principalmente, no que se refere às instalações e equipamentos, motivaram, como demonstrado na síntese acima, a mobilização dos próprios policiais militares na constituição do Fundo de Saúde próprio, a suprir suas reais necessidades de atendimento médico, hospitalar e odontológico. Esta iniciativa demonstrou a capacidade associativa dos policiais-militares para gerar recursos que lhes permitissem ter um atendimento médico-hospitalar digno para si e para os seus dependentes. (HOLMER, 1999,p.15)

Atualmente, o universo da Polícia Militar, no ano de 2006, conta com 106.976 (cento e seis mil novecentos e setenta e seis) beneficiários do sistema de saúde (militares de polícia e dependentes legais). No ano de 1999, o número total de beneficiários do sistema de saúde dos militares de polícia era de 66.579 s (sessenta e seis mil e quinhentos e setenta e nove) vidas.

Somente em Curitiba, o HPM é responsável por 40.594 (quarenta mil, quinhentas e noventa e quatro) vidas, sendo 17.266 (dezessete mil, duzentos e sessenta e seis) titulares e 23.330 (vinte e três mil, trezentos e trinta) dependentes.

2.5 POLÍTICA DE SAÚDE NA POLÍCIA MILITAR

O sistema de saúde proporcionado atualmente pelo Governo do Estado possibilita o atendimento ao efetivo policial-militar e seus dependentes disponibilizando hospitais tidos como regionais de saúde, sendo o HPM uma delas, diferenciando-se das demais por ser um sistema fechado, ou seja, atende somente o policial militar e seus dependentes, e é sustentado essencialmente pelo Estado e com uma parcela do Fundo de Assistência a Saúde da Polícia Militar (FASPM), nos procedimentos não cobertos pelo SAS.

A política atual do HPM, com os recursos que lhe são disponibilizados é atender totalmente à saúde do miliciano, estendendo a seus dependentes todos os benefícios, independentemente de posto ou graduação; ressalte-se que os beneficiários do sistema de saúde são assistidos normalmente por serviços curativos, ou seja, a preocupação maior está centrada mais na doença do que na saúde em si, englobando diagnósticos e tratamentos de doenças.

Das obras analisadas, algumas demonstram que deve existir uma preocupação com a melhoria da qualidade da saúde, o que vem ao encontro da hipótese invocada.

Na obra “Inventando a Mudança na Saúde”, detectou-se a existência de elementos norteadores da promoção da saúde, senão vejamos:

[...] as instituições de saúde deveriam existir tanto para ajudar cada cliente a melhor utilizar os recursos próprios, partindo sempre do reconhecimento da vontade e desejo de cura de cada um, como para oferecer recursos institucionais também voltados para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência a doença. (grifo nosso)

Neste sentido, faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo esforço voltado para aumentar a CAPACIDADE DE AUTONOMIA do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em conseqüência, da capacidade de cada um instruir normas que lhes ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida.

A aplicação dessa diretriz não só revalorizaria a prática clínica, como estimularia o combate a medicalização, na medida em que ensejaria novos procedimentos terapêuticos mais ligados ao psíquico, a reeducação sanitária, instituindo novas formas de avaliação das práticas em saúde. Independência aqui não quer dizer rompimento ou tampouco desligamento. Não se dispensa o apoio da clínica. Ao contrário, imagina-se até que uma prática clínica renovada poderia contribuir para que os indivíduos tenham relações mais produtivas e maduras com a doença, com a prevenção da saúde, com os profissionais com os dispositivos tecnológicos e até mesmo com as instituições de saúde, As equipes de saúde poderiam trocar com os clientes noções sobre maneiras que eles próprios poderiam acionar os recursos médicos, sociais e individual-familiares existentes em cada

situação específica. (grifo nosso)

Não há como atender e, ao mesmo tempo, transformar a demanda ávida por ações médicas que deságua em prontos-socorros, sem a contribuição da própria clínica reformulada e competente para estabelecer novas relações com a clientela. Daí a importância estratégica de temas como Vínculo, Acolhimento, Contrato, Auto-cuidado, entre outros, todos componentes essenciais ao repensar do exercício moderno e da clínica [...]. Um projeto deste depende, portanto, da demonstração de que ou a passividade ou da comunidade é, em geral, um empecilho à cura, à prevenção e a promoção da saúde. Não haverá forma mais contundente de combate à medicalização do que a introdução no discurso da saúde e, por decorrência, nas práticas médicas do tema auto-cuidado. Avaliar toda a ação por sua capacidade de influenciar o coeficiente de autonomia dos pacientes. Por exemplo, um programa de atenção a terceira idade. (CAMPOS, 1997, p. 50)

As principais tendências da conjuntura atual no que se refere a propostas da construção de uma política de saúde com uma gestão voltada para a qualidade e satisfação do usuário, tem como base à conscientização voltada não só para a medicalização; paciente e hospital adotariam medidas preventivas que conseqüentemente viriam a redefinir a postura dos hospitais, evitando o inchaço dos ambulatórios hospitalares, e conseqüentemente a racionalização dos recursos materiais e humanos.

3 SISTEMA DE SAÚDE DA PMPR: GERENCIAMENTO EM CURITIBA

Pode-se apresentar como uma das vantagens em relação as regionais interiorizadas a menor expectativa temporal em relação ao atendimento ambulatorial que consiste na marcação de consultas e pequenos procedimentos realizados em consultórios próprios para o feito.

A porta de entrada do sistema é a marcação de consulta, sendo que o procedimento utilizado é de vital importância, a agenda ocorre num limite de prazo de 05 (cinco) dias por meio do telefone 0800-6430001 (gratuito), (com duas consultas reservadas para caráter emergencial) e pessoalmente, no balcão do atendimento.

Por ocasião da consulta, é confirmada a presença do paciente e o atendimento é por ordem de chegada.

Emergencialmente ou fora dos horários estabelecidos para marcação de consultas, o atendimento é efetuado no Pronto Atendimento (PA), em que se avalia a condição geral do paciente.

O PA tem características e funções de um ambulatório de emergência atendendo diuturnamente.

Caso confirmada emergência de alto risco de morte, o paciente é encaminhado para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do próprio nosocômio ou encaminhado para unidades fora do PA, que o caso requerer.

Ao olhar o quadro que se configura, pode-se classificar o processo de estruturação e organização de serviços de saúde em atenção primária em duas categorias distintas: Alguns impactam favoravelmente à saúde da clientela, enquanto outros não. Entre os primeiros, alguns serviços perdem, com o passar do tempo, essa capacidade de impactar, ou simplesmente se extinguem, ao passo que outros conseguem se manter.

Depreende-se, pois, que duas questões são críticas: O que torna um serviço bem sucedido? Como conseguem manter um bom funcionamento diuturno, apesar das sustentadas crises inerentes ao processo social?

Entende-se funcionamento como o ato ou efeito de funcionar, que, por sua vez, significa exercer as funções, trabalhar. Funcionamento significa, também, ato ou efeito de dar bons resultados.

A dinâmica ambulatorial tem como sustento básico os recursos humanos,

já que estes se constituem no elo vivo, sensível e potencialmente efetivo entre o usuário e o serviço. A boa funcionalidade concretiza-se por meio de um público interno competente para utilizar com racionalidade os recursos materiais disponíveis, hábeis para perceber as expectativas dos clientes, por mais sutis que sejam, e transformá-las no produto final desejado, que é a resolutividade dos problemas de saúde numa visão de qualidade total.

A vocação para atuar na linha de frente do Sistema de Saúde é imprescindível. É necessário trabalhar com o perfil dos profissionais. Quem escolhe a especialidade, deve, em primeiro lugar, querer fazê-la e é necessário que tenha sensibilidade e um compromisso com a cidadania. Os profissionais de saúde ligam-se fortemente às comunidades, exercendo suas atividades por longos anos em ambulatórios. As pessoas são acompanhadas por seus profissionais durante tempo suficiente para possibilitar cumplicidade, estabelecer um fluxo adequado de comunicação, garantir a liberdade de expressão, criar respeito e admiração mútuos.

Resolver os problemas na área da saúde é uma fonte de satisfação e motivação para os profissionais. Agrega-se a isto a satisfação que os usuários expressam pela atenção dispensada e o reconhecimento que demonstram.

A rotina, como nas outras profissões, pode ser um obstáculo à boa atuação profissional, com suas manifestações como entorpecimento sensitivo e intelectual. A sobrecarga, causada por uma infindável legião de aflitos, necessitados e doentes que acorrem diariamente à porta do consultório, também pode se tornar um problema, como estafa crônica. As necessidades da população são francamente maiores que os recursos disponíveis, tanto em número como em tecnologia:

A freqüência com que às pessoas procuram um médico é em geral muito alta. Em uma pesquisa realizada em Porto Alegre, RS, com adultos de 15 a 64 anos, de diversas classes sociais, constatou-se que, em média, 3/4 da população consultava um médico anualmente. Vinte por cento consultavam cinco vezes ou mais. Certos grupos (crianças, idosos, pessoas de baixa condição sócio-econômica e mulheres) procuram com maior constância o serviço de saúde." (ZIMMER, 1996, p. 51).

Com freqüência, os objetivos do profissional de saúde e do cliente diferem. Conseqüentemente, é preciso que aquele saiba identificar o que este deseja, para reconhecer as diferenças entre ambos, evitando as dificuldades de comunicação que amiúde ocorrem.

"Inúmeras vezes, a queixa principal apresentada pelo paciente não é o

verdadeiro motivo da consulta, mas, sim, um pretexto para buscar a ajuda de que realmente precisa." (ZIMMER apud DUNCAN, 1996, p. 51)

Continua ela citando que os usuários consultam por algum dos seguintes motivos:

- a) alívio dos sintomas e/ou obtenção de diagnóstico;
- b) necessidade de atestado para dispensa de serviço;
- c) encaminhamento para outros serviços médicos ou de previdência social;
- d) receita de medicamentos de uso continuado;
- e) como uma resposta habitual à ansiedade;
- f) busca de apoio ou reconhecimento;
- g) ou uma combinação desses motivos.

O profissional de saúde deve:

- a) estabelecer um bom relacionamento com o cliente, por meio do interesse por ele e da criação de um clima de segurança e aceitação;
- b) obter informações importantes sobre os problemas apresentados e
- c) informar-lhe adequadamente sobre o seu problema, com a máxima precisão a respeito do diagnóstico, investigações propedêuticas necessárias, encaminhamento ou tratamento.

A consulta ambulatorial pode ser dividida nas seguintes etapas:

- a) relato do paciente;
- b) identificação do motivo que o levou à consulta;
- c) análise e exame físico;
- d) análise do problema;
- e) esclarecimento do tratamento e de outras condutas a seguir;
- f) encerramento.

O tempo necessário para uma consulta ambulatorial é motivo de controvérsia. Não existe como efetuar uma comparação de sistemas desiguais. No Brasil, o tempo disponível, em muitos serviços, é considerado insuficiente para uma avaliação adequada do paciente. No entanto, a forma de organização atual de partes expressivas do sistema de saúde não permite que o médico estenda o tempo ou diminua o número de consultas. Assim, procurando manter a qualidade, o médico de primeira linha deve procurar desenvolver habilidades específicas para trabalhar nessa estrutura.

Vale lembrar que existe um limite de adaptabilidade a partir do qual, correm-se sérios riscos de deterioração da relação profissional de saúde/cliente; solicitam-se exames subsidiários desnecessários, aumentam-se consideravelmente os erros diagnósticos e, conseqüentemente, terapêuticos, com notória perda para ambos os componentes do processo interativo.

A consulta deve ocorrer em ambiente de confiança, com participação e autonomia do usuário, em um clima que facilite a espontaneidade, oferecendo conforto e privacidade. A preocupação é com o estabelecimento de uma relação favorável, e não somente com a obtenção de dados. O profissional de saúde deve estimular a comunicação pelas atitudes, gestos e observações que faz. É importante não só a narrativa do problema, mas observar seu comportamento e comunicação não-verbal, como o contato visual, os gestos. Deve também se preocupar com a aproximação: usar o nome correto do usuário, estabelecer um contato visual e dar um aperto de mão.

Os sentimentos despertados no profissional de saúde durante a consulta também são importantes para o desfecho satisfatório do encontro. Esses sentimentos, em geral negados ou evitados, podem ser úteis como instrumentos diagnósticos e terapêuticos. Não raramente, as emoções do paciente, como raiva, medo, transferem-se para o profissional e vice-versa. Há sempre situações mais difíceis que outras, em que a ansiedade, os preconceitos e as reações pessoais tendem a interferir na relação médico-paciente.

O objetivo geral do serviço com qualidade é (TSCHOHL, 1996, p. 72):

- a) a captação de clientes;
- b) a manutenção dos clientes;
- c) desenvolvimento de novos clientes.

Expresso em termos de atitude, o serviço é:

- a) consideração;
- b) integridade;
- c) confiabilidade;
- d) atendimento;
- e) eficiência;
- f) disponibilidade;
- g) amabilidade;
- h) conhecimento;

i) profissionalismo.

Conforme o mesmo autor, o plano de serviço deverá incorporar:

- a) Esforços agressivos para determinar as necessidades dos clientes;
- b) Um quadro de funcionários treinados e motivados para suprir desejos e necessidades.

As organizações que buscam o melhor desempenho sabem mudar a si mesmas para satisfazer suas missões. Elas têm compromisso com o melhoramento contínuo da qualidade e buscam ativamente maneiras de fazer com que funcionem melhor em benefício dos clientes internos e externos. É essencial examinar, questionar e, se necessário, rever cada processo, procedimento, política, regra ou método de trabalho.

A voz do usuário deve estar dentro da organização, participando de alguma forma em todas as reuniões, de tal modo que todas as orientações tenham a sua participação para a tomada de decisões, atribuição desenvolvida pelo Conselho de Usuários do FASPM, em conformidade com o que prescreve a Lei Estadual nº. 14.605, senão vejamos:

Art. 11. De acordo com o art. 5º da Lei nº. 14.605, de 2005, o Conselho de Usuários é composto por doze membros, com a seguinte representação:

- I – um representante dos Oficiais Superiores da ativa e um da reserva remunerada;
- II – um representante dos Oficiais Intermediários da ativa e um da reserva remunerada;
- III – um representante dos Oficiais Subalternos da ativa e um da reserva remunerada;
- IV – um praça da ativa, representante do círculo de Subtenentes e Sargentos da ativa e um da reserva;
- V – uma praça da ativa, representante do círculo de Cabos e Soldados da ativa e um da reserva; e
- VI – um representante da ativa e um da reserva remunerada, indicados pelas associações compostas por militares de todos os círculos e hierarquias, ativos ou inativos.

§ 1º. Os membros relacionados nos incisos I a V deste artigo serão indicados pelo Comandante-Geral da PMPR e investidos na condição de membros do Conselho de Usuários.

§ 2º. Os membros do Conselho de Usuários terão mandato de dois anos, sendo permitida uma única recondução.

§ 3º. O Conselho de Usuários será presidido pelo Oficial Superior da Ativa de maior patente e antigüidade pertencente ao conselho.

§ 4º. O Comandante-Geral da PMPR participará das reuniões do Conselho de Usuários, com direito a voz, mas sem voto.

§ 5º. Na hipótese de inexistência de algum militar, pertencente à reserva remunerada, para participar como representante do respectivo círculo hierárquico, conforme previsão contida nos incisos I a V deste artigo, a designação deverá recair em militar da ativa.

§ 6º. Durante a fruição do mandato como Conselheiro, o representante não

poderá ser destituído do encargo, exceto na hipótese da prática de ato ou conduta que o contra-indique a permanecer desempenhando as suas funções, e no caso de praças ingressar em comportamento inferior ao "bom".

§ 7º. A indicação dos membros do Conselho de Usuários não poderá recair em militar que esteja respondendo a processo administrativo ou judicial e ainda, no caso de praças, que esteja em comportamento inferior ao "bom".

§ 8º. A indicação dos membros pelas entidades associativas, prevista na alínea "f", do art. 5º da Lei nº 14.605, de 2005, e no inciso VI deste artigo, deverá observar as disposições constantes dos §§ 6º e 7º deste artigo, bem como:

I – os representantes deverão ser escolhidos e indicados segundo critérios estabelecidos pela própria entidade, dentre aqueles que pertencem ao quadro associativo há mais de dois anos;

II – nas datas indicadas pelo Conselho Diretor, para a renovação de conselheiros, existindo mais do que duas entidades com direito à indicação de representantes, será estabelecido sistema de rodízio entre elas; na hipótese da existência de apenas uma, caberá a ela a indicação dos representantes;

III – a entidade que não indicar os seus representantes no período fixado pelo Conselho Diretor perderá esse direito, não cabendo recurso de espécie alguma;

IV – a indicação dos membros deverá ser acompanhada da comprovação pela entidade proponente, de que no seu quadro associativo existem militares do Estado de todos os círculos hierárquicos, entre ativos e inativos.

§ 9º. O Conselho de Usuários deverá reunir-se, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês, em data e local previamente fixados, e extraordinariamente, sempre que necessário, mediante convocação de seu Presidente.

§ 10. Disposições gerais aplicáveis ao Conselho de Usuários:

I – todas as reuniões e deliberações deverão ser registradas em atas, em livro próprio.

II – as deliberações sempre serão tomadas por maioria simples de votos, relativamente aos presentes na sessão;

III – o Conselho somente poderá deliberar se estiverem presentes pelo menos 50% (cinquenta por cento) de seus membros;

IV – em caso de empate nas votações, caberá ao Presidente do Conselho o voto de desempate;

V – os membros que faltarem a mais de duas reuniões, sucessivamente, sem justificativa aceita pelos demais membros, deverão ser substituídos;

VI – é admitida a justificação de voto vencido por escrito, que deverá ser objeto de registro em ata;

VII – as reuniões sempre devem começar com a leitura e deliberação sobre a ata da reunião anterior;

VIII – fica facultado ao conselheiro solicitar o seu desligamento, a pedido, para a autoridade que o nomeou ou para a entidade que o indicou, conforme for a situação de sua origem.

Art. 12. De acordo com o previsto no art. 6º da Lei nº 14.605, de 2005, compete ao Conselho de Usuários deliberar sobre as seguintes matérias:

I – orçamento e planejamento anual do FASPM;

II – políticas e programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças;

III – prestação de contas e relatórios anuais emitidos pelo Conselho Diretor;

IV – aceitação de doações e legados;

V – aquisição, alienação ou oneração de bens móveis e imóveis integrantes do FASPM;

VI – outras situações que sejam submetidas pelo Conselho Diretor.

Conforme padrões estabelecidos pela comissão de peritos em assistência

médica da Organização Mundial de Saúde, em Genebra, 1956, o Serviço de Saúde deve ter as seguintes funções:

Preventiva - acompanhamento gestacional, nascimento e desenvolvimento da criança, controle de doenças transmissíveis (vacinação, campanhas de esclarecimento, etc.), educação sanitária e saúde ocupacional, prevenção da invalidez física e da doença mental, prevenção das enfermidades prolongadas.

Restaurativa - Cura total ou parcial das doenças.

De Ensino e Pesquisa - dentro da área de atenção primária e secundária à saúde.

Define-se desempenho como o ato ou efeito de desempenhar; execução de uma atividade que exige competência e/ou eficiência.

O perfil da clientela, o tipo e o tamanho da demanda são aspectos fundamentais na busca da adequação, especialmente para definir composição e treinamento das equipes. Adequar-se tecnicamente também envolve preocupações com o aumento da resolução, satisfação e qualidade. Depreende-se, portanto, que a real necessidade de profissionais depende de uma análise mais elaborada destes aspectos.

Toda instituição costuma ter um sistema de peritagem na área de saúde. Na Polícia Militar do Paraná tem-se a Junta Ordinária de Saúde (JOS). Com a preocupação crescente com a real condição da saúde do policial-militar, tal atividade torna-se indispensável, bem como médicos auditores avaliando a necessidade dos procedimentos solicitados.

4 SISTEMA DE SAÚDE DA PMPR

O sistema de saúde da Polícia Militar é subordinado à Diretoria de Saúde que é o órgão de direção setorial 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.

A busca da satisfação do usuário com o serviço disponibilizado deve ser um objetivo constante de todos os integrantes, não só do HPM, mas dos envolvidos na prevenção à saúde na PMPR; é a busca constante pela qualidade total..

Das obras analisadas, algumas demonstram que devem existir preocupações com a melhoria da qualidade da saúde, como se vê:

Colhendo a opinião de Maria Bernadete B. Piason Barbosa Lima, no texto intitulado "Qualidade nos Serviços Públicos Hospitalares", tem-se o seguinte sobre terceirização:

o que temos a observar a partir dessa onda terceirizante é que alguns hospitais correm o risco de perder sua unidade funcional; correm o risco de se transformarem em verdadeiras lojas de departamentos, no qual as várias equipes "terceirizadas" atuam sobre o paciente sem nenhuma integração assistencial. Muitas vezes os interesses do hospital e dos terceirizados tendem a divergir, chegando a grandes antagonismos, trazendo prejuízos graves à instituição e aos pacientes. Deve-se evitar a terceirização em áreas vitais de assistência como Pronto-socorro, UTI, etc. Segundo os vários especialistas nesta matéria, todas as atividades de uma empresa que não estiver diretamente relacionada com sua missão podem ser terceirizadas. Desse modo, a decisão de terceirizar ou não deverá estar intimamente ligada às decisões estratégicas de alta direção.(grifo nosso) (LIMA, 1.995, p.18)

Além do cuidado em desencadear uma terceirização desordenada, existe uma tendência dos serviços médicos e hospitalares se preocuparem mais com a doença do que com a saúde. É a chamada "medicina heróica", que engloba os serviços de diagnóstico e tratamento das doenças. Esses serviços podem ser classificados conforme o nível de atenção que dão à população, ilustrado na figura 1.

A atenção primária é a entrada do indivíduo no sistema de saúde através principalmente dos serviços prestados em ambulatórios e consultórios. Observa-se hoje uma tendência ainda fraca do retorno do médico de família, que corresponderia ao aumento da utilização dos serviços desta esfera.

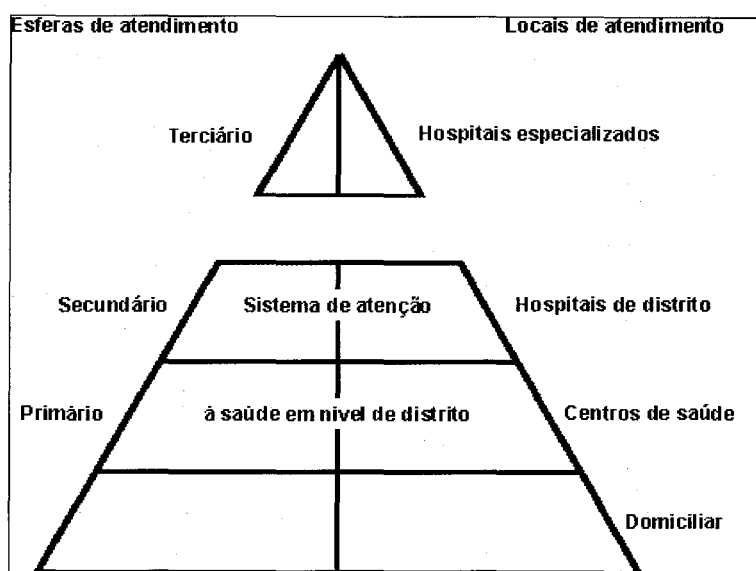
A secundária corresponde ao atendimento pelo profissional intermediário,

através de instituições de médio porte.

A esfera de atendimento terciário é composta por hospitais especializados, numerosos nos grandes centros urbanos do país.

A distribuição ideal dos serviços de saúde idealizada na figura 1 não corresponde à realidade brasileira, seja no serviço público ou privado. Nota-se uma absorção por parte dos hospitais especializados de recursos sem a devolução destes para a comunidade.

Figura 1 - PIRÂMIDE DO SISTEMA DE SAÚDE



Fonte: Paulo E. Elias, Saúde no Brasil, (p. 64)

Ainda no que se refere à presente temática, deve ser observado que em se tratando de saúde, fala-se muito em "autogestão", que é citada na Lei Federal n.º 9.656 de 03 junho de 1.998, como se vê a seguir no seu Art. 1º, § 2º:

Art. 1º - Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade. (grifo nosso)

§ 1º Para os fins do disposto no "caput" deste artigo, consideram-se:

I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão. (grifo nosso)

§ 3º A assistência a que alude o "caput" deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.

§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde. (BRASIL, 1998)

Independente do modelo de gestão, as instituições de saúde deveriam existir tanto para ajudar cada cliente a melhor utilizar os recursos próprios, partindo sempre do reconhecimento da vontade e desejo de cura de cada um, como para lhes oferecer recursos institucionais também voltados para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência à doença. Neste sentido, faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo esforço voltado para aumentar a CAPACIDADE DE AUTONOMIA do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que lhes ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida.

Independência aqui não quer dizer rompimento ou tampouco desligamento. Não se dispensa o apoio da Clínica. Ao contrário, imagina-se até que uma prática clínica renovada poderia contribuir para que os indivíduos tenham relações mais produtivas e maduras com a doença, com a prevenção da saúde, com os profissionais, com os dispositivos tecnológicos e até mesmo com as instituições de saúde.

Na obra, "Agir em Saúde, um Desafio para o Público", os textos selecionados, referem-se às principais tendências da conjuntura atual, no que se refere a propostas que visam à construção de uma política de saúde, podendo-se ressaltar o texto intitulado "O Desafio de Qualificar o Atendimento Prestado pelos Hospitais Públicos", quando da abordagem do Segundo Ponto de sua temática, "O Hospital Precisa Desenhar com Clareza sua Missão e seu Perfil Assistencial", não obstante ele se referir aos hospitais públicos, mas seus ensinamentos são pertinentes em face de que trata do perfil assistencial dos hospitais, de onde se retira o seguinte:

A discussão a respeito da missão, principalmente em relação ao perfil

assistencial do hospital, tem sido muito incompleta na experiência brasileira, no campo do setor público, nos últimos anos. Na prática, o perfil assistencial do hospital acaba sendo modelado sob a ação de duas forças principais: de um lado, pela demanda que, como água da chuva, vai erodindo seus caminhos pelas áreas de menor resistência e, por outro, pelos saberes – em particular o do médico - existentes na organização. Estes últimos traduzem-se em pressões que partem da base, no sentido da incorporação (ou não) de certas tecnologias e a adoção deste ou daquele processo de trabalho. Com certeza, tais forças são legítimas e devem ser consideradas. O que se questiona, porém, é o quanto é necessário que elas não sejam as únicas definidoras do perfil do hospital. Que as várias instâncias da direção do SUS sejam capazes, a partir de um horizonte de visibilidade mais abrangente, de redefinir os perfis dos hospitais públicos de forma que haja um aproveitamento mais racional dos recursos existentes. O volume de atendimentos primários e não emergenciais que tencionam os pront-socorros hospitalares, o inchaço dos ambulatórios hospitalares, a precariedade do seguimento aos egressos hospitalares são bons exemplos das distorções resultantes da atuação cega destas duas forças citadas. É claro que o perfil do hospital remete a outras questões que passam pelo perfil assistencial da rede básica e da relação público/privado, o que a torna muito complicada e aparentemente fora da governabilidade do dirigente hospitalar. (OLIVEIRA, 1997, p 137)

4.1 OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA SAÚDE/FASPM

O Hospital da Polícia Militar do Paraná encontra-se em fase final de reformas, na concepção propriamente dita da obra, construiu-se um novo prédio, aumentando a capacidade de 70 (setenta) para 130 (centro e trinta leitos), disponibilizando ainda um moderno Centro de Imagem , possibilitando realizar nas dependências do HPM os seguintes exames:

EXAMES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
E.C.G	256	353	466	328	450	450	402
ECOCARDIOGRAFIA	0	0	136	137	147	147	163
ECOGRAFIA DR. NELSON	0	0	0	267	663	328	189
ECOGRAFIA DR. CARLOS	0	0	602	374	539	392	365
RX	1732	1865	2499	1998	937	971	833
MAPA	25	16	16	23	32	32	28
HOLTER	13	7	14	15	13	13	8
ENDOSCOPIA	97	97	132	134	75	115	143

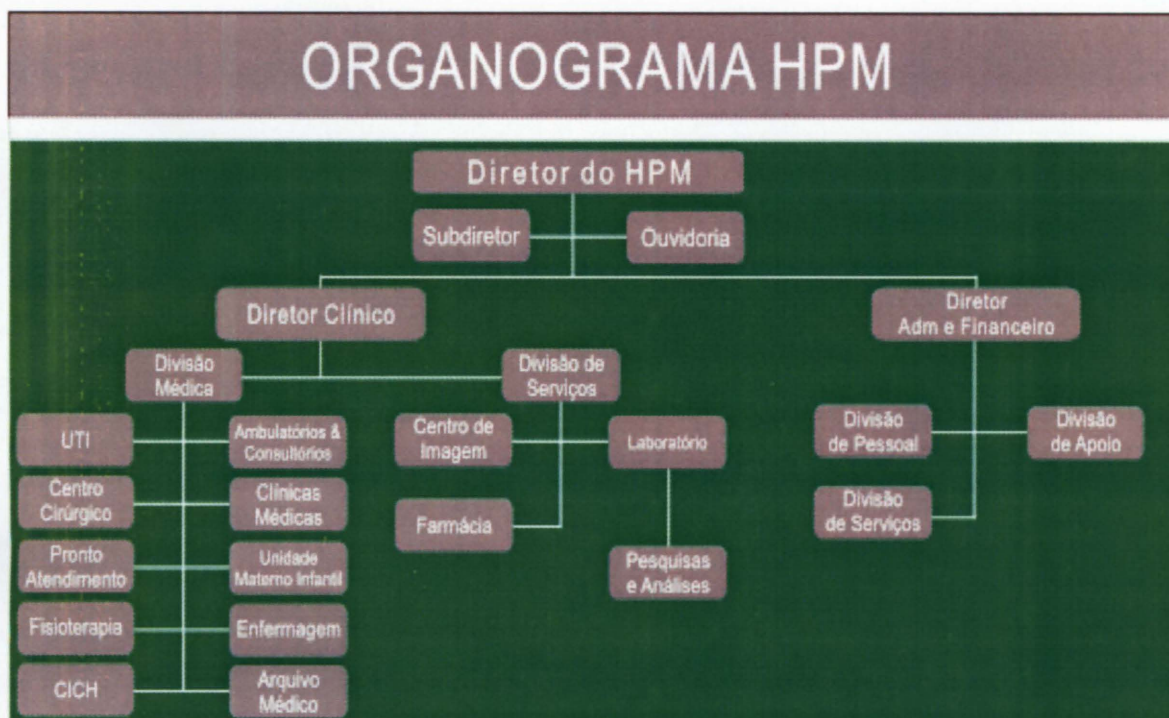
COLONOSCOPIA	15	9	31	27	21	22	32
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	9	6	17	15	14	11	23
LARINGOSCOPIA	27	21	31	37	15	21	26
BRONCOSCOPIA	0	1	0	2	0	0	0
NASOLARINGOSCOPIA	0	0	8	6	4	8	9
TILT TEST	0	0	0	0	1	1	5
MRPA	0	0	0	0	0	0	0
TESTE ERGOMETRICO	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE EXAMES REAL	2174	2375	3952	3363	2911	2511	2226

Atualmente, como principais problemas detectados por uma auditoria realizada na gestão da saúde da PMPR tem-se:

- a) Inconsistência legal do Fundo de Saúde;
- b) Atendimento médico do HPM não permite uma continuidade de tratamento na rede SAS;
- c) Ambulatório dimensionado com excesso em algumas especialidades e ociosidade em outras;
- d) As Praças Especialistas tiveram seus Quadros extintos, mas estão sendo substituídos por PM combatentes;
- e) Existe uma previsão de 270 (duzentos e setenta) funcionários civis, sendo que atualmente prestam serviços 73(setenta e três), mais setenta contratados para a limpeza.

O Hospital da Polícia Militar foi muito além de simplesmente uma reforma em sua estrutura física, destacou-se também uma modernização administrativa, contratação de pessoal com experiência comprovada em todos os níveis de atendimento, especialidades que antes não eram disponibilizadas hoje são, tendo como exemplo a fonoaudióloga, além do aumento considerável em outras, podendo-se citar o atendimento cardiológico. A responsabilidade da gestão cabe ao Diretor do HPM, assessorado

diretamente pelos Diretores Clínico e Administrativo, com suas áreas de responsabilidade conforme organograma do HPM (Decreto nº 6103/2006):

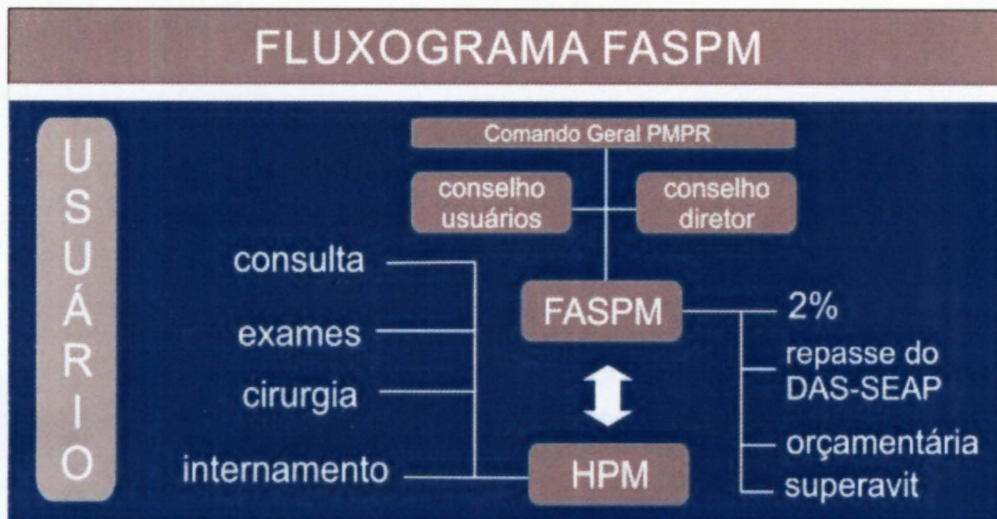


A Lei n 14.605 , de 05 de janeiro de 2005 (FASPM), dispõe que o atendimento à saúde dos policiais militares estaduais da ativa, da reserva remunerada, reformados e respectivos dependentes será proporcionado pelo órgão encarregado do Sistema de Atendimento à Saúde dos Servidores do Estado do Paraná, *in verbis*:

Art. 1[...]

Parágrafo 1 Para efeito de complementação do atendimento ao disposto no art. 63 da Lei 6417, de 03 de julho de 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 Lei.

Inicialmente as reuniões dos Conselhos (Diretor/Usuários) do FASPM, ocorriam buscando naturalmente uma adaptação de seus componentes a responsabilidade que ora se apresentava, na qualidade de representantes dos interesses de toda a Polícia Militar no que concerne à Saúde. A administração dos assuntos colocados em pauta respeita ordem de tramitação conforme o seguinte fluxograma:



Tramitação:

- Conselho Diretor elabora
- Conselho de Usuários aprova
- CG – Ordenador de Despesas
- HPM Órgão de Apoio

Diretamente ligados ao Sistema de Assistência à Saúde – SAS, o Hospital da Polícia Militar (como regional), e o FASPM, como coordenador administrativo e suporte econômico visam principalmente a garantir a assistência à saúde dos policiais-militares e seus dependentes, este último garantindo por virtude de Lei a disponibilização de procedimentos médicos excluídos pelo SAS, cita-se:

- tratamentos ou cirurgias ilícitos ou antiéticos;
- especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- inseminação artificial;
- tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- tratamento odontológico e ortodôntico;
- cirurgias plásticas de qualquer natureza, salvo reparadoras;
- Realização de "check up";
- fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza, excetuando-se as de uso temporário e os elementos de síntese óssea ligados a ato operatório;
- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

- vacinas em geral;
- fornecimento de atestados ou laudos de avaliação para prática de esportes ou lazer, bem como atestados inerentes à medicina ocupacional;
- cirurgia para correção de miopia, hipermetropia e astigmatismo;
- transplantes de órgãos de qualquer natureza;
- internamento social para desabilitados ou idosos;
- tratamentos em psicologia e fonoaudiologia;
- ressonância nuclear magnética;
- embolizações de anomalias vasculares neurológicas;
- cirurgias cardíacas, diálises e exames de genética médica.

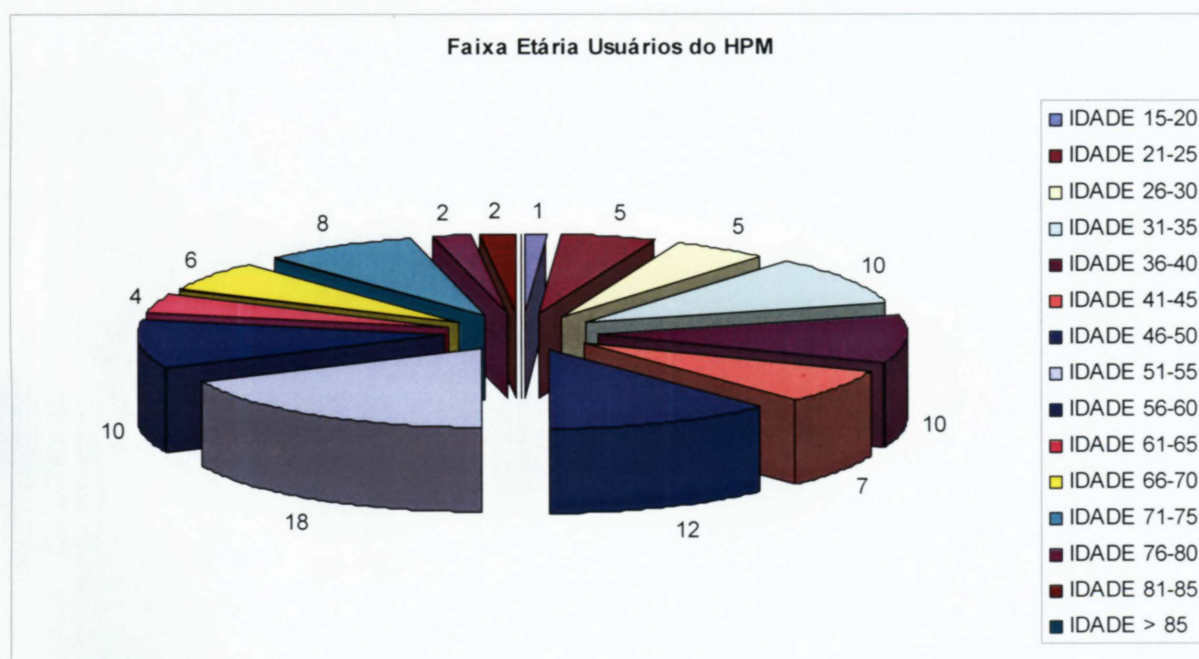
5 METODOLOGIA

Neste capítulo, trata-se de explicar os métodos de pesquisa, desde local período, instrumentos utilizados, coleta de dados, população alvo, protocolos e tabelas utilizada.

A pesquisa foi realizada no Hospital da Polícia Militar e nas Unidades da Polícia Militar, utilizando levantamento do grau de satisfação do atendimento do HPM, e das regionais interiorizadas do SAS, encaminhou-se um questionário aos Oficiais responsáveis pelos setores de pessoal em que se canalizam os direitos e deveres do policial militar, colocados naturalmente na condição de conhecedores naturais e representantes junto ao escalão superior das dificuldades e anseios da tropa, incluindo-se aí a saúde.

Foram realizadas 100 (cem) entrevistas no período de julho a setembro de 2007, com idade variando entre os quinze anos até os oitenta e cinco anos, sempre de livre e espontânea vontade, obtendo-se os seguintes resultados:

GRÁFICO 01 – FAIXA ETÁRIA DA AMOSTRA (EM %)



FONTE: HPM/JOS.

No gráfico 01, analisando as respostas referentes à faixa etária dos pacientes atendidos, observamos que cerca de oitenta e cinco por cento dos

usuários, nesta amostra, policiais militares ou dependentes destes estão atualmente na fase produtiva de suas vidas, ou seja, entre os quinze anos e os sessenta e cinco anos.

Nota-se, também, uma diversidade, pois encontramos representantes de todos os grupos etários, desconsiderando os abaixo de quinze anos de idade.

GRÁFICO 02 – AMOSTRAGEM POR SEXO (EM%)

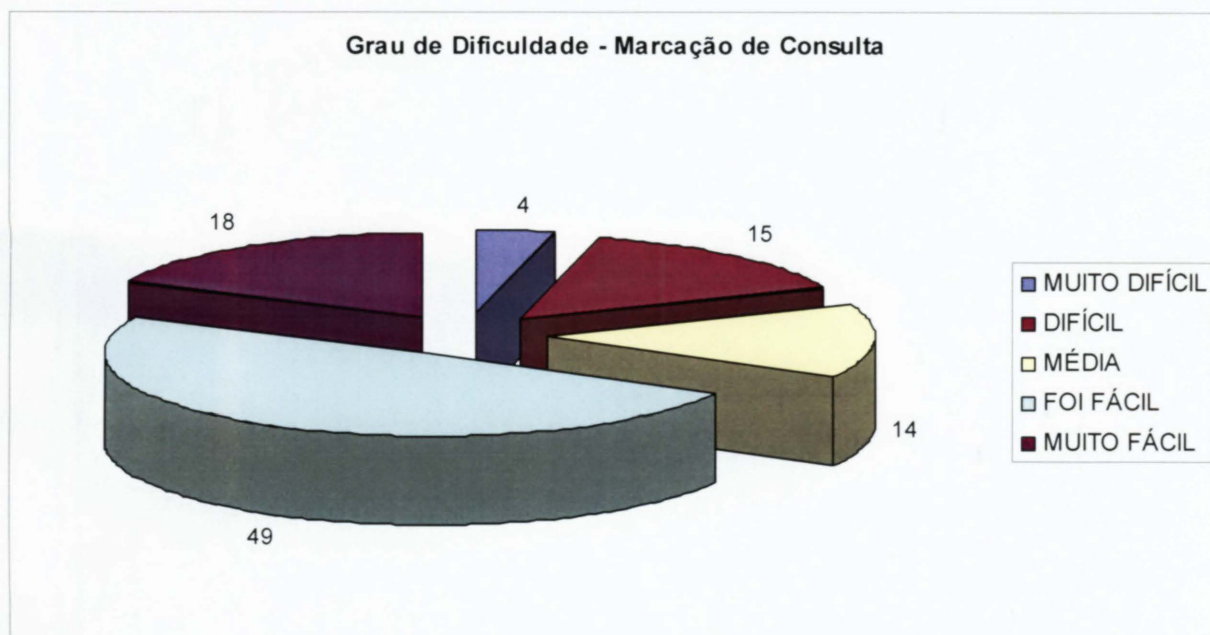


FONTE: HPM/JOS.

O gráfico acima aponta que a população feminina representa cerca de sessenta e cinco por cento da amostra.

Estes dados podem ser explicados pelo fato de que os homens estão em sua atividade policial-militar, mas também porque há autores como Coyle (1999, p.114), que afirmam que: “*as mulheres são melhores informantes aos sistemas de saúde, pois freqüentam-no mais e criticam-no mais*”.

GRÁFICO 03 – GRAU DE DIFICULDADE NA MARCAÇÃO (EM%)



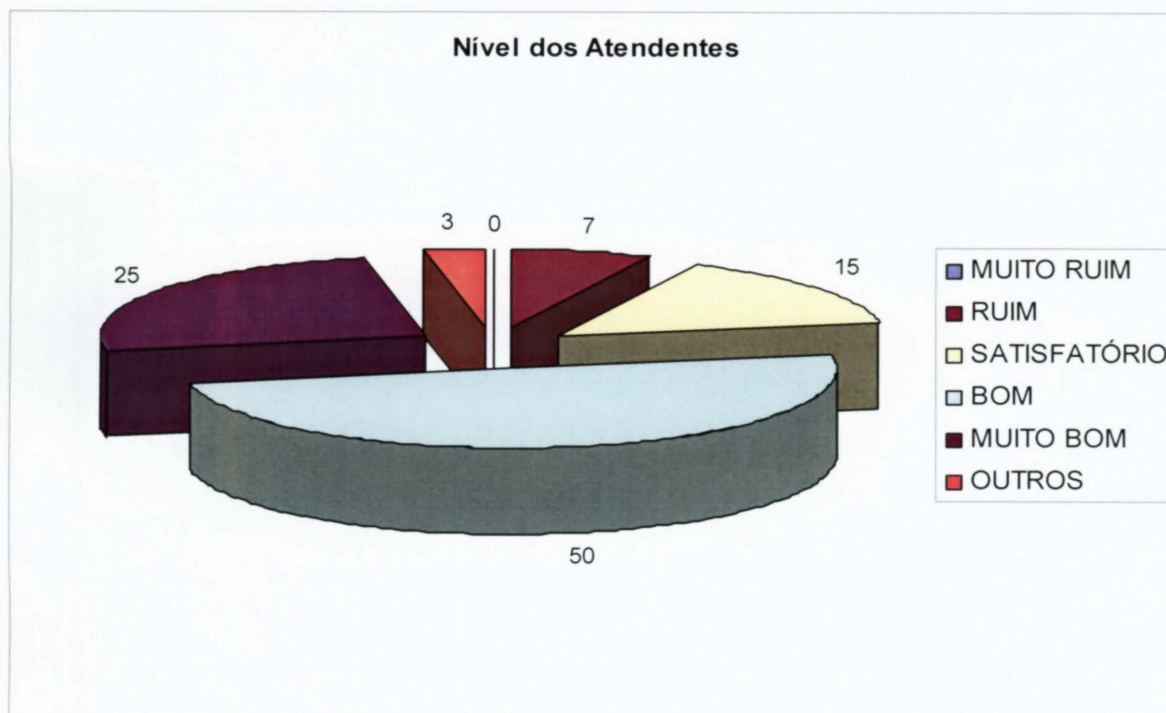
FONTE: HPM/JOS.

Neste gráfico, observa-se que cerca de sessenta e sete por cento dos pacientes define como muito fácil ou fácil a possibilidade de marcarem a consulta médica.

Muito difícil foram assim chamadas àquelas consultas para as quais os pretendentes necessitaram de várias semanas ou ligações repetidas para conseguirem a marcação; difíceis aquelas que tentaram várias vezes, e que após a quinta ou sexta tentativa conseguiram. A média implicava em cerca de três ou quatro tentativas.

Fáceis eram aquelas em que as pessoas ligavam por duas ou três vezes e já conseguiam agendar a consulta ou mesmo na primeira ligação, porém nesta não com o profissional que pretendia; e muito fáceis aquelas em que os pacientes ligavam e imediatamente conseguiam com o médico que haviam solicitado.

GRÁFICO 04 – GRAU DE CONFORTO COM OS ATENDENTES. (EM%)



FONTE: HPM/JOS.

Esta é uma análise das informações de como o usuário avaliava aqueles que o atendiam desde a telefonista, os atendentes, as enfermeiras e demais pessoas do serviço de atendimento.

Cerca de três quartos dos pacientes classificaram como positivo o atendimento oferecido pelos atendentes.

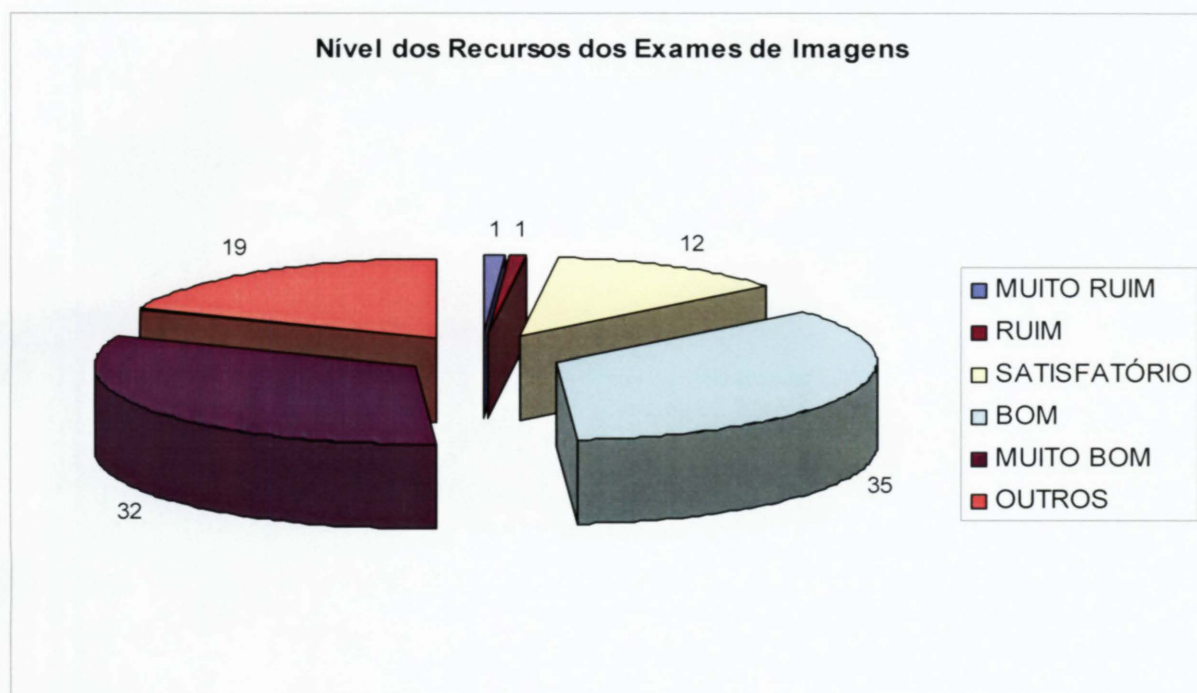
Muito ruim foi classificado o tipo de atendimento em que os prestadores não se importavam com o paciente e não tinham preparo para lidar com as limitações do usuário.

Atendimento ruim foi aquele classificado como o atendimento em que os prestadores não se importavam com o paciente, porém após serem admoestados apresentam melhora no atendimento.

Satisfatório foi o atendimento que o atendente fazia aquilo que era necessário e bom é aquele em que o paciente se sente confiante.

Muito bom é aquele em que as coisas acontecem antes mesmo de o paciente pedir, criando uma relação de confiança e de expectativa positiva para com o médico que o irá atender.

GRÁFICO 05 – GRAU DE SATISFAÇÃO. COM EXAMES DE IMAGEM E FUNÇÃO (EM%)



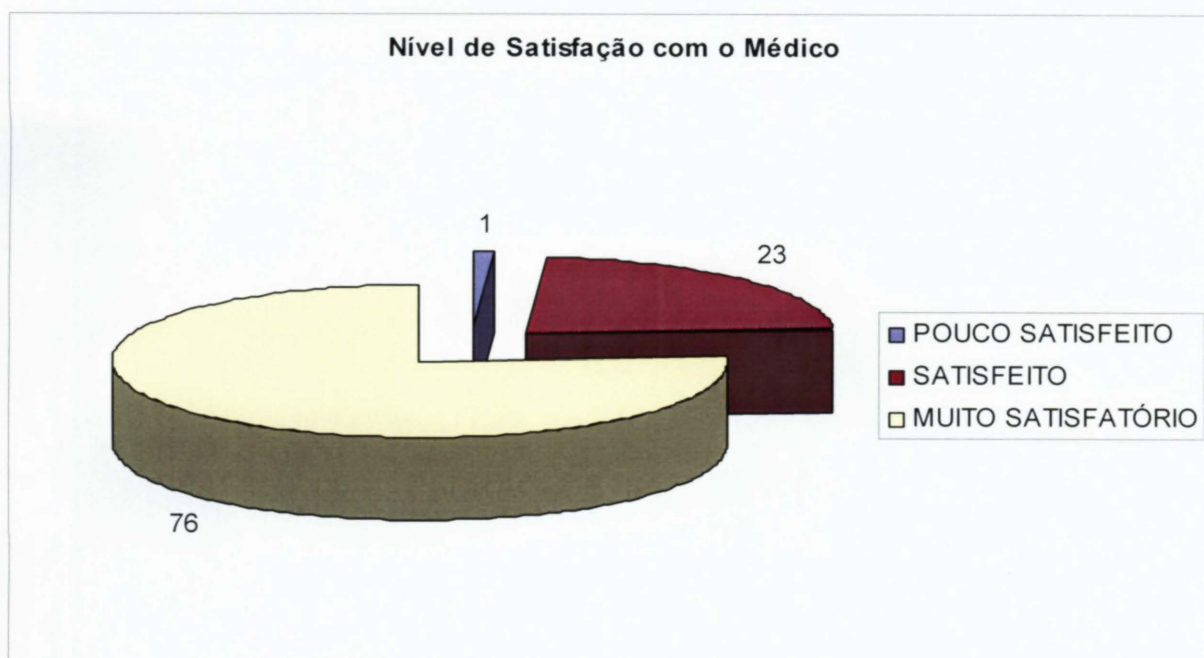
FONTE: HPM/JOS.

Este gráfico demonstra a relação do paciente com aqueles responsáveis pela logística e realização dos exames complementares de imagem, os exames radiológicos, tomográficos, ressonância nuclear magnética, atendimento relacionado aos exames de função como o eletrocardiograma, o eletroencefalograma e outros.

Cerca de sessenta e sete por cento dos pacientes tiveram uma avaliação positiva do atendimento.

Os demais se referem àqueles pacientes em que não houve necessidade deste tipo de procedimento.

GRÁFICO 06 – PADRÃO DE SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO MÉDICO (EM %)



FONTE: HPM/JOS.

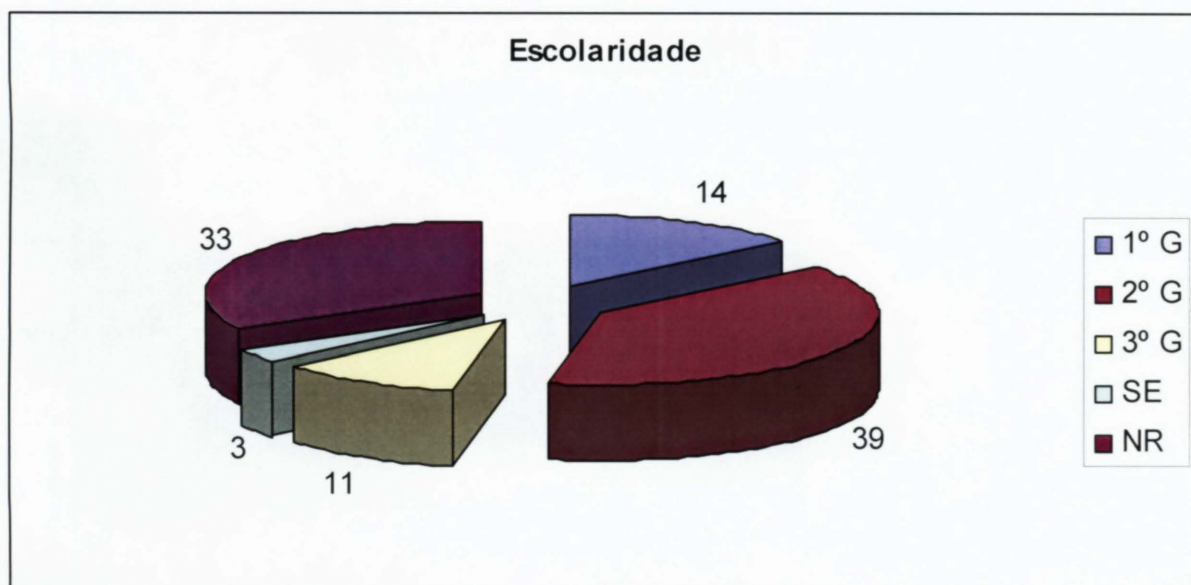
Cerca de noventa e nove por cento dos pacientes apresentavam uma relação positiva para com o profissional médico que o atendeu.

Classificam-se no padrão pouco satisfeito aqueles pacientes cuja expectativa não fora preenchida quer por motivos vários como insuficiência de exploração na queixa do paciente, o médico não examinou fisicamente o paciente, não o tratou com o respeito devido e outros.

De padrão satisfatório foi aquele em que o paciente se sentiu atendido, porém a atmosfera na relação não preencheu toda a necessidade; de padrão muito satisfatório foi aquele em que todas as expectativas foram atendidas criando-se uma atmosfera positiva em relação ao seguimento do tratamento.

Os dados demonstram a importância na definição do índice de satisfação percebido pelo usuário a partir do tempo e da dedicação com que o médico atende o paciente, achado este concordante com o que SOUZA (1997, p. 118), defende quando afirma que “um dos determinantes da satisfação do usuário é sua percepção de ser tratado com cortesia e perceber que o profissional está interessado em sua problemática”.

GRÁFICO 07 – AMOSTRA DE ESCOLARIDADE (EM%)



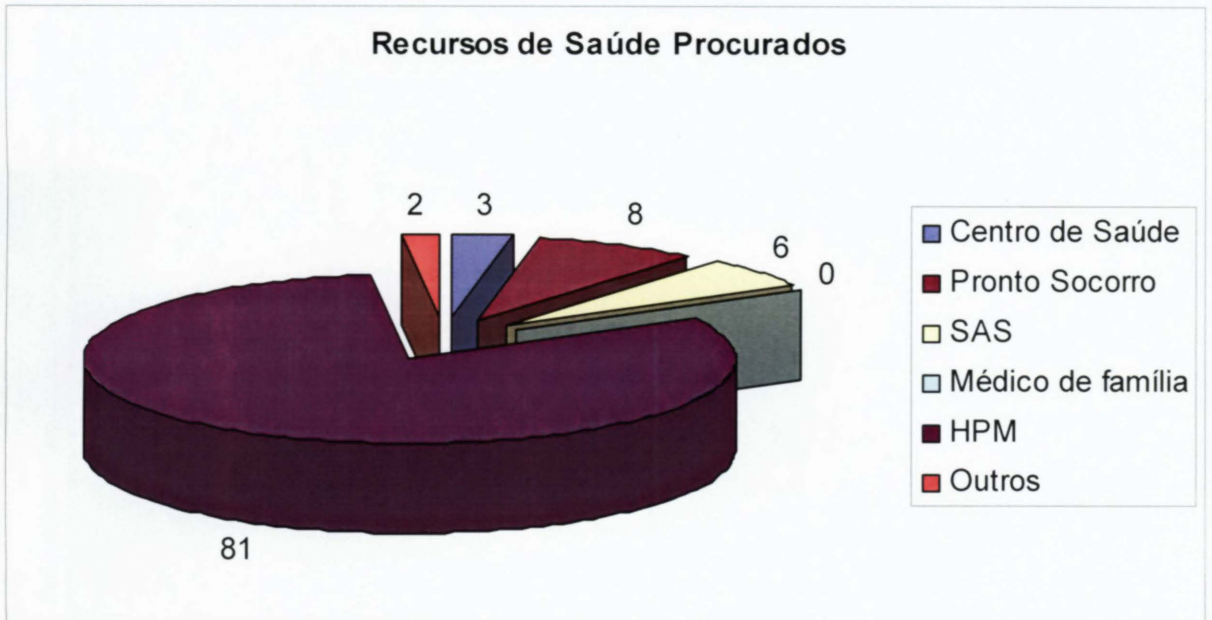
FONTE: HPM/JOS.

O gráfico demonstra que cerca de sessenta e quatro por cento dos usuários são alfabetizados, bem como que a maior parte dos entrevistados tem formação secundária.

Observa-se ainda a alta porcentagem dos pacientes que não responderam a este item (NR), quer por representar indivíduos que são analfabetos ou que de alguma forma se sentiram desconfortáveis com esta informação.

Utilizamos a sigla SE para representar àqueles pacientes que não tiveram acesso a educação, ou seja, que são analfabetos e NR aqueles que não quiseram responder.

GRÁFICO 08 – RECURSOS DE SAÚDE PROCURADOS



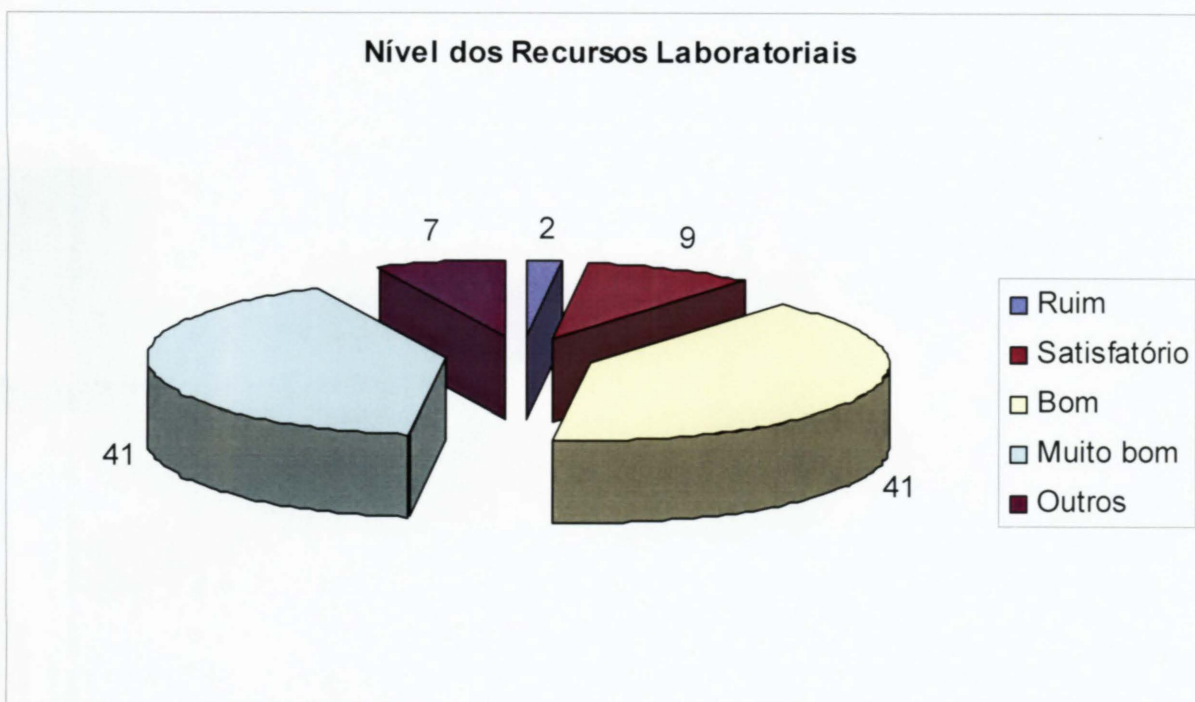
FONTE: HPM/JOS.

Este gráfico representa as respostas dos pacientes quando lhes foi perguntado qual era o local que se dirigiam quando da necessidade de procurar auxílio médico.

O gráfico demonstra a importante função de referência de atendimento prestado pelo Hospital da Polícia Militar do Paraná, representado por cerca de oitenta e um por cento das respostas.

Observarvamos ainda que aqueles que não estão familiarizados com a rotina miliciana são de apenas dois por cento, além do que é interessante observar que, para esta população em especial sua referência de atendimento médico é o HPM e não o atendimento do Sistema de Atendimento à Saúde (SAS).

GRÁFICO 09 – NÍVEL DOS RECURSOS LABORATORIAIS



FONTE: HPM/JOS.

No gráfico observamos que cerca de oitenta e dois por cento dos atendidos pelo laboratório classificam-no de padrão muito bom ou bom.

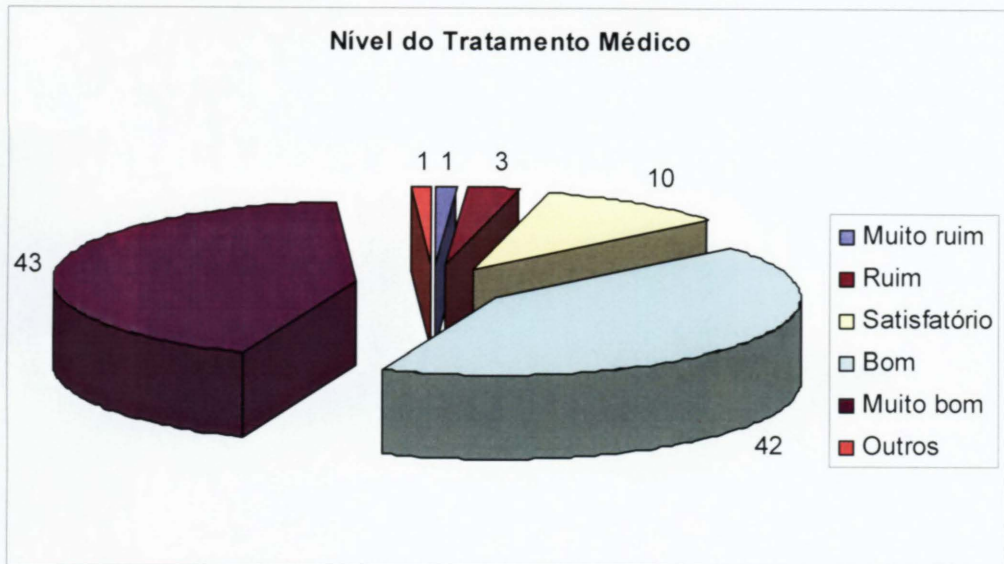
O Atendimento ruim é aquele em que o resultado é incorreto, no qual ocorre alguma anormalidade negativa ao usuário na hora da coleta do material.

O padrão satisfatório é aquele em que o usuário tem a impressão que o material a ser analisado foi colhido de forma tumultuada pelo resultado ser positivo.

O atendimento bom foi considerado aquele em que além do exame estar correto houve uma obtenção do material sem dificuldades.

O padrão muito bom foi aquele em que o exame trouxe resultados corretos, a obtenção do material foi feita de forma a não produzir desconforto ao paciente e a relação entre aquele que colheu e o paciente gerou uma atmosfera positiva proporcionando ao usuário do sistema uma visão positiva de sua relação com o sistema de saúde.

GRÁFICO 10 – NÍVEL DO TRATAMENTO MÉDICO



FONTE: HPM/JOS.

O gráfico demonstra o interesse nas informações acerca da eficácia do sistema avaliando-se o grau de satisfação do usuário com o tratamento adotado e do grau de percepção e a colaboração do paciente com o tratamento da saúde como um todo.

Atendimento muito ruim foi aquele em que o tratamento não deu certo e o paciente não teve confiança no esquema terapêutico adotado, tendo saído do consultório com nítida impressão que o médico não explorou suas queixas de forma a contento e não se interessava pelos seus problemas, além de ter criado uma atmosfera negativa em relação ao padrão de atendimento do sistema.

Ruim foi aquele que o tratamento não deu certo e o paciente entendeu que o médico tentou avaliá-lo de forma insuficiente quanto as suas queixas.

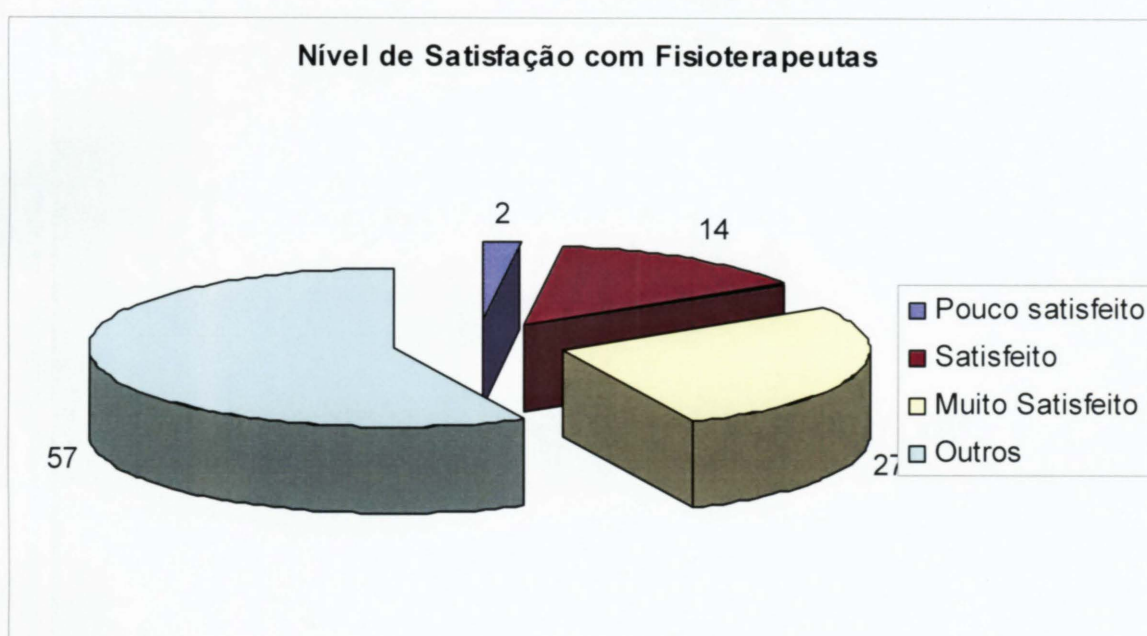
De padrão satisfatório foi aquele atendimento que o médico apenas cumpriu com sua avaliação de escutar o paciente e propor um tratamento.

Atendimento de padrão bom foi aquele que a expectativa do atendimento foi cumprida e o tratamento imposto surtiu efeito.

Atendimento de padrão muito bom foi aquele em que o paciente viu cumprir suas expectativas, o tratamento proposto surtiu efeito desejável e o paciente construiu uma relação de confiança com o profissional.

O gráfico demonstra que noventa e seis por cento dos pacientes apresentaram uma satisfação com o esquema terapêutico proposto, sendo que destes oitenta e cinco por cento apresenta uma avaliação favorável.

GRÁFICO 11 – NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM FISIOTERAPEUTAS



FONTE: HPM/JOS.

Observamos que cerca de quarenta e um por cento dos pacientes tiveram um atendimento que satisfazia seus anseios. A significativa porcentagem de outros correspondia àqueles pacientes que não necessitavam deste tipo de procedimento terapêutico.

Buscamos informações acerca da credibilidade do sistema de saúde oferecido ao miliciano, solicitando que os pacientes ou seus acompanhantes manifestassem sua vontade de recomendação do serviço disponibilizado para familiares ou terceiros.

O gráfico demonstra que cerca de noventa por cento dos entrevistados recomendariam o HPM como centro médico de atendimento.

GRÁFICO 12 – NÍVEL DE RECOMENDAÇÃO



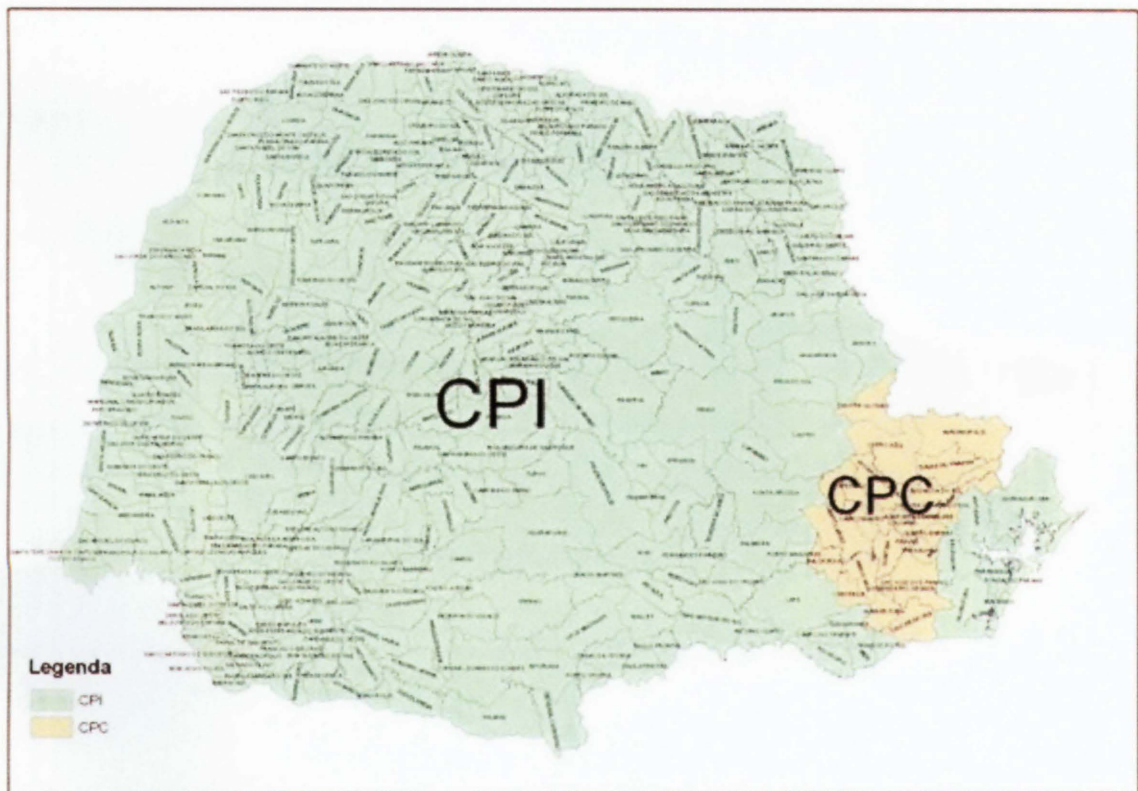
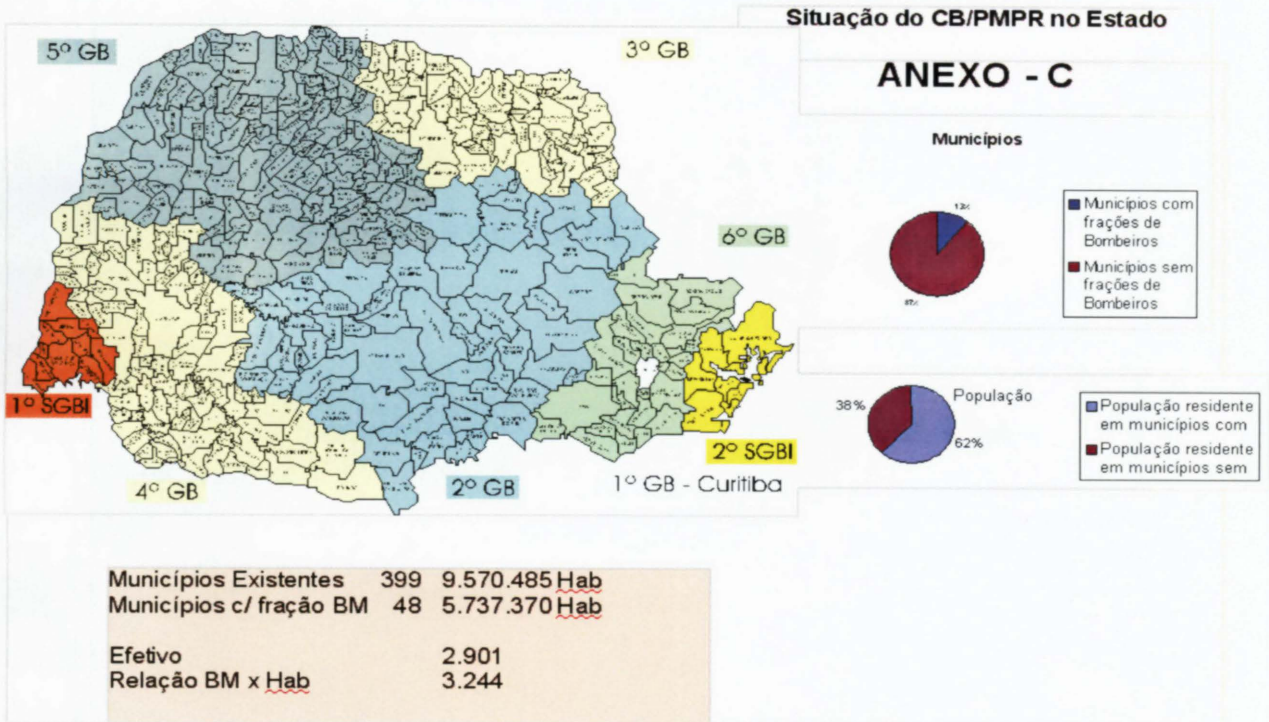
FONTE: HPM/JOS.

Este dado é bastante significativo à medida que o correlacionamos com os achados de outros gráficos como o do índice de satisfação com o tratamento médico, satisfação com a estrutura de atendimento de exames laboratoriais.

Analisando as informações pode-se concluir que a visão do miliciano quanto ao atendimento de saúde é baseado em diferentes variáveis anteriormente descritas e que as utiliza para construir uma noção de que este atendimento de saúde é um elemento necessário para a construção do que ele entende como cidadania e que mais do que isto, utiliza estes parâmetros para construir uma imagem que ele divulga para seus pares valorizando esses serviços e com isto valorizando-se a si próprio, pois pertence a uma organização que pode estender estes cuidados e o faz de forma sistemática.

Complementando a busca de subsídios, solicitou-se a manifestação através de um questionário respondido pelo oficial responsável pelo setor de pessoal dos grandes comandos CCB, CPI e CPC conseguindo englobar assim opiniões dos integrantes de todo o Estado do Paraná, conforme divisão territorial demonstrada nos mapas a seguir, podendo assim traçar um parâmetro do atendimento disponibilizado pelas regionais SAS, e o grau de satisfação dos policiais militares com o serviço disponibilizado.

MAPA COM DIVISÃO TERRITORIAL



Inegavelmente, a quase unanimidade das respostas em relação ao sistema de saúde proporcionado pelo Governo do Estado no Interior do Estado deixa a desejar, reclama-se que faltam médicos em diversas especialidades, que a qualidade do atendimento aos usuários não é satisfatória, que ocorre a demora na marcação das consultas e exames.

Os hospitais contratados como regionais exercem um controle para que seja realizado um número mínimo possível de procedimentos, visando à obtenção de lucro, pois recebem per capita de acordo com o número de vidas, devido a ocorrer em alguns casos a necessidade de passar pelo clínico geral para depois encaminhar para um especialista, obrigando a uma segunda consulta e, por vezes, até a uma terceira.

O sistema implantado pelo SAS não vem correspondendo às expectativas da tropa. A reclamação maior é quanto à demora; a auditoria que o SAS realiza para realizar os exames é inadequada, não visa à qualidade na prestação do serviço e sim o lucro.

O Hospital da Polícia Militar serve como margem de segurança para o atendimento do pessoal interiorizado, independente da dificuldade de deslocamento, e mesmo que, por vezes, o policial que tem a necessidade do atendimento médico ter que se fazer acompanhar devido algum tipo de deficiência.

Independentemente de o FASPM ser uma boa iniciativa e ter melhorado o atendimento para a tropa, ainda, no interior, existe uma carência de disponibilização de médicos e laboratórios; existe a necessidade de uma desmistificação da idéia que o FASPM atende somente os policiais-militares pertencentes à Capital do Estado.

Considera-se que a condução da área de saúde pela própria Polícia Militar facilitaria a criação de um canal de comunicação, pois, ninguém mais apropriado que um integrante da corporação para conhecer as reais necessidades, as expectativas em relação à gestão da saúde pelo FASPM. Isso inicialmente proporcionaria uma expectativa de melhora no atendimento aos policiais- militares, porém sem declinar na utilização da experiência na administração de pessoal tecnicamente preparado, para que se evite um gerenciamento personalíssimo, não deixando de utilizar dos exemplos positivos em relação aos planos de saúde particulares.

O policial do interior tem que ter condições de um atendimento

personalizado, deixando de ser apenas mais um no universo do funcionalismo público, e com a administração própria tranquilamente ocorreria o que já está sendo demonstrado na gestão realizada no HPM.

6. CONCLUSÃO

Em função dos estudos realizados sobre o tema “A Regionalização do Sistema de Saúde na PMPR: Propiciando um gerenciamento em Curitiba e demais Municípios pelo Fundo de Atendimento à Saúde dos Policiais-Militares do Paraná (FASPM) – no ano 2007”, pode-se apresentar as seguintes conclusões:

Em relação ao FASPM é importante destacar que as melhorias proporcionadas têm reflexo diretamente com o reajuste do desconto mensal obrigatório de 2% (dois por cento) advindos do soldo dos Policiais Militares da ativa, reserva remunerada e reformados da Corporação, de que trata o Art. 63 da Lei nº. 6.417/73 que passou a ser descontado por dependente e não mais por família, possibilitando uma modernização de equipamentos, e de contratação de pessoal .

Com referência a administração da saúde de todos os policiais-militares ser de responsabilidade do Fundo de Atendimento à Saúde, objeto do estudo, é uma expectativa de forma geral dos integrantes da Corporação e seus dependentes. A confiança em quem está convivendo diretamente com os problemas da área de saúde do policial-militar facilitaria a gestão, bem como a tentativa de realizar contratos pagos por procedimentos evitaria a condição, principalmente no interior do Estado, de o policial-militar ser atendido igualmente aos demais integrantes do funcionalismo público, colocando-o assim devido à peculiaridade da profissão numa condição mais apropriada.

Quanto ao atendimento ambulatorial no HPM, é necessária uma maior atenção e agilidade nos encaminhamentos da marcação de consultas e demais procedimentos, por ser a porta de entrada do sistema, estando, dessa forma, alinhada ao seu propósito fundamental.

O nível de aceitação do atendimento no Hospital da Polícia Militar conforme questionários respondidos pelos chefes dos setores de pessoal das Unidades PM/BM, é além do satisfatório, contrastando com a insatisfação demonstrada com as regionais interiorizadas.

Destaca-se a melhoria no atendimento ao PM do interior a partir do advindo da administração do FASPM, proporcionando a disponibilização de procedimentos hospitalares não-cobertos pelo SAS, sem a necessidade do deslocamento até o HPM, que hoje serve praticamente como unidade socorro às demais regionais, efetivando-se aí a câmara de compensação, com a diferença de

lapso temporal entre o atendimento no HPM (por contrato não visando ao lucro), e em outra regional prestadora de serviços por virtude de vencer licitação (objetivo/lucro).

Baseado no estudo apresentado, propõem-se as seguintes alternativas:

- Elaborar orientações aos usuários do HPM, por meio de cartilha informativa, que por ocasião da marcação de consultas tenham o conhecimento de que se vier a faltar ao atendimento, estarão desperdiçando os serviços dos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, causando prejuízo a outros usuários necessitados de atendimento médico;
- Motivar em todos os segmentos da Polícia Militar, a retomada e adequação do condicionamento físico, como medidas essenciais de prevenção e manutenção da saúde;
- Estimular medidas voltadas para a realização de campanhas permanentes, visando à promoção da saúde dos policiais-militares e dependentes pelo setor de assistência social da Polícia Militar com o apoio do HPM para uma melhor consecução da nobre missão policial-militar, evitando por vezes o atendimento curativo;
- Disponibilização de um espaço físico com uma estrutura compatível para funcionamento de um asilo, com tratamento especializado no atendimento de policiais-militares.

7. BIBLIOGRAFIA

AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil – 05 out. 88**. Atualizada até a emenda constitucional nº. 23 – 05 fev. 98. 1999. Disponível em <http://www.amperj.org.br/> [consulta: 17/09/2007]

BERTHOLDO, Edílson; SANTOS, Emanuel Luiz dos; JUNIOR, Haroldo Osmar de Paula; HOLMER, Jack; HUNZICKER JUNIOR; Luiz Eduardo; BOTTEGA, Ozir; ROSA, Viviane da. Saúde Pública no Paraná. **Curitiba: Associação dos Diplomados da Escola Superior de Guerra, 1998**. (trabalho de aluno)

CANESQUI, Ana Maria. **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco, 1995.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. **Avaliação e Controle de Produtividade e de Qualidade em Hospital de Pequeno Porte**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo. 1999. Monografia em andamento. Disponível internet em: www.com/Paris/Rue/5045, acesso em 28 de setembro 2007.

COYLE, J. Exploring the meaning of “dissatisfaction” with health care: the importance of “personal identity threat”. **Social Health Illn**, 1999.

DUNCAN B. B., SCHMIDT, M. I., GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2.ed., Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco, 1994.

HAGUETTE, Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 5. Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

HOLMER, JACK. RELATÓRIO. **EXISTÊNCIA DO HPM**. CURITIBA: DISPONÍVEL

NOS ARQUIVOS DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR. (CONSULTA: 10/09/07)

HOROWITZ, Mauro. **A qualidade do atendimento nas Policlínicas Médico-Odontológicas da Brigada Militar**: a visão do usuário / Mauro Horowitz, Ricardo Luiz Mancuso, José Oscar Müller, Erni Scarparo Sório, Ivo Prezzi Denicol, Enio Galdino. - Porto Alegre, 1998. Monografia (Curso Avançado de Administração Policial Militar) - Secretaria da Justiça e da Segurança. Brigada Militar, Porto Alegre, 1998.

LIMA, Bernardete B. Piason Barbosa. **Qualidade nos Serviços Públicos Hospitalares**. São Paulo: CQ-Qualidade, n. 36, 1995.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a Mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

PARANÁ. **Constituição do Estado do Paraná** – 05 out. 89. Curitiba: Diário Oficial do Estado n 5.496, 17 mai. 99.

PARANÁ. Lei n 6.417 – 03 jul. 73. **Código de Vencimentos e Vantagens**. Curitiba: Diário Oficial do Estado n 87, 09 jul. 73.

SOUZA, E. M. **A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal** (Dissertação em Mestrado), Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília: 1997.

TESTA, Mário; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; CHAKKOUR, Maurício; AMARAL, Márcia; BUENO, Wanderlei Silva; ROLLO, Adail; OLIVEIRA, Roseli da Costa; LABBATE, Solange; MERHY, Emerson Dias e ONOCKO, Rosana. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

TRALDI, Maria Cristina; DIAS, Reinaldo. **Monografia Passo a Passo**. Editora Alínea, 1998.

TSCHOHL, John. **The Customer Service**. Service Quality Institute, 1996.

ZEMKE, R; SHAAF, D. **A nova estratégia do marketing: atendimento ao cliente**. São Paulo: Harbra, 1989.