

LUCIANA VIDAL RODRIGUES GONTIJO

**A ANÁLISE DA SUBORDINAÇÃO ADMINISTRATIVA DAS UNIDADES
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DISTINTA DA SUBORDINAÇÃO
TÉCNICA**

Belo Horizonte

2011

LUCIANA VIDAL RODRIGUES GONTIJO

**A ANÁLISE DA SUBORDINAÇÃO ADMINISTRATIVA DAS UNIDADES
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DISTINTA DA SUBORDINAÇÃO
TÉCNICA**

Monografia apresentada à Academia de Polícia Militar de Minas Gerais (APM) e à Fundação João Pinheiro (FJP) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Segurança Pública, sob a orientação da Coronel PM Neuza Maria Aparecida Mendes.

Belo Horizonte
2011

Luciana Vidal Rodrigues Gontijo

**Análise da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde,
distinta da subordinação técnica.**

Monografia apresentada à Academia de Polícia Militar de Minas Gerais (APM) e à Fundação João Pinheiro (FJP) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Segurança Pública, sob a orientação da Coronel PM Neuza Maria Aparecida Mendes.

Aprovada na Banca Examinadora

Neuza Maria Aparecida Mendes, Coronel PM
Orientadora

Belo Horizonte, 19 de outubro de 2011.

Dedico este trabalho aos meus pais José Lucio Neto Teotônio Gontijo e Ana Maria Vidal Neto, à minha filha Mariana Gontijo Pinheiro, pela compreensão, paciência, carinho e principalmente por terem aceito se privar de minha companhia pelos estudos, concedendo a mim a oportunidade de me realizar ainda mais.

AGRADECIMENTOS

Sou eternamente grata:

À minha orientadora, Coronel PM Neuza Maria Aparecida Mendes, pela atenção, dedicação, sábia orientação, apoio, incentivo, simpatia e presteza no auxílio às atividades e discussões sobre o andamento e normatização desta Monografia.

Aos colegas e professores de curso, pela espontaneidade e alegria na troca de informações e materiais numa rara demonstração de amizade e solidariedade.

À revisora Hilda Gonçalves, sem a qual essa Monografia não teria a mesma qualidade.

A toda equipe do Centro de Pesquisa e Pós Graduação (CPP) e da Fundação João Pinheiro, que trabalharam e se esforçaram para a realização do CESP/2011.

À Polícia Militar de Minas Gerais, por garantir e viabilizar a formação e a educação de seus profissionais com vistas à melhoria da qualidade da prestação dos serviços a sociedade mineira.

À Deus, pela oportunidade e pelo privilégio que me foi dado em compartilhar tamanha experiência e, ao frequentar este curso, perceber e atentar para a relevância de temas que não faziam parte, em profundidade, da minha vida.

Muito Obrigada!!!

RESUMO

Este estudo se propõe a analisar a relação de subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde, distinta da subordinação técnica. Entende-se por unidades de atenção primária à saúde os Núcleos de Atenção Integral à Saúde (NAIS) e as Seções de Assistência à Saúde (SAS). Essas unidades estão subordinadas administrativamente aos comandos das Regiões de Polícia Militar (RPM) ou Batalhões de Polícia Militar (BPM) e tecnicamente estão subordinadas à Diretoria de Saúde (DS) que é a unidade responsável pela gestão da saúde dos militares estaduais e seus dependentes em todo o Estado de Minas Gerais. Buscou-se com essa pesquisa, identificar aspectos facilitadores e dificultadores decorrentes da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde aos comandos regionais ou de batalhões, quanto à execução dos programas e prevenção à saúde, alocação de recursos humanos, alocação de recursos materiais, comunicação dos NAIS e SAS com a DS e aferição de conflitos de ordens emitidas pela DS e o Comando da Unidade. Constatou-se através de pesquisa de campo a existência de dificuldades relacionadas à execução dos programas de promoção e prevenção à saúde, alocação de recursos humanos, alocação de recursos materiais, dificuldade de comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde bem como a existência de conflitos de ordens emitidas pela DS e pelo Comandante de Batalhão ou Companhia, a qual o NAIS ou SAS estão administrativamente subordinados. Verificou-se que a dualidade na subordinação administrativa e técnica das unidades de atenção primária à saúde compromete a eficiência da gestão do Sistema de Saúde, especialmente nas questões relacionadas aos recursos humanos. Evidenciou-se que para o atingimento de um sistema de saúde com a máxima eficácia, é necessária a realização de mudanças, entre elas a reformulação da legislação ora vigente, ou seja, a reformulação do Regulamento da Diretoria de Saúde e Órgãos Subordinados (R-107), que data de 1978 e do Plano Diretor, do ano de 2002. Este trabalho será de grande utilidade para a reestruturação e organização da hierarquia do SISAU, pois sua finalidade consiste em tornar mais eficiente a gestão do Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM.

Palavras-chaves: Subordinação administrativa. Subordinação técnica. Unidades de atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the subordination of the administrative units of primary health care relationship, distinct from tying technique. The units of primary health are the Comprehensive Care Centers (NAIS) and the Health Care Section (SAS). These units are administratively subordinated to the commands of the Military Police Regions (RPM) or Military Police Battalions (BPM) and are technically subordinated to the Directorate of Health (DS) which is the unit responsible for managing the state military health and their dependents throughout the State of Minas Gerais. With this research, we tried to identify the facilitator and the hindering aspects arising from the subordination of the administrative units of primary health care to the regional commands or battalions, about the execution of programs and health prevention, human resource allocation, allocation of material resources, communication with the NAIS and SAS DS and assessment and the orders issued by the DS Command Unit conflicts. It was found this duality in the units of primary health care subordination. It was verified through field research that there are difficulties related to implementation of programs of health promotion and prevention, human resource allocation, allocation of material resources, poor communication with the NAIS and SAS Board of Health and the existence of conflict in orders issued by the DS and the Battalion Commander and Company, which the NAIS or SAS are administratively subordinated. It was found that the subordination duality of the administrative and technical units of primary health care makes the management of the health system less efficient, especially in matters related to human resources. It was shown that, for the achievement of a health system with maximum efficiency, it is necessary to carry out changes, including the reformulation of the prevailing legislation, namely the reform of the Regulation Board of Health and subsidiary bodies (R- 107), which dates from 1978 and the Master Plan of 2002. This work will be useful for the SISAU hierarchy restructuring and organization because its purpose is to make the management of the Health System-PMMG CBMMG-IPSM more efficient.

Keywords: administrative subordination, tying technique, primary health care units.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Organograma da gerência regional de saúde	40
Gráfico 01 – Execução dos Programas de Promoção e Prevenção à Saúde	53
Gráfico 02 – Recursos Humanos	56
Gráfico 03 – Recursos Materiais	57
Gráfico 04 – Comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde	59
Gráfico 05 – Conflitos de Ordem	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição e quantidade de beneficiários por RPM e pelo IPSM	26
Tabela 02 – Quantidade de atendimentos realizados no HPM - janeiro à agosto de 2011.....	29
Tabela 03 – Quantidade de respostas recebidas e não recebidas pelos cinco grupos pesquisados	52
Tabela 04 – Execução dos Programas de Promoção e Prevenção à Saúde.....	53
Tabela 05 – Recursos Humanos	55
Tabela 06 – Recursos Materiais	57
Tabela 07 – Comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde.....	58
Tabela 08 – Conflitos de Ordem.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Assessoria de Assistência à Saúde
AJME	Auditoria de Justiça Militar Estadual
BBM	Batalhão de Bombeiro Militar
BPM	Batalhão de Polícia Militar
CBMMG	Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais
CFarm	Centro Farmacêutico
Cia Ind	Companhia Independente
COdont	Centro Odontológico
CONGES	Conselho Gestor
DS	Diretoria de Saúde
EMPM	Estado Maior da Polícia Militar
GRS	Gerência Regional de Saúde
HPM	Hospital da Polícia Militar
IPSM	Instituto de Previdência dos Servidores Militares
NAIS	Núcleo de Atenção Integral à Saúde
PAD	Processo Administrativo-Disciplinar
PAE	Processo Administrativo de Exoneração
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PMMG	Polícia Militar de Minas Gerais
QOPM	Quadro de Oficiais Policiais Militares
QOS	Quadro de Oficiais de Saúde
QPE	Quadro de Praças Especialistas
QPPM	Quadro de Praças Policiais Militares
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
RPM	Região de Polícia Militar
SAS	Seção de Assistência à Saúde
SISAU	Sistema de Saúde PMMG/CBMMG/IPSM

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O SISTEMA DE SAÚDE DOS SERVIDORES MILITARES DE MINAS GERAIS	14
2.1 Polícia Militar de Minas Gerais	23
2.1.1 Diretoria de saúde.....	23
2.1.2 O Hospital da Polícia Militar.....	27
2.1.3 O Centro Odontológico	30
2.1.4 O Centro Farmacêutico.....	31
2.1.5 A Junta Central de Saúde	32
2.1.6 A Seção de Assistência à Saúde	34
2.1.7 Os Núcleos de Atenção Integral à Saúde.....	35
2.1.8 As Gerências Regionais de Saúde	39
3 A HIERARQUIA E A SUBORDINAÇÃO ADMINISTRATIVA.....	41
4 ANÁLISE DA PESQUISA E RESULTADOS	47
4.1 Análise das entrevistas	49
4.2 Análise dos gráficos e tabelas	52
5 CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES.....	67
APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa.....	67

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como tema central, a análise da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde¹, distinta da subordinação técnica.

O estudo visou verificar a organização da hierarquia do Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM², com vistas a analisar a adequação, ou não, da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde, distinta da subordinação técnica.

Teve-se por objetivo geral analisar a adequabilidade da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde, distinta da subordinação técnica.

Foram objetivos específicos: descrever o Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM; examinar a relação existente entre as unidades de atenção primária à saúde e seus comandos regionais e batalhões; identificar facilitadores e dificultadores decorrentes da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde aos comandos regionais e batalhões e propor o modelo mais adequado de subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde.

Entendeu-se que o desenvolvimento do presente tema poderia ser de grande utilidade para a organização da hierarquia do Sistema de Saúde PMMG-CBMM-IPSM. O objetivo foi possibilitar a inclusão desse tema na discussão das causas que aumentam ou diminuem a eficiência da gestão técnica e administrativa do SISAU como um todo.

A realização do estudo se fez útil e oportuno em razão da possível necessidade de reformulação da Resolução nº 519, de 21 de março de 1978, que aprovou o Regulamento da Diretoria de Saúde e Órgãos Subordinados - R 107, e da Resolução Conjunta nº 001/2002-PMMG-CBMMG-IPSM, que aprovou o Plano Diretor de Saúde, implantou o novo modelo de gestão do Sistema de Saúde e nomeou o Conselho Gestor do Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM.

Em abril de 2011, a comissão nº 09/2010 - DS apresentou o diagnóstico de avaliação situacional dos Núcleos de Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde.

¹ Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com um sistema de saúde. Espera-se que essa atenção seja próxima do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (MINAS GERAIS, 2010)

² Sistema de Saúde é a estrutura organizada pelas Instituições PMMG, CBMMG e IPSM para atividades relacionadas à atenção à saúde dos públicos logístico e previdenciário na forma da legislação vigente. (MINAS GERAIS, 2010).

O levantamento de dados da pesquisa apontou que *“há necessidade de se esclarecer o nível de subordinação dos NAIS: tem-se que atender ordens da Diretoria de Saúde, do Comandante da região ao qual o NAIS pertence, do comandante da unidade..., às vezes, ordens conflitantes.”* (MINAS GERAIS, 2011).

A pesquisa foi realizada a partir da seguinte pergunta norteadora: a subordinação administrativa das unidades de atenção primárias à saúde, aos comandos regionais ou batalhões, facilita ou dificulta a gestão eficiente do Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM pela Diretoria de Saúde?

Formulou-se como hipótese básica que a eficiência da gestão do SISAU fica comprometida em razão das dificuldades decorrentes da dualidade na subordinação técnica e administrativa das unidades de atenção primária à saúde.

Quanto à metodologia, tratou-se de pesquisa descritiva com base teórica específica e afim ao tema para analisar a adequabilidade da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde, distinta da subordinação técnica.

A pesquisa documental, fontes primárias, baseou-se na coleta de exame de documentos e legislação peculiar da gestão de saúde, especialmente o Plano Diretor de Saúde e a pesquisa bibliográfica, fontes secundárias, baseou-se em fontes recentes, que propiciam um maior aprofundamento acerca do tema deste estudo.

Considerando-se a aplicação de questionários e entrevistas, a pesquisa também foi de natureza qualitativa, pois foram analisados os dados numéricos obtidos através da aplicação de questionários e quantitativa porque foram entrevistadas pessoas-chave responsáveis pela administração da gestão de saúde.

O método adotado é o hipotético-dedutivo, visto que o estudo teórico não é suficiente para compreender o objeto de estudo em sua totalidade, tendo sido necessária a verificação da hipótese formulada através da pesquisa de campo e posterior análise de dados para sua comprovação.

Levando-se em consideração a natureza da pesquisa, utilizou-se também o método estatístico, através da estatística descritiva, com o fito de comprovar, parcialmente ou em sua totalidade, a hipótese formulada, após a tabulação dos dados, possibilitando a interpretação das questões inerentes e relevantes para a pesquisa.

Para a compreensão do estudo, o presente relatório de pesquisa foi dividido em 05 seções:

- a) na seção 1, são explicitados os objetivos, a hipótese e a metodologia utilizada no desenvolvimento da pesquisa;
- b) a seção 2, foi dedicada ao Sistema de Saúde dos Servidores Militares de Minas Gerais;
- c) na seção 3, apresentou-se de forma sucinta a base conceitual e teórica sobre a hierarquia e subordinação.
- d) a seção 4 contém a análise da pesquisa de campo e resultado;
- e) na seção 5, são expostas as conclusões da pesquisadora com base no estudo desenvolvido.

2 O SISTEMA DE SAÚDE DOS SERVIDORES MILITARES DE MINAS GERAIS

Registros da existência de atendimento a saúde a PMMG remonta ao século XVIII, a partir da instalação do Real Hospital Militar de Vila Rica, que consistia em um simples ambulatório para atendimento dos militares da Força Pública Mineira, em Ouro Preto, então capital do Estado.

Naquela época, o Real Hospital Militar de Vila Rica desempenhou função correspondente ao papel histórico da força – origem do exército brasileiro e da própria polícia, que então se confundiam.

O Real Hospital Militar de Vila Rica foi transferido para a capital, Belo Horizonte. Registros demonstram que, na ocasião, houve a designação do primeiro médico para atuar na PMMG e a referência a uma seção de assistência à saúde local em unidade operacional.

Diniz (2006), explica no Relatório de Gestão – 2004/2005, que:

O Dr. Benjamin Targini Moss após servir no Exército Brasileiro e sair na patente de Major, foi o primeiro médico designado pelo Governo de Minas para a PMMG, então Brigada Policial de Minas Gerais no posto de capitão, sendo transferido para Belo Horizonte quando da inauguração do prédio do 1º Batalhão, ocasião em que foi criada a primeira Seção de Assistência à Saúde – SAS. (DINIZ, 2006)

Segundo Araújo (2005, p. 18), “quando surgiu Belo Horizonte, o primeiro hospital na cidade foi o da Santa Casa, em 1901[...].”

Na ocasião, o atendimento médico exclusivo aos militares, era feito no Hospital da Santa Casa, que dispunha de uma enfermaria militar, ou nos Batalhões, que dispunham de formações sanitárias.

Em 1903, por intermédio de um grupo de sargentos, constituiu-se a Sociedade de Amparo a Família miliciana, que deu origem à Caixa Beneficente da Força Pública de Minas Gerais, através da Lei Estadual nº 565, de 19 de setembro de 1911. (DINIZ, 2006)

Após a constituição da Caixa Beneficente da Força Pública de Minas Gerais, no ano de 1911, ocorreu a criação do serviço de saúde da Força Pública, através da Lei Estadual nº 597, de 30 de agosto de 1913.

A Lei de criação do serviço de saúde estabeleceu a composição de um corpo clínico, constituído por médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro e amanuense³, conforme artigo 1º da Lei nº 597 de 1913.

Art. 1º: É creado o serviço de saúde da Força Pública compreendendo um major médico, que será a um tempo chefe do mesmo serviço militar e director do Hospital Militar, os actuaes cirurgiões sob a denominação de capitães médicos, o dentista e o pharmacêutico já existentes, um amanuense e tantos enfermeiros quantos forem estrictamente necessários, tirados dentre as praças de prel dos corpos. (MINAS GERAIS, 1913).

A mesma norma que criou o serviço de saúde estabeleceu uma hierarquia entre as especialidades que compunham o sistema.

O serviço de saúde da força pública tem o seguinte corpo clínico: Chefe do Serviço de Saúde e Diretor do Hospital, Major-chefe Carlos Alberto Pires de Sá; Capitães-médicos Abel Tavares de Lacerda e Marcelo Libânio; Tenente cirurgião-dentista Manoel Teixeira de Magalhães Penido; Alferes-farmacêutico Edgard de Albergaria Santos, que também era encarregado do serviço de radiologia. Salienta-se que nesta época o serviço de Odontologia era uma seção dentro do Hospital Militar. (MINAS GERAIS, 2006).

O Decreto nº 4.060 de 15 de dezembro de 1913, que regulamentou a Lei Estadual nº 597 de 1913, detalhou o funcionamento do Hospital Militar, que foi instalado em 30 de maio de 1914, em um prédio na Rua Manaus.

O artigo 10 e 12 do Decreto nº 4.060 de 1913, permite afirmar que desde 1913 o serviço de saúde dos militares tinha como beneficiário os militares e seus dependentes. O rol de membros da família contemplados pelo sistema era além dos atuais, que compreendem os cônjuges ou companheiros e os filhos, de qualquer condição, menores de 21 anos ou inválidos.

Art. 10. Os medicamentos fornecidos pela pharmacia aos officiaes e praças que não estiverem em tratamento no hospital, bem como às suas família, serão, como o material empregado pelo dentista nas obturações a ouro, platina e esmalte, indenizados pela forma estabelecida no regulamento que baixou com o dec. N. 3.603, de 10 de junho de 1912.

Parágrafo único: Consideram-se pessoas de família, para os fins deste artigo, a mulher, filhos, mãe viva, irmãs solteiras ou viúvas e irmãos menores de 18 annos, que viverem em companhia do official ou praça.

Art. 12. Todas as receitas serão feitas em meia folha de papel commum, tendo margemmm sufficiente para serem cosidas no fim no fim de cada mez em forma de caderno; devem ser escriptas por extenso com a data e o nome do médico, bem

³ Amanuense era todo aquele que copiava textos ou documentos à mão. Disponível em: <<http://www.dicionarioinformal.com.br/buscar.php?palavra=amanuense>>, Acesso em: 24 set. 2011 às 16:48h,

como a respectiva graduação, si for militar, morada e corpo do official ou praça a quem for destinada a prescripção, e tratando-se de pessoa da família dos mesmos militares, o nome desta e o grau de parentesco.

Em relação aos responsáveis pelas funções desempenhadas no serviço de saúde pública, o Decreto nº 4.060 de 1913, detalha as atribuições pertinentes a cada especialidade.

O capítulo VII foi destinado às incumbências do farmacêutico e o capítulo VIII destinou-se às atribuições do cirurgião dentista. O Capítulo X permite compreender sobre o cargo de enfermeiro-mor. O capítulo XI foi destinado aos enfermeiros e seus ajudantes. (MINAS GERAIS, 1913).

A partir do Decreto nº 11.324, de 11 de maio de 1934, o Estado passou a contribuir para a previdência dos militares:

Art. 1º - A Caixa Beneficente da Força Pública receberá do Estado a contribuição anual de 300:000\$ (trezentos contos de réis) que lhe será paga em prestações mensais de 25:000\$000 (vinte e cinco contos de réis), a partir de julho do corrente ano (MINAS GERAIS, 1934).

Consultados os documentos históricos constatou-se que a Diretoria de Saúde foi criada em 1969, através do Decreto nº 11.966, de 15 de julho de 1969, tendo como primeiro Diretor, o Coronel PM Médico Aristides Salgado Guimarães.

O efetivo do serviço de saúde foi previsto através do Quadro de Organização e Distribuição de Pessoal da Polícia Militar, estabelecido através do Decreto nº 11.966, de 15 de julho de 1969, ficando a distribuição de pessoal da seguinte forma: 08 Oficiais do QOPM, 103 Oficiais do QOS, 08 Oficiais do Quadro de Oficiais Técnicos, 64 Praças do QPPM, 146 Praças do QPE e 136 Assemelhados, o que totalizou o efetivo de 465 servidores. (MINAS GERAIS, 1969).

Diniz (2006), destaca a criação do Fundo de Assistência Médica Hospitalar (FAHMO), que viabilizou ampliação do serviço de saúde por meio de convênios.

Com duração efêmera, foi criado em 1971, o Fundo de Assistência Médica Hospitalar (FAMHO), que durou aproximadamente sete meses; vindo a ser substituída pela a Carteira de Assistência à Saúde da PMMG – CASCAB, que funcionava dentro da Caixa Beneficente da PMMG, que viabilizou os convênios, estendendo-os aos destacamentos, que até então não tinham nenhuma assistência, salvo na sede dos BPM ou em BH. (MINAS GERAIS, 2006).

Em 1978, a Caixa Beneficente da Polícia Militar passou a ser uma autarquia estadual, com a promulgação da Lei 7.290, de 04 de julho de 1978, vinculada à Polícia Militar.

Art. 1º - A Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais, CBPM, instituída pela Lei nº 565, de 19 de setembro de 1911, é autarquia estadual, com sede em Belo Horizonte, vinculada à Polícia Militar e tem por finalidade a prestação previdenciária a seus beneficiários. (MINAS GERAIS, 1978).

Em 28 de dezembro de 1990, foi sancionada a Lei Estadual⁴ nº 10.336, que transformou a Caixa Beneficente da Polícia Militar em Instituto de Previdência dos Servidores Militares (IPSM).

O Artigo 1º da referida Lei foi derogado pelos artigos 1º e 2º da lei 11.406, de 28/01/94, que passou a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º - O Instituto de Previdência do Servidores Militares do Estado de Minas Gerais – IPSM, sucessor da Caixa Beneficente da Força Pública de Minas Gerais, criada pela lei nº 565, de 19 de Setembro de 1911, é uma entidade autárquica com autonomia administrativa e financeira, sede e foro nesta Capital e vincula-se à Polícia Militar do Estado de Minas Gerais.

Art. 2º - O IPSM tem por finalidade a prestação previdenciária a seus beneficiários.

O parágrafo único, do artigo 2º da Lei Estadual nº 10.336 de 1990, define como beneficiário do sistema os segurados e seus dependentes.

A Lei Estadual nº 17.720, de 12 de agosto de 2008, modificou a Lei Estadual nº 10.336, de 1990, com a alteração dos artigos 3º, 10, 15 e 23.

O artigo 10, que se refere aos dependentes, passou a vigorar com a seguinte redação:

Art. 10. Para fins de prestação previdenciária, são dependentes do segurado:

I - o cônjuge ou o companheiro e o filho, de qualquer condição, menor de vinte e um anos ou inválido;

§ 1º Equiparam-se a filho, nas condições do inciso I, desde que comprovada a dependência econômica e a ausência de bens suficientes para o próprio sustento e educação:

I - o enteado, mediante declaração escrita do segurado;

II - o menor sob tutela ou guarda judicial, mediante apresentação do respectivo termo.

§ 2º Considera-se companheiro a pessoa que mantém união estável com o segurado, na forma da lei.

§ 3º Os dependentes de uma mesma classe concorrem em igualdade de condições.

⁴ Publicada no MG n.º 238, de 29/12/90 e retificada no MG n.º 32, de 19/02/91.

§ 4º A existência de dependente de classe antecedente exclui do direito à prestação previdenciária o de classe subsequente.

§ 5º A dependência econômica das pessoas de que trata o inciso I do caput é presumida, sendo requerida comprovação para as demais.

O IPSM sofreu alteração em sua estrutura, em 2011, por meio da Lei-Delegada nº 180, de 20 de janeiro de 2011, ocasião em que destacou uma Diretoria para cuidar especificamente da Saúde, denominada Diretoria de Saúde. O artigo 53 define a seguinte estrutura:

Art. 53 O IPSM tem a seguinte estrutura orgânica básica:

I - Conselho de Administração;

II - Unidade de Direção Superior: Diretoria-Geral; e

III - Unidades Administrativas:

a) Assessoria de Apoio Técnico;

b) Procuradoria;

c) Auditoria Seccional;

d) Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças;

e) Diretoria de Saúde; e

f) Diretoria de Previdência. (MINAS GERAIS, 2011).

Em relação as atividades de assistência à saúde, tem-se que em 9 de agosto de 1995, foi assinado o Plano de Assistência à Saúde, aprovado pela Resolução Conjunta nº 07 de 09 de agosto de 1995, que estabeleceu normas para regular as referidas atividades aos servidores da Polícia Militar e beneficiários do IPSM.

No entanto, a Emenda à Constituição nº 39, de 02 de junho de 1999, alterou a redação dos artigos 39, 61, 66, 90, 106, 110, 111, 136, 137, 142 e 143 da Constituição do Estado de Minas Gerais e desmembrou o Corpo de Bombeiros Militar da organização e estrutura da PMMG. Tornou o CBMMG, um órgão autônomo, com subordinação direta ao Governador de Estado, mantendo-o como organização militar.

Com a desvinculação do CBMMG da estrutura e organização da PMMG, surgiu a necessidade de realizar uma nova modificação na forma de administrar o Sistema de Saúde.

Dessa forma, em 30 de novembro de 2001, foi assinado o Convênio nº 014/2001, de cooperação mútua entre a PMMG, o CBMMG e o IPSM, nos campos de assistência à saúde e previdenciária, de apoio técnico e administrativo, definindo as obrigações de cada um dos convenentes. (MINAS GERAIS, 2001).

Precedendo a assinatura do Convênio nº 014/2001 PMMG-CBMMG-IPSM, ocorreu a aprovação do Plano Diretor para Reformulação do Sistema de Saúde (SISAU), aprovado pela Resolução nº 001, de 28 de junho de 2002, com vistas a implantar o novo

modelo de gestão do Sistema de Saúde, constituir e nomear o Conselho Gestor do Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM. (CONGES).

Art 1º Fica aprovado o Plano Diretor para Reformulação do Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM (SISAU), conforme anexo único a esta Resolução Conjunta.

Art 2º A gestão do SISAU será compartilhada com o Conselho Gestor do Sistema de Saúde (CONGES), a fim de propiciar agilidade administrativa, unificação de meios para o mesmo fim e controle de custos.

Parágrafo Único: O poder decisório e as atribuições no SISAU serão distribuídos e compartilhados em três níveis gerenciais: (grifo nosso)

I - Nível Central – Diretoria de Saúde (DS);

II - Nível Regional – Gerências Regionais do Sistema de Saúde (GRSau);

III - Nível Local – Rede de Cuidados Primários (MINAS GERAIS, 2002).

Para a reformulação do plano diretor foi proposto um Sistema de Saúde com a base nos princípios organizativos e com a seguinte estrutura:

- Atender de forma integral e equânime às necessidades de saúde dos usuários.
- Estabelecer uma unicidade administrativa na estrutura de gestão do sistema.
- Descentralizar as ações de saúde, através das gerências regionais.
- Regionalizar e hierarquizar os serviços de saúde.
- Implantar uma rede própria de cuidados primários.
- Redimensionar e adequar a rede credenciada complementar de serviços de saúde.
- Estabelecer sub-sistemas de encaminhamento e retorno de pacientes. (MINAS GERAIS, 2002).

Atender de forma integral e equânime às necessidades de saúde dos usuários refere-se ao princípio de integralidade⁵ e ao princípio de equidade⁶.

O princípio da integralidade é um dos mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos, ainda que minoritários em relação do total da população. (BRASIL, 2000, p. 31).

Estabelecer uma unicidade administrativa na estrutura de gestão do sistema é entendido como o princípio da unicidade administrativa⁷, ou seja, um comando único.

⁵ Integralidade é a abordagem de todas as necessidades de saúde do indivíduo, estendendo as ações à comunidade onde este se insere. (MINAS GERAIS, 2002).

⁶ Equidade significa tratar adequadamente as desigualdades, investindo-se mais onde a carência é maior. (MINAS GERAIS, 2002).

⁷ Unicidade Administrativa refere-se ao comando único, evitando a multiplicidade de meios destinados ao mesmo fim e a implementação de medidas incoerentes e contraditórias em diferentes locais de execução. (MINAS GERAIS, 2002).

Descentralizar as ações de saúde, através das gerências regionais, refere-se ao princípio da descentralização, que consiste na redistribuição do poder e responsabilidades nas diversas instâncias gestoras do SISAU. (MINAS GERAIS, 2002).

A descentralização tem sido tratada pelo Ministério da Saúde como a mais eficiente e a que mais concretiza os objetivos e princípios do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2000, p. 34)

Regionalizar e hierarquizar os serviços de saúde tem seu respaldo nos princípios da Regionalização e Hierarquização.

O princípio da Regionalização compreende a distribuição dos serviços, de acordo com o eixo político-administrativo. Devem ser consideradas aqui as diversidades regionais e, por conseqüência, as diferentes necessidades de saúde das respectivas populações. (MINAS GERAIS, 2002).

O Plano Diretor – 2002 traz o seguinte conceito para o princípio da Hierarquização:

Consiste na organização dos serviços por níveis de atenção, que devem variar de acordo com a qualificação de seus recursos humanos e com a complexidade tecnológica envolvida na atenção dispensada. Propõe-se, genericamente, a organização do sistema em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, ressaltando-se que o conceito de nível primário não se refere à simplificação das ações no tocante a qualificação e complexidade tecnológica, e sim à adequação das mesmas. (MINAS GERAIS, 2002).

Estabelecer sub-sistemas de encaminhamento e retorno de pacientes refere-se ao princípio de referência e contra-referência.

De acordo com o Plano Diretor – 2002, o princípio da referência e contra-referência implica o inter-relacionamento entre os níveis de atenção, criando assim vários sub-sistemas de encaminhamento e retorno, permitindo que o paciente seja sempre atendido o mais próximo possível de seu domicílio. (MINAS GERAIS, 2002).

A implantação de uma rede própria de cuidados primários tem sua definição no Plano Diretor – 2002:

Conceitualmente, a estratégia da atenção primária consiste na apropriação, recombinação, reorganização e reorientação de todos os recursos disponíveis no setor de saúde, com o intuito de atender às necessidades múltiplas e desiguais de determinada população. Isto significa identificar os problemas que com maior frequência acometem a saúde desta população e propiciar a máxima resolubilidade, por meio da oferta de tecnologia apropriada e da capacitação adequada dos profissionais de saúde.

A adoção da estratégia da atenção primária depende necessariamente do reordenamento do sistema, de acordo com os princípios antes apontados, especialmente da organização de ampla rede de cuidados primários, que se constituirá no ponto de entrada do sistema. (MINAS GERAIS, 2002).

A importância dos cuidados primários para a garantia da saúde foi destacada em 12 de setembro de 1978, na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, quando realizou-se, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que institucionalizou a Declaração de Alma Ata.

Na Declaração de Alma Ata, a Conferência enfatiza que “a saúde é estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade[...].”

A abrangência do conceito de saúde da Declaração de Alma-Ata reafirma a definição de saúde adotada pela OMS em 1948.

O inciso V da referida declaração estabelece a abrangência dos cuidados primários de saúde.

V. Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento [...], no espírito de autoconfiança e autodeterminação.

Destaca ainda, o inciso V da Declaração de Alma Ata, que os cuidados primários de saúde

representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (ALMA ATA, 1978).

A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, da qual o Brasil é signatário, convocou toda a comunidade e organizações internacionais a “colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração”. (ALMA ATA, 1978).

Além dos cuidados primários, o Plano Diretor/2002 estabeleceu sobre a organização das redes de cuidados secundários e terciários a saúde:

A rede de cuidados secundários refere-se aos ambulatórios de especialidades e policlínicas. Aqui deverão estar alocados os especialistas e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Preliminarmente, em todas as localidades, à exceção de Belo Horizonte, os cuidados secundários serão realizados por prestadores privados. (MINAS GERAIS, 2002).

A rede de cuidados terciários refere-se, em geral, às unidades de internação. O número de leitos hospitalares a ser contratado deverá ter como referência a estimativa de que 1% da população, mensalmente, requer cuidados em regime de internação.

O HPM ocupará a posição de referência regional e macro-regional, devendo, para tanto, ser replanejado e reestruturado, descentralizando-se as ações ligadas aos cuidados primários e secundários. (MINAS GERAIS, 2002).

Assim, a assistência à saúde aos policiais e bombeiros militares e também aos seus dependentes, é prestada pelo Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM, através da rede de cuidados primários, secundários e terciários, que é composto pelo conjunto de unidades e órgãos da PMMG, Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG) e o Instituto de Previdência dos Servidores Militares (IPSM).

O SISAU compreende, então, a rede orgânica e a rede credenciada. A rede orgânica é constituída por unidades de atenção primária à saúde (Seção de Assistência à Saúde – SAS – e Núcleos de Atenção Integral à Saúde – NAIS), que utilizam como estratégia de atendimento a atenção primária. Para a atenção secundária e terciária, dispõe do Hospital da Polícia Militar (HPM) e Centro Odontológico (COdont). Integra, ainda, a rede orgânica, o Centro Farmacêutico (CFarm) e a Junta Central de Saúde (JCS).

Nos dias atuais, a PMMG oferece aos policiais militares mineiros, bem como aos seus dependentes, a assistência à saúde básica integral por meio de diversas unidades de saúde, dimensionadas proporcionalmente ao efetivo da localidade da guarnição de Polícia Militar.

Conforme informações do IPSM, em 14 de setembro de 2011, o SISAU assiste 220.340 beneficiários, sendo 76.060 militares, 11.076 pensionistas e 133.204 dependentes.

Os beneficiários militares são divididos em ativos e inativos. A PMMG conta com 45.914 militares da ativa e 23.669 inativos. O CBMMG conta com 5.531 militares da ativa e 866 inativos.

A rede credenciada contempla os serviços contratados pelo Instituto de Previdência dos Servidores Militares (IPSM), que segundo suas informações, em 14 de setembro de 2011, conta com 5.255 estabelecimentos conveniados, sendo 887 contratados na

Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e 4.370 no interior, nos diversos níveis de atenção.

Apesar dos beneficiários militares da ativa representarem apenas 34,50% do total, a regionalização do sistema de saúde acompanha a regionalização operacional e subordina-se administrativamente aos comandantes operacionais e tecnicamente à Diretoria de Saúde.

Para melhor compreensão do funcionamento do SISAU, discorrer-se-á sobre as unidades que compõe o sistema.

2.1 Polícia Militar de Minas Gerais

2.1.1 Diretoria de saúde

A Diretoria de Saúde foi criada através do Decreto nº 11.966, de 15 de julho de 1969, na gestão do Governador de Estado Israel Pinheiro da Silva e teve como primeiro Diretor de Saúde o Coronel Médico Aristides Salgado Guimarães.

Art. 1º - Ficam estabelecidos os efetivos das Unidades, Serviços e Órgãos da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais conforme quadro que a este acompanha, assinado pelo Comandante Geral. (MINAS GERAIS, 1969)

O efetivo do serviço de saúde foi previsto através do Quadro de Organização e Distribuição de Pessoal da Polícia Militar, estabelecido através do Decreto nº 11.966, de 15 de julho de 1969, ficando a distribuição de pessoal da seguinte forma: 08 Oficiais do QOPM, 103 Oficiais do QOS, 08 Oficiais do Quadro de Oficiais Técnicos, 64 Praças do QPPM, 146 Praças do QPE e 136 Assemelhados, o que totalizou o efetivo de 465 servidores. (MINAS GERAIS, 1969).

A Lei Estadual nº 6.624, de 18 de abril de 1975, que dispõe sobre a organização básica da PMMG, traz a seguinte definição:

Art. 28 - A Diretoria de Saúde é a Unidade responsável, perante o Comandante-Geral, pelo planejamento, coordenação, controle e supervisão técnica das atividades específicas do sistema de saúde da Polícia Militar. (MINAS GERAIS, 1975)
(Artigo com redação dada pelo art. 1º da Lei nº 9774, de 7/6/1989.)

A competência e estrutura da Diretoria de Saúde foram definidas no Decreto nº 18445, de 15 de abril de 1977, nos artigos 18 e 19.

Art. 18 - Compete à Diretoria de Saúde (DS):

I - desdobrar diretrizes, planos e ordens decorrentes das políticas setoriais de saúde da Corporação, baixadas pelo Comandante-Geral, através do Estado-Maior;

II - com base no desdobramento do inciso anterior, estudar, planejar, organizar, dirigir, coordenar, controlar e fiscalizar atividades de assistência médico-odontológico-farmacêutico da Corporação, referentes a:

- 1) administração de recursos que forem distribuídos à Diretoria;
- 2) atendimento a reclamações do público interno e externo, no tocante a saúde;
- 3) elaboração e proposta do Regulamento da Diretoria e Órgãos Subordinados (R107) e Regimentos Internos respectivos;
- 4) estabelecimento de rotinas e procedimentos em seu campo de atuação;
- 5) estatística de suas atividades;
- 6) exames pelas Juntas Militares de Saúde;
- 7) hospitalização do pessoal da Polícia Militar;
- 8) manuais de saúde;
- 9) medicina preventiva;
- 10) padrões para avaliação de desempenho de pessoal em seu campo de atuação;
- 11) preparação de pessoal de saúde;
- 12) programação setorial das necessidades orçamentárias no que se relaciona a saúde, para consolidação do Orçamento-Programa pelo Estado-Maior;
- 13) proposta de convênios, contratos, acordos e ajustes;
- 14) proposta de distribuição de pessoal dos quadros de saúde;
- 15) proposta sobre treinamento de pessoal;
- 16) relacionamento com órgãos congêneres;
- 17) seções de saúde das Organizações Policiais-Militares;
- 18) segurança das instalações da Diretoria;

III - executar atividades do inciso II, quando forem centralizadas na Diretoria ou quando a situação o exigir.

§ 1º - A documentação relativa a decisões não-programadas é encaminhada por intermédio do Estado-Maior.

§ 2º - O apoio de finanças, material e pessoal é feito pela Ajudância-Geral.

Art. 19 - A Diretoria de Saúde tem a seguinte estrutura orgânica:

I - Diretor de Saúde;

a) Conselho de Saúde;

II - Subdiretor de saúde;

III - Seções:

a) Seção Médica (DS/1);

b) Seção Odontológica (DS/2);

c) Seção Farmacêutica (DS/3);

d) Seção de Expediente (DS/4).

Em 1978, a Resolução nº 519, de 21 de março de 1978, aprovou o regulamento da Diretoria de Saúde e Órgãos Subordinados (R-107) cuja finalidade está prevista no Capítulo I da Resolução nº 519, de 21 de março de 1978:

Art. 1º - O Regulamento da Diretoria de Saúde e Órgãos subordinados, R-107, tem por finalidade regulamentar as disposições referentes aos órgãos de Sistema de Saúde da Polícia Militar, previstas na Lei Estadual nº 6.624, de 18 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização básica da Polícia Militar e no R-300, aprovado pelo decreto nº 18.445, de 15 de abril de 1977 que dispõe sobre competência e estrutura dos órgãos da Corporação.

Parágrafo Único - A sigla da Diretoria de Saúde é DS.(MINAS GERAIS, 1978).

Ainda está em fase de reestruturação o R-107, que prevê uma nova articulação da Diretoria de Saúde e, atualmente a DS é composta pelas seguintes seções: Seção de Infra-estrutura (SINFRA), Seção de Regulação (SEREG), Seção de Atenção à Saúde (SEAT), Seção de Vigilância (SEVIG), a Secretaria e a Seção de Comunicação Organizacional.

A DS atua na alocação dos recursos logísticos, de infra-estrutura, bem como na formação de profissionais militares do quadro de saúde, que são designados nas unidades da PMMG de acordo com a indicação técnica da DS. Ressalta-se que apesar da Diretoria de Saúde deter a subordinação técnica, a subordinação disciplinar e a competência da gestão dos recursos humanos estão a cargo do comandante da guarnição, onde a unidade de saúde está instalada.

Informações prestadas pela Diretoria de Saúde, em 14 de setembro de 2011, mostra a distribuição de beneficiários do SISAU, nas 18 Regiões da Polícia Militar.

Tabela 01
Distribuição e quantidade de beneficiários por RPM e pelo IPSM

RPM	ATIVO		INATIVO		PREVIDENCIÁRIO			TOTAL
	PMMG	CBMMG	HOMEM	MULHER	HOMEM	MULHER	CRIANÇA	
1a RPM	14329	1802	5553	302	4795	18677	7413	52871
2a RPM	3546	486	2226	22	2021	7943	3587	19831
3a RPM	1860	165	1221	19	1166	4403	2154	10988
4a RPM	3277	403	1762	34	1414	5740	2399	15029
5a RPM	1647	296	789	12	700	2626	1227	7297
6a RPM	1540	231	830	21	671	2721	1119	7133
7a RPM	2057	277	1156	22	766	3345	1292	8915
8a RPM	2051	183	825	15	784	3054	1374	8286
9a RPM	2443	450	583	6	860	3155	1984	9481
10a RPM	1661	107	454	10	431	1370	619	4652
11a RPM	2494	360	918	18	874	3480	1873	10017
12a RPM	2736	151	1098	19	1127	4314	2422	11867
13a RPM	1766	159	965	28	779	3464	1454	8615
14a RPM	1840	201	946	11	782	3151	1457	8388
15a RPM	1607	55	354	2	474	1727	964	5183
16a RPM	835	31	87	4	157	630	445	2189
17a RPM	1372	139	499	2	535	1896	960	5403
18a RPM	1555	208	649	16	621	2195	1080	6324
Total Geral	48616	5704	20915	563	18957	73891	33823	202469
Total de beneficiários atendidos nas Regiões da Polícia Militar								202469
Total de beneficiários atendidos exclusivamente pelo IPSM								17563
Total geral de beneficiários								220032

Fonte: Diretoria de Saúde – Seção de Atenção à Saúde

Infere-se pela tabela acima que o número de beneficiários excede consideravelmente o número de militares da ativa, lotados nas respectivas regiões.

Denota-se portanto, que a responsabilidade do Comando Regional, no que se refere à “assistência à saúde”, ultrapassa as fronteiras da unidade e alcança o público residente⁸ nos limites territoriais de abrangência dos NAIS.

Ressalta-se então, que o serviço de saúde é uma atividade extremamente técnica, que exige gestão integral da prestação de serviço, intervenções diretas na atividade executada pelas unidades de saúde, com correções céleres e eficazes, visando a alocação de recursos humanos e logísticos, de acordo com a real necessidade.

⁸ Entende-se por público residente nos limites territoriais de abrangência dos NAIS, os dependentes, pensionistas e inativos.

2.1.2 O Hospital da Polícia Militar

O Hospital da Polícia Militar foi criado através Lei Estadual nº 597, de 30 de agosto de 1913 e regulamentado pelo Decreto nº 4.060, de 15 de dezembro de 1913, mas somente em 30 de maio de 1914 ocorreu a sua instalação, em um prédio da Rua Manaus, no Bairro Santa Efigênia.

Àquela época, o HPM constituiu-se a terceira instituição de saúde estabelecida na capital mineira e apresentava seguinte estrutura: 60 leitos, salas de cirurgia e assepsia, farmácia, gabinete odontológico e sala de raio-x, sendo o primeiro hospital a realizar tratamento de radioterapia na capital.

O artigo 2º do Decreto nº 4.060, de 15 de dezembro de 1913, traz a seguinte definição: “Para tratamento dos officiaes e praças haverá um hospital com todas as condições apropriadas.” (MINAS GERAIS, 1913).

O Hospital Militar teve um papel importante dentro da Força Pública e devido à crescente demanda causada pelo aumento do efetivo, tornou-se latente a necessidade de uma área física maior, ampliação e modificação de suas instalações. Em junho de 1945, na gestão do Coronel Médico Osvaldo de Oliveira Lessa, Chefe do Serviço de Saúde, equivalente ao cargo atual de Diretor de Saúde, o Hospital Militar foi transferido para o atual endereço, Avenida do Contorno, 2.787, no mesmo bairro e em 1971, ganhou um Bloco Cirúrgico, um Pronto Atendimento e o serviço de Homoterapia.

Cinco anos após a mudança do HPM para o endereço atual, o hospital recebeu a denominação de Hospital Juscelino Kubitschek de Oliveira, através da Lei Estadual nº 6.967, de 21 de dezembro de 1976. “Art. 1º - Denominar-se-à Juscelino Kubitschek de Oliveira o Hospital Militar com sede em Belo Horizonte”. (MINAS GERAIS, 1976).

O artigo 10, da Resolução nº 519, de 21 de março de 1978, que aprovou o Regulamento da Diretoria de Saúde e Órgãos Subordinados – R 107, traz a seguinte definição:

As competências do Hospital da Polícia Militar são as previstas no art. 48 do R-100, aprovado pelo Decreto Nº 18.445, de 15 de abril de 1977 e outras que lhe forem conferidas. (MINAS GERAIS, 1978).

Hoje, o Hospital da Polícia Militar é uma Unidade de Execução e Apoio de Saúde, sendo referência regional e macro-regional para a atenção secundária e terciária à saúde, tendo como público, além dos militares, os seus dependentes.

Para atender a demanda, conforme informações do HPM, em 14 de setembro de 2011, o corpo clínico do Hospital conta com 206 médicos militares, 101 médicos civis, 01 oficial buco maxilo, 28 enfermeiros militares e 12 enfermeiros civis, 07 fisioterapeutas militares e 28 fisioterapeutas civis, 05 fonoaudiólogos civis, 288 praças especialistas em enfermagem, 16 praças especialistas em radiologia, 06 praças especialistas em fisioterapia e 07 funcionários civis, totalizando 705 funcionários, entre militares e civis, sendo 242 oficiais médicos, 310 praças especialistas e 153 funcionários civis.

De acordo com informações fornecidas pelo HPM, em 14 de setembro de 2011, o Hospital tem as seguintes clínicas de atendimento: clínica médica, ginecologia, oncologia, cardiologia, pneumologia, reumatologia, gastroenterologia, neurologia, dermatologia, endocrinologia, hebiatria, geriatria, oftalmologia, urologia, cirurgia plástica, cirurgia geral, angiologia, pediatria, proctologia, ortopedia, psiquiatria, hematologia, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e fisioterapia, além de 05 salas de cirurgia no bloco cirúrgico, 06 leitos no hospital dia, 08 leitos de internação no CTI, 18 leitos de internação no setor de clínica cirúrgica, 27 leitos de internação no setor de clínica médica, 15 leitos no setor de apartamentos, 10 leitos no setor de pediatria, 78 leitos no pronto atendimento e 06 leitos no pronto atendimento infantil.

Hospital da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais

Tabela 02

Quantidade de atendimentos realizados no HPM - janeiro à agosto de 2011

Descrição do Atendimento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Total	Média Mensal
Internações - Apartamentos e Enfermarias	274	274	245	267	319	298	257	267	2.201	275
Internações no CTI	25	25	33	11	33	17	12	16	172	22
Internações no Hospital Dia	64	75	81	68	71	66	78	85	588	74
Cirurgias	241	250	264	265	298	243	270	284	2.115	264
Atendimentos Ambulatório Adulto	12.316	17.303	15.817	14.586	15.672	13.582	13.951	16.278	119.505	14.938
Atendimentos Ambulatório Pediátrico e Puericultura	1.183	1.509	1.365	1.298	1.368	1.411	1.058	1.215	10.407	1.301
Psicologia	775	1.263	1.240	1.048	1.094	1.148	1.058	1.404	9.030	1.129
Psiquiatria	1.077	1.309	1.437	1.204	1.103	958	1.063	1.060	9.211	1.151
Pronto Atendimento adulto	8.068	7.376	8.477	-	-	-	-	8.377	32.298	8.075
Pronto Atendimento Pediátrico										
Vacinação *	3.133	2.089	2.324	6.151	2.523	5.278	4.689	1.637	27.824	3.478
Atendimentos Médicos da SAS	714	539	773	542	554	772	605	547	5.046	631
Total Mensal	27.870	32.012	32.056	25.440	23.035	23.773	23.041	31.170	218.397	30.777

Fonte: Seção de Estatística do HPM

Obs.: De abril à julho de 2011 não temos os dados de atendimento do PA e PAPE devido a mudança de sistema

* Os dados da vacinação nos meses de abril, junho e julho estão elevados devido as campanhas.

O HPM, desde a sua criação, passou e vem passando por significativas alterações em seu ambiente físico interno e mudanças estruturais. Mesmo com a limitação orçamentária, várias obras foram inauguradas e muitas outras ainda estão por acontecer, equipamentos modernos e de alta tecnologia foram adquiridos, com a finalidade de melhor atender a família policial e bombeiro militar.

2.1.3 O Centro Odontológico

O Centro Odontológico foi inaugurado em 05 de fevereiro de 1979 e seu primeiro Comandante foi o Tenente Coronel PM Cirurgião-Dentista Geni Nunes.

Estudos feitos por uma comissão composta por Oficiais do Centro Odontológico, no ano de 2006, informam que naquela época, o serviço odontológico era bastante restrito, pois era organizado para atender apenas aos militares da ativa, pensionistas e dependentes até 12 anos de idade. Existiam 21 consultórios e eram previstas as especialidades de prótese, dentística, endodontia, periodontia, ortodontia, odontopediatria e cirurgia.

Os levantamentos feitos pela comissão apontam que “havia um misto de dentistas militares e dentistas civis cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde, sendo auxiliados por funcionárias civis recrutadas especificamente para prestarem serviços no Centro Odontológico.”

As competências do Centro Odontológico estão previstas no §4º do artigo 48 do R-100, que foi aprovado pelo decreto Nº 18.445, de 15 de abril de 1977 (Regulamento de Competência e Estrutura dos órgãos previstos na Lei nº 6.624, de 18 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização básica da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais - R-100, e dá outras providências) e são as seguintes:

- 1 - assessorar:
 - a) nos processos de licitação de material odontológico, quando solicitado;
 - b) o Chefe do Centro Hospitalar, nos assuntos de sua competência.
- 2 - colaborar com o Centro e Recrutamento e Seleção, de acordo com as normas estabelecidas, no exame de candidatos;
- 3 - coordenar as atividades odontológicas desenvolvidas nas Unidades, de acordo com as normas estabelecidas pela Diretoria de Saúde ao Centro Hospitalar;
- 4 - elaborar e submeter à aprovação do Chefe do Centro Hospitalar as normas gerais de ação do Centro Odontológico e órgãos do sistema odontológico;
- 5 - executar odontologia preventiva;

- 6 - manter arquivo médico-odontológico do pessoal da Corporação;
- 7 - manter controle estatístico de suas atividades;
- 8 - prestar tratamento odontológico e de prótese ao pessoal da Corporação e seus dependentes legais;
- 9 - propor ao Chefe do Centro Hospitalar a admissão de especialistas em odontologia e colaborar na elaboração dos processos de seleção dos mesmos;
- 10 - propor ao Chefe do Centro Hospitalar medidas tendentes ao aprimoramento do sistema odontológico da Corporação;
- 11 - realizar pesquisas no campo das atividades do Centro Hospitalar (MINAS GERAIS, 1977).

Atualmente o COdont é uma Unidade de Execução e Apoio de Saúde, sendo referência regional e macro-regional para a atenção secundária e terciária à saúde bucal.

2.1.4 O Centro Farmacêutico

Registros históricos apontam que a assistência farmacêutica era prestada ao Serviço de Saúde da Força Pública, conforme previsto no Capítulo VII do Decreto nº 4.060, de 1913, que definiu em seu artigo 20 as incumbências do farmacêutico.

A Resolução nº 519, de 21 de março de 1978, que aprovou o R-107, definiu que as competências do Centro Farmacêutico “são as previstas no § 3º do artigo 48 do R-100, aprovado pelo decreto Nº 18.445, de 15 de abril de 1977, e outras que lhe forem conferidas”; (MINAS GERAIS, 1978; p.12).

Art. 48:

§ 3º - Ao Centro Farmacêutico, órgão integrante da estrutura do Centro Hospitalar, compete:

- 1) assessorar:
 - a) nos processos de licitações de material farmacêutico, quando solicitado;
 - b) o Chefe do Centro Hospitalar, nos assuntos de sua competência;
- 2) colaborar com o Centro de Recrutamento e Seleção, de acordo com as normas estabelecidas, no exame de candidatos;
- 3) distribuir medicamentos de acordo com os planos estabelecidos e aprovados pelo Chefe do Centro Hospitalar;
- 4) elaborar e submeter à aprovação do Chefe do Centro Hospitalar as normas gerais de ação do Centro Farmacêutico;
- 5) manter controle estatístico de suas atividades;
- 6) produzir material químico e farmacêutico;
- 7) propor ao Chefe do Centro Hospitalar medidas tendentes ao aprimoramento do sistema farmacêutico da Corporação;
- 8) propor ao Chefe do Centro Hospitalar a admissão de especialistas em farmácia e prótese e colaborar na elaboração dos processos de seleção dos mesmos;

- 9) realizar exames de laboratório;
- 10) suprir os órgãos do Sistema de Saúde de produtos de sua fabricação. (MINAS GERAIS, 1977)

Conforme previsão no Plano Diretor/2002, “ao Centro Farmacêutico (CFARM) caberá a coordenação da dispensação de materiais, medicamentos e suplementos alimentares, bem como o apoio ao desenvolvimento de políticas específicas de seu setor junto à gerência do sistema.” (MINAS GERAIS, 2002, p. 15)

Informações obtidas através da Chefe do Centro Farmacêutico, apontam que atualmente são executadas as seguintes atividades no CFarm:

- prestação de assistência farmacêutica e ambulatorial aos usuários do SISAU, com dispensação e distribuição de medicamentos e materiais de saúde aos pacientes do HPM e aos usuários das SAS e NAIS;
- programa de medicamento de uso crônico e excepcional de alto custo; fornecimento de órteses e próteses aos pacientes do HPM;
- diluição de quimioterápicos e fracionamento de medicamentos; manipulação; exames de patologia clínica, citologia e anatomia patológica;
- comercialização de medicamentos na farmácia ambulatorial e aquisição de equipamentos para a área de saúde.

Atualmente o CFarm é uma Unidade técnico-administrativa, responsável pela assistência farmacêutica, através do fornecimento de medicamentos e materiais de saúde aos usuários do sistema.

2.1.5 A Junta Central de Saúde

A Junta Central de Saúde (JCS) é a instância pericial máxima do SISAU e referência para o serviço de saúde ocupacional na condução dos casos em que se configurar necessidade de avaliação de incapacidade que motive dispensas temporárias ou definitivas dos integrantes da corporação. (MINAS GERAIS, 2002).

A competência da JCS está prevista no art.8º da Resolução Conjunta nº 4073, de 04 de maio de 2010:

- I** - conceder licença-saúde e dispensa-saúde, consignados em ata;
- II** – avaliar e deliberar sobre casos de licença-saúde ou dispensa-saúde emitidos pelas SAS das Unidades;

- III** - realizar perícia de saúde em militar, com emissão de ata, parecer ou laudo técnicos e resposta a quesitos, de acordo com cada situação;
- IV** - realizar perícia psicopatológica;
- V** - realizar perícia de saúde solicitada por encarregado de procedimento administrativo;
- VI** - emitir laudo de incapacidade definitiva, de incapacidade declarada ou de invalidez de militar, para subsidiar ato de reforma pela Diretoria de Recursos Humanos;
- VII** - emitir parecer referente à perícia de saúde determinada pelo Comandante-Geral ou Diretor de Saúde;
- VIII**- assessorar tecnicamente os comandos intermediários nos assuntos relacionados às atribuições da JCS;
- IX** - convocar militar para submissão à perícia de saúde quando julgar necessário, obedecidos os critérios técnicos e observados os canais de comando;
- X** - auditar internamente, por amostragem ou quando determinado, os resultados dos exames de que trata o **Anexo "A"**, desta Resolução Conjunta, realizados pelas JS em candidatos a admissão/inclusão;
- XI** - avaliar o funcionamento das SAS, por determinação do Comandante-Geral, Chefe do Estado-Maior ou Diretor de Saúde;
- XII** - emitir parecer referente às situações definidas no artigo 2º, desta Resolução Conjunta;
- XIII** - avaliar e emitir parecer, através de ata, acerca de licença-saúde concedida na forma prevista no § 2o, do Art. 34, desta Resolução Conjunta. (MINAS GERAIS, 2010).

A Junta Central de Saúde é presidida por um Tenente Coronel do Quadro de Oficiais de Saúde (QOS) e seu corpo médico é formado por 14 Oficiais do QOS, que exercem a função de peritos, além de 02 Oficiais do Quadro de Oficiais Policiais Militares (QOPM) e 08 Praças do Quadro de Praças Policiais Militares (QPPM).

A JCS realiza aproximadamente 20 atendimentos por dia e suas principais atividades consistem nas perícias médicas agendadas pelas SAS das unidades da PMMG e do CBMMG; atendimento a perícias médica externas solicitadas pela Procuradoria do Estado; realização de perícias judiciais solicitadas pelas Auditorias de Justiça Militar Estadual (AJME) e também realização de perícias psicopatológicas solicitadas pelos presidentes de Processos Administrativo-Disciplinar (PAD) e Processos Administrativos de Exoneração (PAE).

2.1.6 A Seção de Assistência à Saúde

As Seções de Assistência à Saúde (SAS) utilizam como estratégia de atendimento a atenção primária à saúde e seu objetivo prioritário é a atenção à saúde ocupacional do militar.

A SAS é seção integrante do Batalhão de Polícia Militar ou Companhia Independente (Cia Ind), com subordinação administrativa ao respectivo Comando e com subordinação técnica à DS. É responsável pela atenção à saúde ocupacional, pericial e assistencial dos integrantes das respectivas frações.

Segundo informações da Diretoria de Saúde, o SISAU dispõe, em 16 de agosto de 2011, de 51 Seções de Assistência à Saúde (SAS) nas unidades de execução e apoio da PMMG, distribuídas em 18 Regiões de Polícia Militar (RPM), que estão subordinadas administrativamente aos comandos regionais, ou batalhões, e tecnicamente à Diretoria de Saúde, além de 07 SAS nas unidades do CBMMG.

Nas localidades onde não há Núcleos de Atenção Integral à Saúde (NAIS), a SAS é responsável também pela execução das atividades de atenção primária, da promoção à saúde e prevenção das doenças dos beneficiários do SISAU.

O militar da ativa, da reserva e reformado, os dependentes legais de militares e de pensionistas, bem como o servidor civil contribuinte do IPSM e seus dependentes são considerados usuários da SAS.

O Capítulo IV da Resolução nº 4.073 de 04 de maio de 2010, estabeleceu, dentre as competências da SAS, as seguintes:

Art. 20 - Compete à SAS:

I – Realizar perícia médica ;

II – Realizar avaliação e/ou acompanhamento psicológico e atividades da psicologia organizacional e do trabalho;

III – Executar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) nos termos da norma específica;

IV - Realizar atividade assistencial dos militares da reserva e reformados e do público previdenciário do SISAU; [...]

XIV – Emitir parecer técnico, após perícia de saúde, nos limites estabelecidos nesta Resolução Conjunta, no que concerne a:

a) licença-saúde ou dispensa-saúde;

b) Teste de Aptidão Física (TAF), aptidão para cursos e treinamentos, nos termos das normas específicas;

c) promoção, inclusive dos licenciados/ dispensados pela JCS;

d) licença à gestante;

- e) comunicação de acidente, laudo para Atestado de Origem (AO) ou outros fins específicos, nos limites de sua competência;
- f) designação para o serviço ativo de militar da reserva remunerada, em conformidade com as normas vigentes;
- g) aptidão de militar desertor;
- h) aptidão para porte de arma;
- i) atestados médicos, odontológicos, psicológicos e outros, nos termos dos artigos 36 e 66;[...].

Torna-se importante ressaltar que os beneficiários militares não têm distinção de atendimento assistencial e pericial nas SAS, em razão da instituição de origem, quer seja pela PMMG ou pelo CBMMG.

A SAS também integram os Batalhões de Bombeiro Militar (BBM) e subordinam-se administrativamente ao respectivo Comando e tecnicamente à Assessoria de Assistência à Saúde (AAS). É responsável prioritariamente pela atenção à saúde ocupacional dos integrantes das respectivas frações.

Nas unidades do CBMMG existem 07 (sete) SAS para atendimento prioritário ao público logístico da ativa, sendo 03 (três) na RMBH e as demais distribuídas no interior do Estado, 4º BBM (Juiz de Fora), 5º BBM (Uberlândia), 8º BBM (Uberaba) e 9º BBM (Varginha). Nos demais municípios do Estado o público do CBMMG é atendido integralmente nas SAS da PMMG.

2.1.7 Os Núcleos de Atenção Integral à Saúde

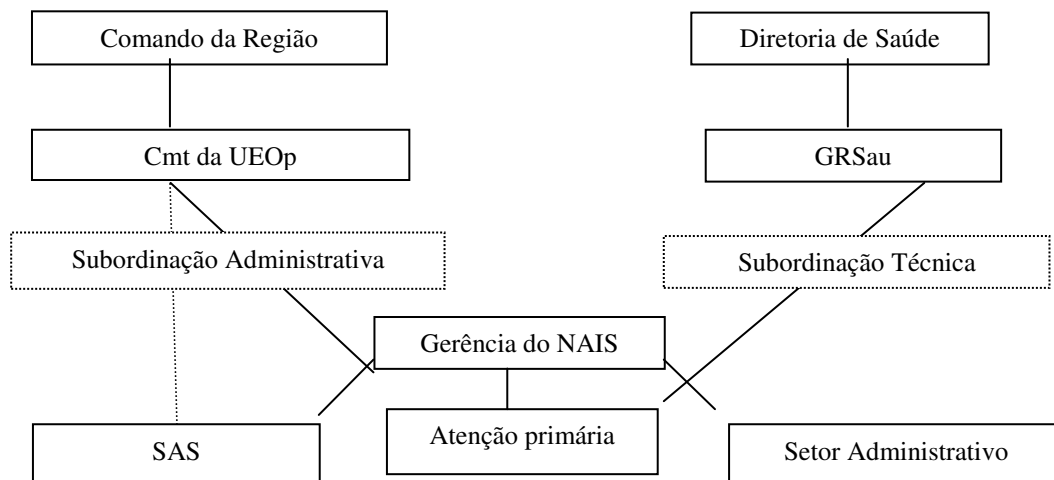
Observando o cenário de saúde mundial e nacional e a tendência de um serviço para manter a tropa hígida, além da segurança de prestar a assistência à saúde aos beneficiários do SISAU, em janeiro de 2002, foi aprovado o Plano Diretor, que estabeleceu a criação e definição dos NAIS. A política prioritária do Plano Diretor é a promoção à saúde e a prevenção de doenças, além do acompanhamento das doenças já existentes, de forma a assegurar a qualidade de vida dos nossos mais de 220.000 usuários.

O Núcleo de Atenção Integral à Saúde (NAIS) é seção integrante da Região de Polícia Militar (RPM) ou Batalhão de Polícia Militar (BPM), com subordinação administrativa ao respectivo Comando e subordinação técnica à DS. É responsável pela

execução das atividades de atenção primária, da promoção à saúde e prevenção das doenças dos beneficiários do SISAU no espaço territorial sob sua responsabilidade. (MINAS GERAIS, 2010).

O objetivo prioritário das atividades dos NAIS é a atenção à saúde ocupacional do militar, seguido da implementação de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação de saúde de toda a população alvo determinada em sua área de abrangência, através de sua adscrição e vinculação.

O NAIS segue o seguinte fluxograma de subordinação:



Através de estudos feitos pela Comissão nº 09/2010-DS, composta por Oficiais da Diretoria de Saúde, foi apresentado um diagnóstico situacional de avaliação dos NAIS no Sistema de Saúde, sendo apontadas que as principais características da Atenção Primária à Saúde são:

- Constitui-se como a porta de entrada do serviço, por ser o primeiro contato do usuário com as ações e serviços de saúde da PMMG, relaciona-se ao acesso, minimizando ou eliminando a demanda reprimida e ampliando a cobertura. Tem por objetivo pautar-se em princípios como acolhimento, a universalidade da atenção e a equidade⁹. Este último consolida-se na visão do contexto deste sistema, viabilizado pela estruturação desta porta de entrada, permitindo abordar de maneira diferente os desiguais no que se refere à saúde, dentro de seus aspectos sociais, econômicos e culturais. É a

⁹ Equidade – Significa tratar adequadamente as desigualdades, investindo-se mais onde a carência é maior. (MINAS GERAIS, 2002).

possibilidade de se compreender a totalidade do sistema de saúde da PMMG.

- Consolida-se no princípio da integralidade¹⁰ fortalecendo a sua proximidade com a concepção ampliada de saúde, relacionando-se às condições econômicas e sociais como o trabalho, a habitação, o lazer, entre outros. Além de estabelecer uma concepção de rede de atenção à saúde onde através de uma relação de horizontalidade a APS se firma pela responsabilidade por uma relação de mão dupla no contato com outros níveis de atenção à saúde. Assume, então, o núcleo central de coordenação do cuidado, organizando-o e /ou integrando-o.
- Caracteriza-se, ainda, pela longitunidade, isto é, a continuidade do cuidado, a partir da compreensão do todo e da co-responsabilização, a autonomia do usuário e o estabelecimento do vínculo a ações e serviços de saúde da PMMG.

Segundo informações da Diretoria de Saúde, o SISAU dispõe, em 14 de agosto de abril de 2011, de 16 NAIS (13º BPM em Belo Horizonte, 18º BPM em Contagem, 4ª RPM em Juiz de Fora, 6ª GRS em Lavras, 7ª GRS e 7º BPM em Divinópolis e Bom Despacho, 8ª GRS em Governador Valadares, 9ª GRS em Uberlândia, 11ª GRS em Montes Claros, 12ª GRS em Ipatinga, 11º BPM em Manhuaçu, 26º BPM em Itabira, 13ª GRS em Barbacena, 31º BPM em Conselheiro Lafaiete e 12º BPM em Passos), distribuídos em 12 RPM (1ª RPM em Belo Horizonte, 2ª RPM em Contagem, 4ª RPM em Juiz de Fora, 6ª RPM em Lavras, 7ª RPM em Divinópolis, 8ª RPM em Governador Valadares, 9ª RPM em Uberlândia, 11ª RPM em Montes Claros, 12ª RPM em Ipatinga, 13ª RPM em Barbacena, 18ª RPM em Poços de Caldas e no Complexo da Gameleira).

O Plano Diretor/2002 prevê que

cada NAIS deverá contar, inicialmente, com pelo menos uma equipe composta por um clínico geral, um pediatra, um dentista. A incorporação de novas equipes obedecerá a real necessidade, em função do cumprimento das metas de adscrição da clientela, de modo a assegurar que não haja ociosidade. (MINAS GERAIS, 2002; p 18).

O Plano Diretor/2002 estabelece também que

¹⁰ Integralidade – É a abordagem de todas as necessidades de saúde do indivíduo, estendendo as ações à comunidade onde este se insere. (MINAS GERAIS, 2002)

a alocação de especialistas nos NAIS, especialmente o ginecologista, o geriatra e o odontopediatra poderá ser avaliada, levando-se em consideração o perfil da população adscrita e a disponibilidade de serviços de cuidados secundários na região. (MINAS GERAIS, 2002; p.18).

A população alvo dos NAIS é definida como os beneficiários do IPSM que residem nas áreas de responsabilidade geográfica previamente definidas dos NAIS:

- militares da ativa;
- militares da reserva remunerada;
- militares reformados;
- pensionistas do IPSM;
- dependentes legais de militares e de pensionistas;
- servidores civis e seus dependentes optantes pelo IPSM.

Estudos estão sendo realizados, através de uma Comissão composta por Oficiais da DS, cujo objetivo é reformular o referido plano, definindo atribuições e competências das unidades de atenção primária à saúde.

A referida comissão aponta que aos NAIS cabe a realização das seguintes atividades:

- garantir assistência integral e equânime para atendimento às necessidades de saúde dos beneficiários do SISAU;
- estabelecer os fluxos de referência e contra-referência para favorecer a atenção integral à saúde e a fidelização do beneficiário à rede orgânica;
- desenvolver os programas de promoção à saúde instituídos pela DS e elaborar, a partir da avaliação epidemiológica da sua população, outros programas pertinentes à realidade verificada, visando a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários do SISAU;
- assessorar as respectivas GRS para definição do redimensionamento progressivo dos recursos humanos necessários à consecução das suas finalidades.

O diagnóstico situacional apresentado pela Comissão nº 09/2010, aponta que os principais serviços utilizados nos NAIS são a homologação, seguido pelo setor de vacinação,

clínicas médica e odontologia. Em ordem decrescente, seguem os seguintes serviços: pediatria, psicologia, distribuição de medicamentos de uso crônico e consultas com enfermagem. (MINAS GERAIS, 2010)

Encontra-se previsto no Plano Diretor/2002, que “os atendimentos em caráter de urgência ou emergência deverão ser realizados por instituições dotadas de unidades de pronto atendimento, que serão apontadas como referência para tais situações.” (MINAS GERAIS, 2002).

Assim, não é de competência dos NAIS o atendimento de urgências e emergências. Esses casos devem ser atendidos nos serviços de pronto-atendimento e urgência do HPM, COdont ou da rede conveniada do SISAU.

2.1.8 As Gerências Regionais de Saúde

A Gerência Regional de Saúde é seção integrante da RPM, com subordinação administrativa ao respectivo Comando Regional e subordinação técnica à DS. É responsável pela coordenação das atividades de atenção primária, da promoção à saúde e prevenção das doenças, do processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde e das ações de vigilância sanitária e epidemiológica dos beneficiários do SISAU.

A estrutura das Gerências Regionais de Saúde encontra-se no Plano Diretor:

As gerências regionais terão estrutura correspondente à definida para a Diretoria de Saúde. Sob sua responsabilidade ficarão os territórios correspondentes às respectivas RPM. O cargo de gestor regional será exercido por um oficial superior do QOS e estarão subordinados a ele as seções de promoção da saúde, de controle e avaliação e a coordenação administrativa, que reunirá as sub-seções de contratos e processamento de contas de assistência à saúde. (MINAS GERAIS, 2002; p. 13)

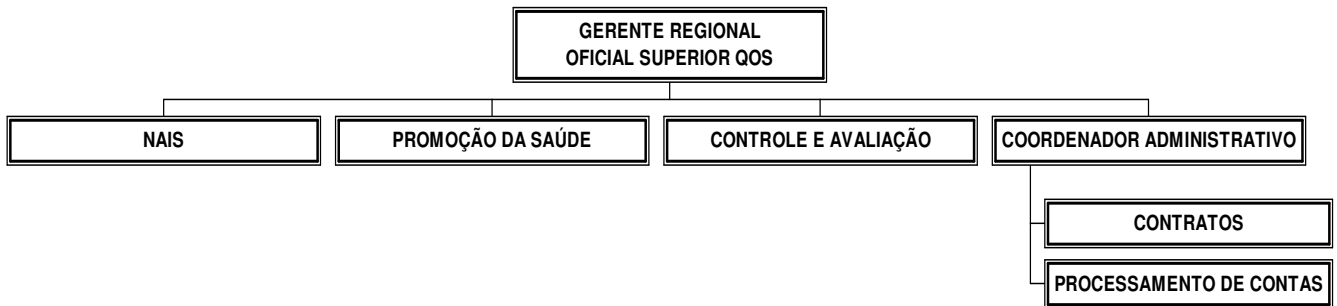


Figura 01 – Organograma da gerência regional de saúde
 Fonte: Resolução nº 001/2002, de 28/06/2002.

Segundo informações da Diretoria de Saúde, o SISAU dispõe, em 16 de abril de 2011, de 15 GRS, distribuídas em 15 regiões:

- 4ª RPM em Juiz de Fora - 4ª GRS
- 5ª RPM em Uberaba – 5ª GRS
- 6ª RPM em Lavras - 6ª GRS
- 7ª RPM em Divinópolis - 7ª GRS
- 8ª RPM em Governador Valadares - 8ª GRS
- 9ª RPM em Uberlândia - 9ª GRS
- 10ª RPM em Patos de Minas - 10ª GRS
- 11ª RPM em Montes Claros - 11ª GRS
- 12ª RPM em Ipatinga - 12ª GRS
- 13ª RPM em Barbacena - 13ª GRS
- 14ª RPM em Curvelo - 14ª GRS
- 15ª RPM em Teófilo Otoni - 15ª GRS
- 16ª RPM em Unaí - 16ª GRS
- 17ª RPM em Pouso Alegre - 17ª GRS
- 18ª RPM em Poços de Caldas - 18ª GRS

3 A HIERARQUIA E A SUBORDINAÇÃO ADMINISTRATIVA

A hierarquia é a base da organização das instituições militares, a qual compõe a cadeia de comando a ser seguida por todos os integrantes. Nesta pesquisa, será estudado o modelo da estrutura hierárquica do SISAU e segundo Farias (1979, p. 57) “[...] a estrutura hierárquica é o tipo mais descritivamente encontrado [...] que evidencia a estrutura de cargos, com seus ocupantes desempenhando papéis rigorosamente definidos [...].”

Henry Fayol, um dos primeiros pensadores da administração, citado por Werneck (2005, p. 12),

já pensava na fisiologia da empresa, à maneira do corpo humano, com seus órgãos, hierarquias e fluxos. A evolução desse pensamento representa a abordagem estruturalista da Administração, que supera as abordagens clássica e comportamental apresentando um enfoque mais completo, da estrutura e das pessoas.

As teorias da Administração sofreram fortes influências das organizações militares ao longo dos séculos.

Chiavenato (2003, p. 32) esclarece:

A organização linear tem suas origens na organização militar dos exércitos da Antiguidade e da época medieval. O princípio da unidade de comando (pelo qual cada subordinado só pode ter um superior) é o núcleo das organizações militares. A escala hierárquica - ou seja, os escalões hierárquicos de comando com graus de autoridade e responsabilidade - é um aspecto típico da organização militar utilizado em outras organizações. Com o passar dos tempos, na medida em que o volume de operações militares aumenta, cresce também a necessidade de se delegar autoridade para os níveis mais baixos da organização militar. Ainda na época de Napoleão (1769-1821), cada general, ao chefiar seu exército, cuidava da totalidade do campo de batalha. Com as guerras de maior alcance e de âmbito continental, o comando das operações exigiu novos princípios de organização e planejamento e controle centralizados em paralelo com operações descentralizadas, ou seja, passou-se à centralização do comando e à descentralização da execução.

O conceito de hierarquia na organização militar é tão antigo quanto a própria guerra (CHIAVENATO, 2003).

Quanto a hierarquia, Werneck (2005, p. 26), afirma que:

[...] a divisão do trabalho e a especialização dos trabalhadores leva à necessidade de coordenação das atividades, de modo que o resultado de todos os esforços convirja para a consecução dos objetivos da organização. Essa coordenação é realizada por meio da hierarquia, relações de subordinação e graus sucessivos de poderes, de

situação e de responsabilidades, do titular (presidente, reitor, superintendente) aos funcionários subalternos, pela qual a autoridade flui de cima para baixo.

Podemos encontrar o conceito de hierarquia em nossa vasta legislação militar.

A Lei Estadual nº 5.301, de 16 de outubro de 1969, que Contém o Estatuto dos Militares do Estado de Minas Gerais, define:

Art. 8º - Hierarquia militar é a ordem e subordinação dos diversos postos e graduações que constituem carreira militar.

§ 1º - Posto é o grau hierárquico dos oficiais, conferido por ato do Chefe do Governo do Estado.

§ 2º - Graduação é o grau hierárquico das praças, conferido pelo Comandante Geral da Polícia Militar.

A Lei nº 14.310, de 19 de junho de 2002, que aprovou o Código de Ética e Disciplina Militar (CEDM) estabelece: “Art. 6º – A hierarquia e a disciplina constituem a base institucional das IMEs”.

Outra contribuição da organização militar é o princípio de direção, que preceitua que todo soldado deve saber perfeitamente o que se espera dele e aquilo que ele deve fazer. (CHIAVENATO, 2003).

O artigo 7º do CEDM esclarece que o princípio de subordinação rege todos os graus da hierarquia militar, em conformidade com o Estatuto dos Militares do Estado de Minas Gerais – EMEMG. (MINAS GERAIS, 2002)

A Teoria Clássica concebe a organização como se fosse uma estrutura. Essa maneira de conceber a estrutura organizacional é influenciada pelas concepções antigas de organização (como a organização militar e eclesiástica) tradicionais, rígidas e hierarquizadas. (CHIAVENATO, 2003).

Para Fayol, Mooney e Urwick, ambos citados por Chiavenato (2003, p. 84),

a organização militar é o modelo do comportamento administrativo. Assim, a preocupação com a estrutura e com a forma da organização marca a essência da Teoria Clássica. A Teoria Clássica concebe a organização em termos de estrutura, forma e disposição das partes que a constituem, além do inter-relacionamento entre essas partes.

A estrutura organizacional é formada por uma cadeia de comando, ou seja, uma linha de autoridade que interliga as posições da organização e define quem se subordina a quem. A cadeia de comando, que também é conhecida por cadeia escalar, tem seu fundamento

no princípio da unidade de comando, que significa que cada empregado deve se reportar a um só superior. (CHIAVENATO, 2003).

Fayol, segundo Chiavenato (2003, p. 86) dava preferência pela organização linear, que constituiu um dos tipos mais simples de organização, e se baseia nos seguintes princípios:

- a. Unidade de comando ou supervisão única. Cada pessoa tem apenas um único e exclusivo chefe.
- b. Unidade de direção. Todos os planos devem se integrar aos planos maiores que conduzam aos objetivos da organização.
- c. Centralização da autoridade. Toda autoridade máxima de uma organização deve estar concentrada em seu topo.
- d. Cadeia escalar. A autoridade deve estar disposta em uma hierarquia, isto é, em escalões hierárquicos, de maneira que todo nível hierárquico esteja subordinado ao nível hierárquico superior (autoridade de comando).

Segundo Chiavenato (2003, p. 155), “é em função dos objetivos e resultados que a organização deve ser dimensionada, estruturada e orientada.”

Alcançar objetivos e produzir resultados constituem premissas fundamentais em qualquer organização e essa organização traz em si a pretensão de alcançar seus objetivos, através de uma operação eficiente.

A eficiência, segundo Farias (1979, p. 35), “[...] não acontece por acaso ou espontaneamente. Ela é o efeito de diversos fatores que se conjugam sistematicamente, no processamento de sua manifestação.”

Para Chiavenato (2003, p. 291) a Teoria Estruturalista concentra-se no estudo das organizações, na sua estrutura interna e na interação com outras organizações. As organizações são concebidas como unidades sociais (ou agrupamentos humanos) intencionalmente construídas e reconstruídas a fim de atingir objetivos específicos. Incluem-se nesse conceito corporações, exércitos, escolas, hospitais, igrejas e as prisões; excluem-se as tribos, classes, grupos étnicos, grupos de amigos e famílias. As organizações são caracterizadas por um conjunto de relações sociais estáveis e deliberadamente criadas com a explícita intenção de alcançar objetivos ou propósitos. Assim, a organização é uma unidade social dentro da qual as pessoas alcançam relações estáveis – não necessariamente face a face – entre si, no sentido de facilitar o alcance de um conjunto de metas e objetivos.

Como pode ser observado no capítulo anterior desse estudo, as unidades de atenção primária à saúde, os NAIS e SAS, executam suas atividades, com a dualidade na subordinação, ou seja, administrativamente essas unidades estão subordinados ao Comando

Regional ou ao Comando de Batalhões, enquanto tecnicamente, estão subordinados à Diretoria de Saúde.

Segundo Chiavenato (2003, p.263),

a burocracia é uma organização que estabelece os cargos segundo o princípio da hierarquia. Cada cargo inferior deve estar sob o controle e supervisão de um posto superior. [...] Daí a necessidade da hierarquia da autoridade para definir as chefias nos vários escalões da autoridade.

Estudos feitos pela comissão nº 09/2010 – DS, apontam que “às vezes, as ordens são conflitantes, havendo necessidade de esclarecer o nível de subordinação dos NAIS.”

Assim, tornou-se necessário verificar a organização da hierarquia do Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM, com vistas a analisar a adequação da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde, distinta da subordinação técnica, pois essa dualidade na subordinação pode aumentar ou diminuir a eficiência da gestão técnica e administrativa do SISAU como um todo.

Chiavenato (2003, p. 155) esclarece que “cada organização deve ser considerada sob o ponto de vista de eficiência e de eficácia simultaneamente.

Com o objetivo de reformular o SISAU e implantar um novo modelo de gestão de saúde, o Plano Diretor do Sistema de Saúde - PMMG-CBMMG-IPSM (SISAU) foi aprovado pela Resolução Conjunta nº 001/2002 (MINAS GERAIS, 2002).

A elaboração do primeiro Plano Diretor do Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM (SISAU), aprovado pela Resolução Conjunta nº 001/2002, partiu da necessidade de avaliação do modelo de atenção à saúde, das ações implementadas e da resolubilidade frente às necessidades dos beneficiários à época, bem como do planejamento atuarial e orçamentário.

A implementação do Plano Diretor do Sistema de Saúde levou a uma organização planejada e parametrizada, e aumentou as possibilidades de se alcançar uma maior agilidade administrativa e funcional, com vistas à otimização do uso dos recursos e do controle dos custos-benefícios, o que culminou em maior resolutividade, rapidez, conforto e competência no atendimento das necessidades de saúde apresentadas pelos beneficiários .

A organização do modelo de atenção à saúde, consagrada no Plano Diretor-2002, teve por referência os princípios organizativos da integralidade, equidade, regionalização e hierarquização, referência e contra-referência, descentralização e unicidade administrativa (MINAS GERAIS, 2002).

As definições dos princípios organizativos estão previstas no Plano Diretor/2002:

1-Integralidade – É a abordagem de todas as necessidades de saúde do indivíduo, estendendo as ações à comunidade onde este se insere. O mero atendimento a demandas espontâneas da população deve ser progressivamente substituído por ações organizadas de oferta de serviços. Programas verticais de atenção à saúde, que visam a abordar doenças específicas, devem ser abandonados.

Para isso, há que se redefinir a extensão da responsabilidade dos profissionais assistentes, estendendo ou desencadeando ações que visem à promoção da saúde no âmbito da coletividade.

2-Equidade – Significa tratar adequadamente as desigualdades, investindo-se mais onde a carência é maior.

É importante que não haja qualquer restrição de acesso aos serviços, sob pena de se perder a oportunidade de implementação de ações de promoção e prevenção à saúde.

3-Regionalização e hierarquização – Compreende a distribuição dos serviços, de acordo com o eixo político-administrativo. Devem ser consideradas aqui as diversidades regionais e, por conseqüência, as diferentes necessidades de saúde das respectivas populações.

Vinculada a este conceito está a hierarquização, que consiste na organização dos serviços por níveis de atenção, que devem variar de acordo com a qualificação de seus recursos humanos e com a complexidade tecnológica envolvida na atenção dispensada. Propõe-se, genericamente, a organização do sistema em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, ressaltando-se que o conceito de nível primário não se refere à simplificação das ações no tocante a qualificação e complexidade tecnológica, e sim à adequação das mesmas.

4- Referência e contra-referência – A organização do sistema, segundo este princípio, implica o inter-relacionamento entre os níveis de atenção, criando assim vários sub-sistemas de encaminhamento e retorno, permitindo que o paciente seja sempre atendido o mais próximo possível de seu domicílio.

5-Descentralização – Consiste na redistribuição do poder e das responsabilidades pelas diversas instâncias gestoras do sistema. Este princípio está intimamente ligado ao conceito de regionalização.

6-Unicidade administrativa – Refere-se ao comando único, evitando a multiplicidade de meios destinados ao mesmo fim e a implementação de medidas incoerentes e contraditórias em diferentes locais de execução. (MINAS GERAIS, 2002, p. 8 e 9)

A observância a esses princípios organizativos norteou o atendimento de um serviço hierarquizado, introduziu a adoção da estratégia da atenção primária à saúde que consistiu na apropriação, reorganização e reorientação dos recursos disponíveis no setor de saúde. (MINAS GERAIS, 2002).

Foi adotado um modelo de gestão compartilhada, fundamentado no convênio de cooperação mútua celebrado entre as Instituições integrantes do SISAU e consubstanciado no Conselho Gestor PMMG-CBMMG-IPSM (CONGES) (MINAS GERAIS, 2002).

O compartilhamento da gestão do SISAU compreende ações coordenadas que visam à consolidação do modelo de atenção à saúde, pautado na estratégia da atenção primária. (MINAS GERAIS, 2002).

Transcorridos 09 anos da edição do primeiro Plano Diretor, surgiu a necessidade de revisão deste instrumento estratégico, com o intuito de atualizar diretrizes para os diversos níveis de atenção à saúde em consonância com o contexto atual, bem como a reformulação gerencial e estrutural do Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-ISPM, de modo a viabilizar a eficiência, agilidade administrativa e o alcance de novos objetivos, bem como analisar se a eficiência da gestão do SISAU fica comprometida em razão das dificuldades decorrentes da dualidade na subordinação técnica e administrativa das unidades de atenção primária à saúde.

Com a finalidade de analisar se a subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde, aos comandos regionais ou batalhões, facilita ou dificulta a gestão eficiente do Sistema de Saúde, foram aplicadas entrevistas a pessoas-chave responsáveis por administrar a gestão de saúde e questionários a cinco grupos de Oficiais.

O capítulo a seguir destina-se a análise da pesquisa.

4 ANÁLISE DA PESQUISA E RESULTADOS

Analisar é, portanto um todo em suas partes, a fim de poder efetuar um estudo mais completo. Porém, o mais importante não é reproduzir a estrutura do plano, mas indicar os tipos de relações existentes entre as idéias expostas.

MARCONI e LAKATOS

Para compreender melhor a relação existente entre as unidades de atenção primária à saúde e a Diretoria de Saúde, bem como a relação dessas unidades e seus comandos regionais e batalhões, utilizou-se a pesquisa de campo, através da aplicação de questionários e entrevistas que será apresentada.

Segundo Lakatos e Marconi (2010, p.178), a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional.

As entrevistas estruturadas foram aplicadas a pessoas-chave responsáveis por administrar a gestão de saúde, entre elas, a Diretora de Saúde da PMMG, Coronel PM Neuza Maria Aparecida Mendes, a Diretora Técnica de Saúde, Coronel PM QOS Tânia Pereira dos Reis Aguiar, a Chefe da Seção de Vigilância à Saúde (SEVIG), Major PM QOS Carla Mylene Narciso da Cruz, bem como a Chefe anterior e a atual Chefe da Seção de Atenção Integral à Saúde (SEAT), Tenente Coronel QOS Maria Henriqueta Barreto do Nascimento e Major PM QOS Laurita Lúcia Gonçalves.

Lakatos e Marconi (2010, p. 180) definem que entrevista estruturada “é aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas.”

A entrevista estruturada permite obter dos entrevistados, respostas às mesmas perguntas, possibilitando assim uma comparação.

Houve respostas para as seguintes perguntas, através da aplicação de entrevista estruturada:

- Questão 01: Qual a relação administrativa que a Diretoria de Saúde tem com as unidades de atenção primária à saúde – NAIS e SAS?
- Questão 02: Quais são os facilitadores identificados pela Diretoria de Saúde, decorrentes da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde aos comandos regionais e batalhões?

- Questão 03: Quais são os dificultadores identificados pela Diretoria de Saúde, decorrentes da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde aos comandos regionais e batalhões?
- Questão 04: Em sua visão, qual seria o modelo mais adequado de subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde? Por quê?
- Questão 05: Há alguma atividade na Diretoria de Saúde, que para ser melhor executada, dependeria de subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde?

Segundo Lakatos e Marconi (2010, p.184), questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Em geral, o pesquisador envia o questionário ao informante, pelo correio ou por um portador; depois de preenchido, o pesquisado devolve-o do mesmo modo.

Os questionários foram aplicados a cinco grupos diferentes, ou seja, aos comandantes regionais, comandantes de batalhões e companhias independentes que possuem NAIS e SAS subordinados, aos gerentes regionais de saúde, aos chefes de NAIS e chefes de SAS, sendo que esses dois últimos grupos são também identificados como chefes das unidades de atenção primária à saúde e foram enviados por meio eletrônico (painel administrativo).

Buscou-se obter respostas para as seguintes questões, aplicadas por meio de questionários:

- Questão 01: A subordinação administrativa aos comandos regionais ou batalhões facilita ou dificulta a execução dos programas de promoção e prevenção à saúde, de responsabilidade dos NAIS e SAS?
- Questão 02: A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a alocação de recursos humanos nos NAIS e SAS?
- Questão 03: A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a alocação de recursos materiais nos NAIS e SAS?

- Questão 04: A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde?
- Questão 05: Há conflitos de ordem emitida pela Diretoria de Saúde e pelo Comandante de Batalhão ou Companhia a qual o NAIS e a SAS estão subordinados?

Adiante, apresentam-se uma análise comparativa das entrevistas, bem como as tabelas e gráficos para fins de análise e interpretação dos dados coletados com base na pesquisa realizada nos 05 grupos, por meio dos questionários (questões fechadas). Os dados são mostrados na forma de tabelas e gráficos. Os gráficos mostram os dados com base nos valores absolutos.

4.1 Análise das entrevistas

A entrevista estruturada foi respondida por 05 pessoas-chaves responsáveis em administrar a gestão de saúde do SISAU.

Buscou-se com a questão 01, verificar qual a relação administrativa que a Diretoria de Saúde tem com as unidades de atenção primária à saúde – NAIS e SAS.

Constatou-se através das respostas, que a relação administrativa está diretamente ligada à alocação de recursos materiais e humanos. É de responsabilidade da Diretoria de Saúde o atendimento das demandas das unidades encarregadas de prestar a atenção primária à saúde, inclusive, a parte orçamentária.

Na seqüência são transcritos algumas respostas das pessoas entrevistadas:

- A DS é provedora de suprimento de materiais e equipamentos relativos à técnica, verba para construção/reformas de estrutura física, direcionamento quanto ao modelo estrutural e de programas de saúde e ainda o dimensionamento de pessoal necessário e produtividade do efetivo para a área técnica saúde.

- Em relação aos recursos humanos a DS tem o acompanhamento da produtividade dos profissionais do QOS e tem como atribuição opinar nas solicitações de movimentação.

Pesquisou-se por meio da questão 02, detectar quais são os facilitadores identificados pela Diretoria de Saúde, decorrentes da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde aos comandos regionais e batalhões.

Através das respostas foi possível identificar 02 facilitadores:

- gerenciamento administrativo do efetivo das unidades de atenção primária à saúde;
- execução descentralizada dos recursos orçamentários.

Conforme apontado na entrevista, vários são os fatores que indicam o gerenciamento administrativo das unidades de atenção primária à saúde como um facilitador: a proximidade da Unidade com os NAIS e SAS favorece o acompanhamento das questões disciplinares, o cumprimento da jornada de trabalho, as escalas de serviço, o gerenciamento de férias, cursos, quinquênios, treinamento policial básico, promoção, os lançamentos no sistema informatizado, controle e manuseio da pasta funcional e a proximidade ao comando local que pode acompanhar de perto os profissionais e os serviços de saúde prestados nas unidades de atenção primária à saúde.

Quanto à execução descentralizada dos recursos orçamentários, o item facilitador é que a unidade que possui NAIS ou SAS executa, de forma descentralizada, os recursos disponibilizados para a manutenção da infra-estrutura para atendimento de saúde.

Através da questão 03, buscou-se verificar quais são os dificultadores identificados pela Diretoria de Saúde, decorrentes da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde aos comandos regionais e batalhões.

A pesquisa apontou, com unanimidade, que o principal fator dificultador é a falta de gestão direta dos recursos humanos pela DS, quer seja na alocação ou na movimentação de efetivo do QOS e QPE.

A falta de gestão direta da alocação dos recursos humanos da saúde, provoca o excesso de efetivo em um lugar e carência de efetivo em outro, considerando que o remanejamento de pessoal para atender a demanda de saúde exige um grande esforço de

negociação com o comandante direto do militar e com o comandante regional, o que compromete a tomada de decisão com a rapidez necessária à solução do problema.

Por meio da questão 04, pesquisou-se sobre qual seria o modelo mais adequado de subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde.

Através da pesquisa, percebe-se que o atual modelo de subordinação das unidades de atenção primária à saúde precisa passar por uma nova estruturação.

As pessoas entrevistadas apontaram que modelo mais adequado à subordinação dos NAIS e SAS é que tanto a subordinação técnica quanto administrativa seja da Diretoria de Saúde.

Foram apresentadas, pelas pessoas entrevistadas, as seguintes propostas para um modelo mais adequado da subordinação:

- A Diretoria de Saúde deveria ter autonomia para decidir sobre o melhor local para alocar os funcionários disponibilizados para cada serviço;
- o mais adequado é o modelo de subordinação técnica e administrativa à DS, com apoio administrativo pela Unidade de execução a qual está vinculado a SAS ou o NAIS;
- a subordinação deveria ser da Diretoria de Saúde, conduzindo uma equipe especializada espalhada por todo o Estado;
- a da DS deveria ser ouvida nos casos de avaliação de desempenho, recompensas, punição e principalmente nas movimentações;
- a subordinação administrativa destas unidades de atenção primária à saúde à DS deveria ser apenas no quesito “MOVIMENTAÇÃO DE QOS e QPE”;
- Subordinação técnica e administrativa à DS.

Buscou-se com a questão 05, verificar se há alguma atividade na Diretoria de Saúde, que para ser melhor executada, dependeria de subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde.

As respostas apontaram que as atividades de recursos humanos seriam melhor executadas se não dependessem da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde aos comandos regionais ou de batalhões.

As atividades de recursos humanos, alusivas às movimentações de profissionais de saúde, férias, avaliação de desempenho, remanejamento e alocação de recursos humanos foram sugestões apresentadas na pesquisa, que deveriam estar subordinadas à Diretoria de Saúde.

4.2 Análise dos gráficos e tabelas

A análise das respostas recebidas em razão dos questionários enviados aos cinco segmentos diretamente envolvidos na gestão da saúde no âmbito da PMMG, mostra que os comandantes regionais e de batalhões não se sentiram totalmente motivados para enviar suas respostas, conforme se vê na tabela abaixo. Evidenciou-se que as unidades diretamente envolvidas na prestação da assistência à saúde aos usuários do sistema têm opiniões divergentes dos comandantes regionais e de batalhões, o que pode ser, interpretado como uma necessidade de correção na gestão dessa importante missão de zelar pela saúde dos milicianos e de suas famílias.

A interpretação dos cinco conjuntos de repostas, principalmente dos GRS, NAIS e SAS, executores diretos da assistência à saúde, apontará outras assertivas, propiciando à Diretoria de Saúde, dados e informações para o correto alinhamento do sistema, lastreado nas conclusões e nas decisões, que puderem ser implementadas.

De qualquer forma, nesse primeiro momento, a pesquisa, mesmo não tendo a maioria dos questionários respondida pelos comandantes regionais e de batalhões, evidencia que o sistema não trabalha de maneira homogênea, apontando a existência de contradições e até de entendimento de como deveria ser a gestão da saúde, no que refere-se à subordinação administrativa, à alocação dos recursos humanos e materiais, à comunicação e ao conflito de ordens emitidas pela Diretoria de Saúde aos executores da assistência à saúde.

Tabela 03
Quantidade de respostas recebidas e não recebidas pelos cinco grupos pesquisados

PESQUISADO	Questionários respondidos		Questionários não respondidos		TOTAL	
	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)
Cmt Regional	07	39	11	61	18	100
Cmt Batalhão	15	31	34	69	49	100
GRS	12	93	1	7	15	100
NAIS	12	88	2	12	16	100
SAS	41	80	10	20	51	100

Fonte: dados de pesquisa

Comentaremos as seguir, as respostas obtidas a cada uma das cinco questões, enviada ao grupo de pesquisados, cujo índice de retorno ficou explicitado na tabela acima.

Os dados apresentados na TAB. 04 e GRAF. 01, mostram se a subordinação administrativa aos comandos regionais ou batalhões facilita ou dificulta a execução dos programas de promoção e prevenção à saúde, de responsabilidade dos NAIS e SAS.

A análise das respostas recebidas em razão dos questionários enviados aos cinco segmentos diretamente envolvidos na gestão da saúde no âmbito da PMMG, mostra que houve descaso no retorno ao pesquisador, ou às perguntas.

QUESTÃO 01: A subordinação administrativa aos comandos regionais ou batalhões facilita ou dificulta a execução dos programas de promoção e prevenção à saúde, de responsabilidade dos NAIS e SAS?

Tabela 04
Execução dos Programas de Promoção e Prevenção à Saúde

PESQUISADO	FACILITA		DIFICULTA		TOTAL	
	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)
Cmt Regional	05	83	01	17	06	100
Cmt Batalhão	13	87	02	13	15	100
GRS	11	79	03	21	14	100
NAIS	11	85	02	15	13	100
SAS	28	72	11	28	39	100

Fonte: dados de pesquisa

QUESTÃO 01: A subordinação administrativa aos comandos regionais ou batalhões facilita ou dificulta a execução dos programas de promoção e prevenção à saúde, de responsabilidade dos NAIS e SAS?

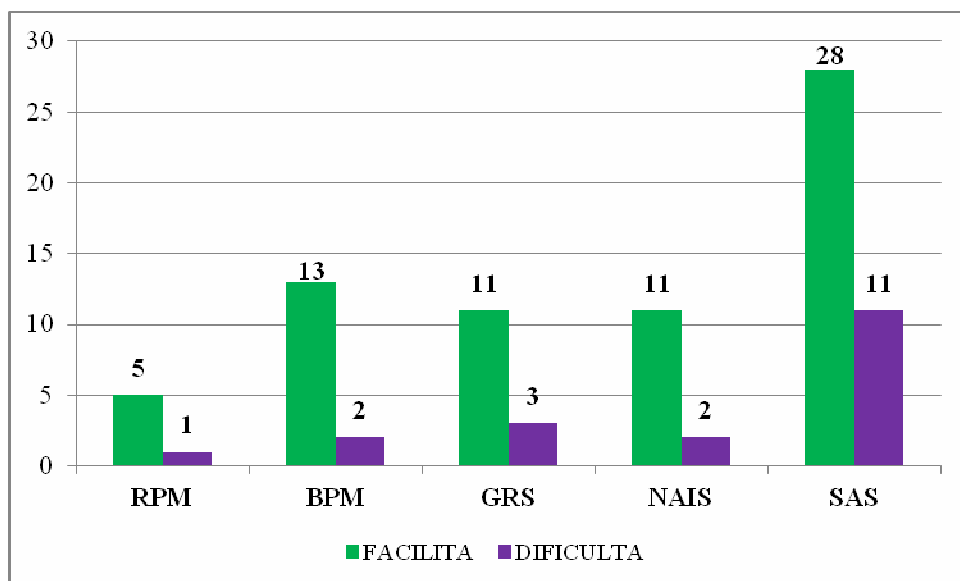


Gráfico 01 – Execução dos Programas de Promoção e Prevenção à Saúde

Fonte: dados da pesquisa

As respostas recebidas permitiram verificar que, com relação à primeira pergunta apenas 07 entre os 18 Comandantes Regionais responderam essa questão e desses, cinco afirmaram que a subordinação administrativa facilita a execução dos programas e prevenção à saúde sob responsabilidade dos NAIS e SAS. Um comando respondeu que essa subordinação dificulta e outro comando não respondeu à pergunta.

Das 15 respostas vindas dos batalhões ou companhias independentes, de um total de 49 unidades, 13 comandantes responderam que a subordinação administrativa não dificulta a execução dos programas de promoção e prevenção à saúde sob responsabilidade dos NAIS e SAS. Apenas 2 comandantes afirmaram que essa subordinação dificulta.

No âmbito das 15 Gerências Regionais de Saúde, 14 GRS responderam. Onze gerentes regionais acham que a subordinação administrativa não dificulta a execução dos programas de promoção e prevenção à saúde sob responsabilidade dos NAIS e SAS e apenas 03 GRS, apontaram essa dificuldade.

Para os 16 NAIS, 14 chefes de NAIS responderam que subordinação administrativa não dificulta a execução dos programas de promoção e prevenção à saúde sob responsabilidade dos NAIS e SAS. Apenas 02 chefes de NAIS afirmam que existe essa dificuldade.

Das 51 Seções de Assistência à Saúde, 41 chefes de SAS responderam a questão e desses, 29 afirmaram que a subordinação administrativa não dificulta a execução dos programas de promoção e prevenção à saúde sob responsabilidade dos NAIS e SAS, sendo que 11 chefes de SAS afirmam que existe essa dificuldade.

Depreende-se então do gráfico 01, que para maioria dos entrevistados, não existe dificuldade na subordinação aos comandos regionais quanto a execução dos programas de promoção e prevenção à saúde, de responsabilidade das unidades de atenção primária à saúde.

As respostas inibem uma interpretação mais efetiva porque o grupo de comandantes regionais e de batalhões, principais envolvidos nessa subordinação teve apenas 39% e 31% de respostas respectivamente, e considerando especificamente a primeira questão, as respostas desse dois segmentos indicam, que 83% dos comandantes regionais acham que a subordinação facilita. O número poderia ser considerado expressivo, mas representa menos de 40% de todo o universo das RPM.

A mesma argumentação cabe aos comandantes regionais, pois quase 70% se abstiveram das respostas e dentre os que responderam 87% crê que a subordinação facilita, contra 13% que a apontam como dificultador.

Como contribuição acadêmica o dado não deixa de ser significativo, pois assinala que existem barreiras administrativas na gestão do SISAU, tanto na opinião dos comandantes regionais quanto dos comandantes de batalhões, mesmo considerando que o percentual de respostas desses dois segmentos foi abaixo da expectativa.

O índice de respostas afirmativas, entre os questionários devolvidos, representa 28% entre as SAS, sabidamente, o segmento mais envolvido com a execução desse serviço, quanto aos demais, o percentual é relativamente baixo, conforme se vê na tabela a seguir.

Buscou-se com a questão 02, verificar se a subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a alocação de recursos humanos nos NAIS e SAS.

A TAB. 05 e GRAF. 02 apresentam a análise das respostas.

QUESTÃO 02: A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a alocação de recursos humanos nos NAIS e SAS?

Tabela 05
Recursos Humanos

PESQUISADO	FACILITA		DIFICULTA		TOTAL	
	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)
Cmt Regional	04	57	03	43	07	100
Cmt Batalhão	13	81	02	19	16	100
GRS	07	54	06	46	09	100
NAIS	08	62	05	38	13	100
SAS	19	47	21	53	40	100

Fonte: dados de pesquisa

QUESTÃO 02: A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a alocação de recursos humanos nos NAIS e SAS?

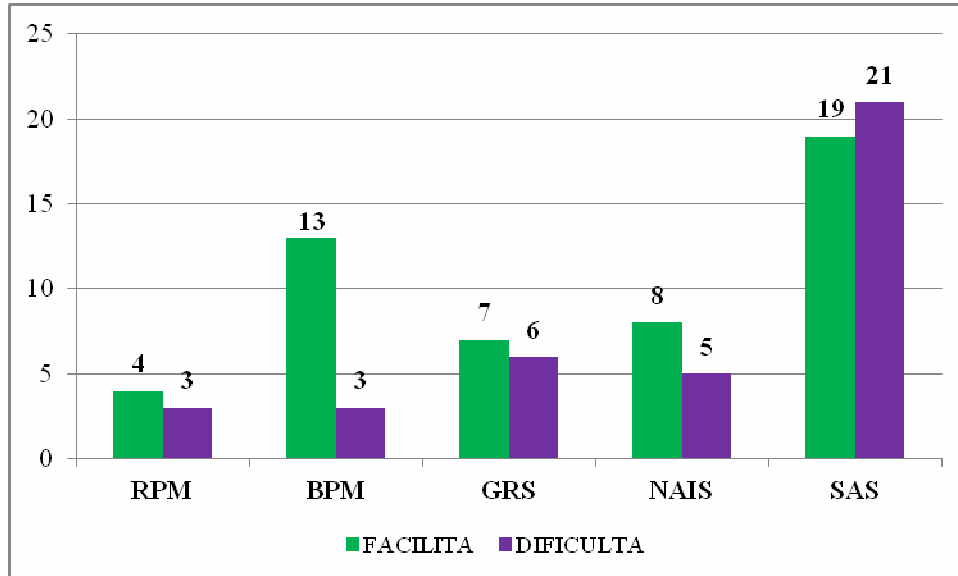


Gráfico 02 – Recursos Humanos

Fonte: dados da pesquisa

O gráfico acima nos permite concluir que há um certo equilíbrio nas respostas entre os grupos, com uma leve diferença a favor de que a subordinação facilita, contudo o grupo de Chefes de SAS mostra uma inversão desse percentual, apontando que 54% dos entrevistados responderam que a subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias dificulta a alocação de recursos humanos nos NAIS e SAS é de dificuldade e 46% dos Chefes de SAS, entendem que a subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita a alocação de recursos humanos nos NAIS e SAS.

O grupo de comandantes de batalhões e companhias independentes, que possuem NAIS e SAS subordinados, é um outro segmento diretamente envolvido, e nesse caso, pode-se verificar que 81% desses comandantes entrevistados, responderam que a subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita a alocação de recursos humanos nos NAIS e SAS, contra 19% dos entrevistados (comandantes) que entendem que essa subordinação dificulta a alocação de recursos humanos nos NAIS e SAS.

A observação de um dos Comandantes Regionais é que a subordinação administrativa dificulta a alocação de recursos humanos nos NAIS e SAS, *“uma vez que é o Cel DS quem possui autonomia para movimentação dos QOS/QPE.”*

Através da TAB. 06 e o GRAF. 03 é possível verificar se a subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a alocação de recursos materiais nos NAIS e SAS.

QUESTÃO 03: A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a alocação de recursos materiais nos NAIS e SAS?

Tabela 06
Recursos Materiais

PESQUISADO	FACILITA		DIFICULTA		TOTAL	
	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)
Cmt Regional	04	67	02	33	06	100
Cmt Batalhão	11	73	04	27	15	100
GRS	07	54	06	46	13	100
NAIS	09	69	04	31	13	100
SAS	24	62	15	38	39	100

Fonte: dados de pesquisa

QUESTÃO 03: A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a alocação de recursos materiais nos NAIS e SAS?

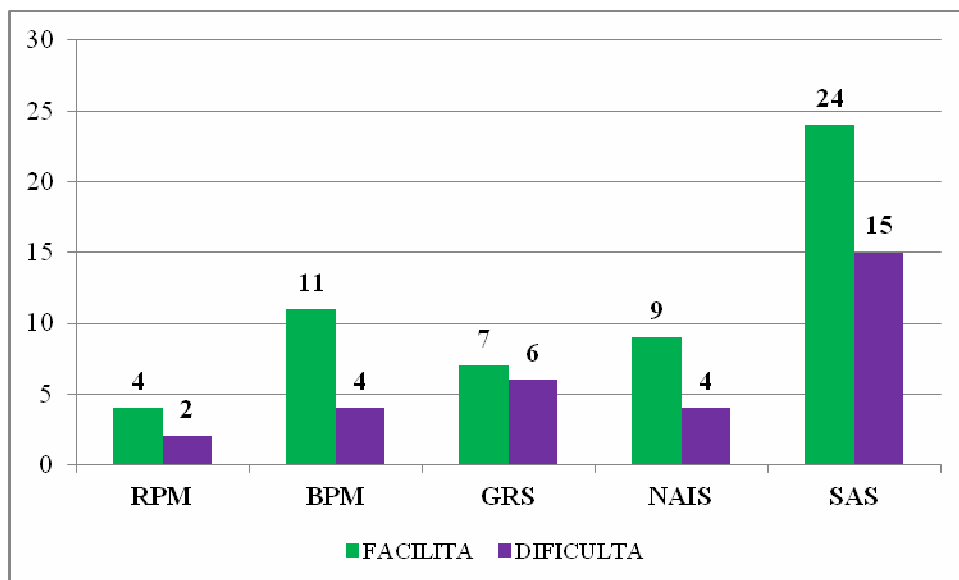


Gráfico 03 – Recursos Materiais

Fonte: dados da pesquisa

No que se refere à alocação de recursos materiais aos NAIS e SAS, a pesquisa aponta se essa subordinação facilita a alocação de recursos materiais, mostrando certo equilíbrio nas respostas do GRS.

Percebe-se pelo GRAF. 03 que 67% dos comandantes regionais entrevistados afirmaram que a subordinação administrativa facilita a alocação de recursos materiais nos NAIS E SAS, e 33% dos comandantes regionais entrevistados respondeu que essa subordinação dificulta alocação de recursos materiais nos NAIS E SAS.

Constata-se que 73% dos comandantes de batalhões e companhias independentes que possuem NAIS e SAS subordinados afirmaram que a subordinação administrativa facilita a alocação de recursos materiais nos NAIS E SAS, e apenas 27% dos comandantes de

batalhões e companhias independentes que possuem NAIS e SAS subordinados respondeu que essa subordinação dificulta alocação de recursos materiais nos NAIS E SAS.

Verifica-se que 54% dos gerentes regionais de saúde responderam que a subordinação administrativa facilita a alocação de recursos materiais nos NAIS E SAS, e 46% dos gerentes regionais de saúde entrevistados responderam que essa subordinação administrativa dificulta alocação de recursos materiais nos NAIS E SAS

Um dos Gerentes Regionais de Saúde entrevistados, complementou sua resposta com relação às questões 02 e 03:

Dificultar ou facilitar, por parte do comando regional ou de BPM, em relação a alocação de recursos humanos e materiais, na minha opinião, depende do relacionamento entre a Gerência e o respectivo Comando e a prioridade que este dá à assistência à saúde.

Percebe-se que 69% dos Chefes de NAIS afirmaram que a subordinação administrativa facilita a alocação de recursos materiais nos NAIS E SAS, e 31% dos Chefes de NAIS entrevistados respondeu que essa subordinação dificulta alocação de recursos materiais nos NAIS E SAS.

Com relação aos Chefes de SAS, o percentual que considera que a subordinação administrativa facilita a alocação dos recursos materiais é de 62%, enquanto 38% entendem que essa subordinação administrativa dificulta a alocação dos recursos materiais.

Buscou-se com a questão 04, verificar se a subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde.

A TAB. 07 e GRAF. 04 apresentam a análise das respostas.

QUESTÃO 04: A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde?

Tabela 07
Comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde

PESQUISADO	FACILITA		DIFICULTA		TOTAL	
	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)
Cmt Regional	04	67	02	33	06	100
Cmt Batalhão	09	56	07	44	16	100
GRS	07	58	05	42	12	100
NAIS	07	58	05	42	12	100
SAS	28	70	12	30	40	100

Fonte: dados de pesquisa

QUESTÃO 04: A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde?

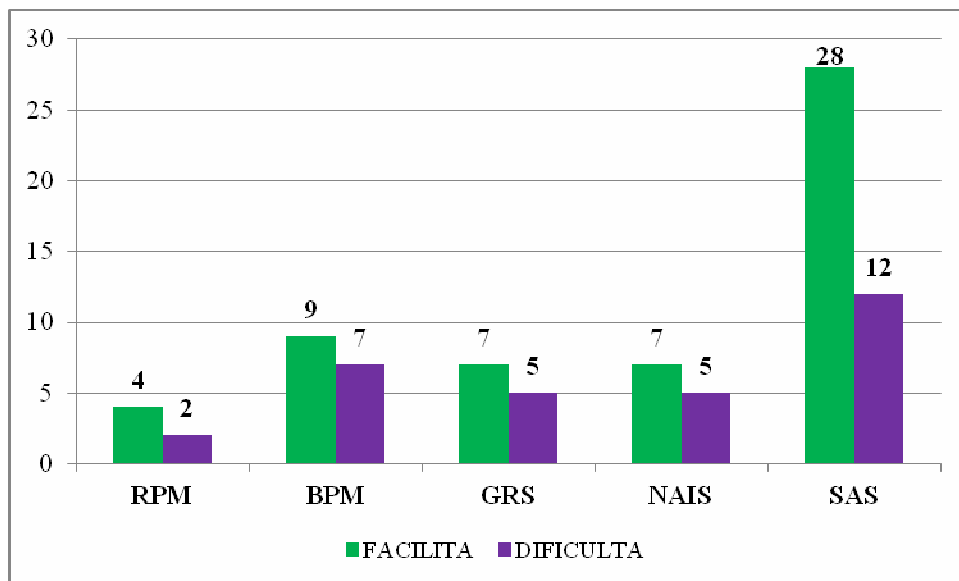


Gráfico 04 – Comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde
Fonte: dados da pesquisa

No questionamento se a subordinação aos comandos de batalhões ou às companhias independentes facilita ou dificulta a comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde, a pesquisa evidenciou que essa subordinação aos comandos de batalhões e companhias, facilita a comunicação dos NAIS e SAS com a DS, destacando-se o expressivo índice do segmento SAS, que apontou 70% de facilidade contra 30% de dificuldade.

Um Chefe de NAIS complementou sua resposta com a seguinte observação:

Temos uma comunicação horizontal com a DS com aquiescência do atual comando. Já tivemos muita dificuldade em comandos anteriores, mas atualmente a subordinação administrativa ao Comando só favorece a demanda do Nais (recursos humanos e materiais).

Depreende-se pela TAB. 07 que 67% dos comandantes regionais entrevistados responderam que a subordinação administrativa facilita a comunicação dos NAIS E SAS com a Diretoria de Saúde, enquanto 33% dos entrevistados responderam que essa subordinação administrativa dificulta a comunicação dos NAIS E SAS com a Diretoria de Saúde.

Inferese pela TAB. 07 que 56% dos comandantes de batalhões e companhias independentes que possuem NAIS e SAS subordinados responderam que a subordinação administrativa facilita a comunicação dos NAIS E SAS com a Diretoria de Saúde, enquanto 44% dos entrevistados responderam que essa subordinação administrativa dificulta a comunicação dos NAIS E SAS com a Diretoria de Saúde.

No grupo das Gerências Regionais de Saúde, 07 GRS, ou seja, 58% responderam que a subordinação administrativa facilita a comunicação dos NAIS E SAS com a Diretoria de Saúde a 05 GRS, o que equivale a 42%, responderam que a subordinação administrativa dificulta a comunicação dos NAIS e SAS com a DS.

Quanto ao segmento dos Chefes de SAS, pode-se constatar que 70% desses entrevistados responderam que a subordinação administrativa facilita a comunicação dos NAIS E SAS com a Diretoria de Saúde, e 30% respondeu que a subordinação administrativa dificulta a comunicação dos NAIS e SAS com a DS.

Através da questão 05 buscou-se verificar se há conflitos de ordem emitida pela Diretoria de Saúde e pelo Comandante de Batalhão ou Companhia a qual o NAIS e a SAS estão subordinados.

A TAB. 08 e GRAF. 05 apresentam a análise das respostas.

QUESTÃO 05: Há conflitos de ordem emitida pela Diretoria de Saúde e pelo Comandante de Batalhão ou Companhia a qual o NAIS e a SAS estão subordinados?

Tabela 08
Conflitos de Ordem

PESQUISADO	NENHUM		POUCO		MUITO		TOTAL	
	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)	ABSOLUTO	(%)
Cmt Regional	04	57	03	43	0	-	07	100
Cmt Batalhão	09	60	06	40	0	-	15	100
GRS	09	64	05	36	0	-	14	100
NAIS	04	31	07	54	02	15	13	100
SAS	22	55	16	40	02	5	40	100

Fonte: dados de pesquisa

QUESTÃO 05: Há conflitos de ordem emitida pela Diretoria de Saúde e pelo Comandante de Batalhão ou Companhia a qual o NAIS e a SAS estão subordinados?

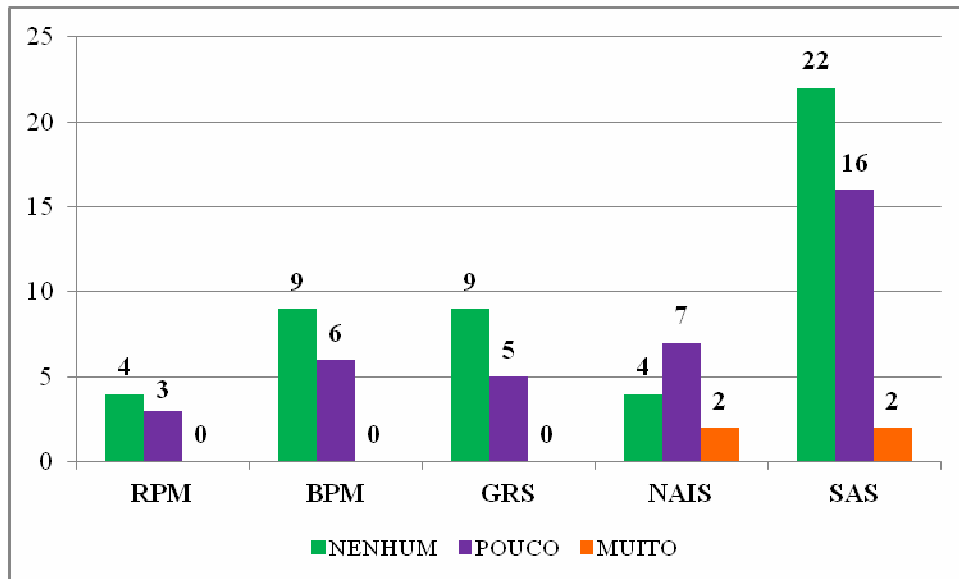


Gráfico 05 – Conflitos de Ordem

Fonte: dados da pesquisa

No questionamento se há conflitos de ordem emitida pela Diretoria de Saúde e pelo Comandante de Batalhão ou Companhia a qual o NAIS e a SAS estão subordinados, percebe-se pelas respostas dos entrevistados que existem conflitos, mensurados para alguns como pouco e como nenhum conflito para outros.

As respostas apontam claramente que existem poucos ou nenhum conflito de ordens na avaliação das regiões, batalhões e gerências regionais de saúde. Quando a pergunta é respondida pelo NAIS e SAS, a opção “muito” já aparece, dessa vez, com maior percentual para os NAIS, que aponta 15%.

De acordo com os dados da pesquisa, constata-se que, para 57% dos comandantes regionais entrevistados, ou seja, 04 comandantes regionais, não há conflitos de ordem emitidas pela Diretoria de Saúde e para, 43% dos comandantes regionais entrevistados, ou seja, 03 comandantes regionais, existe o conflito de ordem emitida pela Diretoria de Saúde e pelo Comandante de Batalhão ou Companhia a qual o NAIS e a SAS estão subordinados. Ressalta-se, mais uma vez, que de um universo de 18 unidades regionais, apenas 07 comandantes responderam o questionário.

A pesquisa apontou que 60% dos comandantes de batalhões e companhias independentes que possuem NAIS e SAS subordinados, responderam que não há conflitos de ordem emitidas pela Diretoria de Saúde, enquanto 40% dos comandantes de batalhões e companhias independentes que possuem NAIS e SAS subordinados entendem que existe pouco conflito de ordem emitida pela Diretoria de Saúde e pelo Comandante de Batalhão ou Companhia a qual o NAIS e a SAS estão subordinados.

Constata-se que 09 gerentes regionais, o que equivale a 64% responderam sobre a não existência de conflitos de ordens, enquanto 05 GRS, ou seja, 36% responderam sobre que há conflitos de conflitos de ordens emitida pela Diretoria de Saúde e pelo Comandante de Batalhão ou Companhia a qual o NAIS e a SAS estão subordinados.

Destaca-se no segmento dos Chefes de NAIS, que apenas 04 dos entrevistados, ou seja, 31% responderam que não há conflitos, enquanto 07 Chefes de NAIS (54%) apontaram que existe a ocorrência de poucos conflitos e 02 Chefes de NAIS (13%) entendem que há a ocorrência de muitos conflitos.

Por fim, observa-se que 55% dos Chefes de SAS responderam que não há conflitos de ordem, enquanto 40% respondeu sobre a existência de poucos conflitos de ordens e 5% respondeu sobre a existência de muitos conflitos.

Constata-se que as respostas são significativas e podem direcionar essa pesquisa para sugestões que visem a eliminar os ruídos na transmissão das ordens.

5 CONCLUSÃO

Pelo exposto, conclui-se que o objetivo geral estabelecido para esta pesquisa no sentido de analisar a adequabilidade da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde, distinta da subordinação técnica, com vistas a: descrever o Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM; examinar a relação existente entre as unidades de atenção primária à saúde e seus comandos regionais e batalhões; identificar facilitadores e dificultadores decorrentes da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde aos comandos regionais e batalhões e propor o modelo mais adequado de subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde, foi alcançado.

Buscou-se fazer um traçado histórico do Sistema de Saúde, sendo possível constatar que a legislação referente ao SISAU é obsoleta. A prestação da assistência à saúde nos moldes atuais precisa ser contemplada com normas atualizadas, reformulando-se todo esse arcabouço, na busca de melhor aproveitamento de todo o potencial que o Estado disponibiliza para a Instituição.

Há de se verificar sobre a necessidade de reformulação da Resolução nº 519, de 21 de março de 1978, que aprovou o Regulamento da Diretoria de Saúde e Órgãos Subordinados (R-107), bem como a reformulação do Plano Diretor, previsto na Resolução nº 001 /2002, de 28 de junho de 2002.

Percebe-se que o R-107 encontra-se ultrapassado com relação à definição, estrutura e competência das seções que compõem a Diretoria de Saúde e principalmente as competências e estruturas das Unidades Subordinadas à Diretoria de Saúde, pois de 1978 (ano de aprovação do R-107) até os dias atuais, passamos por uma considerável evolução.

Outro ponto que a pesquisa direciona diz respeito à conceituação dos termos técnicos e administrativos. Faltam definições mais completas com rol de atribuições e competências de segmentos importantes que compõem o SISAU, o que pode, sem dúvida, eliminar vários pontos de divergências apontados nessa monografia, tais como a subordinação técnica e administrativa, conflitos de ordem e outros.

Com relação ao Plano Diretor, outra dificuldade para essa pesquisa foi encontrada, pois, não há a definição das atribuições e competências das Gerências Regionais de Saúde, Núcleos de Atenção Integral à Saúde e Seções de Assistência à Saúde.

Constata-se então que é necessário, além da reformulação do R-107 e do Plano Diretor, também a criação de normas e regimentos internos para as GRS, NAIS e SAS.

Através da aplicação de questionários, examinou-se a relação existente entre as unidades de atenção primária à saúde e seus comandos regionais e batalhões verificando-se que existem conflitos e interesses que merecem atenção especial do comando.

Constata-se que a subordinação administrativa dos NAIS e SAS aos comandos regionais ou batalhões, comprova a existência de dificuldades relacionadas à execução dos programas de promoção e prevenção à saúde, alocação de recursos humanos, alocação de recursos materiais, dificuldade de comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde e principalmente a existência de conflitos de ordens emitidas pela DS e pelo Comandante de Batalhão ou Companhia, a qual o NAIS ou SAS estão subordinados.

Os facilitadores e dificultadores decorrentes da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde aos comandos regionais e batalhões foram apontados nas respostas das entrevistas.

Evidenciou-se que as questões alusivas aos recursos humanos seriam solucionadas e resolvidas de uma forma mais rápida e eficaz se a Diretoria de Saúde tivesse, além da subordinação técnica, a subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde para gerenciar tais questões.

Entendemos que Diretoria, por situar-se no nível tático, deve deter toda a hegemonia na administração da saúde e não apenas cuidar, do aspecto técnico, arcando somente com os ônus na prestação dessa assistência.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): **Princípios e conquistas**. Brasília, 2000
- CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7. ed. rev. e atual, Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- DIAGNÓSTICO de Avaliação dos Núcleos de Atenção Integral à Saúde (NAIS) no Sistema de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais – Abril de 2001 (Trabalho da comissão nº 09/2010).
- DINIZ, Rômulo Bebert. Relatório de Gestão da Diretoria de Saúde - 2004/2005. Diretoria de Saúde da Polícia Militar, Polícia Militar de Minas Gerais, **Anais...**, Belo Horizonte, 2006.
- FARIAS, Gonçalo Pereira de. **Teoria geral da administração** – uma introdução. São Paulo: Atlas, 1979.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MINAS GERAIS. **Lei Estadual nº 597**, de 30 de agosto de 1913. Cria o Serviço de Saúde da Força Pública.
- MINAS GERAIS. **Decreto nº 4.060**, de 15 de dezembro de 1913. Aprova o Regulamento do Serviço de Saúde da Força Pública.
- MINAS GERAIS. **Decreto nº 11.324**, de 11 de maio de 1934. Concede uma contribuição anual à Caixa Beneficente da Força Pública do Estado.
- MINAS GERAIS. **Decreto nº 11.966**, de 15 de julho de 1969. Estabelece os efetivos das Unidades, Serviços e Órgãos da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais.
- MINAS GERAIS. **Lei Estadual nº 5.301**, de 16 de outubro de 1969. Contém o Estatuto dos Militares do Estado de Minas Gerais.
- MINAS GERAIS. **Decreto nº 18.445** de 15 de abril de 1977. Aprova o Regulamento de Competência e Estrutura dos órgãos previstos na Lei 6.624, de 18 de julho de 1975, que dispõe sobre a Organização Básica da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais - R-100, e dá outras providências.
- MINAS GERAIS. Polícia Militar. Comando Geral. **Resolução nº 519/1978**. Aprova o Regulamento da Diretoria de Saúde e Órgãos Subordinados – R107.
- MINAS GERAIS. **Lei Estadual nº 7.290**, de 04 de julho de 1978. Dispõe sobre a Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais, CBPM, e dá outra providências.

MINAS GERAIS. **Lei Estadual nº 10.366**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais – IPSM.

MINAS GERAIS. **Lei Estadual nº 17.720**, de 28 de dezembro de 1990, Dispõe sobre o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais – IPSM e dá outras providências.

MINAS GERAIS. **Lei Estadual nº 11.406**, de 28 de janeiro de 1994. Reorganiza a Autarquia Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais - IPSM, introduz alterações na estrutura orgânica de Secretarias de Estado e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. Comando Geral. **Resolução Conjunta nº 07/1995-PMMG-CBMMG-IPSM**. Dispõe sobre o Plano de Assistência à Saúde para a Polícia Militar do Estado de Minas Gerais (PMMG) e Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSM).

MINAS GERAIS. **Emenda a Constituição nº 39**, de 02 de junho de 1999. Altera a redação dos arts. 39, 61, 66, 90, 106, 110, 111, 136, 137, 142 e 143 da Constituição do Estado, acrescenta dispositivos ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. **Convênio 014/2001**, de cooperação mútua entre a PMMG, o CBMMG e o IPSM, nos campos de assistência à saúde e previdenciária, de apoio técnico e administrativo, definindo as obrigações de cada um dos convenentes.

MINAS GERAIS. **Lei Estadual nº 14.310**, de 19 junho 2002, aprovou o Código de Ética e Disciplina Militar.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. Comando Geral. **Resolução Conjunta nº 001/2002-PMMG-CBMMG-IPSM**. Aprova o Plano Diretor para Reformulação do Sistema de Saúde, implanta o novo modelo de gestão do Sistema de Saúde e nomeia o Conselho Gestor do Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. **Comissão de trabalho do Centro Odontológico da PMMG**. Belo Horizonte-MG, ano 2006.

MINAS GERAIS. **Lei Delegada nº 180**, de 20 de janeiro de 2011, Dispõe sobre a estrutura orgânica da Administração Pública do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Polícia Militar. Comando Geral. **Resolução Conjunta nº 4073/2010-PMMG-CBMMG**. Dispõe sobre perícias de saúde na Polícia Militar de Minas Gerais e no Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais.

REVISTA SAÚDE EM REVISTA. Diretoria de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, n. 1, ano I, jun. 2005.

WERNECK, Paulo de Lacerda. **Teoria geral da administração**. 2. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa

Roteiro de entrevistas:

a) Diretora de Saúde, Diretora Técnica de Saúde, chefe e subchefe da SEVIG e à chefe anterior e a atual chefe da SEAT

Esta proposta de entrevista semi-estruturada se destina a coleta de informações e sugestões da Diretora de Saúde, Diretora Técnica de Saúde, chefe e subchefe da SEVIG e à chefe anterior e a atual chefe da SEAT a fim de obter informações sobre a adequabilidade da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde.

Questões	Perguntas
1	Qual a relação administrativa que a Diretoria de Saúde tem com as unidades de atenção primária à saúde – NAIS e SAS?
2	Quais são os facilitadores identificados pela Diretoria de Saúde, decorrentes da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde aos comandos regionais e batalhões?
3	Quais são os dificultadores identificados pela Diretoria de Saúde, decorrentes da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde aos comandos regionais e batalhões?
4	Em sua visão, qual seria o modelo mais adequado de subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde? Por quê?
5	Há alguma atividade na Diretoria de Saúde, que para ser melhor executada, dependeria de subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde?

Roteiro de questionários

a) Comandantes de Regiões da Polícia Militar, Comandantes de Batalhões e Companhias Independentes, que possuem NAIS e SAS subordinados, Gerentes Regionais de Saúde e aos Chefes das unidades de atenção primária à saúde.

Esta proposta de questionário se destina a coleta de informações e sugestões dos 18 Comandantes de Regiões da Polícia Militar, a fim de obter a fim de obter informações sobre a adequabilidade da subordinação administrativa das unidades de atenção primária à saúde.

Questões	Perguntas
1	<p>A subordinação administrativa aos comandos regionais ou batalhões facilita ou dificulta a execução dos programas de promoção e prevenção à saúde, de responsabilidade dos NAIS e SAS?</p> <p><input type="checkbox"/> Facilita <input type="checkbox"/> Dificulta</p>
2	<p>A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a alocação de recursos humanos nos NAIS e SAS?</p> <p><input type="checkbox"/> Facilita <input type="checkbox"/> Dificulta</p>
3	<p>A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a alocação de recursos materiais nos NAIS e SAS?</p> <p><input type="checkbox"/> Facilita <input type="checkbox"/> Dificulta</p>
4	<p>A subordinação administrativa aos comandos de batalhões ou companhias facilita ou dificulta a comunicação dos NAIS e SAS com a Diretoria de Saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Facilita <input type="checkbox"/> Dificulta</p>
5	<p>Há conflitos de ordem emitidas pela Diretoria de Saúde e pelo Comandante de Batalhão ou Companhia a qual o NAIS e a SAS estão subordinados?</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Nenhum</p>