

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO

LAUDICÉRIO AGUIAR MACHADO

**GOVERNANÇA PÚBLICA NO SERVIÇO DE SAÚDE OFERTADO AOS AGENTES
DE SEGURANÇA PÚBLICA DE MATO GROSSO**

PIRACICABA-SP
2016

LAUDICÉRIO AGUIAR MACHADO

**GOVERNANÇA PÚBLICA NO SERVIÇO DE SAÚDE OFERTADO AOS AGENTES
DE SEGURANÇA PÚBLICA DE MATO GROSSO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba, como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Doutor em Administração.

Campo do conhecimento: Estudos Organizacionais e Gestão de pessoas.

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Rueda Elias Spers

PIRACICABA-SP

2016

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIMEP
Bibliotecária: Carolina Segatto Vianna CRB-8/7617

Machado, Laudicério

Aguiar

M149g Governança pública no serviço de saúde ofertado aos
agentes de segurança pública de Mato Grosso /
Laudicério Aguiar Machado. – 2016.
198 f. : il. ; 30 cm

Orientador: Profa. Dra. Valéria Rueda Elias Spers.

Tese (Doutorado) – Universidade Metodista de
Piracicaba, Administração, Piracicaba, 2016.

LAUDICÉRIO AGUIAR MACHADO

GOVERNANÇA PÚBLICA NO SERVIÇO DE SAÚDE OFERTADO AOS AGENTES DE SEGURANÇA PÚBLICA DE MATO GROSSO

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutorado em Administração.

Campo do conhecimento: Estudos Organizacionais e Gestão de Pessoas.

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Rueda Elias Spers

Data de aprovação:

26/02/2016

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Valéria Rueda Elias Spers

Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP

Prof^a. Dra. Dagmar Silva Pinto de Castro

Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP

Prof^a. Dra. Dalila Alves Corrêa

Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP

Prof^a. Dra. Ana Maria Malik

Fundação Getúlio Vargas – FGV

Prof. Dr. Edson Benedito Rondon Filho

Faculdade Católica Rainha da Paz – FCARP

Dedico este trabalho a todos aqueles que, de certa forma, contribuíram direta ou indiretamente para a sua realização. Aos amigos e familiares queridos. A minha Polícia Militar do Estado de Mato Grosso e a todos os que acreditaram em mim, incentivando-me.

AGRADECIMENTOS

“Melhor é o fim das coisas do que o princípio delas; [...]”(ECLESIASTES, 7: 8).

Deus, em sua infinita bondade, nos envia anjos e, muitas vezes, pensamos que são invisíveis. No entanto, com base em minhas próprias vivências e variadas experiências, posso afirmar com veemência que não.

Agradecer a todos que contribuíram e torceram por mim, daria outra quantidade de páginas da tese. Assim, ao me expressar a alguns, que todos sintam a minha gratidão. Quero então agradecer ao Delegado de Polícia Federal-Diógenes Curado que quando Secretário da SESPMT acreditou em minha busca do conhecimento, juntamente com minhas amigas Tatiana Guedes e Lidiane; minha orientadora Prof^a. Dra. Valéria Rueda Elias Spers, pela liberdade proporcionada na pesquisa e por me ajudar sempre nesta caminhada. Aos Membros da Banca: Prof^a. Dra. Dagmar Silva Pinto de Castro; Prof^a. Dra. Dalila Alves Corrêa; Prof^a. Dra. Ana Maria Malik; Prof. Dr. Edson Rondon Filho, Prof. Dr. José Carlos de Melo; Prof^a. Dra. Graziela Oste Graziano Cremonesi; Prof^a. Dra. Yeda Cirera Osvaldo; Prof. Dr. Mário Sacomano Neto, por aceitar contribuir com esta pesquisa acreditando em um bom resultado. Ao Coordenador do PPGA - Prof. Dr. Antonio Carlos Giuliani por acreditar no meu desenvolvimento.

Agradeço a todos os meus amigos, em especial os colaboradores da Unimep, os meus alunos e professores da FESAR no estado do Pará, meus amigos Alessandro Soares; Luiz Melo (SEGES) que sabes o quanto foi importante sua contribuição para estas fases; Luiz Rodrigues, Adonival Júnior, Rodrigo Pacheco. Ruth Pessoa, a Dionéia Trindade que teve papel fundamental nesta reta final ao criticar minhas análises e contribuir na correção textual (que Deus continue lhe abençoando grandemente).

A equipe do Centro de Pesquisa ao qual hoje faço, os militares Ten Cel PM Sebastião Carlos Rodrigues da Silva; - Sub Ten PM Anderson Przybyszewski Silva; Sub Ten PM Robson Augusto Gomes; 3º Sgt PM Enzi Cerqueira de Almeida Junior e ao meu moderno amigo Cb PM Josemy Brito da Silva

Aos meus amigos de datas Gesiel, Salgadinho, Hudson, Toni, Alex-(in memórian); Aos Acadêmicos do ESFAP do 29º e 30º Curso de Soldado, pela contribuição e torcida.

Minha família, muito obrigado por caminhar comigo.

Ultrapassa-te a ti mesmo a cada dia, a cada instante...

*Não por vaidade, mas para corresponder à obrigação
sagrada de contribuir sempre mais, e sempre melhor,
para a construção do mundo.*

(D. Helder Câmara)

RESUMO

MACHADO, Laudicério Aguiar. **Governança Pública no Serviço de Saúde ofertado aos Agentes de Segurança Pública de Mato Grosso**. 198 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Gestão e Negócios, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2016.

Esta tese resulta da pesquisa desenvolvida no período de 2012 a 2016, no curso de Doutorado em Administração, com inserção no Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba-SP. Aborda a discussão que tematiza a governança pública e os serviços de saúde ofertados aos Agentes de Segurança Pública em Mato Grosso. Objetiva analisar o serviço de saúde ofertado aos Agentes de Segurança Pública (ASP) dos quatro órgãos desconcentrados da esfera estadual: Polícia Militar do estado de Mato Grosso (PMMT), Corpo de Bombeiros (CBMMT), Polícia Judiciária Civil (PJC) e Perícia Oficial e Identificação Técnica (POLITEC), de modo a verificar sua estrutura de governança, visando compreender a efetividade do atendimento ofertado. A justificativa está na possibilidade de indicar soluções dentro do cenário encontrado, propondo a aplicabilidade da governança pública voltada à Saúde. Idealizou-se este estudo pautando-se pela seguinte indagação: Como analisar a governança do serviço de saúde para os Agentes de Segurança Pública do estado de Mato Grosso, de modo a torná-lo efetivo quanto ao atendimento ofertado a estes agentes? Os referenciais teórico-metodológicos que fundamentam as análises balizam-se pelos conceitos de governança pública, saúde pública e segurança pública. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa, com análise interpretativa. Para a coleta de dados, lançou-se mão das técnicas de pesquisa documental junto à Secretaria de Estado e Gestão de Mato Grosso (SEGES) e à Perícia Médica Oficial do Estado de Mato Grosso. Também recorreu-se à entrevista aberta cujo sujeito respondente é gestor, atuando há 15 anos no serviço público estadual. Os resultados apurados apontam que a atual estrutura de saúde, ofertada aos Agentes da Segurança Pública do estado de Mato Grosso - SESPMT indica que apenas a Polícia Militar do Estado conta atualmente com serviços de saúde médico e odontológico para os membros de sua Corporação em nível de ambulatório médico. Ainda que a SESPMT tenha publicado normativas nas quais esses serviços se estendem as outras Instituições, apenas o Corpo de Bombeiros Militar conta com alguns serviços ofertados pela Polícia Militar.

Palavras-chave: Governança Pública. Administração Pública. Saúde Pública. Governança em Saúde. Agentes de Segurança Pública.

ABSTRACT

MACHADO, Laudicério Aguiar. **Public Governance in the Health Service provided to Public Security Agent of Mato Grosso.** 198 f. Thesis (Doctorate Degree in Business Administration) - College of Business and Management, Methodist University of Piracicaba, Piracicaba, 2016.

This thesis results of the research conducted in 2012 to 2016 in the Doctorate degree program in Business Administration, inserted in the Graduate Program in Management (PPGA) of the Methodist University of Piracicaba, Piracicaba-SP. It approaches the discussion in public governance and health services offered to Public Security Agents personnel in Mato Grosso. It aims to analyze the health services offered to Public Security Agents (PSA) from the four decentralized state level agencies: Military Police of Mato Grosso State (PMMT), Fire Department (CBMMT), Civil Judiciary Police (PJC) and Experts Agency and Technical identification (POLITEC) in order to verify the health service governance and structure and the effectiveness of the service provided. The explanation lies on the possibility of indicating solutions within the scenario found, suggesting the applicability of public governance focused on Health. This study was idealized and based the following question: How to think the governance of the health service provided to the Public Security Agent of Mato Grosso State in order to make it effective as service offered to these group? The theoretical and methodological framework underlying this analysis marks out by the concepts of public governance, public health and public security. It is an approach qualitative and quantitative research, with an interpretative analysis. For the data collection, it was employed the documentary research techniques with the State Secretary of Management of Mato Grosso (SEGES) and the State Medical Experts of Mato Grosso. It was also interviewed a manager who has worked more than fifteen years to the State public services agency. The results obtained showed that the current healthcare facilities, offered to Public Security agents of Mato Grosso - SESPMT indicates that only the State Military Police currently has medical and dental health services for members of your institution in a level medical clinic. Although the SESP-MT has published regulations in which these services extend to other institutions, only the Fire Department has some services offered by the State Military Police with the same health structure.

Keywords: Public Governance. Public administration. Public Health. Governance in Health. Public Security Agents.

LISTA E ABREVIATURAS DE SIGLAS

ASP – Agente de Segurança Pública

CBMMT – Corpo de Bombeiros Militar de Mato Grosso

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos e Saúde

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIT – Conselho Intergestores Bipartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EBAPE – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas

ENANPAD – Encontro Nacional da ANPAD

MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MEGP – Modelo de Excelência em Gestão Pública

MPAS – Ministério de Previdência e Assistência Social

NOB – Normas Operacionais Básicas

ONG – Organização Não Governamental

OPM – Organização Policial Militar

PJC – Polícia Judiciária Civil

PM – Polícia Militar

PRONASCI – Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

QOPM – Quadro de Oficiais da Polícia Militar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SEAP – Sistema Estadual de Administração de Pessoal

SEGES – Secretaria de Estado e Gestão

SEJUDH – Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos

SEJUSP – Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública

SENASP – Secretaria Nacional de Segurança Pública

SESP – Secretaria de Estado e Segurança Pública

SPELL – Scientific Periodicals Electronic Library

SUS – Sistema Único de Saúde

TEN. CEL – Tenente Coronel

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Ilustração 1 – Procedimentos de RBS	30
Ilustração 2– Teoria do Estado e Governança	48
Ilustração 3 – Mapa Geopolítico Rodoviário e Divisões de Núcleos Regionais de Perícia Média.....	117
Ilustração 4- Mapa do estado de Mato Grosso.....	121

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Títulos de Revistas Internacionais com artigos contendo os descritores “governança” e “governança pública”	36
Quadro 2 – Artigos internacionais depurados	38
Quadro 3 – Temáticas com o descritor “governança”, trabalhadas nos eventos da ANPAD, período de 2006-2015.....	42
Quadro 4 – Frequência dos eventos ANPAD com a temática “governança” – período 2006-2015	43
Quadro 5– Registro sobre a temática “governança” alocada nos grupos de pesquisas do CNPQ.....	44
Quadro 6– Estudos que mais se assemelham aos objetivos desta tese.....	45
Quadro 7- Elementos encontrados nos principais modelos de governança.....	54
Quadro 8- Conceitos, definições e considerações sobre governança pública	63
Quadro 9: Pesquisas com descritor “saúde” encontradas nos eventos da ANPAD ..	69
Quadro 10 – Frequência dos eventos ANPAD com a temática “saúde” – período 1997-2015	70
Quadro 11 – Principais instituições líderes em pesquisas na área de saúde.....	71
Quadro 12- Temas de pesquisas em “segurança pública”, período 1996-2014.....	96
Quadro 13 – Pesquisa com descritor “Segurança Pública” encontradas nos eventos da ANPAD	96
Quadro 14 – Frequência dos eventos ANPAD com a temática “saúde” – período 1997-2015	97
Quadro 15 – Principais instituições líder em pesquisas na área de segurança pública, nos grupos de pesquisa do CNPq	98
Quadro 16– Categorias referentes aos Agentes de Segurança Pública (ASP) afastados por Licença médica, no período de 2008 a 2014.....	120
Quadro 17 – Total de usuários credenciados do MT SAÚDE e quantidade de credenciados por Órgão desconcentrado	128

Quadro 18 - Rede Credenciada do MT Saúde	131
Quadro 19 – Efetivo do Quadro de Saúde da PMMT atual	133
Quadro 20 – Efetivo do Quadro de Saúde da PMMT previsto.	133
Quadro 21– Quantidade de Polos regionais de Perícia Médica Oficial do Estado de Mato Grosso.....	139
Quadro 22- Classificação Internacional de Doenças – CID 10.....	143

LISTA DE TABELA

Tabela 1- Cursos recomendados da área de Administração, Ciências Contábeis e Turismo.....	32
Tabela 2– Programasde pós-graduação stricto sensu analisados	32
Tabela 3: Quantitativo de Médicos homologadores da Perícia do Estado de Mato Grosso em 2015, por Polo, em número absoluto e porcentagem	118
Tabela 4 – Comparativo Mensal do Custo Conferido (Informado).....	129
Tabela 5: Comparativo Mensal do Custo Conferido (Glosado)	130
Tabela 6 – Comparativo Mensal do Custo Conferido (Liberado)	130
Tabela 7- Número de roubos, por tipos em Mato Grosso, no período de 2008–2013.....	137
Tabela 8– Carreiras existentes na Polícia Militar, 2008-2014.....	139
Tabela 9 - Carreiras existentes no Corpo de Bombeiros Militar, 2008-2014.....	140
Tabela 10 - Carreiras existentes na Polícia Judiciária Civil, 2008-2014	141
Tabela 11 - Carreiras existentes na Perícia Oficial e Identificação Técnica, 2008-2014	142
Tabela 12- Acúmulo das CID apresentadas na Perícia Médica do Estado de Mato Grosso dos quatro órgãos desconcentrados, referentes ao período de 2008 a 2014 (em números absolutos).....	144
Tabela 13–Participação em percentuais de ASP da PMMT com e semstress	158

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Ano de artigos publicados escolhidos.....	37
Gráfico 2 – Quantitativo de Tese e Dissertações no Descritor “Governança” no banco de dados da Capes, referente ao período 2002 a 2015.....	39
Gráfico 3 – Total de Dissertações levantadas no banco de dados da Capes, referente ao período de 2002 a 2015 no descritor Governança.....	40
Gráfico 4 – Temática governança no banco de dados da Capes, referente ao período 2002 a 2015	41
Gráfico 5 – Participações percentuais das atividades econômicas do setor de serviços no Valor Adicionado Bruto de Mato Grosso –2012	Erro! Indicador não definido. 1635
Gráfico 6: Total de Dissertações levantadas no banco de dados da Capes, referente ao período de 2002 a 2015, com o descritor Saúde.....	66
Gráfico 7: Temáticas mais recorrentes no banco de teses e dissertações da Capes, no âmbito da saúde, período 2002-2015.....	67
Gráfico 8: Temas de pesquisas em “saúde”, período 2002-2015, com aproximação com o objeto de pesquisa da tese.....	68
Gráfico 9 – Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030.....	74
Gráfico 10: Teses e Dissertações no banco da Capes – 1996-2014	95
Gráfico 11: Temáticas mais recorrentes nas Teses e Dissertações, no banco da Capes, sobre segurança pública -1996-2014.....	95
Gráfico 12 - Efetivo total de ASP no período de 2008 a 2014 dos órgãos desconcentrados PMMT; CBM; PJC e POLITEC.....	138
Gráfico 13 - Acúmulo das CID do período de 2008 a 2014 da PMMT proporcional ao total de efetivo dos respectivos Polos.	145
Gráfico 14 – Acúmulo das CID do período de 2008 a 2014 da CBMMT proporcional ao total de efetivo dos respectivos Polos.	146
Gráfico 15: Acúmulo das CID do período de 2008 a 2014 da PJC proporcional ao total de efetivo dos respectivos Polos	149

Gráfico 16: Acúmulo das CID do período de 2008 a 2014 da POLITEC proporcional ao total de efetivo dos respectivos Polos	151
Gráfico 18: Acúmulo das quatro principais CIDs do período de 2008 a 2014, referente aos seis Polos do CBMMT	152
Gráfico 17: Acúmulo das quatro principais CID do período de 2008 a 2014, referente aos seis Polo da PMMT	152
Gráfico 20: Acumulo das quatro principais CIDs do período de 2008 a 2014, referente aos seis Polos da POLITEC.....	152
Gráfico 19: Acumulo das quatro principais CID do período de 2008 a 2014, referente aos seis Polos da PJC	152
Gráfico 21 – CID “F” detalhada no intervalo de 2008 a 2014, referente aos seis Polos da PMMT.....	154
Gráfico 22: CID “F” “Transtornos mentais e comportamentais”, detalhada no intervalo de 2008 a 2014, referente ao Polo do CBMMT	159
Gráfico 23: CID “F” detalhada no intervalo de 2008 a 2014 por Polo da PJC proporcional ao efetivo do Polo.....	163
Gráfico 24: CID “F” detalhada no intervalo de 2008 a 2014 por Polo da POLITEC proporcional ao efetivo do Polo	1635

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
O PROCESSO DE ANÁLISE DO CENÁRIO ACADÊMICO	29
CENÁRIO DAS PESQUISAS EM DISSERTAÇÕES E TESES DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO	31
CAPÍTULO 1 – GOVERNANÇA E GOVERNANÇA PÚBLICA: ABORDAGENS QUE SE ENTRELAAÇAM	35
1.1 GOVERNANÇA: ESTADO DA ARTE	35
1.2 ESTADO E GOVERNANÇA	46
1.3 GOVERNANÇA PÚBLICA	61
CAPÍTULO 2 – A SAÚDE NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE COMO AÇÃO DE GOVERNANÇA	66
2.1 SAÚDE: APORTES TEÓRICO-CONCEITUAIS	72
2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCIPAL INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	75
2.2.1. <i>As Atribuições do SUS</i>	79
2.2.2. <i>Organização e Fundamento do SUS</i>	80
2.2.3 <i>Instrumentos de Planejamento do SUS</i>	85
2.2.4. <i>Recursos da Saúde e a Emenda Constitucional Nº. 29/2000</i>	86
2.2.5. <i>Responsabilidades dos municípios na gestão do SUS</i>	88
2.2.6. <i>Responsabilidades da União na gestão do SUS</i>	89
2.3 RESPONSABILIDADE DOS ESTADOS NA GESTÃO DO SUS.....	92
CAPÍTULO 3 – SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL, SEGURANÇA PÚBLICA EM MATO GROSSO E O AGENTE DE SEGURANÇA PÚBLICA	94
3.1 SEGURANÇA PÚBLICA: ESTADO DA ARTE	94
3.2 SEGURANÇA PÚBLICA EM CONCEITOS	98
3.2 APRIMORAMENTO DA SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL.....	100
3.3 SEGURANÇA PÚBLICA EM MATO GROSSO	106
3.4 DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO.....	107
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA: CENÁRIO DA PESQUISA E PERCURSOS	110
4.1 OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	110
4.2 PERÍODO INVESTIGADO	119
CAPÍTULO 5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	121
5.1 SERVIÇOS DE SAÚDE AOS AGENTES DE SEGURANÇA PÚBLICA EM MATO GROSSO	127
5.1.1 <i>Serviço do Mato Grosso Saúde - MT SAÚDE</i>	127
5.1.2 <i>Diretoria de Saúde da PMMT</i>	131
5.1.3 <i>Associação Beneficente de Saúde dos Militares do Estado Mato Grosso</i>	134
5.1.4 <i>Secretaria Estadual de Saúde - SES</i>	135
5.2 CONDIÇÃO DE SAÚDE E TRATAMENTO, MEDIANTE A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID), DOS AGENTES DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO	143
CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
APÊNDICE	191

LEVANTAMENTO DE QUANTITATIVO DO EFETIVO POR CIDADE (UNIDADE) 2008 À 2014	191
SOLICITAÇÃO DE DADOS PARA PESQUISA A NÍVEL DE DOUTORADO.....	192
LEVANTAMENTO DE DADOS DA SAÚDE NA SEGES	193
TERMO DE RECEBIMENTO DE DADOS DA SEGES	194
PRESTAÇÃO DE DADOS PARA PESQUISA.....	195
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	196
ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	197

INTRODUÇÃO

Este trabalho resulta de uma pesquisa científica, desenvolvida no período de 2012 a 2016, no curso de Doutorado em Administração, com inserção no Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba-SP. Orientada pela Profa. Dr^a. Valéria Rueda Elias Spers, esta tese se inscreve nos conhecimentos construídos na área de concentração *Gestão de Organizações*, junto à linha de pesquisa *Gestão de Pessoas e Estudos Organizacionais* a abarcar o *Grupo de Pesquisa Estudos Organizacionais e Gestão de Pessoas* (GEOGEP).

O objetivo geral da pesquisa é analisar o serviço de saúde ofertado aos Agentes de Segurança Pública (ASP) do estado de Mato Grosso de modo a verificar sua estrutura de governança, visando compreender a efetividade do atendimento oferecido.

Especificamente, objetiva-se mapear e descrever os serviços de saúde ofertados aos ASP, na Secretaria de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso, bem assim dar visibilidade a possíveis problemas englobando tais serviços.

Nessa linha de abordagem, as questões problematizadoras da pesquisa se pautam em provocar reflexões acerca de: Como analisar a governança do serviço de saúde para os Agentes de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso de modo a torná-lo efetivo quanto ao atendimento ofertado a estes agentes?

As motivações que me levaram à realização desta pesquisa se deram, antes de tudo, em razão da admissão no curso de graduação em Administração com Habilitação Hospitalar em 2002, em Cuiabá-MT, com finalização em 2006, o que garantiu a oportunidade para ingresso no curso de Mestrado em Administração, em 2010, em Piracicaba-SP no PPGA, culminando na defesa da dissertação em 2011. Já em 2012, ocorreu minha entrada no curso de Doutorado do mesmo Programa.

É relevante expressar que o doutoramento configura a materialização da continuidade de um projeto destinado a um público específico, qual seja: *Agentes de Segurança Pública*, iniciado em 2003, na graduação em Administração Hospitalar, culminando, em 2006, no trabalho de conclusão de curso intitulado *Reflexão da Necessidade de Implantação do Hospital Militar em Mato Grosso*, entendendo-se que

para se criar um hospital, necessitar-se-ia compreender o contexto da comunidade na qual ele se insere.

Em 2012, o ingresso no doutoramento do PPGA da UNIMEP, teve como objetivo dar continuidade aos estudos relacionados à gestão pública, mais especificamente à governança no âmbito da saúde, vinculada aos Agentes de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso, abarcando o interstício temporal referente ao período de 2008 a 2015.

Vale ressaltar que, enquanto servidor efetivo e Agente de Segurança Pública da Secretaria de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso (SESPMT), mais especificamente lotado na Polícia Militar do Estado de Mato Grosso, assentado no quadro de praças, exerço atividades laborativas na Coordenação de Gestão de Pessoas da Secretaria de Segurança Pública-MT, junto ao processo de saúde do trabalhador.

Merece frisar que, no setor público pode-se considerar que agente é o gestor público (recebe a delegação e administra) e o principal é o cidadão ou a própria sociedade (que delega). Tais conceitos são originários da Teoria da Agência a qual Jensen e Meckling (1976) definem como uma relação de agência por meio de contrato segundo o qual uma ou mais pessoas (o principal) emprega outra pessoa (o agente) para realizar algum serviço ou trabalho em seu favor, envolvendo a delegação de alguma autoridade de decisão para o agente.

De volta à discussão sobre minha trajetória profissional, em 2001 foi realizado o concurso público para agente de segurança pública (SESPMT), um ano depois de formado em Técnico de Edificações pela antiga Escola Técnica Federal de Mato Grosso.

A convocação para entrar no quadro da unidade de polícia ocorreu apenas em março de 2003. Antes disso, atuei em várias atividades entre elas a de auxiliar de cozinha, de limpeza geral, garçom. Por não ter me adaptado na área de edificações, minha formação no Ensino Médio, desenvolvi as atividades laborativas mencionadas.

No segundo semestre de 2002, iniciei o curso de graduação em Administração Hospitalar. No entanto, no findar desse semestre, pensei em desistir do curso. Isto porque meu salário era insuficiente para pagar quatro parcelas das seis previstas para o semestre acadêmico. Neste período, a instituição apresentou uma política de

captação de alunos, sendo que, de cada pessoa trazida para ingresso na faculdade pelo discente em débito, este receberia um desconto de 10% nas parcelas. Então, ofereci a proposta em várias Secretarias de Estado de Mato Grosso, conseguindo abarcar um total de 43 novos alunos para Instituição de Ensino Superior Faculdade de Cuiabá – FAUC, tendo então 100% isenção do valor das mensalidades, por um período de quatro semestres.

Em março de 2003, ocorreu minha investidura no cargo, por meio de concurso público, na função de soldado da polícia militar do estado de Mato Grosso. Em meio ao exercício desta função, mantive a frequência no curso de graduação na Faculdade de Cuiabá (FAUC). Na ocasião, conheci o setor de saúde da Polícia Militar de Mato Grosso e houve a percepção de que, devido à graduação cursada, poderia contribuir para tal setor desta corporação. Em meio à possibilidade de colaborar com este setor e, por estar dentro da polícia militar como efetivo, consegui perceber as reais necessidades e dificuldades encontradas pela Instituição policial, para ofertar o serviço de saúde com qualidade para esta categoria profissional, já que se não proporcionar qualidade de vida a este policial, as consequências podem deixar sequelas perigosas, como a perda de vida, considerando que um dos instrumentos de trabalho deste profissional é a arma de fogo que pode ser, se mal utilizada, altamente prejudicial a qualquer sociedade.

Então, como Agente de Segurança Pública (ASP) procurei observar com olhar acadêmico as dificuldades que poderiam ser enfrentadas no quesito “oferta de saúde para estes profissionais”, uma vez que a Polícia Militar tinha em seu quadro de servidores públicos as categorias de profissionais médica e odontológica.

Em 2007 comecei a desenvolver atividades laborativas na Diretoria de Saúde da Polícia Militar de Mato Grosso, em Cuiabá, como auxiliar administrativo. A permanência nesta atividade durou seis meses. Depois, devido a um convite, passei a atuar como Coordenador Programático do Plano de Saúde do Estado, Mato Grosso Saúde – MT SAÚDE, e em meio a esta atividade surgiu uma indagação percebida juntamente com as pesquisas desenvolvidas na conclusão da graduação sobre o papel do administrador hospitalar desta unidade de saúde da Segurança Pública, resultando na pesquisa de mestrado há pouco mencionada.

Nessa conclusão, vieram outras indagações sendo a mais latente aquela que se referia ao papel do administrador e à estrutura de saúde ofertada aos Agentes de Segurança Pública. Foi então que nasceu a proposta desta pesquisa em nível de doutorado na UNIMEP, tomando como objeto de análise os ASP e os serviços de saúde a eles ofertados. Isto se deu com o meu amadurecimento percorrido no período das aulas, e principalmente com a preocupação de como este trabalho poderia contribuir para as ciências. Nesse entendimento, elaborou-se a proposta desta pesquisa carregada pelo título “Governança Pública no Serviço de Saúde, ofertado aos Agentes de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso”. Compreendendo que esta unidade federativa é um estado que abrange em seu ecossistema três biomas: cerrado, pantanal e amazônia, tendo em vista que o estado conta com 141 municípios com cidades localizadas a até 1.100 quilômetros de distância de Cuiabá, capital mato-grossense, sendo que a realidade das outras cidades difere da realidade da capital, local onde se concentra a quase totalidade dos serviços de saúde prestados ao Agente de Segurança Pública.

Nessa perspectiva, a pesquisa foi idealizada no sentido de dar visibilidade a possíveis problemas englobando os serviços de saúde ao Agente de Segurança Pública – (ASP) do Estado de Mato Grosso, ambiente escolhido em razão das vivências e convivências do pesquisador na condição de Agente de Segurança Pública, atuante na esfera estadual, presenciando fatos acerca da precarização do atendimento ofertado a esses agentes. Prova disso, cita-se um exemplo de participação em ações de socorro imediato, até mesmo na colaboração entre policiais para adquirir verba a fim de custear tratamentos de amigos de profissão que foram acidentados em serviço, e que não tiveram amparo do Estado no custeio de seu tratamento até sua reinserção nas atividades laborais.

Logo, é notório que o atual cenário da Segurança Pública no Brasil sobrecarrega de maneira específica os ASP que atuam na ponta do sistema tornando-os vulneráveis às diversas ações de segurança organizadas em prol da sociedade levando-os ao comprometimento de sua saúde física e mental.

Em Mato Grosso, a Secretaria de Segurança Pública (SESPMT) engloba quatro órgãos desconcentrados, quais sejam, a Polícia Militar do Estado de Mato Grosso – PMMT; o Corpo de Bombeiros Militar de Mato Grosso – CBMMT; a Polícia

Judiciária Civil de Mato Grosso – PJC/MT e, por fim, a Perícia Oficial e Identificação Técnica – POLITEC.

A Polícia Militar do Estado de Mato Grosso (PMMT) tem como finalidade cumprir o preceito contido no Art. 144, parágrafo 5º da Constituição Federal do Brasil, que estabelece como missão o exercício da polícia ostensiva e a preservação da ordem pública, por meio da atividade de policiamento ostensivo, para prevenir e reprimir quaisquer atos que desarmonizem a paz social e a tranquilidade pública da população de Mato Grosso (MATO GROSSO, 1989; BRASIL, 1988).

Em termos semelhantes, a Constituição do Estado de Mato Grosso (MATO GROSSO, 1989) traz no artigo 80 que a PMMT é uma instituição permanente e regular, força auxiliar e reserva do Exército brasileiro, devidamente organizada com base na hierarquia e disciplina. O artigo 81 agrega ainda como missão da PMMT a de polícia judiciária militar, além de outras atribuições definidas em lei. O Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Mato Grosso (CBM) originou-se junto à PMMT, porém atualmente é um órgão independente no Sistema de segurança pública estadual, com missão também definida no artigo 144, parágrafo 5º da Constituição Federal (1988) que relata que o CBM, além de outras atribuições definidas em lei, tem como papel desenvolver tarefas de defesa civil. Além disso, o CBM também é força auxiliar e reserva do Exército.

Por sua vez, a Polícia Judiciária Civil (MATO GROSSO, 2009), segundo o seu Regimento Interno, foi criada pela Lei 4.721 de 12 de julho de 1984. É uma instituição permanente do Poder Público, vinculada à Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública, regida por estatuto próprio – Lei Complementar nº. 155, de 14 de Janeiro de 2004, com a missão de assegurar a ordem pública, mediante investigação para apurar e reprimir ilícitos penais, em defesa da paz social. Seus objetivos se pautam em: apurar as infrações penais; combater a criminalidade; cumprir e fazer cumprir os direitos e as garantias constitucionais, estabelecendo o respeito e a dignidade do indivíduo na sociedade.

A Perícia Oficial e Identificação Técnica – POLITEC. foi criada pela Lei Complementar 391 de 27 de abril de 2010, órgão desconcentrado da administração direta, vinculada à Secretaria de Estado de Segurança Pública, tendo como missão realizar as perícias de natureza criminal nas áreas de criminalística, de medicina legal,

de odontologia legal e os serviços de identificação técnica civil e criminal, no âmbito do Estado de Mato Grosso. Suas finalidades se circunscrevem a: realizar as perícias de criminalística, de medicina legal e de odontologia legal; realizar os serviços de identificação civil; realizar os serviços de identificação criminal; realizar perícias auxiliares à proposição de ações civis públicas, no âmbito de atuação da Perícia Oficial e Identificação Técnica; realizar outras perícias conforme necessitar a Administração Pública Estadual, no âmbito de atuação da Perícia Oficial e Identificação Técnica; participar, na esfera de sua competência, das ações estratégicas com vistas à segurança pública e à garantia da cidadania; promover a integração com os demais órgãos vinculados à Secretaria de Estado de Segurança Pública; organizar e manter, no âmbito de sua atuação, grupos de pesquisa científica, com o propósito de constante atualização e aperfeiçoamento de seus procedimentos. E mais: cabe à POLITEC prestar serviços de perícia e identificação criminal, e fornecer informações, sempre que requisitadas por autoridade competente em qualquer fase da persecução penal (MATO GROSSO, 2011).

Pensando nesse público específico, a pesquisa foi idealizada com base na atual estrutura de saúde, ofertada aos Agentes da Segurança Pública do Estado de Mato Grosso - SESPMT, considerando que a Polícia Militar do Estado conta atualmente com serviços de saúde médico e odontológico para os membros de sua Corporação em nível de ambulatório médico. Essa realidade tem atendimento específico em Cuiabá, capital do Estado. No entanto observamos que há uma lacuna, no que tange à prestação desse serviço, nos demais municípios do estado de Mato Grosso, pois os médicos e a maioria dos dentistas estão concentrados apenas na capital, na Diretoria de Saúde da PMMT. A realidade interiorana padece diante das lacunas da prestação de um serviço de qualidade que realmente atinja a ponta, no caso o acesso dos ASP – que residem no interior do Estado – a este serviço em sua região, já que necessitam se deslocar à capital em busca de atendimento de saúde.

A Polícia Judiciária Civil e a Perícia Oficial e Identificação Técnica não contam ainda com serviços de saúde médico ou odontológico próprios ou ofertados pela Secretaria. No entanto, a SESPMT, por meio da Gerência de Qualidade de Vida, tem como estrutura de serviços de saúde a oferta de alguns programas para todas as forças policiais de segurança pública, entre eles se destacam: Programa Unidos

Contra o Estresse; Ginástica Laboral; Programa O Desafio de ser Feliz; Programa de Acompanhamento e Reinserção do Servidor no Trabalho; Programa de Acompanhamento para Aposentadoria-FeliZidade, entre outros.

Ainda que não seja objeto de análise deste estudo, é necessário fazer uma breve discussão sobre o que os “gestores” denominam de qualidade de vida, uma vez, que se utiliza dados dessa respectiva gerência. Arrisca-se afirmar que o que existe é muito mais um perfil de saúde e segurança do que propriamente uma política de qualidade de vida, uma vez que esta denominação engloba um conceito muito maior (GARCIA, 2007).

Além disso, como todos os servidores públicos do Estado, os ASP - também são beneficiados, por adesão, pelo serviço de saúde ofertado pelo Estado que é o Instituto de Assistência à Saúde do Servidor do Estado de Mato Grosso, O Mato Grosso Saúde – MT SAÚDE. A finalidade do plano é dar assistência aos Servidores ativos, inativos, pensionistas e temporários do Estado de Mato Grosso, bem como seus dependentes. Mas como já foi explicitado anteriormente, estes serviços não são suficientes para o atendimento dos ASP.

Isso significa dizer que as ansiedades e questionamentos gerados por tais situações impactam negativamente na efetividade deste serviço, levando à necessidade de reflexões mais aprofundadas sobre a governança de serviços de saúde para os Agentes de Segurança Pública, em específico do estado de Mato Grosso, que não fornece condições para o desenvolvimento de um serviço de saúde efetivo, fragilizando o trabalho de seus atores, que se tornam comprometidos diante das falhas estruturais, como a falta de instalações físicas apropriadas, escassez de materiais e também de profissionais para o serviço de saúde.

No Brasil, existe grande preocupação dos setores público e privado em relação às inovações tecnológicas necessárias para a área de assistência. Queiroz, Albuquerque e Malik (2013) mencionam a demanda por novos medicamentos mais eficazes e eficientes; novas técnicas cirúrgicas que permitem intervenções menos invasivas; procedimentos adequados para o atendimento em domicílio, nos casos de prestações de serviço diferenciados. Entretanto, não foram detectados os mesmos esforços para a inovação no processo de gestão. Nas ponderações de Malik (2009), durante os períodos de 2000 a 2008, estudos realizados demonstram que as

organizações de saúde no Brasil não possuem uma visão estratégica para fazer avançar a assistência e a segurança do paciente, a adoção dos processos de acreditação resultam de uma espécie de mimetismo organizacional e modismo.

Tais reflexões remetem à indagação: Como analisar os serviços de saúde ofertados aos ASP do estado de Mato Grosso?

Esta reflexão parte da necessidade de se ter um serviço de saúde específico para este profissional, não que outros segmentos de servidores não necessitem, mas pelo fato de a função policial ser mais sujeita à sinistralidade no exercício de sua profissão do que as demais. É importante registrar que as problematizações estão diretamente ligadas aos serviços de saúde com base na governança do serviço público, e sua efetividade enquanto lugar de prestação de saúde de qualidade aos servidores da segurança pública.

Segundo Machado (2011), os habitantes das grandes e médias cidades brasileiras têm enfrentado nos últimos anos o aumento indiscriminado da violência e, de modo mais específico, o policial, em razão de sua atividade laboral de alta periculosidade, encontrar-se em vulnerabilidade com risco de sua própria vida. Essa realidade vem confirmar as conclusões do relatório da Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP (BRASIL, 2009), sobre a forma como o trabalho desenvolvido pelos profissionais de segurança pública e sua organização vem afetando a saúde dessa categoria e a necessidade urgente de se promover investimentos de valorização, apoio e atenção a esses profissionais.

Os dados registrados no relatório da SENASP (BRASIL, 2009) expõem que as condições de trabalho acarretam sobrecarga física e emocional e as pressões da sociedade por eficiência atingem a saúde, ocasionam desgaste, insatisfação e provocam estresse e sofrimento psíquico, com implicações no desempenho individual e coletivo dos profissionais.

Ainda de acordo com esse estudo, as características peculiares desenvolvidas sob a forma de atividades rotineiras pelos policiais, como o enfrentamento de situações-limite são causadoras de alterações fisiológicas ligadas às respostas do organismo que, somadas às escalas de serviço, ao desenvolvimento de atividades paralelas, aos períodos reduzidos de repouso, às ocorrências repetitivas, à exposição

a situações de risco, à emergência e à insegurança afetam a saúde, estreitando a relação entre as atividades desenvolvidas no trabalho e a possibilidade de adoecer.

Nessa esteira de pensamento, frise-se que o atendimento desses profissionais com relação à preservação de sua saúde é imprescindível para que eles possam desenvolver de maneira eficaz suas atividades profissionais das quais dependem a segurança e a tranquilidade de um grande número de pessoas.

Percebe-se que as questões que envolvem o assunto saúde suscitam muitos debates e merecem ser abordadas cientificamente de maneira mais detalhada pelo fato de envolver vários aspectos diferentes, como o político, o econômico e o social. Um dos enfoques possíveis do referido assunto é o da teoria administrativa.

Cada vez mais, cresce a importância, nas organizações, sejam elas de setor público ou privado, de se desenvolver políticas administrativas que propiciem aos cidadãos serviços de qualidade. No caso da saúde especificamente, esta pretensão deve ser alcançada por parte das organizações levando em conta os altos custos que cercam o atendimento à saúde e também a complexidade que a prestação desse serviço exige para ser considerado de boa qualidade.

A atual estrutura de saúde, ofertada aos Agentes da Segurança Pública do Estado de Mato Grosso - SESPMT indica que apenas a Polícia Militar do Estado conta atualmente com serviço de saúde médico e odontológico para os membros de sua Corporação em nível de ambulatório médico.

A Polícia Judiciária Civil e a Perícia Oficial e Identificação Técnica não contam ainda com serviços de saúde médico e odontológico próprios ou ofertados pela Secretaria. No entanto, a SESPMT, mediante a Gerência de Qualidade de Vida, apresenta alguns programas de saúde para todas as forças policiais de segurança pública, entre eles se destacam: Programa Unido Contra o Estresse; Ginástica Laboral; Programa O Desafio de ser Feliz; Programa de Acompanhamento e Reinserção do Servidor no Trabalho; Programa de Acompanhamento para Aposentadoria-FeliZidade, entre outros.

Além disso, como todos os servidores públicos do Estado, os ASP - Agentes de Segurança Pública também são beneficiados, por adesão, pelo serviço de saúde ofertado pelo Estado que é o Instituto de Assistência à Saúde do Servidor do Estado de Mato Grosso, o Mato Grosso Saúde – MT SAÚDE. A finalidade do plano é dar

assistência aos Servidores ativos, inativos, pensionistas e temporários do Estado de Mato Grosso, bem como a seus dependentes.

A análise do serviço de saúde ofertado aos Agentes de Segurança Pública é fundamental para que sejam obtidos relatórios a contribuir nas tomadas de decisão no âmbito da governança pública de Mato Grosso, uma vez que na administração pública as ações precisam ser realizadas dentro de um rigoroso estudo do cenário dos serviços de saúde prestados, pois a complexidade das informações pode atingir a sociedade como um todo. Então, esse trabalho se justifica diante da necessidade de se fazer um levantamento da governança do serviço de saúde do estado de Mato Grosso, cuja análise possibilita o conhecimento do contexto de tais serviços ofertados aos ASP, o que por sua vez propicia conhecer as razões de uma possível não efetividade dos serviços de saúde prestados aos Agentes de Segurança Pública do Estado.

O relatório da Secretaria Nacional de Segurança Pública (BRASIL. SENASP, 2009) sugere a realização do controle das ações implementadas além da necessidade de um incremento nas ações de programação e do conhecimento da realidade global das demandas em saúde, o que reforça a relevância deste estudo.

Isso perspectivando, nota-se o pioneirismo da pesquisa na área de administração, pois, ao desenvolver uma investigação bibliométrica em Teses e Dissertações dos Programas de Mestrado e Doutorado no Brasil, recomendados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na área das Ciências Sociais Aplicadas, computou-se 158 programas (BRASIL, 2015). E, dentro desse universo de mais de uma centena e meia de programas não se catalogou nenhuma pesquisa que contivesse a temática a englobara governança na saúde, voltada aos Agentes de Segurança Pública. As pesquisas que se aproximaram do tema serão relatadas subseqüentemente no início de cada um dos capítulos arrolando os seguintes descritores: Governança Pública; Segurança Pública e Serviços de Saúde.

Então, nesta tese, optou-se por abrir os capítulos que tratam sobre Governança, Saúde e Segurança Pública com o estado da arte abarcando estes termos descritores. Dar-se-á destaque a um processo investigativo abarcando o conhecimento produzido no período de 1995 a 2015.

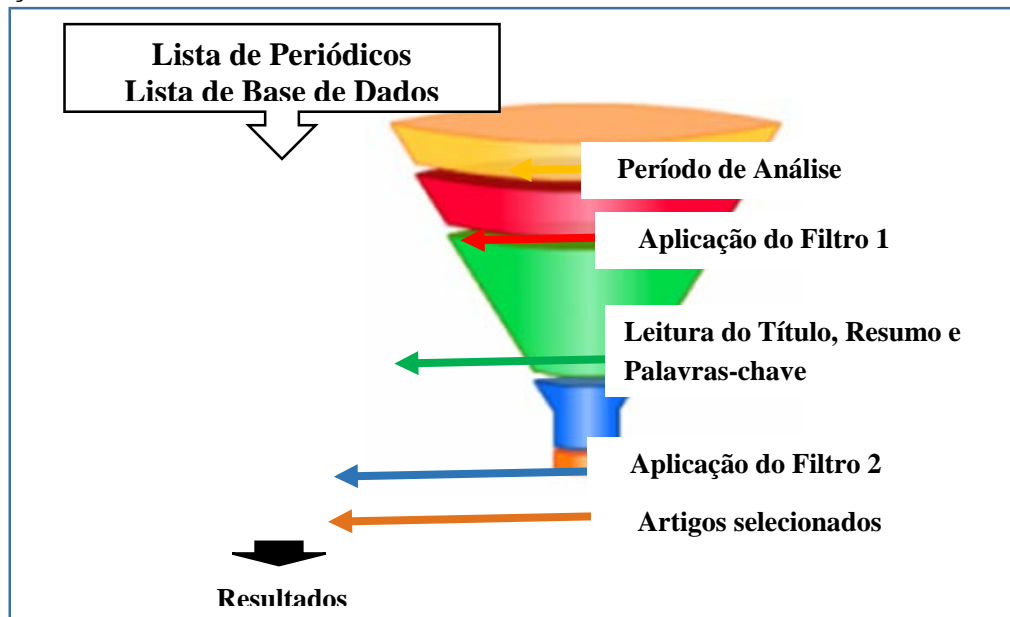
Essa conduta de pesquisa é também conhecida por Revisão Bibliográfica Sistemática (RBS) e engloba o seguinte processo: coletar, conhecer, compreender, analisar, sintetizar e avaliar um conjunto de artigos científicos, periódicos e trabalhos acadêmicos com o propósito de criar um embasamento teórico-científico, conceitualmente denominado de estado da arte, sobre um determinado tópico ou assunto pesquisado (LEVY; ELLIS, 2006).

Nesse sentido, será apresentado o procedimento metodológico para a coleta das informações abarcando o processo de seleção, coleta e análise e, posteriormente, os resultados obtidos em cada base acadêmica (dissertações, teses, artigos e publicações (revistas, periódicos) nacionais e internacionais) sobre os temas Governança, Saúde e Segurança Pública, cujo desdobramento detalhado das análises sobre cada tema aparecerá na abertura dos capítulos posteriores a esta introdução.

O Processo de Análise do Cenário Acadêmico

De acordo com Levy e Ellis (2006), a RBS é composta por três fases principais: entradas (seleção dos dados e filtros de busca, ou seja, são as informações preliminares); processamento (documentação e análise) e saídas (resultados), cujos procedimentos podem ser visualizados conforme expostos na Ilustração 1 a seguir:

Ilustração 1 – Procedimentos de RBS



Fonte: Adaptado de Levy e Ellys (2006).

A análise sobre a produção acadêmica envolvendo o tema de pesquisa teve início com a seleção da base de dados, conforme explicitada a seguir:

- a) **Banco de dissertações e teses:** no Brasil, os programas de pós-graduação (mestrado e doutorado) são avaliados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Tomando-se por base essa avaliação, foram analisadas todas as teses e dissertações dos programas recomendados com nota superior a 3, pertinentes à área de Administração e Ciências Contábeis, que contivessem os descritores Governança Pública; Segurança Pública e Serviços de Saúde.
- b) **Banco de Artigos e publicações Nacionais:** recorrendo-se aos mesmos descritores **Governança Pública; Segurança Pública e Serviços de Saúde**, foram analisados os artigos publicados nos anais de eventos organizados pela Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD).
- c) **Banco de Artigos e Publicações Internacionais,** valendo-se dos mesmos descritores: Foram coletadas aproximadamente 120 publicações em forma de artigos em periódicos e manuais, e selecionadas 49, sendo a maioria, sob a forma de manuais e guias do governo americano, da ONU e de outros países.

Após a seleção da base de dados foi imprescindível definir o período de análise no Brasil. Assim, optou-se por analisar os últimos 20 anos de produção acadêmica, ou seja, de 1995 até 2015.

Definida a base de dados e o período a ser analisado, é necessário definir o primeiro filtro, que foi composto por termos relacionados a governança, saúde e segurança pública que foram utilizados na busca por artigos, revistas, dissertações e teses nas bases selecionadas.

O resultado dos temas Governança, Saúde e Segurança Pública será apresentado no início de cada capítulo correspondente, trazendo o levantamento realizado em artigos científicos, revistas, anais de congresso, dissertações e teses.

Cenário das Pesquisas em Dissertações e Teses dos Programas de Pós-graduação

No Brasil existe um Sistema Nacional de Avaliação de Pós-Graduação (SNPG), realizado pela CAPES, que tem por objetivo a certificação da qualidade da pós-graduação brasileira e a identificação de assimetrias regionais e de áreas estratégicas do conhecimento para orientar ações de expansão de programas de pós-graduação no território nacional. Os programas de pós-graduação com cursos reconhecidos pela CAPES estão divididos em 48 áreas de concentração (CAPES, 2015).

Isso considerando, para dar prosseguimento à pesquisa, optou-se por analisar as teses e dissertações dos programas de pós-graduação, recomendados com nota superior a 3, e que se encontram alocados na grande área de Ciências Sociais Aplicadas, na área de Administração, Ciências Contábeis e Turismo, conforme se pode visualizar na Tabela 1:

Tabela 1- Cursos recomendados da área de Administração, Ciências Contábeis e Turismo

ÁREA	Programas e Cursos de pós-graduação recomendados				Total
	Mestrado Acadêmico	Doutorado	Mestrado Profissional	Mestrado Acadêmico / Doutorado	
Administração	40	2	59	49	150
Turismo	3	0	2	3	8
Total de Cursos e Programas:	43	2	61	52	158

Fonte: CAPES (2015). Elaboração própria do pesquisador.

Na área de Administração, escolhida para a realização da pesquisa, estão concentrados 150 programas e cursos de pós-graduação. Em relação a tais programas, 14 foram retirados da base de dados devido ao fato de seus endereços *online* estarem indisponíveis para consulta. Também 10 programas foram descartados por razões diversas. Restando assim 126 programas de pós-graduação para análise. Durante a pesquisa nem todos os programas puderam ser analisados detalhadamente, devido aos motivos descritos na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2– Programas de pós-graduação stricto sensu analisados

Tipos de Programas de Pós-graduação	Quantidade	%
Em fase de homologação e sem trabalhos (dissertações e teses) defendidos	27	21,43
Sem trabalhos (dissertações e teses) vinculados aos termos de pesquisa	49	38,89
Com trabalhos (dissertações e teses) vinculados aos termos de pesquisa	50	39,68
TOTAL	126	100,00

Fonte:CAPES (2015). Elaboração própria do pesquisador.

Foi verificado que 21,43% dos programas de pós-graduação ainda estão em fase de homologação e não possuem nenhuma dissertação ou tese defendida, outros 38,89%, não tiveram trabalhos selecionados pelo fato de não abordarem os termos pesquisados, por fim, apenas 50 programas de pós-graduação (39,68% do total) contêm trabalhos com os termos pesquisados. Os resultados detalhados referentes a este estudo estarão dispostos na abertura dos capítulos pertinentes a cada tema.

A título de organização, o trabalho segue estruturado, além da presente Introdução, em mais seis partes.

O Capítulo 1 apresenta os aportes teórico-epistemológicos acerca da governança, governança pública e governança pública em Mato Grosso, considerando-se que estas abordagens conceituais fornecem substância para a compreensão e análise do estudo sobre os serviços de saúde ofertados aos Agentes de Segurança Pública, dando assim embasamento para a leitura dos dados coletados empiricamente. Trata de aspectos gerais acerca da governança e seu entrecruzamento com o setor público. Para tanto, buscou-se amparo em autores como Bonafont e Roqué (2008), Bresser-Pereira (2007), Carneiro e Martins (2015), Ckagnazaroff (2009), Dias et al. (2014), Matias-Pereira (2010), Matos e Dias (2013), Morus (2011), Procopiuck (2013), Secchi (2013), Silva et al. (2014), entre tantos outros que pesquisam o assunto.

O Capítulo 2 traz em seu escopo questões atinentes à saúde e às políticas públicas na mesma área. Focaliza a Governança Pública voltada aos Agentes de Segurança Pública vinculados à Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), estabelecendo relação com o Sistema Único de Saúde (SUS) procurando compreender como as normativas, rotinas e orientações pautam os serviços de saúde ofertados ao agente de segurança pública ligados à SENASP. Além da legislação pertinente, os principais autores que dão sustentação teórica para as análises são Almeida Filho (2013), Bertolli Filho (2004), Conass (2015,2013,2007), Rosa Coelho (2011), Santos (2007,2005), Santos e Andrade (2007), Silva (2009), entre outros autores de referência na área.

O Capítulo 3 apresenta o arcabouço teórico englobando questões ligadas à Segurança Pública no Brasil, bem como em Mato Grosso, em razão de o estudo estar centrado em trabalhar as questões que envolvem os Agentes de Segurança Pública vinculados à Secretaria Estadual de Segurança Pública (SESP) em Mato Grosso. Para tanto, lança-se mão de teóricos como Bengochea (2004), Carvalho e Fátima e Silva (2011), Grossi (2007), Matos (2013), Rondon Filho (2013), entre outros pesquisadores da área.

O Capítulo 4 apresenta o desenho metodológico da pesquisa, englobando os procedimentos e os instrumentos utilizados no decurso da investigação. Em princípio, apresenta-se a opção teórico-metodológica. Depois destaca-se o cenário da investigação e o campo específico de estudo, discorrendo-se sobre a trajetória, os

meios e a coleta de dados acerca do serviço de saúde ofertado aos Agentes de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso. A âncora de sustentação teórica está constituída por Gil (2002), Laville e Dione (1999), Minayo (2001, 2006), Morgan (1996), Poupart (2008), Victora, Knauth e Hassen (2000), além de outros estudiosos do assunto.

O capítulo 5 trata da apresentação e análises dos dados coletados por meio de pesquisa documental e da entrevista realizada com um sujeito gestor de processos de saúde dos ASP.

A sexta parte é reservada às considerações finais, mediante a qual se procurou sintetizar os aspectos gerais e as reflexões relacionadas aos resultados obtidos a partir dos objetivos traçados para a investigação.

CAPÍTULO 1 – GOVERNANÇA E GOVERNANÇA PÚBLICA: ABORDAGENS QUE SE ENTRELAAÇAM

Este capítulo intenciona apresentar aportes teórico-epistemológicos acerca da governança e governança pública. Isto porque estas abordagens conceituais fornecem pressupostos para a compreensão do estudo aqui empreendido, o qual toma como objeto investigativo a governança pública no serviço de saúde ofertado aos agentes de segurança pública, dando assim embasamento para a leitura dos dados coletados empiricamente.

Trata de aspectos gerais acerca da governança e seu entrecruzamento com o setor público. Para tanto, abre-se a discussão apresentando-se o resultado do estudo realizado no ano de 2015, por meio de levantamento do estado da arte sobre “governança” tanto em níveis internacional quanto nacional, especificamente na área de Ciências Sociais Aplicadas. Posteriormente, aborda-se aspectos gerais acerca da governança e seu entrecruzamento com o setor público.

1.1 Governança: estado da arte

Esta seção traz em seu escopo o resultado da pesquisa realizada em bases de dados internacionais, tendo como descritor principal “governança”. A escassez de estudos que tivessem em seu contexto os serviços de saúde prestados aos servidores públicos, especialmente aos agentes de segurança, bem como a governança em saúde, impulsionou para um descritor mais aberto, fazendo assim, com que fossem analisados todos os materiais evidenciados nas buscas.

Após essa investigação, foram selecionados os materiais que trouxessem embasamento teórico-conceitual através de diferentes universos, servindo assim para proporcionar elementos para o estudo desta tese.

No que tange ao contexto internacional, buscou-se em bases científicas na International Federation of Accountants, Independent Commission for Good Governance in Public Service, usando como descritores as palavras chaves: Public Governance, Public Service.

Foram coletados 120 títulos de revistas e escolhidos 49 para filtragem. A maioria deles consiste em manuais e guias do governo americano, da ONU, das Nações Unidas e de outros países, o que possibilitou que fossem encontrados variedade de temas e anos de publicações.

Foram depurados 16 títulos de revistas, cujos artigos continham o termo descritor “governança” e “governança pública”, os quais seguem estampados no Quadro 1:

Quadro 1- Títulos de Revistas Internacionais com artigos contendo os descritores “governança” e “governança pública”

1	Meiji Journal of Political Science and Economics
2	The Economic Journal
3	International Journal of Business and Social Research (IJBSR),
4	The Australian National University
5	Chair of Governance, Ragnar Nurkse School of Innovation and Governance –Tallinn University of Technology
6	Public Administration Review
7	The Journal of Public Administration Research and Theory
8	International Public Management Review
9	Journal of Public Administration Research and Theory
10	Public Administration Review
11	The Journal of Finance
12	New York University Law Review
13	School of Management and Economics
14	Centre for International Corporate Governance Research,
15	Public Sector Governance
16	Research Focus Area Managing Sustainability

Fonte: International Federation of Accountants, Independent Commission for Good Governance in Public Service (2015). Elaboração própria do pesquisador.

Chama a atenção os seguintes títulos: governança, governança pública e governança corporativa. Desse total de títulos computados, foram depurados artigos publicados no período de 1998 a 2016, conforme expressa o Gráfico 1 subsequente:

Gráfico 1– Ano de artigos publicados

Fonte:International Federation of Accountants, Independent Commission for Good Governance in Public Service (2015).Elaboração própria do pesquisador.

Deste universo de artigos, afinou-se mais ainda as publicações sobre governança e governança pública, computando-se apenas aqueles datados a partir de 2000, com prevalência para os datados a partir de 2009, sendo aproveitados os materiais anteriores a esse ano apenas os que foram considerados de importância fundamental para o estudo em questão.

É importante destacar que, na literatura internacional, foram selecionados os artigos considerados de maior relevância para a pesquisa.

Dentre os 49 artigos escolhidos, os que mais se assemelharam ao tema e à área de concentração deste estudo estão descritos no Quadro 2:

Quadro 2 – Artigos internacionais depurados

Titulo	Autor	Ano	Revista/ Local
Post-NPM and changing public governance	Tom Christensen	2012	Meiji Journal of Political Science and Economics
Can Private Learn From Public Governance?*	Bruno S. Frey and Matthias Benz	2005	The Economic Journal
New Public Governance: The Tracks of Changes	Aleksandras Patapas, Alvydas Raipa, Vainius Smalskys	2014	International Journal of Business and Social Research (IJBSR),
Public Sector- Governance in Australia	Meredith Edwards ; John Halligan ; Bryan Horrigan ; Geoffrey Nicoll	2012	The Australian National University
Three Paradigms of Governance and Administration: Chinese, Western, and Islamic, Society	Rainer Kattel,	2012	Chair of Governance, Ragnar Nurkse School of Innovation and Governance -Tallinn University of Technology
The Diminishing Publicness of Public Service under : the Current Mode of Governance	M. Shamsul Haque	2001	Public Administration Review
Collaborative Governance in Theory and Practice	Chris Ansell-Alison Gash	2007	The Journal of Public Administration Research and Theory
The Structural Public Governance Model	Luiz Carlos Bresser-Pereira	2007	International Public Management Review
New Public Management Is Dead— Long Live Digital-Era Governance	Dunleavy et al.	2005	Journal of Public Administration Research and Theory
Varieties of Participation in Complex Governance	Archon Fung	2006	Public Administration Review
Going public without governance: managerial reputation effects	Armando Gomes	2000	The Journal of Finance
The Private Role In Public Governance	Jody Frieman	2000	New York University Law Review
The New Public Governance?	Stephen P. Osborne	2006	School of Management and Economics
Parallels in Private and Public Sector Governance	Anona Armstronga, Xinting Jiab and Vicky Totikidisc	2013	Centre for International Corporate Governance Research,
Evaluation of Public setor	Zoë Scott	2011	Public Sector Governance
Strategic Public Management as Holistic Approach to Policy Integration	Reinhard Steurer	2006	Research Focus Area Managing Sustainability

Fonte:International Federation of Accountants, Independent Commission for Good Governance in Public Service (2015).Elaboração própria do pesquisador.

De fato, não foi tarefa fácil arrolar temas que trouxessem, ou relacionassem, teorias e ou mesmos partilhassem do universo acerca da governança e governança pública.

Um dos títulos inserido no universo de artigos internacionais, exibido no Quadro 2, chama a atenção, por ser de um brasileiro, “Luiz Carlos Bresser-Pereira” (2007), que discute gestão pública, trazendo a publicação intitulada “The Structural Public Governance Model”, na revista “International Public Management Review”.

Quanto às publicações que englobam o tema governança, no contexto nacional, se pode visualizar no Gráfico 2, o quantitativo de dissertações e teses, abrangendo o interstício temporal 2002 a 2015, no banco de teses e dissertações da

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Destaca-se que as temáticas foram definidas conforme encontradas nos títulos das pesquisas. Importa frisar que foram criadas temáticas visando agrupar as pesquisas com temas e objetos de investigação semelhantes. Por exemplo, a pesquisa intitulada “Governança em tecnologia da informação de um banco público” e a pesquisa sobre “Governança em tecnologia da informação de uma secretaria de Estado” foram agregadas à categoria temática “Governança em Tecnologia da Informação”.

Gráfico 2 – Quantitativo de Tese e Dissertações no descritor “Governança” no banco de dados da Capes, referente ao período 2002 a 2015

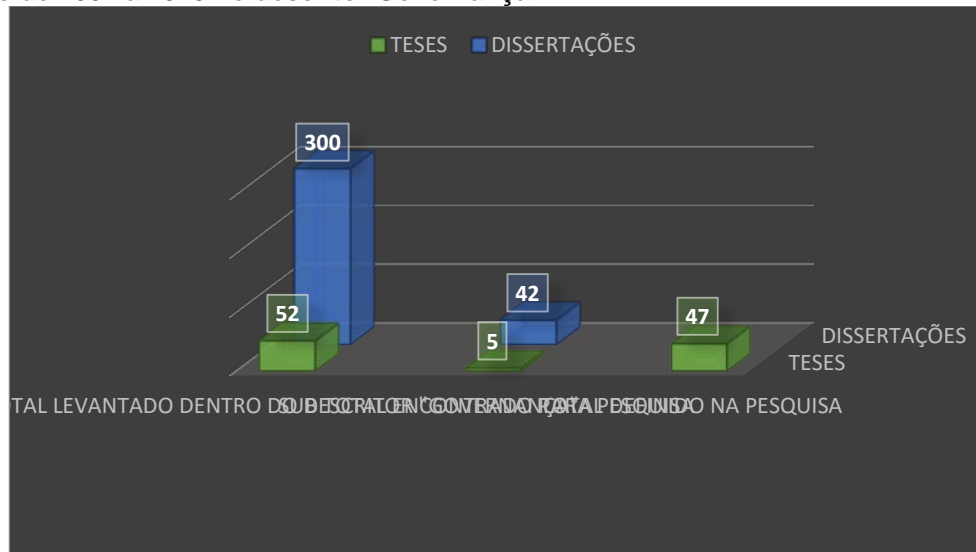


Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

De acordo com o Gráfico 2, observa-se que no período de 2002 a 2015 houve um aumento crescente nas pesquisas com a temática governança, conforme os últimos cinco anos, sendo os anos de 2011 e 2012 os que apresentam os maiores indicadores.

O total levantado com a utilização do descritor governança no banco de Teses e Dissertações da Capes resultou em 352 pesquisas, sendo 300 dissertações, selecionando-se 52 para estudo da pesquisa em desenvolvimento. Enquanto o total de teses levantado foi de 52, e apenas 5 foram selecionadas para o estudo proposto (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Total de Dissertações levantadas no banco de dados da Capes, referente ao período de 2002 a 2015 no descritor Governança

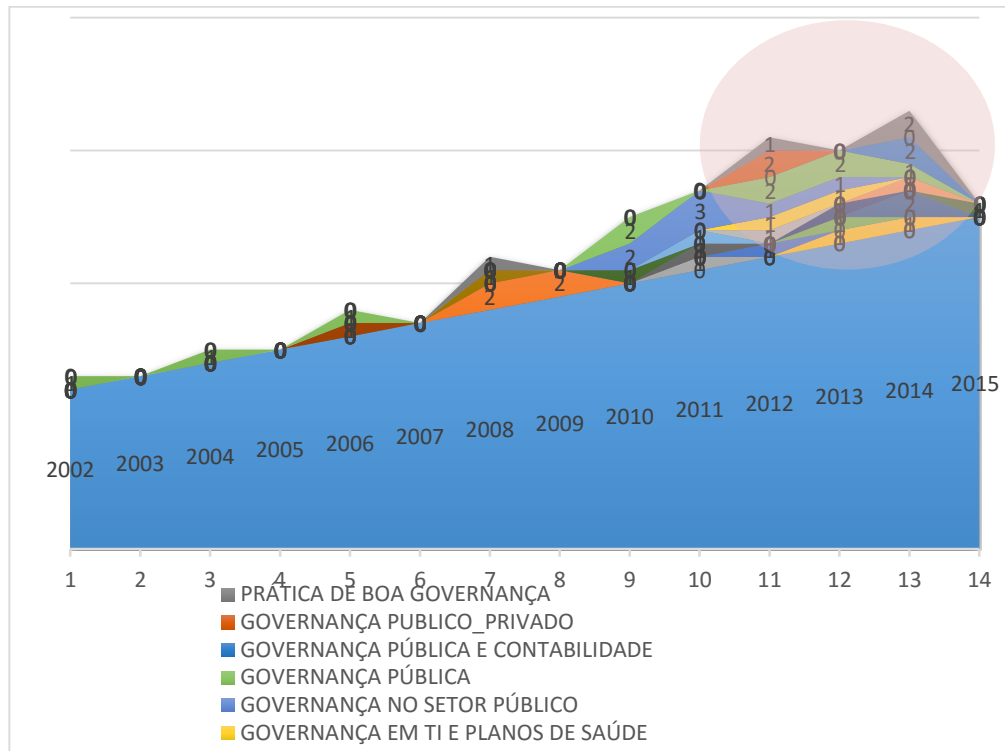


Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

Analisando os Gráficos 2 e 3, observa-se que no período de 2002 a 2015 há um crescente interesse em pesquisas envolvendo o tema governança. Em seu termo original, segundo Mello (2006), governança reflete a aquisição e a distribuição de poder na sociedade. E, se conceituada em âmbito corporativo, reflete o modo como as corporações são administradas. A propósito, Matos e Dias (2013) asseguram que o conceito de governança tem sido explorado em diversas áreas acadêmicas, seja na economia institucional, relações internacionais, estudos organizacionais, estudos sobre desenvolvimento, ciência política, administração pública e sociologia.

Na sequência, apresentam-se as temáticas englobando o descritor governança (Gráfico 4):

Gráfico 4 – Temática governança no banco de dados da Capes, referente ao período 2002 a 2015



Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

Nota-se, no Gráfico 4, que as pesquisas envolvendo o tema governança, em nível de Brasil, têm tido aumento significativo nos últimos cinco anos, porém ainda tímidas se comparadas às realizadas internacionalmente, há pouco mencionadas. O ano de 2012 apresentou o maior indicador em pesquisas no banco da Capes, tendo como maior indicador o tema governança pública.

A seguir, pode-se visualizar o quantitativo de temáticas, agrupado por semelhança de assuntos, trabalhadas nos eventos da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração (ANPAD), referente ao período de 2006 a 2015 (Quadro 3):

Quadro 3 – Temáticas com o descritor “governança”, trabalhadas nos eventos da ANPAD, período de 2006-2015

PESQUISAS COM DESCRITOR "GOVERNANÇA"	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BIBLIOMÉTRICO DE GOVERNANÇA	0	0	1	1	0	0	1	3	0	1
GOVERNANÇA CORPOR. EM EMPRESA PÚBLICA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
GOVERNANÇA E REDES	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
GOVERNANÇA E SEGURANÇA PÚBLICA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GOVERNANÇA E SETOR PÚBLICO	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GOVERNANÇA E TI	0	0	0	3	2	2	1	4	4	1
GOVERNANÇA ELETRÔNICA	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
GOVERNANÇA NA ADMINIS PÚBLICA	0	0	0	0	1	0	4	1	1	0
GOVERNANÇA NO ENSINO DE ADMINISTRAÇÃO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
GOVERNANÇA PÚBLICA	0	1	0	0	0	0	4	0	2	0
GOVERNANÇA PÚBLICA E SAÚDE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
GOVERNANÇA PÚBLICO E PRIVADO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
TOTAL ANUAL	3	3	5	4	3	4	11	8	8	2
TOTAL DEFINIDO PARA TESE	51									
TOTAL DE TEXTO LEVANTADO	246									

Fonte: Elaboração própria do pesquisador, em 2015.

A pesquisa no banco de dados da ANPAD, por meio da web, aponta que houve 246 pesquisas com o descritor governança em termos gerais. No entanto, quando se restringe às teses, este número se reduz para 51 ocorrências, sendo as pesquisas em governança pública as que mais se sobressaem.

Pesquisando sobre o assunto, Dias (2012) observa que governança pública traduz um movimento florescente na Administração Pública do Estado neodesenvolvimentista com a proposta de promover a reintegração da política com a administração e como instrumento de processos mais democráticos.

Na sequência, apresenta-se a frequência da temática “governança” encontrada nos diversos eventos realizados pela ANPAD, referente ao período 1997-2015. Justifica-se o início da pesquisa pelo ano de 2006, levando-se em conta que a partir desse ano é que os trabalhos foram disponibilizados na web/online (Quadro 4):

Quadro 4 – Frequência dos eventos ANPAD com a temática “governança” – período 2006-2015

ANO	FREQUÊNCIA DO DESCRITOR "GOVERNANÇA" EVENTOS DA ANPAD										TOTAL POR ANO	
	3Es	AIB	EMA	EnADI	EnANPAD	EnAPG	EnEO	EnEPQ	EnGRP	Simpósio	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
2006	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3,0	6%
2007	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3,0	6%
2008	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	5,0	10%
2009	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	5,0	10%
2010	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3,0	6%
2011	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	4,0	8%
2012	0	0	0	0	5	6	0	0	0	0	11,0	22%
2013	1	0	0	2	4	0	0	1	0	0	8,0	16%
2014	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	7,0	14%
2015	0	0		2	0	0	0	0	0	0	2,0	4%
TOTAL ABSOLUTO	1	0	0	7	28	13	0	2	0	0	51,0	100%
TOTAL RELATIVO	2%	0%	0%	14%	55%	25%	0%	4%	0%	0%	100%	

Fonte: Elaboração própria do pesquisador, em 2015.

É notória a majoritária incidência de trabalhos nos eventos do EnANPAD (55%). Infere-se que isto ocorra em razão desse evento agregar temas de interesse da área de Administração e áreas afins nas diversas modalidades de manuscritos, como teórico-empíricos, ensaios teóricos, casos para ensino e artigos tecnológicos. Configura-se assim um espaço de publicação científica e interlocução entre os pares de modo a divulgar a produção científica, a formação e o fortalecimento das redes de pesquisa (EnANPAD, 2016).

Procurando depurar ainda mais o filtro acerca do tema governança, pesquisou-se no Diretório dos grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio da *website*, trabalhos de pesquisas finalizadas e em andamento que arrolam o assunto.

Importa assinalar que o Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, projeto desenvolvido no CNPq desde 1992, constitui-se em bases de dados que contêm informações sobre os grupos de pesquisa em atividade em solo brasileiro. O Diretório mantém uma Base corrente, cujas informações são atualizadas continuamente pelos líderes de grupos, pesquisadores, estudantes e dirigentes de pesquisa das instituições participantes, e o CNPq realiza Censos bi-anuais, que são fotografias dessa base corrente.

Em suma, as informações contidas nessas bases se referem aos recursos humanos constituintes dos grupos (pesquisadores, estudantes e técnicos), às linhas de pesquisa em andamento, às especialidades do conhecimento, aos setores de aplicação envolvidos, à produção científica e tecnológica e aos padrões de interação

com o setor produtivo. Além disso, cada grupo é situado no espaço (região, UF e instituição) e no tempo (BRASIL. CNPq, 2015).

Os grupos de pesquisa inventariados estão localizados em universidades, instituições isoladas de Ensino Superior, institutos de pesquisa científica, institutos tecnológicos e laboratórios de pesquisa e desenvolvimento de empresas estatais ou ex-estatais. Os levantamentos englobando o tema governança, realizados no Diretório do CNPq, não incluem os grupos localizados nas empresas do setor produtivo. O Quadro 5 apresenta o total de registros de grupos de pesquisa que alocam o tema governança:

Quadro 5– Registro sobre a temática “governança” alocada nos grupos de pesquisas do CNPQ

Total de registros de grupos de estudos sobre o descritor "GOVERNANÇA": 386 em todas as áreas						
Total de registros de grupo de estudo sobre o descritor "GOVERNANÇA" na Ciências Sociais Aplicadas: 174 grupos de estudos						
ITEM	INSTITUIÇÃO	SIGLA	ESTADO	GRUPO	1º LÍDER	2º LÍDER
1	Universidade Federal da Bahia	UFBA	BA	Estratégia e Governança em Serviços Públicos	Sandro Cabral	Antonio Francisco de Almeida da Silva Junior
2	Universidade Federal de Uberlândia	UFU	MG	Gestão e Governança em Saúde	Eduardo Loebel	-
3	Universidade de Brasília	UNB	DF	Gestão Pública e Governança	Ricardo Corrêa Gomes	-
4	Universidade Federal de Uberlândia	UFU	MG	Governança, Custos e Financiamentos na Saúde	Adeilson Barbosa Soares	Vinicius Silva Pereira
5	Universidade do Sul de Santa Catarina	UNISUL	SC	Observatório de Governança Pública	Taisa Dias	-
6	Universidade Federal Fluminense	UFF	RJ	Programa de Estudos em Reforma do Estado e Governança	Frederico José Lustosa da Costa	-

Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

Por meio da *web/site*, com o descritor “governança”, contabilizou-se 386 grupos de pesquisa registrados no CNPq, dentro das mais diversas áreas do conhecimento. Com o mesmo descritor, filtrando-se para a área de Ciências Sociais Aplicadas, computou-se 174 grupos que pesquisam sobre governança. Apenas meia dúzia deles se aproximou do tema da pesquisa ora empreendida. E, aquele que mais se

aproximou do estudo, ora realizado, que tem por objetivo analisar o serviço de saúde oferecido aos Agentes de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso, de forma a verificar sua estrutura de governança, visando compreender a efetividade do atendimento proporcionado, foi o de Dias (2012) que investigou sobre “Governança pública: uma concepção teórico-analítica aplicada no governo do Estado de Santa Catarina a partir da implantação das Secretarias de Desenvolvimento Regional”. Este situa-se no grupo de pesquisa “Observatório de Governança Pública” da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Apesar de encontrar estudos pontuais relatando a Governança Pública de maneira efetiva, não foi possível encontrar nenhum diretamente ligado aos conceitos de Governança Pública e sua utilização para uma prestação de saúde unificada para os ASP em nenhum banco de dados. Os estudos que mais se assemelham aos objetivos deste trabalho estão listados no Quadro 6:

Quadro 6– Estudos que mais se assemelham aos objetivos desta tese

CHERCHIQLIA, Mariangela Leal; DALLARI, Sueli Candolfi	1999	RAP	A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência
SOUZA, Bruno Cesar Grossi -	2011	UnB	Governança em segurança pública: capacidade de coordenação das secretarias estaduais de segurança pública
Fernanda Filgueiras Sauerbronn	2014	ENANPAD	Revisitando Abordagens em Governança Pública em Busca de uma Proposta para o Estudo da Dimensão Público-Privada no SUS

Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

Nota-se, no entanto, que a revisão bibliográfica sistemática, sem o descritor governança, comprova o pioneirismo da proposta desta tese, principalmente no que tange ao contexto da área da saúde e especificamente no recorte da segurança pública. Na sequência, abordar-se-á questões atinentes sobre o que possa consistir o significado de “estado e governança”.

1.2 Estado e governança

Antes de adentrar no conceito de governança, se faz pertinente a compreensão do conceito de Estado. Este é extremamente variável, a depender do ângulo do qual se considera avaliar. Por exemplo, Granjeiro (2002) pondera sobre algumas proposições:

- I - Corporação territorial dotada de um poder de mando originário;
- II - Comunidade de homens, fixada sobre um território com poder de mando, ação e coerção;
- III - Pessoa jurídica territorial soberana;
- IV - Pessoa jurídica de direito público interno.

O Estado é constituído por três elementos originários e indissociáveis: povo, território e governo soberano. Por conseguinte, o povo consiste no componente humano do Estado; território, a sua base física; enquanto governo soberano implica no elemento condutor do Estado, responsável pelo poder de autodeterminação e auto-organização que emana do povo. Não existe Estado independente sem soberania, uma vez que tal poder absoluto, indivisível e incontestável é requisito para sua organização e condução, de acordo com a vontade livre do povo (GRANJEIRO, 2002; MACHADO; SPERS, 2013).

Discutir a concepção de Estado é, portanto, retomar uma ampla discussão, pois não é uma simples escrita, mas a complexidade de um personagem que deve garantir ao coletivo seus direitos. E quando se entra nesse mote de discussão, logo vêm as Instituições, e nesse sentido, os brasileiros – entre os quais me incluo – institucionalizam pouco suas práticas. Isso pode ser constatado empiricamente, pois há muitas instituições e muitos processos burocráticos (MACHADO; SPERS, 2013).

Falar em Estado exige que se fale em administração pública, reiterando que os princípios fundamentais da Constituição brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) requerem: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, defendendo-se a égide da difusão da informação tanto para que sirva como ferramenta de tomadas de decisões, como para que possa ser efetivada a transparência das condutas, efetividade e aplicabilidade das distribuições da verba pública.

Nos dias de hoje, observa-se uma notória especulação, por parte de cidadãos brasileiros, quanto à confiabilidade no modo de governança do Estado brasileiro. Pois há uma desconfiança, em termos gerais, de que o governo apresenta dificuldade para lhes oferecer proteção e que a corrupção disseminada está minando a capacidade do governo de produzir o bem comum, mais especificamente, em promover a oferta de bens e serviços públicos com efetividade.

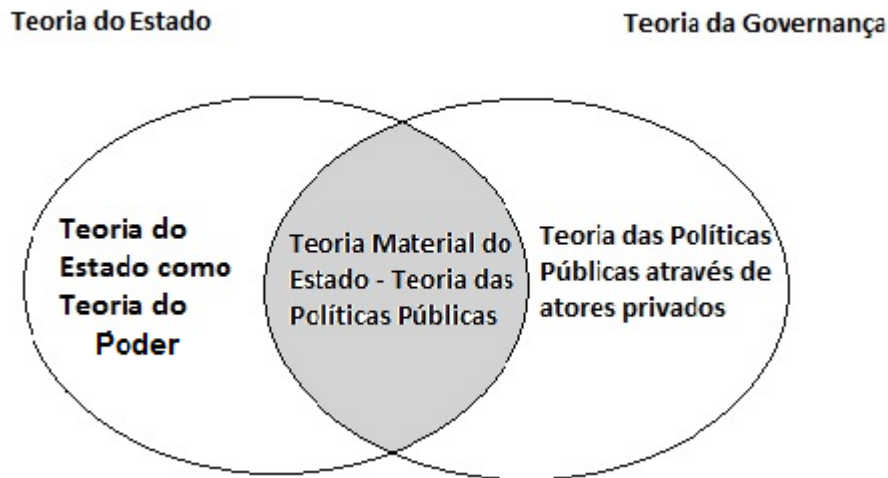
Daí a necessidade de discussão acerca do conceito de governança. Neste sentido, cabe a indagação: qual o significado de governança?

A governança, em seu aspecto original, é pensada como a aquisição e distribuição de poder na sociedade. Quando aplicada ao âmbito corporativo, implica a maneira como as corporações são administradas. Costuma-se pensar a governança corporativa aplicada ao setor público, referenciando a administração das agências do setor público, utilizando-se de princípios originários da governança corporativa do setor privado, que acabam possuindo aplicação no setor estatal (MELLO, 2006).

De acordo com Matos e Dias (2013), o termo 'governança' é oriundo da palavra inglesa 'governance', que é a substantivação do verbo 'to govern', cujo sentido implica em 'governar, conduzir o Estado'. O uso atual não considera governança como sinônimo de governo. Nesse entendimento, governança remete a uma mudança no sentido do governo, reportando-se a um novo processo de governar, ou uma condição alterada de uma regra, ou um novo método pelo qual a sociedade é governada (STOKER, 1998).

Importa notar que o termo governança está associado aos processos estatais de condução das posições de longo prazo. Por outro lado, encontra-se aí a inovação do conceito contemporâneo de governança, este não está mais limitado à condução estatal – o governo do Governo -, mas se aplica também ao governo, regulação e condução da sociedade por meio de instituições e atores sociais (MATOS; DIAS, 2013). A Ilustração 2 apresenta uma alusão a esse respeito:

Ilustração 2– Teoria do Estado e Governança



Fonte: Matos e Dias (2013, p. 22).

Observa-se, na Ilustração 2, que a Teoria Material do Estado e a Teoria das Políticas Públicas configuram o elemento comum entre a Teoria do Estado como Teoria do Poder e a Teoria da Governança puxada pela Teoria das Políticas Públicas mediante atores privados. O que significa dizer que o conceito de governança, nesse aspecto, transcende a abordagem tradicional estatal e remete a formas adicionais de condução social.

Nessa acepção, com base em Morus (2011), a teoria da governança engloba tanto a teoria material do Estado quanto os mecanismos sociais de integração e produção de ordem, a exemplo, os mecanismos decisórios em empresas (*corporate governance*) ou associações (*associational governance*) (CASTRO, 2013; MATOS; DIAS, 2013; MELLO, 2006; MORUS, 2011).

Matos e Dias (2013) argumentam que o conceito de governança não é novo; ele aparece em diversos períodos da história. Em 1516, Tomás Morus, em sua obra *A Utopia ou O tratado da melhor forma de governo*, já idealizava estruturas de governança para *Utopus*.

A tendência de adotar práticas de governança corporativa no setor público tem aumentado, nos últimos anos, como é o caso da incorporação dos princípios de *accountability* e transparência. Ambos consistem em elementos essenciais nas organizações públicas, para que tanto o controle social quanto a avaliação dos resultados sejam efetuados de maneira eficaz e eficiente (SLOMSKI, 2005).

Propostas de governanças intitulam-se como sendo o caminho entre a democracia e a eficiência pública, onde a centralidade está na ação efetiva para que se tenha uma sociedade desenvolvida e equilibrada (PROCOPIUCK; FREY, 2009). Desta feita, neste momento se traz as discussões acerca da governança como forma efetiva para dirimir os conflitos existentes na administração pública.

A Governança Pública é o movimento que floresce baseando-se nos pressupostos da economia e sua abordagem substantiva, corroborando o papel estratégico do Estado no que se refere ao desenvolvimento da sociedade do século XXI, demandando uma visão para além da econômica. Nele, trata-se da emergência da Governança Pública, das suas diferentes perspectivas, da coordenação estatal do processo cooperativo entre Estado, sociedade civil e mercado, além da complementaridade de características dos modelos de Administração Pública Burocrática e New Public Management (NPM), associando estas a elementos democráticos (DIAS et al., 2014).

Na literatura moderna, o termo governança reaparece na década de 1930 com Ronald Coase. Mais tarde, o conceito foi detalhado por Oliver Eaton Williamson ao relacioná-lo ao âmbito empresarial, destacando os dispositivos operacionalizados pela empresa para se atingir uma coordenação eficaz. O termo 'governança corporativa' foi nominado em 1960 por Richard Eells, e leva à estrutura e ao funcionamento das políticas de uma corporação, edificando um modelo de gestão das empresas guiado por uma articulação de poder entre os acionistas. Na década seguinte, o termo fica associado, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, à governabilidade, ou seja, às necessárias mudanças das instituições e organizações para melhorar a capacidade de gestão do Estado em relação aos cidadãos. Com a recessão mundial de 1973, a ação local passou a assumir maior importância para enfrentar os males relativos à capacidade declinante do Estado-nação em controlar os fluxos financeiros das empresas multinacionais (MORUS, 2011; MATOS; DIAS, 2013).

Em linhas gerais, a governança nasce para referendar algo mais amplo que o conceito de governo, como um novo modo de governo capaz de expressar as mudanças que estão ocorrendo nas sociedades desde o final do século XX. A globalização, a queda do Comunismo e as crises de governabilidade geraram uma

transformação na forma de se entender o Estado. As relações Estado-sociedade e as relações internacionais entre os Estados mudam com o propósito de garantir a estabilidade do sistema político, solucionar os conflitos e tensões, e responder com efetividade aos problemas do novo milênio (MATOS; DIAS, 2013).

Nesses termos, a governança pode ser compreendida como uma nova maneira de governar, característica da sociedade em rede – marcada pela complexidade, dinamismo e diversidade – sendo o modo de governar com o propósito de fazer frente à crescente complexidade e diversidade das sociedades contemporâneas, que se caracterizam pela interação de uma pluralidade de sujeitos, relações horizontais, pela participação da sociedade no governo e sua responsabilidade frente aos desafios sociais (MATOS; DIAS, 2013).

Para esses autores, há evidente diferença entre os conceitos de governança e governo. Ainda que os dois conceitos se refiram a um comportamento visando a um objetivo, a atividades orientadas para metas, a sistemas de ordenação; o termo ‘governo’ está associado a atividades sustentadas por uma autoridade formal que pelo poder de polícia garante a implementação das políticas devidamente instituídas. De outra parte, a governança refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas e não dependem, necessariamente, do poder de polícia para que sejam aceitas e vençam resistências.

O significado original de governança continha um entendimento associado ao debate político-desenvolvimentista, no qual o termo era usado para referir-se às políticas de desenvolvimento, orientando-se por determinados pressupostos sobre elementos estruturais, como: gestão, responsabilidades, transparência e legalidade do setor público, considerados necessários ao desenvolvimento de todas as sociedades (de acordo com os modelos idealizados por organizações internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) ou a Organization for European Cooperation and Development (OECD) (KISSLER; HEIDEMANN, 2006).

A governança é parâmetro para compreensão da dinâmica dos processos, dos atores e das regras do jogo para se tomar decisões em relação à saúde pública. Assim, a construção das regras do jogo é a dimensão central no que diz respeito a instituição, a atores, a comportamentos e a condutas. Logo, são as distintas posições,

inserções, recursos ou interesses carregados e demandados no 'jogo' que tornam compreensível o tipo de interação predominante na configuração do sistema de saúde (IBANHES et al., 2007).

Governança adquire um sentido mais amplo do que governo; porque abarca as instituições governamentais, mas enlaça ainda mecanismos informais, de aspecto não governamental, que fazem com que as pessoas e as organizações dentro da sua área de atuação tenham conduta determinada, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas (ROSENAU, 2000; MATOS; DIAS, 2013).

Também há de se ponderar que a governança é um conceito que reconhece que o poder reside dentro e fora da autoridade formal e das instituições do governo, Governança engloba o governo, o setor privado e a sociedade civil; enfatizando o "processo". Igualmente identifica que as decisões tomadas se baseiam nas relações complexas entre muitos atores com prioridades diferentes (UN-Habitat, 2005). De acordo com tal definição, governar se tornou um processo de 'coordenação e de influência em interações social, política e administrativa'. Configura um artefato para gerenciar interesses sociais e criar possibilidades e limites para os atores e sistemas sociais se auto-organizarem. O elemento-chave é a questão de como a cooperação na prática pode levar ao fortalecimento de metas comuns, e como criar arranjos de tal modo que o esforço de governar, por parte do Estado, e a auto-organização, por parte da sociedade, possam ser complementares (CKAGNAZAROFF, 2009; MATOS; DIAS, 2013).

Determinadas concepções compreendem a governança em termos funcionais, ou seja, em termos de tarefas que precisam ser realizadas para manter os entendimentos roteirizados da ordem predominante e que podem ou não pertencer aos governos. Governança associa-se também à capacidade de regulamentar esses entendimentos para que eles permaneçam como rotinas. Sendo que, ainda, é interpretada por alguns autores como uma forma de distribuir valores. Há ainda que se destacar que governança também pode ser identificada com o surgimento de sistemas de regras e recursos para solução de problemas. Não obstante as variações, as definições não são incomparáveis, pois todas admitem uma ordem que exista sem uma autoridade central capaz de impor decisões em escala global (ROSENAU, 2000; MATOS; DIAS, 2013).

Entre as inúmeras definições de governança, também merecem destaque as seguintes:

Governança diz respeito aos pré-requisitos institucionais para a otimização do desempenho administrativo, isto é, o conjunto de instrumentos técnicos de gestão que assegure a eficiência e a democratização das políticas públicas.

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, governança pode ser concebida como o exercício da autoridade econômica, política e administrativa com o propósito de gerir os negócios de um país em todos os níveis. Abrange os mecanismos, processos e instituições mediante os quais os cidadãos e grupos articulam seus interesses, exercitam seus direitos legais, cumprem as suas obrigações e medeiam as suas diferenças (MATOS; DIAS, 2013).

Não obstante, destaca-se que a governança é potencializada quando os participantes, responsáveis pelas decisões, compreendem suas responsabilidades, funções e objetivos, sendo importante definir e informá-los sobre as razões de suas resoluções (MAGALHÃES JÚNIOR, 2010).

Na subsequência, Matos e Dias (2013, p. 26) assinalam algumas características básicas relacionadas ao conceito de governança, a saber:

- Expressa algo mais amplo que o governo entendido como o exercício de poder por parte do Estado, os governantes, e/ou líderes políticos.
- Supõe uma ruptura com o modelo de Estado tradicional, hierárquico e centralizado. O Estado segue ocupando um papel predominante no processo, mas perde parte de sua autonomia tanto no âmbito nacional como supranacional para tomar decisões e gerenciar assuntos públicos, além de outros atores, tais como as organizações internacionais, grupos de interesse, organizações não governamentais e meios de comunicação.
- Enfatiza a necessidade de desenvolver formas de cooperação política que vão além do mercado, entendido como sistema de coordenação automática de intercâmbio. Assim, a governança é uma forma de governo nova que se adota com a finalidade de evitar os efeitos derivados das falhas do mercado, assim como da falta de flexibilidade e da incapacidade de adaptação das organizações públicas às mudanças no ambiente.

- A interação e interdependência são elementos-chave associados ao conceito de governança. Através dessa interação, formam-se redes de atores públicos e privados, que trocam recursos e informações, de forma mais ou menos permanente, para alcançar objetivos políticos.

- Suas pautas de interação podem adotar formas diversas: podem ser de natureza intergovernamental, transnacional, ou adotar uma estrutura multinível, envolvendo supranacionais, nacionais, regionais ou locais. Podem ser redes abertas ou de caráter pluralista, nas quais a participação é diversificada, ou, ainda, redes fechadas e de caráter elitista que limitam o acesso a poucos atores.

- A governança abre um debate em torno do conceito de legitimidade. De uma parte, a delegação do poder público a grupos sociais está associada a um incremento da governabilidade do sistema político, e a uma maior adaptação da ação de governo às exigências e preferências expressas socialmente, tanto na esfera internacional como do Estado. De outra parte, a redução da autonomia estatal dilui os limites entre o público e o privado, reduz a visibilidade do processo de elaboração de políticas públicas e gera problema na definição de responsabilidades. Organizações não governamentais, sindicatos, movimentos sociais transnacionais ou instituições supranacionais como a União Europeia, intervêm diretamente na resolução de problemas de interesse geral, que afetam a sociedade como um todo, sem serem responsáveis politicamente frente à cidadania. O desafio futuro da governança consiste em estabelecer um equilíbrio entre eficiência e legitimidade democrática (BONAFONT; ROQUÉ, 2008).

A concepção atual de governança não pode ser compreendida como sinônimo de governo, pois se dedica à referência de um novo processo de governar, em uma condição alterada de uma regra, isto é, uma nova metodologia para que a sociedade seja governada. Essa noção contemporânea é inovadora, pois não se limita à ideia de uma condução estatal, em relação ao governo do Governo, mas, sim, aplicando-se à regulação e condução da sociedade, através das instituições e atores sociais (MATOS; DIAS, 2013). De acordo com Armstrong, Jia e Totikidis (2005), é possível estipular alguns elementos encontrados nos principais modelos de governança, conforme se apresenta no Quadro 7:

Quadro 7- Elementos encontrados nos principais modelos de governança

Estruturas	Elementos
Valores	<i>Accountability</i> Transparência Honestidade Integridade Diligência Diversidade Igualdade Excelência
Princípios	Políticas de governança Papéis, poderes, condutas Provisão de infraestrutura
Legislação relevante	Constitucional Estatutária Regulatória
Mecanismos de boa governança	Liderança Direcionamento Controle Autoridade Gerenciamento <i>Accountability</i>

Fonte:Armstrong, Jia e Totikidis(2005).

As transformações causadas pelo processo de globalização nos séculos XX e XXI podem ser entendidas no que se refere à gestão pública, através do processo de modernização de sua essência, cuja expressão se traduz na solidez do governo democrático, com o surgimento de outras formas de governança e estruturas públicas, as quais possibilitam a interligação de diversos modelos e níveis de organização enquanto partes integrantes de um governo com participação popular.

Do ponto de vista de Rhodes (1996), há pelo menos meia dúzia de usos diferentes do termo “governança”, conforme se destaca a seguir:

1. Como estado mínimo: baseado na necessidade de redução dos déficits públicos, referindo-se a uma nova forma de intervenção pública e ao papel dos mercados na produção dos serviços públicos. Indiscutivelmente, o tamanho do

governo foi reduzindo pelas privatizações e cortes na função pública. No entanto, a despesa pública manteve-se constante como proporções do PIB; o emprego público cresceu ligeiramente no governo local, e a regulação substituiu algumas formas de intervenção pública.

2. Como governança corporativa: oriunda das teorias de gestão, a governança corporativa acentua a necessidade de eficácia, a definição de metas do governo, e exigência de *accountability*, ou seja, a transparência e a responsabilidade na gestão dos bens públicos (RODHES,1996,p. 27).

3. Como “boa governança”: utilizada originalmente pelo Banco Mundial com referência a suas políticas de empréstimos, a boa governança pressupõe serviço público eficiente, respeito pela lei e pelos direitos humanos por uma legislatura representativa, a privatização das empresas estatais, o rigor orçamentário e a descentralização administrativa;

4. Como a nova gestão pública: o “new Public management” (NPM), relacionado à governança corporativa, prega a utilização de métodos de gestão do setor privado no setor público e estruturas de incentivos na prestação de serviços públicos;

5. Como sistemas sociocibernéticos: trata-se dos efeitos da interação entre governo, atores sociais, políticos e econômicos em que nenhum ator tem o monopólio sobre a informação ou conhecimento para resolver problemas complexos. Governança configura o resultado das formas interativas sociopolíticas de governar (dinâmica das redes, diversidade dos atores, a forma como interagem dentro de um ambiente institucional).

6. Como redes auto-organizadas: está relacionada com os sistemas sociocibernéticos, incidindo sobre a governança como redes em que pessoas públicas, pessoas privadas – sem fins lucrativos – e organizações interagem para prestar serviços públicos. Não obstante, o foco aqui se centra no caráter autônomo e autogovernável dessas redes. Considerando que o Estado é um dos atores (e não mais o único e exclusivo ator) no sistema mundial, redes integradas e horizontais (ONGs, redes profissionais e científicas, meios de comunicação) desenvolvem suas políticas e modelam o ambiente desse sistema (RHODES, 2000).

Corroborando com o que dizem esses autores, Eli Diniz (1995), pesquisador que se dedica a estudar o tema governança, em seu artigo intitulado *Governabilidade, democracia e reforma do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90* destaca que o termo *governance* floresce a partir de reflexões puxadas, com certa ênfase, pelo Banco Mundial, em razão da necessidade de se examinar as minúcias sobre o conhecimento das condições que garantem um Estado eficiente. Pois, em seu ponto de vista, esta preocupação guiou o foco da atenção das implicações exclusivamente econômicas da ação estatal para uma visão mais abrangente, englobando as dimensões sociais e políticas da gestão pública. O que significa que a capacidade governativa não seria avaliada somente mediante os resultados das políticas governamentais, mas sim, indo mais além, pela maneira segundo a qual o governo exerce o seu poder.

A governança engloba dimensões presentes na governabilidade, mas vai além. Santos (1997), por exemplo, parte da definição geral do Banco Mundial, segundo a qual a governança está afeita ao modo como a autoridade é exercida no gerenciamento dos recursos do país em direção ao desenvolvimento. Nessa esteira, reitera a autora, governança, diz respeito ao *modus operandi* das políticas governamentais que insere, dentre outras, questões ligadas ao formato político-institucional dos processos decisórios, à definição do mix apropriado do público/privado nas políticas, à participação e descentralização, aos mecanismos de financiamento das políticas e ao alcance global dos programas. Vale observar que o “[...] conceito não se restringe, contudo, aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado, tampouco ao funcionamento eficaz do aparelho de Estado” (SANTOS, 1997, p.4). Isto porque a discussão mais recente sobre o conceito de governança ultrapassa o marco operacional para acrescentar questões relativas a padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico. Inserem-se aí, “[...] não apenas os mecanismos tradicionais de agregação e articulação de interesses, tais como partidos políticos e grupos de pressão, como também redes sociais informais (de fornecedores, famílias, gerentes), hierarquias e associações de diversos tipos.” (SANTOS, 1997, p. 4).

No pensar de Mattos e Dias (2013), a governança pode, ainda, ser considerada como uma espécie de alternativa ao controle em formato hierárquico, quando no processo de formulação de políticas públicas, compondo um novo modelo de governo, que se diferencia através de sua caracterização enquanto possibilitador da cooperação e maior interação entre o Estado e os atores não estatais, nas relações entre público e privado.

Governar, nesse aspecto, engendra um processo de ‘coordenação e de influência em interações social, política e administrativa’. Constitui um mecanismo direcionado para gerenciar interesses sociais e motivar possibilidades e limites para os atores e sistemas sociais se auto-organizarem. O ponto central é a questão de como a cooperação na prática pode levar ao fortalecimento de metas comuns, e como criar arranjos de tal modo que o esforço de governar, por parte do Estado, e a auto-organização, por parte da sociedade, possam ser complementares (CKAGNAZAROFF, 2009).

Um dos assuntos mais discutidos nos últimos anos, quando se fala em gestão pública, é a prática de uma boa governança (REZENDE, 2009). Tal discussão não se faz por si só, ou por ser um termo cuja literatura buscou a modernização dentro de preceitos antigos adotados, mas sim, pelas possibilidades práticas, estratégica de adoção e efetivação de medidas eficientes para a gestão pública.

Na acepção de Gonçalves (2005, p. 1), pesquisador das áreas do Direito e das Ciências Políticas, o Banco Mundial, em seu documento *Governance and Development*, datado de 1992, apresenta a definição geral de governança como “[...] o exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo”. Numa definição com mais acuidade, “[...] é a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país, visando o desenvolvimento”, englobando ainda “[...] a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções” (p. 1). Neste particular, segundo o autor, merecem relevo duas questões:

- a) A idéia de que uma ‘boa’ governança é um requisito fundamental para um desenvolvimento sustentado, que incorpora ao crescimento econômico equidade social e também direitos humanos [...];
- b) A questão dos procedimentos e práticas governamentais na consecução de suas metas adquire relevância, incluindo aspectos como o formato

institucional do processo decisório, a articulação público-privado na formulação de políticas ou ainda a abertura maior ou menor para a participação dos setores interessados ou de distintas esferas de poder [...] (GONÇALVES, 2005, p. 1, grifo do autor).

A propósito desse assunto, esse mesmo autor assevera que um dos sérios problemas da análise científica é a imprecisão dos conceitos. Com a palavra governança parece ocorrer um movimento de uso amplo da expressão, sem que esteja cercado do cuidado analítico requerido. Logo, é necessário precisar o seu significado no contexto em que é aplicado. Também se evidencia que governança tem aplicação em variados campos, com sentidos diferentes. Apenas como exemplo, há a expressão 'governança corporativa', largamente empregada na Administração de Empresas (GONÇALVES, 2005).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC), "Governança Corporativa são as práticas e os relacionamentos entre os Acionistas/Cotistas, Conselho de Administração, Diretoria, Auditoria Independente e Conselho Fiscal, com a finalidade de otimizar o desempenho da empresa e facilitar o acesso ao capital", florescendo assim, a partir da teoria econômica tradicional, para superar o chamado "conflito de agência", que surgiu com a separação entre a propriedade e a gestão empresarial (GONÇALVES, 2005).

Dentro da literatura, Mello (2006) destaca que existem autores que pensam o conceito de governança corporativa indissolúvelmente associado à *accountability*, espécie de responsabilidade de prestação de contas, que varia a depender da natureza de cada entidade envolvida. A organização do setor público compromete-se a assegurar a integridade do que fazem, para evitar a ocorrência de comportamentos antiéticos. Além disso, a governança corporativa no setor público também é compreendida como a governança governamental, em uma relação entre proteção, administração, controle e supervisão, responsabilidade da organização governamental e pelas autoridades do governo, buscando uma forma eficaz de se comunicar e providenciar a prestação de contas para a sociedade.

Para Mello (2006), a governança, em seu aspecto original, é pensada como a aquisição e distribuição de poder na sociedade. Quando aplicada ao âmbito corporativo, implica a maneira como as corporações são administradas. Costuma-se pensar a governança corporativa aplicada ao setor público, referenciando a

administração das agências do setor público, utilizando-se de princípios originários da governança corporativa do setor privado, que acabam possuindo aplicação no setor estatal.

Frise-se que esta pesquisa tem o propósito de estudar a governança enquanto artefato para a compreensão das ações do governo do estado de Mato Grosso no setor público de saúde, partindo da dimensão política e buscando identificar a sua importância para o atendimento de saúde ofertado aos agentes de segurança pública de Mato Grosso.

Frente a esse propósito, há que se indagar: qual o significado do termo governo? Para Gonçalves (2005), governo é substantivo e governar expressa o sentido de deter uma posição da qual seja possível desempenhar uma função imediatamente associada ao poder de decidir e implementar decisões.

Ainda com base nesse autor, os termos *governabilidade* e *governança* são bem mais qualificativos, isto é, expressam, por exemplo, atribuições e qualidades, no caso da governabilidade; ou qualidades e meios/processos no caso da governança.

Kooiman et al. (2008) asseveram que há estreita relação entre os conceitos de governança e governabilidade. O termo 'governabilidade' fornece uma base conceitual para avaliar e melhorar os sistemas de governança. Isto porque um entendimento que objetiva melhorar a governança leva à necessidade de explorar e avaliar a governabilidade (KOOIMAN et al., 2008; MATOS; DIAS, 2013).

Nessa perspectiva, governabilidade pode ser concebida como a capacidade global de governança de qualquer entidade social ou sistema. Pode ser considerada uma propriedade composta, articulada às qualidades do objeto de governança (o sistema para ser governado), seu sujeito (o sistema de governo) e a relação ou interação entre os dois. Cada componente tem seus próprios aspectos de governabilidade (KOOIMAN et al., 2008).

Por assim dizer, a governabilidade se refere às condições da ambiência política em que se realizam as ações do sistema de governança, que podem gerar legitimidade das ações empreendidas, credibilidade e imagem pública positiva (DIAS, 2008). Dizendo de outra maneira, define-se como a capacidade do sistema político de dar uma resposta as demandas socialmente expressadas, de evitar conflitos e tensões, garantir a estabilidade (BONAFONT; ROQUÉ, 2008).

Nessa esteira de pensamento, tal perspectiva supõe que as condições de governabilidade de qualquer sistema estão gradativamente em movimento devido a fatores internos e externos. O que significa dizer, pois, que o que pode ser alta governabilidade em certo momento pode ser baixa em outro. Igualmente, o que pode ser de uma governança efetiva em um lugar pode ser ineficaz em outro (KOOIMAN et al., 2008).

A expressão 'governabilidade' ainda pode se reportar às condições sistêmicas mais gerais sob as quais se dá o exercício do poder em uma dada sociedade como forma de governo: as relações entre os poderes, os sistemas partidários, dentre outros. A governabilidade diz respeito às condições do exercício da autoridade política, enquanto governança qualifica o modo de uso dessa autoridade (MATIAS-PEREIRA, 2010).

A governabilidade refere-se à dimensão estatal do exercício do poder e considera os atributos essenciais ao exercício do governo. Em contrapartida, com um caráter mais amplo, a governança engloba toda a sociedade. Esta consiste no estabelecimento de um sistema de normas inseridas em um redesenho estratégico que envolve a participação de variados atores sociais que compartilham da sociedade formulando e implementando políticas públicas (FRACALANZA, 2009).

Para avaliar a governabilidade é importante saber como os atores sociopolíticos (indivíduos, entidades sociais) participam das interações do governo. De onde vem essa ação participativa? Quais são as questões em jogo, o que esses atores têm em comum, e quais são seus inputs e outputs? (KOOIMAN et al., 2008).

No pensar de Santos (1997), a governabilidade diz respeito mais à dimensão estatal do exercício do poder. Abrange as condições sistêmicas e institucionais segundo as quais se dá o exercício do poder, tais como as características do sistema político, a forma de governo, as relações entre os Poderes, o sistema de intermediação de interesses. Diniz (1995), por sua vez, pondera sobre três dimensões referidas no conceito de governabilidade, quais sejam: 1) Capacidade do governo para identificar problemas críticos e elaborar políticas adequadas ao seu enfrentamento; 2) Capacidade governamental de movimentar processos e recursos necessários à execução dessas políticas, bem como à sua implementação; 3) Capacidade de liderança do Estado sem a qual as decisões tornam-se indiferentes, isto é, sem

importância. Essas características enleando os termos governança e governabilidade são essenciais para a compreensão do conceito de governança pública o qual será discutido na sequência.

1.3 Governança Pública

Propostas de governanças intitulam-se como sendo o caminho entre a democracia e a eficiência pública, onde a centralidade está na ação efetiva para que se tenha uma sociedade desenvolvida e equilibrada (PROCOPIUCK; FREY, 2009). Desta feita, neste momento se traz as discussões acerca da governança como forma efetiva para os conflitos existentes na administração pública.

Matias-Pereira (2010) afirma que se pensa também na governança pública como tendo o objetivo de mitigar conflitos de interesses que ocorrem entre os atores que participam na elaboração das políticas públicas e, a esse respeito, a governança representaria um sistema determinante para o equilíbrio de poder entre todos os envolvidos, sejam eles governantes, gestores, servidores, cidadãos, para que o bem comum sempre prevaleça. Assim, a organização é capaz de atingir níveis de maior desenvolvimento, influenciando na ocorrência da melhoria de desempenho no serviço público e posteriormente o alcance de resultados que sejam satisfatórios para aqueles que se encontram envolvidos no processo.

Quando inserida no ponto de vista da gestão pública, a governança apresenta-se tal qual um meio de resolução dos problemas, para superação dos mecanismos rígidos de controle baseados na lei, como a burocracia, passando uma confiança mais a partir da pluralidade de agentes que estão envolvidos no desenvolvimento das políticas e serviços públicos, viabilizando a negociação, a cooperação e a cogestão de serviços e políticas públicas. Esse cenário prevê o governo como um agente fundamental na resolução dos problemas sociais, entretanto, não como o único (MATOS, 2013).

Para o Banco Mundial, os procedimentos e práticas governamentais para a busca de suas metas têm grande relevância, bem como os aspectos envolvidos na formulação das políticas públicas ou ainda a abertura maior ou menor oferecida para a participação dos setores interessados, ou de distintas esferas de poder. A

governança pública, em sua larga referência, é conceituada, ainda, como o processo complexo que envolve as tomadas de decisão que não apenas antecipam como ultrapassam o governo (MATIAS-PEREIRA, 2010).

Desse ponto de vista, há que se compreender o significado de Estado e seu papel na sociedade envolvente. Daí a necessidade de uma discussão englobando o conceito de Estado, uma vez que este é extremamente variável, a depender do ângulo em que se considera avaliar.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 trouxe em seu escopo uma das mais justas redações que se pode verificar em uma Constituição, porém, ainda que seu texto apresente uma bela retórica, principalmente com relação aos direitos humanos e ao cuidado do Estado para com seu povo, é notório que a realidade que se apresenta ainda não condiz, em sua totalidade, com os marcos legais implícitos em nossa Carta Magna.

Sobre a realidade brasileira, Freitas (2014) é incisivo ao dizer que a forma que o Estado desenvolve suas funções atualmente tem resultado em uma sociedade temerosa e descrente com todos os serviços oferecidos, principalmente por parte de seus governantes. Mas o que é Estado?

O Estado é constituído por três elementos originários e indissociáveis: povo, território e governo soberano. Por conseguinte, o povo consiste no componente humano do Estado; território, a sua base física; enquanto governo soberano implica no elemento condutor do Estado, responsável pelo poder de autodeterminação e auto-organização que emana do povo. Não existe Estado independente sem soberania, uma vez que tal poder absoluto, indivisível e incontestável é requisito para sua organização e condução, de acordo com a vontade livre do povo (GRANJEIRO, 2002).

Como estudo sistemático e ciência de governo, a administração pública tornou-se objeto de pesquisas a partir do século XIX. O Estado contemporâneo, em seu perfil típico, define-se pela sua composição articulada entre os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. Assim, a administração pública apresenta-se como um conjunto de regras a serem executadas a serviço do Estado, configurando-se como extensão da organização política em um plano operacional e que tem sua atuação condicionada pelas normas gerais do Estado (PROCOPIUCK, 2013).

Silva et al. (2014) mapearam os conceitos de governança pública com suas respectivas abordagens. Estas são consideradas relevantes para a pesquisa aqui engendrada, sendo, por este motivo, apresentadas no quadro 8:

Quadro 8- Conceitos, definições e considerações sobre governança pública

Autor	Definição
PATAPAS; RAIPA; SMALSKYS (2014)	Implementação de políticas públicas focada na interação organizacional e inter-setorial; parcerias entre organizações compreendendo a necessidade de novas formas de interrelação; conexão de todos os potenciais e recursos administrativos para a resolução dos problemas da sociedade.
ANSELL; GASH (2007)	Compreende que ao longo das últimas décadas, uma nova forma de governança pública surgiu para substituir os modos contraditórios da gestão de formulação e implementação de políticas públicas. Define a governança como colaborativa, trazendo <i>stakeholders</i> públicos e privados em conjunto, através de fóruns coletivos para a prática de tomada de decisões, orientadas em consenso.
FREEMAN (2000)	Conjunto de relações negociadas entre atores públicos e privados. Através dessa concepção, os atores públicos e privados negociam a formulação de políticas, sua implementação e aplicação. Isso evoca uma imagem de tomada de decisão na qual não há um centro de controle, como a agência, desafiando a distinção público/privado em Direito Administrativo, reconsiderando a concepção tradicional. Repensa a responsabilidade dos atores públicos, reconhecendo os papéis difundidos e variações de interpretação dos atores privados nos aspectos da governança.
SECCHI (2009)	É um termo aplicado ao setor público que denota pluralismo, no sentido que diferentes atores têm, ou deveriam ter, o direito de influenciar a construção das políticas públicas. Essa definição implicitamente traduz-se em uma mudança do papel do Estado na solução de problemas públicos, tornando-o menos hierárquico e menos monopolista. A governança pública também significa um resgate da política dentro da administração pública, diminuindo assim a importância de critérios técnicos nos processos de decisão e criando um reforço de mecanismos participativos de deliberação na esfera pública.
GONÇALVES (2005)	Meio e processo capaz de produzir resultados eficazes, sem contar necessariamente com a utilização expressa da coerção. A governança não exclui a dimensão estatal, ao contrário, acaba por envolvê-la.
MARTINS (2011)	Processo pelo qual a partir de determinadas capacidades e qualidades institucionais, agentes públicos e privados buscam produzir, de modo cooperativo, serviços, políticas e bens públicos visando a geração de valor público sustentável.
ARAUJO (2002)	A capacidade que o Estado possui para formular e implementar as suas políticas, de forma que possa alcançar as metas coletivas propostas à administração pública e fazer uso das competências de ordem financeira, gerencial e técnica.
MARINI; MARTINS (2004)	A governança pública está centrada na questão administrativa do Estado e em sua capacidade de ação para o alcance de resultados de desenvolvimento, a partir da capacidade das organizações de desempenhar suas tarefas de maneira eficaz, eficiente e sustentável. Busca tratar de forma integrada a dimensão do desenvolvimento econômico, do desenvolvimento social e da sustentabilidade ambiental.
SILVA et al. (2014)	Pode ser compreendida como um processo de interação entre os diversos agentes sociais, mecanismos e práticas administrativas. Um cenário onde o governo participa de forma ativa e busca uma gestão eficiente e eficaz em razão aos objetivos propostos.
SARTORI (2011)	Modelo horizontal de relação entre atores públicos e privados no processo de elaboração de políticas públicas. Assim, os diferentes atores têm a possibilidade de influenciar no desenvolvimento das políticas públicas.
BRESSER-PEREIRA (1998)	É a capacidade financeira e administrativa, em sentido amplo, de um governo implementar políticas.
ROSENAU (2000)	Refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas e não dependem, necessariamente, do poder de polícia para que sejam aceitas e vençam resistências. Abrange instituições governamentais, mas também mecanismos informais, satisfazendo as necessidades das pessoas e das organizações não ligadas ao governo.

Fonte: Silva et al. (2014). Adaptado pelo pesquisador.

Tomando como base as definições do quadro 8, entende-se que são os conceitos de Secchi (2009) os que se aproximam da proposta do estudo, pois se busca a influência dos diferentes atores não só do poder público, bem como da sociedade organizada para a construção de políticas públicas destinadas ao serviço de saúde dos Agentes de Segurança Pública – ASP, objeto desta pesquisa, já que o possível reflexo é um melhor serviço de segurança para a sociedade.

Bresser-Pereira (2007) destaca que na organização estrutural da governança pública, o atual modelo contém dois aspectos: um aspecto organizacional e um gerencial. O aspecto organizacional não trabalha com o papel do Estado e, sim, com

sua estrutura e sua representação. Na sociedade equivale ao principal instrumento de ação coletiva, um elemento essencial para que as sociedades nacionais alcancem seus objetivos políticos. Nas democracias modernas, as ações do Estado são, em última instância, decididas pelos eleitores e pelos políticos eleitos e, assim, se decide quais direitos sociais receberão investimento e como será organizado o apoio ao desenvolvimento econômico nacional.

O conceito expresso em administração pública possui diversos contextos, podendo implicar em distintos significados (OLIVEIRA, 2013). Tal afirmação ilustra-se a partir das três frases subsequentes:

- a) A administração pública brasileira passa por um processo de ajuste estrutural;
- b) As filas nos postos de saúde são produto da ineficiente administração pública;
- c) Pretendo aprofundar meus estudos em administração pública.

O primeiro caso, por exemplo, a expressão aparece para se referir ao aparelho estatal, o conjunto formado por um governo específico, um corpo de funcionários que se ocupa com a gestão, incluindo a força policial e militar, que tem como objetivo assegurar a ordem interna e proteção externa. Bresser Pereira (2007) indica que, quando o aparelho do Estado é complementado por um ordenamento jurídico, responsável por sua regulação e de toda a sociedade, ali há a constituição de Estado.

O segundo caso implica um processo ou atividade que diz respeito à administração dos negócios públicos, abarcando a gestão em si, como uma prática social relacionada ao manuseio dos bens coletivos.

O terceiro caso, por fim, reivindica uma noção como área de investigação intelectual, como um segmento do saber humano, que oferece conhecimentos e é passível de evolução através dos anos, sujeita à prática e ao método científico.

Em sentido formal, a administração pública consiste em um conjunto de órgãos instituídos para a consecução dos objetivos do Governo. Em sentido material, por sua vez, consiste em um conjunto de funções necessárias aos serviços públicos em geral. Entende-se também, por esse conceito, como um desempenho sistemático, legal e técnico dos serviços próprios do Estado, ou aqueles que o Estado assume em benefício da coletividade (MEIRELLES, 1993).

Por meio de uma visão mais global, a administração é vista como todo o aparelhamento do Estado para a realização de seus serviços, em busca da satisfação das demandas e necessidades do coletivo. A administração, por si própria, não pratica os atos de governo, ela pratica, apenas, atos de execução, cuja autonomia é variante de acordo com os órgãos e seus respectivos agentes, ou seja, também conhecidos como atos administrativos (MEIRELLES, 1993).

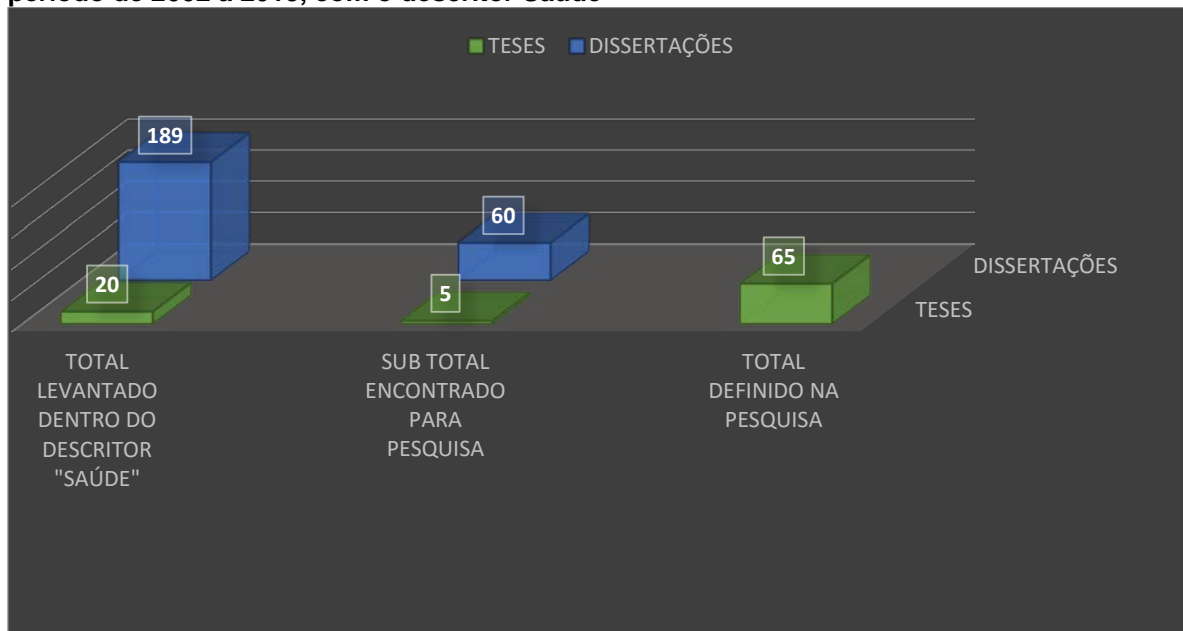
Com a discussão sobre governança e governança pública finaliza-se esta parte do estudo e passar-se-á ao tratamento englobando questões acerca da “saúde” no Brasil. É o que se apreciará no Capítulo 2, a seguir.

CAPÍTULO 2 – A SAÚDE NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE COMO AÇÃO DE GOVERNANÇA

Este capítulo traz em seu escopo questões ligadas à saúde e as políticas públicas na mesma área. Em razão de o estudo estar centrado em trabalhar a Governança Pública voltada aos Agentes de Segurança Pública vinculados à Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), sentiu-se a necessidade de estabelecer uma relação com o Sistema Único de Saúde (SUS) procurando compreender como as normativas, rotinas e orientações pautam os serviços de saúde ofertados ao agente de segurança pública ligados a SENASP.

No entanto, antes da busca de resposta para esta questão, optou-se por apresentar o estado da arte sobre pesquisas realizadas enlaçando o tema “saúde”. Como explicitado na parte introdutória desta tese, são apresentadas nesta seção, as pesquisas com o descritor “saúde”, realizadas no Brasil, e situadas no banco de dissertações de mestrado e teses de doutorado da CAPES (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Total de Dissertações levantadas no banco de dados da Capes, referente ao período de 2002 a 2015, com o descritor Saúde



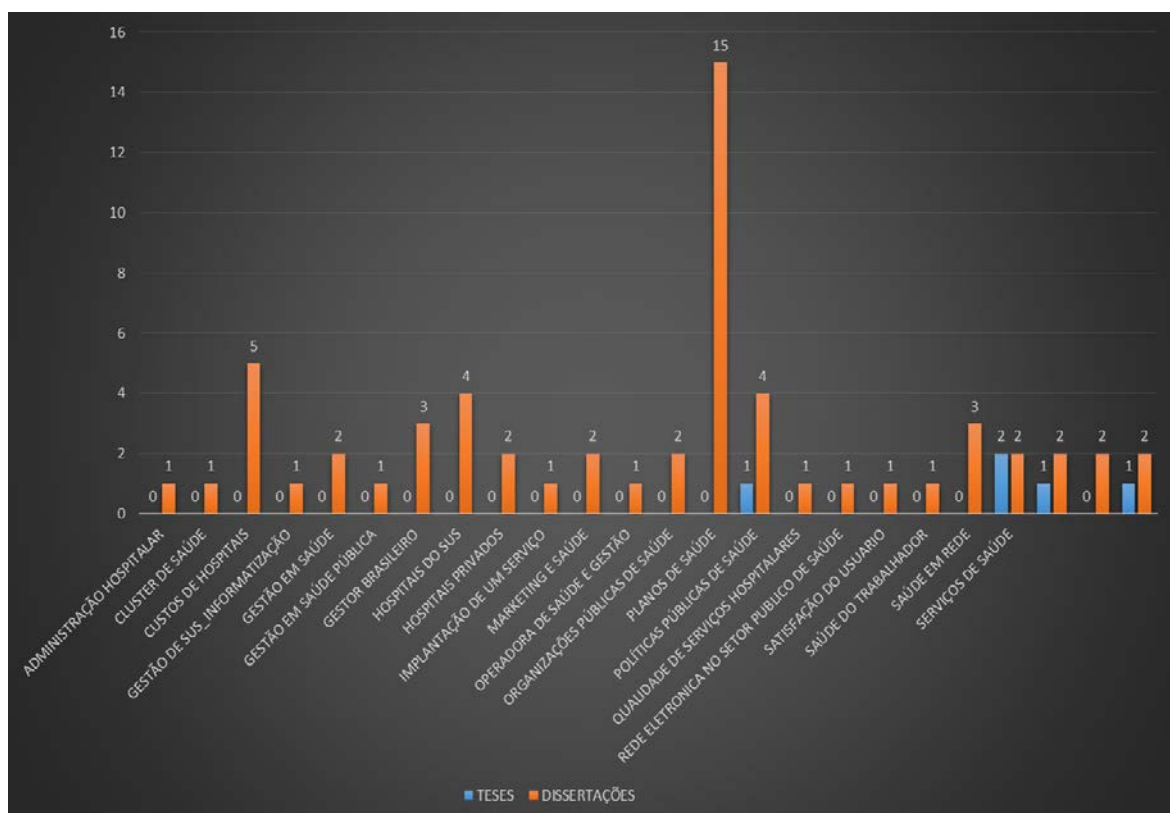
Fonte: Elaboração do pesquisador, em 2015.

No banco de dados da Capes, referente ao período de 2002 a 2015, foram encontradas 209 pesquisas com o descritor “saúde”, sendo 20 teses e 189

dissertações conforme mostra o Gráfico 8. Desse universo, selecionou-se 60 dissertações e 5 teses, as quais se aproximam do objeto de estudo aqui discutido, totalizando 65 pesquisas com o mencionado tema.

Avançando com a depuração dos dados, considerando o universo de seis dezenas e meia, procedeu-se o ajuntamento dos temas próximos, criando-se blocos temáticos com os assuntos mais pesquisados dentro do âmbito da “saúde” (Gráfico 6):

Gráfico 6: Temáticas mais recorrentes no banco de teses e dissertações da Capes, no âmbito da saúde, período 2002-2015



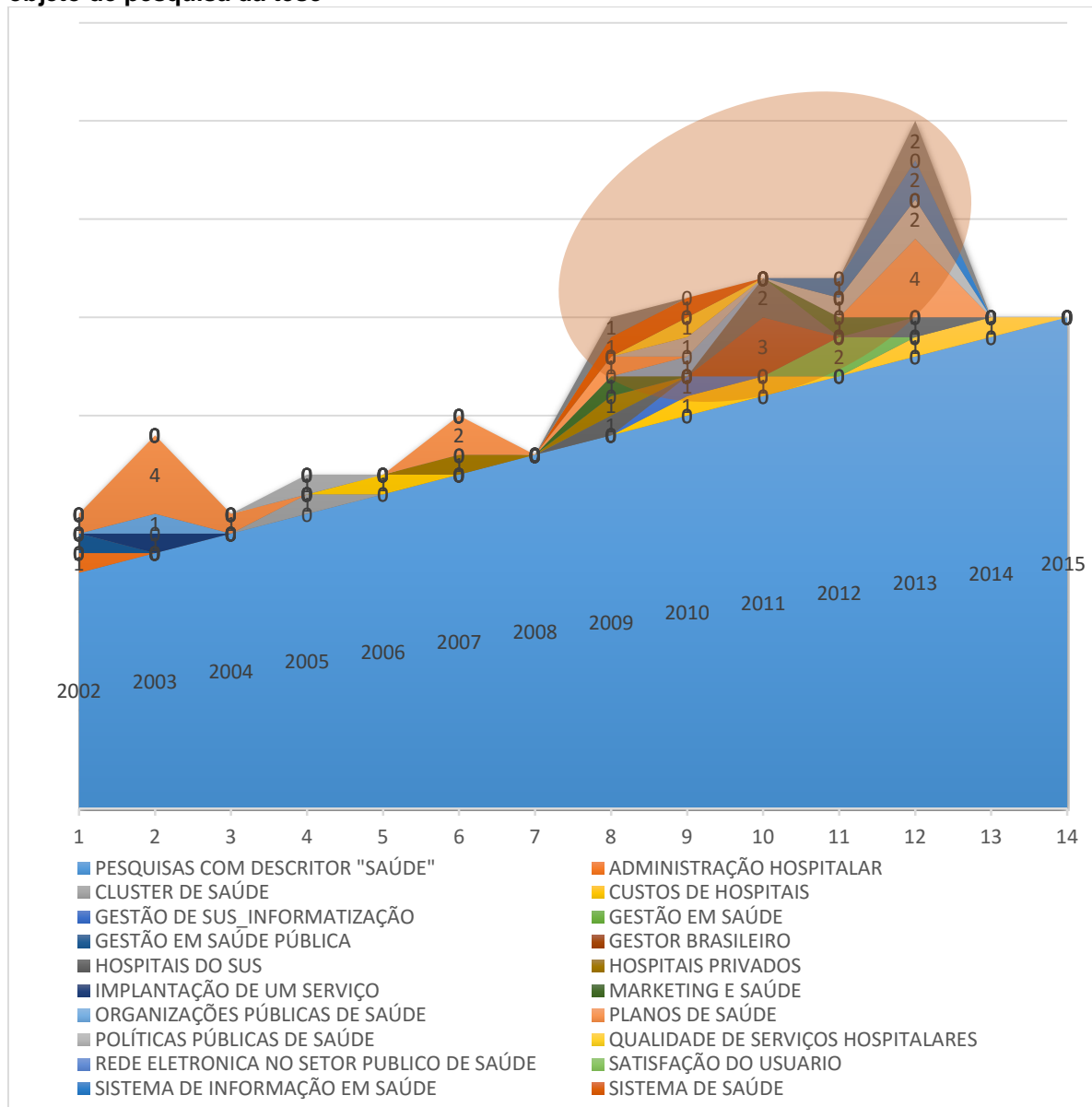
Fonte: Elaboração do pesquisador, em 2015.

As temáticas englobando os assuntos *plano de saúde*, *custos de hospitais*, *políticas públicas de saúde*, e *hospitais do SUS* configuraram temas mais pesquisados relacionados ao descritor “saúde”. Salta aos olhos a recorrência pelo interesse das pesquisas em “planos de saúde”. Então, no período de 2002 a 2015, nota-se a importância do crescimento das pesquisas em saúde. A Carta de Ottawa (BRASIL, 2001) defende que o conceito de saúde vai muito além do aspecto biológico “corpo”, e não apenas se restringe à ausência de doenças, mas remete a pré-requisitos como

paz, habitação, educação, alimentação, renda, desenvolvimento sustentável, justiça social e equidade.

No Gráfico 7 alocam-se as principais pesquisas em saúde, realizadas no período 2002 a 2015, que têm ligação mais estreita com o objeto da tese em questão. Registra-se que, para a formação dos blocos temáticos, reuniu-se os assuntos por familiaridade:

Gráfico 7 – Temas de pesquisas em “saúde”, período 2002-2015, com aproximação com o objeto de pesquisa da tese



Fonte: Elaboração do pesquisador.

Observa-se que as temáticas pesquisadas com familiaridade com a tese são: gestão em saúde, gestão em saúde pública, hospitais do SUS, organizações públicas de saúde, políticas públicas de saúde e saúde do trabalhador.

Na subsequência (Quadro 9) surgem as comunicações com o descritor “saúde” encontradas nos eventos da ANPAD no período de 1998 a 2015.

Quadro 9: Pesquisas com descritor “saúde” encontradas nos eventos da ANPAD

PESQUISAS COM DESCRITOR "SAÚDE"	1998	1999	2001	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
COMISSÃO BIPARTITE E SAÚDE	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONSELHOS DE SAÚDE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONTABILIDADE E SAÚDE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
DESCENTRALIZAÇÃO E SAÚDE	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
ESTRATÉGIAS ORGANIZACIONAIS E SAÚDE	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GESTÃO DE PESSOAS E SAÚDE	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
GESTÃO DE SAÚDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
GESTÃO PÚBLICA E SAÚDE	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
GOVERNANÇA E SAÚDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
INVESTIMENTO PÚBLICO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICAS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ORGANIZAÇÕES PRIVADAS DE SAÚDE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
PLANO PLURIANUAL E SAÚDE_PPA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
PLANOS DE SAÚDE	0	0	0	0	2	0	1	2	3	0	0	0	0	4	1
POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE	0	0	0	0	0	1		1	0	0	0	0	0	0	0
QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE		0	0	1	0	0	2	1	1	1	0	0	0	2	0
RECURSOS PÚBLICOS E SAÚDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
SAÚDE PRIVADA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAÚDE PÚBLICA	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	0
SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
SEGURANÇA PÚBLICA E SAÚDE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SERVIÇOS DE SAÚDE	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0
SISTEMA DE INFORMAÇÃO E SAÚDE	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	1	0	1	0	0
SISTEMA DE SAÚDE	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0
SUS	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3	2	0
TOTAL ANUAL	3	1	4	3	2	7	10	11	7	6	2	1	8	15	1
TOTAL DEFINIDO PARA TESE									81						
TOTAL DE TEXTO LEVANTADO									165						

Fonte: Elaboração do pesquisador, em 2015.

Os anos de 2007, 2008 e 2014 lideram o *ranking* de publicações nos eventos realizados pela ANPAD, em que se destacam as temáticas com mais possibilidade de contribuir com a tese, sendo a “descentralização e saúde”, “gestão de saúde”, “governança e saúde”, “recursos públicos e saúde”; “segurança pública e saúde” e “serviços de saúde”.

Na sequência, apresenta-se a frequência da temática “saúde” encontrada nos diversos eventos realizados pela ANPAD, referentes ao período 1998-2015. Justifica-se o início da pesquisa pelo ano de 1997, levando-se em conta que a partir desse ano é que os trabalhos foram disponibilizados na web/online (Quadro 10):

Os eventos realizados pela ANPAD nos quais se encontrou apresentações sobre as temáticas de saúde e que se aproximam da pesquisa da tese foram: “Encontro de Estudos Em Estratégia-3Es”; “Encontro de Marketing da ANPAD – EMA”; “Encontro de Administração da Informação – EnADI”; “Encontro Nacional de Pós Graduação em Administração – ENANPAD”; “Encontro de Administração Pública da ANPAD – EnAPG”; “Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD – EnEO”; “Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho – EnGPR”.

Quadro 10 – Frequência dos eventos ANPAD com a temática “saúde” – período 1997-2015

Fonte: Elaboração do pesquisador.

ANO	FREQUÊNCIA DO DESCRITOR "SAÚDE " DOS EVENTOS DA ANPAD							TOTAL POR ANO	
	3Es	EMA	EnADI	EnANPAD	EnAPG	EnEO	EnGPR	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
1997	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0%
1998	0	0	0	3	0	0	0	3,0	300%
1999	0	0	0	1	0	0	0	1,0	100%
2000	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0%
2001	0	0	0	4	0	0	0	4,0	5%
2002	0	0	0	2	0	1	0	3,0	4%
2003	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0%
2004	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0%
2005	2	0	0	0	0	0	0	2,0	2%
2006	0	1	0	3	3	0	0	7,0	9%
2007	0	0	0	8	1	0	1	10,0	12%
2008	0	0		8	3		0	11,0	14%
2009	0	0	1	5	1	0	0	7,0	9%
2010	0	0	0	3	3	0	0	6,0	7%
2011	0	0	1	1	0	0	0	2,0	2%
2012	0	0	0	1	0	0	0	1,0	1%
2013	0	0	1	7	0	0	0	8,0	10%
2014	0	0	0	8	7	0	0	15,0	19%
2015	1	0	0	0	0	0	0	1,0	1%
TOTAL ABSOLUTO	3	1	3	54	18	1	1	81,0	100%
TOTAL RELATIVO	4%	1%	4%	67%	22%	1%	1%	100%	

É notória a majoritária incidência de trabalhos nos eventos do EnANPAD (67%) e no evento do Encontro de Administração Pública – EnAPG (22%).

O Quadro 11 aloca os grupos de pesquisa registrados no CNPQ, que perscrutam sobre “saúde”, apresentando as investigações que mais se aproximam do objeto de estudo da pesquisa da tese ora relatada.

Quadro 11 – Principais instituições líderes em pesquisas na área de saúde

Fonte: Elaboração do pesquisador.

Total de registros de grupos de estudos sobre o descritor "SAÚDE": 5278 em todas as áreas						
Total de registros de grupo de estudo sobre o descritor "SAÚDE" na Ciências Sociais Aplicadas: 66 grupos de estudos						
ITEM	INSTITUIÇÃO	SIGLA	ESTADO	GRUPO	1º LÍDER	2º LÍDER
1	Fundação Getúlio Vargas	FGV	SP	Administração e Planejamento em Saúde	Ana Maria Malik	Álvaro Escrivão Junior
2	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira	UNILAB	CE	Administração Pública e Gestão Pública, Gestão Pública	Maria Aparecida da Silva	Maria Vilma Coelho Moreira Faria
3	Instituto Federal de Santa Catarina	IFSC	SC	Gestão das Organizações em Saúde	Jorge Cunha	Andréa Heidemann
4	Universidade de Brasília	UNB	DF	Gestão de Serviços Públicos de Saúde	Andrea de Oliveira Gonçalves	Rodrigo de Souza Gonçalves
5	Fundação Hematologia e Hemoterapia Est do Amazonas	FHEMOAM	AM	Gestão de Sistemas e Serviço de Saúde	Edson da Fonseca de Lira	–
6	Universidade Federal de Uberlândia	UFU	MG	Gestão e Governança em Saúde	Eduardo Loebel	–
7	Universidade Anhembi Morumbi	UAM	SP	Gestão em Negócios de Saúde e Bem Estar	Carlos Jorge Rocha Oliveira	Laura Cristina Foz Rodrigues Alberto
8	Universidade Regional de Blumenau	FURB	SC	Gestão em Saúde	Romero Fenili	–
9	Universidade Nove de Julho	UNINOVE	SP	Gestão em Saúde	Marcia Cristina Zago Novaretti	Simone Aquino
10	Universidade Federal de Uberlândia	UFU	MG	Gestão em Saúde	Vidigal Fernandes Martins	Peterson Elizandro Gandolfi
11	Universidade Federal de Uberlândia	UFU	MG	Governança, Custos e Financiamentos na Saúde	Adeilson Barbosa Soares	Vinicius Silva Pereira
12	Universidade de Campinas	UNICAMP	SP	Grupo de Inovação e Gestão em Saúde - GIGS	Li Li Min	–
13	Universidade de São Paulo	USP	SP	Grupo de Pesquisa em Administração e Economia da Saúde	André Lucirton Costa	–
14	Universidade Federal de Goiás	UFG	GO	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gestão e Saúde do Trabalhador	Sérgio Henrique Barroca Costa	Luiza Ferreira Rezende de Medeiros
15	Universidade de Iguazu	UNIG		Sistema de Saúde e qualidade de vida		

O Quadro 11 demonstra as instituições líderes em pesquisa na temática saúde no Brasil. Foi encontrado, dentre os grupos de estudo, o total de 5.278 grupos com o descritor “saúde” considerando todas as áreas do conhecimento. Quando se filtrou a pesquisa apenas na área das “Ciências Sociais”, se encontrou um total de 66 grupos com este parâmetro. As regiões brasileiras mais representadas são: Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste e Sul, resultando em 15 grupos que se aproxima com os interesses da pesquisa proposta.

Após este entrelaçar de dados oriundos do “estado da arte” no que se refere à área da saúde, passar-se-á aos aportes teórico-conceituais englobando a saúde no Brasil. É o que se apreciará no próximo tópico.

2.1 Saúde: aportes teórico-conceituais

Durante um longo tempo, a saúde foi concebida meramente como o estado de ausência de doença. Tal definição, considerada insatisfatória, foi substituída por outra a agregar atributos como bem-estar físico, mental e social. Em âmbito mais abrangente, o novo conceito ainda apresenta fragilidades, sobretudo quando se considera a legitimidade dos movimentos que defendem a “saúde para todos” (ALMEIDA FILHO, 2013). Avalia o autor que, a partir de então, a sociedade literalmente bate à porta das instituições acadêmicas e científicas que supostamente deveriam saber o que é, como se mede e como se promove a saúde.

Logo, do ponto de vista científico, há que se indagar: o que é saúde?

Buscando responder a essa questão, recorre-se a Malik (1997) que, discutindo o assunto, concebe:

O conceito de saúde vem assumindo novas dimensões com o desenvolvimento do conhecimento científico em função da cultura das populações e do reconhecimento de suas determinações biopsicossociais e econômicas no mundo contemporâneo. A questão da qualidade vem se impondo e reorientando os diferentes campos de ação, inclusive o da saúde. [...] (MALIK, 1997, p. 19).

Sobre o tema, Silva (2009) acrescenta que nesse novo conceito de pensar a saúde, redefine-se o próprio objeto saúde, os meios de trabalho, os sujeitos e as formas de organização dos serviços de saúde na configuração de um sistema que

garanta práticas resolutivas, equânimes, integrais e que considerem as subjetividades.

Isso reporta à Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá em 1986, resultando na Carta de Ottawa a qual se refere ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. “Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (BRASIL, 2001, p. 19). Assim,

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (BRASIL, 2001, p. 19).

Nessa direção, a Carta de Ottawa (BRASIL, 2001; MARCONDES, 2004; SILVA, 2009) defende que a saúde é um direito humano fundamental e que os cuidados primários de saúde são essenciais devendo estar à disposição de todos os indivíduos e famílias. Destaca a participação das comunidades e a colaboração entre os diferentes setores da sociedade, primando pela construção de políticas públicas saudáveis cujo fundamento conceitual é a promoção da saúde.

Logo, o conceito de saúde vai muito além do fator biológico “corpo”, ampliando-se o conceito de saúde que se restringia à ausência de doenças. Pois, nesse documento, aditaram-se, como pré-requisitos para a saúde, paz, habitação, educação, alimentação, renda, desenvolvimento sustentável, justiça social e equidade, ampliando-se o conceito de saúde que se restringia à ausência de doença. A saúde passa a ser concebida como produto social e recurso para a vida reforçando-se a importância do envolvimento do sujeito em ações comunitárias e no controle de seu próprio destino.

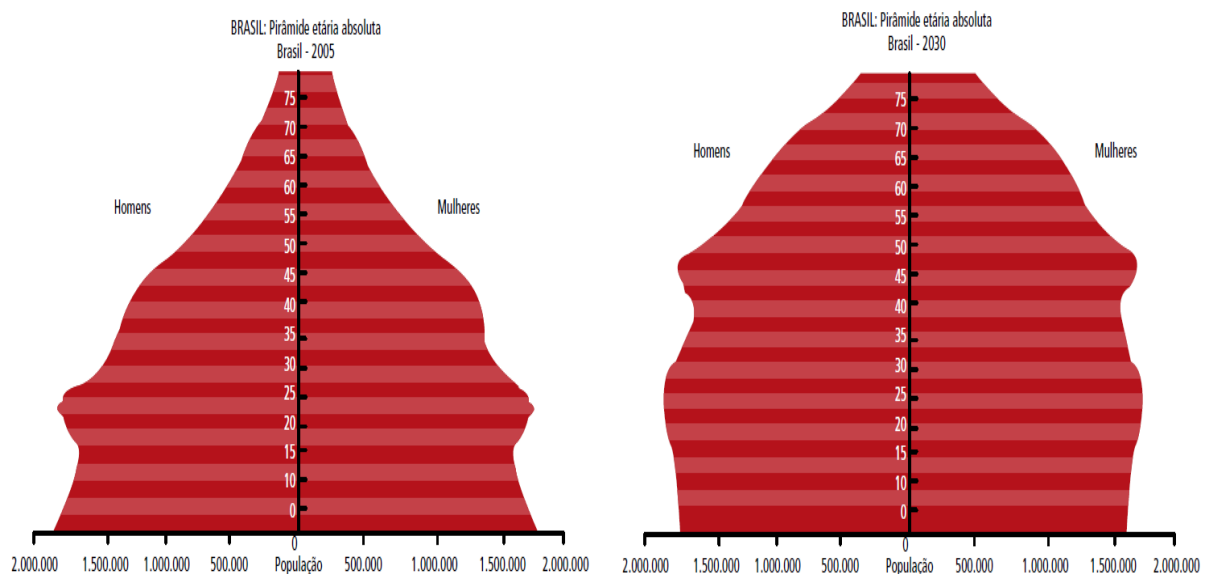
A Carta de Ottawa propôs campos centrais de ação para a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis, tais como a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde. Tomando a Carta de Ottawa (BRASIL,

2001) como referência, as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

É necessário destacar que, no Brasil, como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003).

De fato, analisando a situação das condições de saúde no Brasil, na atualidade, Mendes (2011) destaca que a transição demográfica no País é muito acelerada. No Gráfico 8, em conformidade com o autor, pode-se observar o efeito compatibilizado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade, resultando em uma transformação da pirâmide etária da população. A forma triangular, com base alargada, do começo da década de 2000, cederá lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas.

Gráfico 8–Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030



Fonte: IBGE adaptado por Eugênio Vilaça Mendes (2011, p. 32)

O que Mendes (2011) procura discutir, mediante tais ilustrações, é que a população brasileira, ainda que com baixas taxas de natalidade, continuará a crescer nas próximas décadas, manifestando um envelhecimento da população decorrente da queda da natalidade e do aumento da expectativa de vida. Isto é, em 2030, infere-se que a população brasileira será constituída majoritariamente por pessoas mais velhas.

Essas possibilidades levam a pensar na elaboração de políticas públicas de saúde e implementação de programas sociais saudáveis cujo fundamento conceitual remeta à promoção da saúde. O que, por sua vez, leva à necessidade de entrar na seara de discussão englobando o Sistema Único de Saúde. É o que se apreciará na sequência.

2.2 Sistema Único de Saúde: principal instituição de saúde pública no Brasil

Desde sua criação em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se constituído um forte programa de saúde dos últimos 37 anos na trajetória do campo das políticas públicas no Brasil e, mais especificamente, das políticas sociais.

Discutindo sobre a inovação no setor de Saúde no Brasil, Ferreira et al. (2012) ponderam que a transição demográfica brasileira, está ancorada pelo forte processo de urbanização e envelhecimento populacional, em meio à chamada transição epidemiológica, representada pelo aumento da prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis, o que tem representado um grande desafio aos sistemas e serviços de saúde. Em resposta a esse desafio, o Brasil decidiu pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Importa destacar que o SUS foi concebido a partir de princípios universalistas e igualitários, o que significa pensar em uma política de saúde voltada para todos e de forma igual, embasada na concepção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. O que rompeu com a meritocracia que caracterizava a assistência à saúde no Brasil até a Constituição de 1988, determinando assim a incorporação da saúde, como direito numa concepção de cidadania, que naquele momento se expandia, e que considera não apenas os aspectos de direitos formais, de direitos políticos, mas fundamentalmente a ideia de uma democracia substancial, de direitos substantivos, que envolviam certa igualdade de bem-estar. Nesse âmbito, importa salientar que a

saúde teve papel preponderante no ideário de nossa Constituição cidadã (CONASS, 2015; MENICUCCI, 2014).

Nessa compreensão, Ferreira et al. (2012) atestam que a opção por um modelo público e universal engendra a primeira grande inovação no setor de saúde, tendo em vista que, até então, o que existia era um sistema previdenciário, em que o acesso a serviços de saúde oferecidos pela rede pública estava condicionado ao pagamento de contribuição para o sistema. E, ainda, os serviços de saúde estavam organizados na base de um sistema meritocrático e residual. Isto é, os que se encontravam formalmente inseridos no mercado de trabalho tinham direito a consumir ações e serviços médicos hospitalares na rede do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Promoção Social (INAMPS) ou na rede conveniada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Aos excluídos do mercado, restava recorrer aos poucos serviços oferecidos por secretarias estaduais ou municipais, ou ainda à filantropia e, assim, incorporar o conjunto da população brasileira ao SUS foi a grande inovação em termos de política pública de saúde no Brasil.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p. 1):

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar.

Quando de sua criação, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, que são as Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90, e foi definido pelo art. 198 da Constituição como o conjunto de ações e serviços públicos, de execução das três esferas do governo, organizados em rede regionalizada e hierarquizada segundo as seguintes diretrizes (BRASIL, 2000):

- a) Descentralização;
- b) Atendimento integral, com prioridade para a prevenção;
- c) Participação da comunidade.

A Lei n. 8.080/1990 estatui que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, ou seja, o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e na

execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (CONASS, 2015).

Segundo o art. 4º da Lei n. 8.080/1990 a qual regulamenta o SUS, o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o SUS. Igualmente, o art. 3º do decreto estabelece que o SUS é instituído pela conjugação das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos Entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (FERREIRA et al., 2012).

Analisando o sistema de saúde no Brasil, o Conass (2015) adita que um dos grandes desafios para o país, tem sido a redefinição, ao longo dos anos, das atribuições e das competências dos gestores das três esferas de governo. Para enfrentá-lo, eis que têm sido produzidos diversos dispositivos normativos demarcando os limites da tomada de decisão de cada gestor no seu campo de atuação, ocasionando na conformação de um modelo de gestão o qual toma como ponto de partida uma unidade de princípios que deve atuar de forma coerente com a diversidade operativa nos territórios em que está localizada a população com suas necessidades de saúde.

Afirma o relatório Conass (2015) que a região de Saúde se afigura como o território no qual é exercida a governança do sistema de saúde, nos diversos fóruns de discussão, inclusive no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR), em que se reúnem gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para a tomada de decisão. Nessa comissão, os gestores municipais e o gestor estadual pactuam e deliberam questões importantes para a realidade sanitária da região, na perspectiva da prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, otimizando a utilização de seus recursos físicos e financeiros e a força de trabalho para superação dos problemas de saúde daquele território, em exercício permanente de planejamento integrado.

O processo de planejamento está situado no art. 165 da Constituição Federal de 1988, atribuindo responsabilidades ao Poder Executivo de elaborar planos plurianuais, diretrizes orçamentárias e orçamentos anuais. De outro norte, a Lei n. 8.080/1990 define que União, Estados, Distrito Federal e Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: i) elaboração e atualização periódica do plano de saúde; ii) elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde; e, indo além, devem promover a articulação da política e dos planos de saúde (CONASS, 2015; FERREIRA et al., 2012; MENICUCCI, 2014).

Os princípios constitucionais do SUS constituem, no campo doutrinário:

- A universalidade: todos os cidadãos têm o direito à saúde;
- A integralidade: o cidadão deve ser atendido em todas as suas necessidades;
- Equidade: os recursos do sistema de saúde devem ser distribuídos de forma atenta às desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população (BRASIL, 2000).

Os objetivos do SUS são:

- 1 A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- 2 A formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos;
- 3 Execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde (BRASIL, 2000).

Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais – incluindo os hospitais universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue) – além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Vital Brasil.

2.2.1. As Atribuições do SUS

Os artigos 196 e 198 da CF/1988 asseguram que o SUS se ocupa de forma mais concreta e direta apenas das atribuições expostas na segunda parte do art. 196, isto é, aquela que obriga o Estado a manter ações e serviços públicos de saúde que possam promover a saúde e prevenir, de modo mais direto, mediante uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados, os riscos de adoecer (assistência preventiva) e recuperar o indivíduo das doenças que o acometem (assistência curativa) (BRASIL, 1988).

Sem essa delimitação, a saúde, como setor da Administração Pública se veria obrigado a cuidar de tudo aquilo que pudesse ser considerado como fator que condiciona e interfere com a saúde individual e coletiva, onerando o SUS de forma absurda. Quem tem o dever de adotar políticas sociais e econômicas que visem evitar o risco da doença é o Governo como um todo (políticas de governo), e não a saúde, como setor (políticas setoriais).

O enunciado constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado não significa que o setor de saúde arque com todas as condicionantes econômico-sociais da saúde, nem mesmo compreender, de forma ampla e irrestrita, todas as possíveis e imagináveis ações e serviços de saúde, até mesmo porque haverá sempre um limite orçamentário e um ilimitado avanço tecnológico a criar necessidades infindáveis e até mesmo questionáveis sob o ponto de vista ético, clínico, familiar, terapêutico e psicológico (SANTOS, 2005).

De fato, é preciso delimitar o que é realmente atribuição do SUS, pois não é raro haver confusões, em parte geradas pela grande amplitude do conceito de saúde. Aqui são adaptados alguns exemplos de atribuições do Sistema Único de Saúde, baseados nas idéias de Santos (2005):

- O pagamento dos salários dos servidores da saúde deve ser feito com recursos financeiros do setor de saúde, porém, seu inativo deve ser pago com os recursos da Previdência Social;

- Também são atribuições da Previdência Social o pagamento de: bolsa-alimentação, bolsa-família, vale-gás, renda mínima, fome zero, que, embora interfiram na saúde da população, não são atribuições do setor de saúde;
- A formulação da política e a execução de ações de saneamento básico é uma atribuição do SUS. Porém, as ações de saneamento básico que venham a ser realizadas supletivamente pelo SUS devem ser financiadas por recursos da União, estaduais e municipais, e não com recursos do setor de saúde;
- A vigilância nutricional e a orientação alimentar são atribuições do SUS, porém, o fornecimento de garantias mínimas de alimentação, como bolsas ou vales alimentação, estão a cargo de outros setores da administração pública. (SANTOS, 2005)

Além das atribuições do SUS, é importante destacar também as atribuições do Ministério da Saúde, delimitadas pela Lei nº. 10.683/2003:

- A política nacional de saúde;
- Coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde;
- Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios;
- Informações em saúde;
- Insumos críticos para a saúde;
- Ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- Vigilância em saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos;
- Pesquisa científica e tecnológica na área da saúde. (BRASIL, 2003)

2.2.2. Organização e Fundamento do SUS

Santos e Andrade (2007) argumentam que todas as tentativas de organização do SUS foram fundamentadas pelo financiamento federal, de caráter obrigatório, e não voluntário, mas não pelas necessidades de saúde da população. Asseveram que o que orientou sua organização foi muito mais o financiamento do que os ditames das leis que o regulamentam, os resultados pretendidos ou as necessidades do sistema.

Depois de um grande número de edições de normas operacionais, porém, o financiamento passou a ser feito quase que exclusivamente pelo critério de produção, projetos e programas, ainda que pequena parcela dos recursos tenha sido repassada pelo sistema *per capita* (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Na moderna administração pública, percebe-se que a organização do SUS reflete seus princípios e diretrizes, conforme defende Medauar (2003).

A mudança do conceito de saúde, que passa de “estado de não-doença” para “busca constante do completo bem-estar físico, mental e social” se reflete em uma mudança de estratégia, que visa à promoção da qualidade de vida, mudança essa que consiste na priorização de ações preventivas como forma de promover a saúde, e não apenas a cura de doenças (MEDAUAR, 2003).

O princípio da universalidade definida como o dever do Estado de fornecer a todos que necessitem serviços e ações de saúde, ainda está em processo de construção, porém, avançando rapidamente. Um grande exemplo do êxito do SUS na busca da universalidade são as vacinações, que têm cada vez mais cobertura e cobrem cada vez mais doenças (CONASS, 2015).

A integralidade da assistência é a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um, em todos os níveis de complexidade do sistema. Para tanto, são elaborados planos de saúde, de acordo com diretrizes da Lei nº. 8.080/90, que trata da epidemiologia e da organização de serviços (CONASS, 2015)

Esses planos de saúde são planejamentos que levam em conta a epidemiologia e a organização de serviços e conjugam as necessidades da saúde com as disponibilidades de recursos, além de observarem o que ficou decidido nas comissões intergovernamentais trilaterais ou bilaterais. Essas comissões discutem de forma compartilhada aspectos da gestão do sistema, compartilham responsabilidades e tomam decisões consensuais (CONASS, 2015).

Os planos de saúde são o instrumento de que se dispõe para a fixação de responsabilidades técnicas, administrativas e jurídicas quanto à integralidade da assistência. Uma vez elaborado pelos órgãos competentes governamentais, ele deve ser submetido aos Conselhos de Saúde, representante da comunidade no SUS, a quem compete discutir, aprovar e acompanhar a sua execução, em todos os seus aspectos (CONASS, 2015).

A descentralização administrativa, de órgãos centrais para órgãos regionais e locais, conforme preconiza o art. 198 e a Lei nº. 8.080, pode ser percebida na ênfase dada aos municípios. Coexistem, no âmbito do SUS, subsistemas, a saber: o SUS estadual e o SUS municipal. O SUS Municipal disciplina, organiza e desenvolve, em um conjunto de estabelecimentos, os serviços e ações de atenção à saúde, fornecidos integralmente à população local (CONASS, 2015).

A descentralização do SUS também se reflete na existência das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), em nível estadual, e a Comissão Intergestores Tripartites (CIT), um fórum em nível nacional. Essa organização define como co-gestores os três níveis de governo, que realizam negociações e acordos em relação a políticas públicas de saúde (CONASS, 2015; FERREIRA et al., 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a CIT é composta por representantes desse Ministério, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, o CONASS, e também por representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, o CONASEMS.

Nas CIBs, a composição se dá por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Já que os gestores do SUS são os representantes dos três níveis de governo, a responsabilidade da gestão desse sistema é dos municípios, dos estados e da União, por meio das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), e por meio do Ministério da Saúde.

A participação do setor privado de forma complementar, da qual trata o art. 199 e a Lei nº. 8.142/90, também é uma realidade. Os estabelecimentos de saúde do SUS Municipal não precisam obrigatoriamente ser de propriedade estatal, ou estarem no território do município. Eles podem ser de propriedade estatal (estadual ou federal) ou

privada, sendo que há prioridade para instituições filantrópicas. De fato, 50% dos serviços públicos são contratados ou conveniados do setor privado.

A participação do cidadão na tomada de decisões públicas, como previsto pelo art. 198 da CF e pela Lei 8.142/90, se dá através das Conferências e Conselhos da Saúde, que funcionam nos três níveis de governo, que são: os Conselhos Municipais de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

O Conselho de Saúde é um órgão ou instância colegiada, permanente e deliberativo, existente em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da secretaria ou do departamento de saúde dos estados e municípios. Sua composição, organização e competência são fixadas em lei. Esses conselhos são de natureza imprescindível, pois, para que determinado município, por exemplo, receba recursos da saúde, é necessário que seu conselho exista e esteja operante.

Sem os Conselhos de Saúde, o SUS dificilmente funcionaria. Isso porque essa é a forma de a sociedade, organizadamente, participar da administração do setor de saúde, além de tornar possível o cumprimento da lei.

A quantidade de componentes dos conselhos varia de 10 a 20 pessoas, entre representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviço de saúde e usuários desse setor.

Nos Conselhos Estaduais de Saúde, há representantes do Governo Federal, indicados pelo Ministério da Saúde e outros ministérios; da Secretaria de Saúde do Estado; das Secretarias Municipais de Saúde; dos trabalhadores de saúde; dos prestadores de serviços de saúde, sendo metade do seu número de entidades filantrópicas e metade de entidades não filantrópicas.

No mesmo conselho, há representantes de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais; de movimentos comunitários organizados na área da saúde; de conselhos comunitários, como associações de moradores ou outros; de associações de portadores de deficiências; de associações de portadores de patologias e de entidades de defesa do consumidor.

Totalizado, entre representantes de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais, de movimentos comunitários organizados na área da saúde, de conselhos comunitários, de associações de portadores de deficiências; de associações de portadores de patologias e de entidades de defesa do consumidor,

deve haver 50% de representantes usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviço, público ou privado.

Os Conselhos Municipais de Saúde têm composição semelhante à dos Conselhos Estaduais, porém, adaptada ao município. É importante ressaltar que o trabalho do conselheiro de saúde não é remunerado, sendo essa atividade considerada de relevância pública.

O Conselho Nacional de Saúde foi criado pelo Decreto 99.438/90, embora já existisse um Conselho Nacional de Saúde, criado em 1937, que praticamente já não era funcional.

Esse decreto define as atribuições e competências desse Conselho, que incluem a deliberação sobre a estratégia e o controle da execução da política de saúde em âmbito federal; a definição de padrões e parâmetros assistenciais; manifestação sobre a Política Nacional de Saúde; a decisão sobre os planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos Conselhos Estaduais de Saúde, sobre divergências levantadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais, e sobre credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisas em seres humanos.

Além da participação de representantes do governo e de usuários, o Ministério Público tem participação cada vez mais frequente nas questões de saúde, implicando numa nova forma de controle.

Resumindo, na moderna administração pública, na rede de serviços ocorre multiplicidade de entes públicos, que interagem interligando-se em hierarquia, mas de forma independente. O SUS exige interação, consenso e interligação.

Além de conhecer a organização interna do SUS, é importante notar certas características de seu funcionamento em relação, mais especificamente, ao cuidado à saúde.

O Sistema Único de Saúde está dividido em níveis de atenção à saúde, ou níveis de complexidade. É válido lembrar que o princípio de integralidade preconiza que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade o acesso à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema.

A atenção primária à saúde é o primeiro nível de atenção à saúde. Nesse nível, são realizadas ações de caráter individual ou coletivo, que visam à promoção da saúde, à prevenção de doenças, ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação dos

pacientes, realizadas pelas especialidades básicas da saúde, a clínica médica, a pediatria, a obstetrícia e ginecologia, a odontologia, a psicologia, o serviço social e as ações de enfermagem. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade (CONASS, 2015).

A atenção primária é uma prioridade para os municípios, porque, se estiver bem estruturada, ela garante a resolução de cerca de 80% dos problemas de saúde da população desse município. Os atendimentos em nível primário de complexidade podem ser encontrados, entre outros locais, nos Postos de Saúde, nas policlínicas e nos Programas de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2000; CONASS, 2015).

Quanto aos instrumentos de planejamento do SUS, a discussão será entreaberta na sequência.

2.2.3 Instrumentos de Planejamento do SUS

Segundo Santos (2007), o planejamento das ações do Sistema Único de Saúde se dá através de documentos, que são: o Plano de Saúde, a Programação Anual, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Relatório de Gestão.

Esses documentos, além de facilitarem a compreensão, a participação e o controle social sobre as ações e serviços de saúde, consistem em práticas estratégicas para o gestor, pois tem a atribuição de reorganizar e consolidar o Sistema de Saúde de uma forma harmoniosa.

Os três primeiros documentos acima mencionados, o Plano de Saúde, a Programação Anual e a PPI, dão um direcionamento às políticas de saúde do SUS, nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, sendo elaborados segundo as diretrizes dessas próprias políticas de saúde. Além dessas diretrizes, a elaboração dos planejamentos é feita com base em parâmetros, como o modelo de gestão, o modelo de atenção à saúde, os recursos específicos ou estratégicos e o financiamento.

Nos Estados, a PPI representa a Programação Anual. Sua construção começa no município, que elabora sua Programação Anual, contendo os serviços de saúde que serão prestados à população naquele determinado local e também em outros

municípios. Além disso, são expostas nessa programação as ações de saúde dos órgãos federais, estaduais e municipais, e dos prestadores de serviços privados, conveniados ou contratados, que serão realizadas naquele determinado município.

Em seguida, a Programação Anual do município será aprovada pelo Conselho de Saúde respectivo e enviada ao estado correspondente. Então, o gestor estadual inicia o processo de elaboração de sua PPI, que representa uma programação anual em nível estadual. Esse trabalho envolve harmonizar e compatibilizar as programações dos muitos municípios, além de incluir as ações do próprio estado em questão.

Até aqui se percebe, segundo Santos (2007), que o processo de elaboração da PPI é ascendente, negociado e acordado, sendo imprescindível, nessa negociação, a participação dos gestores municipais, através da Comissão Intergestores Bipartite. Essas negociações podem gerar programações pactuadas de abrangência microrregional.

O resultado da elaboração da PPI é apresentado ao Conselho Estadual de Saúde e depois um consolidado das informações é enviado ao Ministério da Saúde, sendo que todas as decisões e detalhamentos da PPI ficam registrados e armazenados na Secretaria Técnica da CIB, ficando, assim, disponíveis para consulta e análise por parte dos diversos gestores de saúde.

O conteúdo da PPI envolve, basicamente, a composição orçamentária, o modelo de gestão, o modelo de atenção e os recursos estratégicos. Em relação às estratégias, os programas devem trazer claramente suas metas, que devem ser elaboradas com base em problemas ou situações da realidade que se pretende mudar.

Já em relação ao modelo de atenção, o programa deve conter o acordo entre os municípios quanto à assistência, à vigilância sanitária, à epidemiologia e ao controle de doenças. Sintetizando, a PPI deve atacar os problemas ou potencializar oportunidades presentes na sociedade e deve ser mensurada com metas com indicadores específicos.

2.2.4. Recursos da Saúde e a Emenda Constitucional Nº. 29/2000

O Sistema Único de Saúde é financiado por fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, que têm constituição obrigatória e vinculação crescente, sendo uma forma de descentralização do sistema de saúde pública.

Segundo o Ministério da Saúde, isso pode ser afirmado porque essa forma de financiamento é dotada do sistema de “transferência fundo a fundo”. A transferência fundo a fundo consiste em remuneração automática dos fundos, uma vez cumpridos os critérios e requisitos que foram exigidos e pactuados.

Dessa forma, os fundos dos estados e municípios recebem aplicações diretas e automáticas de recursos de saúde, provenientes do Fundo Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, somente depois de terem cumprido as obrigações concernentes a cada tipo de gestão do sistema ou aos programas para os quais haviam se habilitado previamente.

Os gestores do SUS têm a liberdade de firmar contratos, acordos, parcerias e convênios para a transferência de recursos para que sejam executados determinados projetos. Dessa forma, pode haver celebrações de convênios entre o Ministério da Saúde e os estados ou municípios para a realização de projetos específicos, como a construção, reforma ou aparelhamento de unidades de saúde, ou a capacitação de profissionais de saúde.

A vinculação de recursos de saúde foi levada a ser um preceito constitucional quando da criação da Emenda Constitucional nº. 29, de 13/09/2000(BRASIL, 2000).Essa Emenda adaptou a Constituição de 1988 à regra de vinculação de receitas nos três níveis de governo para a área da saúde.

A Emenda Constitucional nº. 29 alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167, 198, o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e acrescentou a esse Ato o art. 77. Tudo isso para criar um cenário de estabilidade financeira, afastando a possibilidade de colapso ou descontinuidade do setor de saúde.

A Emenda Constitucional nº. 29 estabelece:

- 1 Que a partir de 2001, o orçamento do Ministério da Saúde deverá ser o valor apurado do ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB);

- 2 Garantia de mais recursos estaduais e municipais para a saúde, sendo que os gastos das três esferas de governo passam a ser homogêneos, evitando uma retração dos gastos dos municípios e estados por causa da expansão do gasto federal;
- 3 Os estados e municípios terão que aumentar ano a ano seus orçamentos em saúde. A partir de 2004 deveriam ser aplicados 12% do que foi arrecadado pelos estados com o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), sobre heranças e o valor líquido das transferências constitucionais;
- 4 Os municípios deverão aplicar, a partir de 2004, 15% do arrecadado com os impostos Predial e Territorial Urbano (IPTU), Sobre Serviços (ISS), Sobre Transmissão Inter Vivos e das transferências derivadas de impostos (IR, IPI e ICMS)(BRASIL, 2000).

2.2.5. Responsabilidades dos municípios na gestão do SUS

De acordo com o site “O SUS de A a Z”, o município é ideal para a prestação e o desenvolvimento dos serviços de saúde, por causa das particularidades que existem entre as necessidades de saúde de cada comunidade e a proximidade entre os usuários do SUS e a administração, possibilitando que essas particularidades sejam percebidas mais eficientemente, promovendo políticas adequadas e aperfeiçoadas para cada população.

Por isso, como já era de se esperar, a responsabilidade do município para com o SUS é grande. Para poderem assumir essa responsabilidade integralmente, cada vez mais os municípios passam por processos de aperfeiçoamento e capacitação.

Quando o município assume as responsabilidades concernentes à atenção básica à saúde, recebendo, para tanto, recursos fundo a fundo, diz-se que esse município desenvolve uma gestão plena da atenção básica.

Quando o município dispõe de alta capacidade técnica e administrativa, ele desenvolve uma gestão plena municipal, que envolve uma responsabilização por todos os serviços de saúde, recebendo os recursos também pelo modo de

transferência fundo a fundo. Essas diferenças de gestão ocorrem porque a realidade dos municípios brasileiros é muito diferenciada, ocorrendo diferenças de organização, capacitação gerencial, de atividades e de disponibilidades de recursos.

Pelo princípio da integralidade, o município deve oferecer o atendimento à saúde em todos os níveis de complexidade, não sendo incomuns estabelecimentos de saúde de um determinado local atenderem, para tanto, pacientes de outro município. Quando isso ocorre, é necessário que haja negociações que devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

As negociações entre municípios devem ser mediadas pelo estado, tendo como instrumento programas elaborados na Comissão Intergestores Bipartite. No caso de eventuais impasses, a discussão deve ser feita no âmbito dessa mesma Comissão, cabendo a decisão ao gestor estadual. Se houver recurso, ele deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde.

Quanto à gerência dos estabelecimentos ou órgãos de saúde, esta deve ser feita pela pessoa jurídica que opera esse serviço, estatal ou privado. Ele deve se relacionar apenas com o gestor do município para o qual ele presta o serviço e, eventualmente, atender outros municípios.

O gestor do sistema municipal é responsável por: controlar, avaliar e auditar os prestadores de serviços de saúde sejam eles estatais ou privados. O poder municipal também é responsável pelo pagamento da prestação de serviço. Os recursos destinados ao pagamento devem estar previstos no orçamento, que é feito baseando-se na demanda do município. O orçamento é mediado pelo estado e aprovado pela CIB regional e estadual em seus respectivos conselhos de saúde.

Caso o município deseje realizar uma auditoria de uma entidade prestadora de serviços localizada em outro município, a responsabilidade fica a cargo, então, do gestor estadual. Também é possível que um município, que demanda serviços a outro, amplie sua própria capacidade, podendo, então, requerer ao estado que os recursos destinados ao outro município sejam realocados para o município de origem.

2.2.6. Responsabilidades da União na gestão do SUS

Conforme afirma o Ministério da Saúde, no manual “Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas”, de 2000, os Estados têm o papel de: exercer a gestão do SUS no âmbito estadual; promover as condições e incentivar o poder municipal para que assumam a gestão do SUS nos municípios, sempre se guiando pelo princípio da integralidade; assumir, de modo transitório, a gestão do SUS nos municípios que ainda não tomaram para si essa responsabilidade; e, o mais importante, ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, desse modo, o SUS Estadual.

Para que esses quatro papéis do estado sejam desenvolvidos, é necessário que o Conselho Estadual de Saúde e a CIB viabilizem a negociação e o pacto entre as três esferas de governo para a configuração do apoio logístico, que requer, entre outros componentes: informatização, financiamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação, avaliação econômica, desenvolvimento de recursos humanos, desenvolvimento científico e tecnológico e comunicação social e educação em saúde.(BRASIL, 2000).

Também é necessária a estruturação e programação do: plano Estadual de Saúde; do Sistema Nacional de Auditoria; dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos; dos sistemas de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentar e nutricional; dos sistemas de recursos humanos, de ciência e tecnologia; do componente; das políticas de sangue e hemoderivados.(BRASIL, 2000).

Além disso, ainda é preciso elaborar: programas de abrangência nacional, relativos a agravos que constituam riscos de disseminação para além do território do estado; o componente estadual de laboratórios de saúde pública e rede farmacêutica; responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais.

E, por fim, a função do estado depende da implementação de mecanismos visando à integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, como, por exemplo, aquelas relativas a saneamento básico, recursos hídricos, habitação e meio ambiente entre outros.

Ainda com base no Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), as responsabilidades da esfera federal são: gerir o SUS em âmbito nacional; promover as condições e incentivar o gestor estadual, visando o desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS Estadual; fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS Nacional; exercer as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

O apoio logístico necessário é o mesmo demandado pelos estados, e ele depende das negociações realizadas por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

No que se refere às estratégias e mecanismos de articulação com os demais níveis de gestão, necessários ao gestor estadual, pode-se exemplificar: a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento; definição e explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS; criação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimentos; adoção de tabelas nacionais de valores do SUS; construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria.

Além dessas, destacam-se: desenvolvimento de atividades de educação e comunicação social; implementação de sistemas de informação e vigilância epidemiológica, sanitária, alimentar e nutricional; implementação de sistemas de redes laboratoriais e farmacêuticas; implementação de ações voltadas ao controle de agravos e vetores que possam constituir risco nacional; promoção da atenção à saúde da população indígena; estímulo ao desenvolvimento científico e tecnológico; participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.(BRASIL, 2000).

A gestão compartilhada do SUS entre as três esferas de governo, juntamente com outros avanços, mostra que, sem dúvida, o Sistema Único de Saúde evoluiu desde sua criação. Porém, é igualmente indubitável que o Estado ainda falha em garantir o acesso da população brasileira à assistência farmacêutica e terapêutica, por motivos que vão desde objetivos eleitoreiros até a incapacidade técnica.

Por ocasião dos 20 anos de implantação do SUS, completados no ano de 2008, Sônia Fleury (2008), presidente do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), pondera:

Impossível desconhecer os dramas cotidianos pelos quais passam pacientes e familiares e, fundamentalmente, a insegurança da maioria da população em relação à garantia efetiva de uma atenção integral, que realize o direito à saúde que foi garantido na Constituição de 1988. (FLEURY, 2008, p.1).

Como uma resposta a esse problema, houve o surgimento do fenômeno chamado “judicialização da saúde”.

Nesse sentido, nota-se que mesmo com as novas diretrizes que estão pautadas pela gestão compartilhada, pela descentralização dos processos de tomada de decisão, pela estratégia pensada tomando como base a federação, o estado e o município, através de seus conselhos, esses elementos podem não estar presentes na realidade dos gestores de saúde ligados à unidade de saúde de segurança pública e nem mesmo, necessariamente, às unidades do SUS.

2.3 Responsabilidade dos Estados na gestão do SUS

Conforme afirma o Ministério da Saúde (2000), os Estados têm o papel de: exercer a gestão do SUS no âmbito estadual; promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão do SUS nos municípios, sempre se guiando pelo princípio da integralidade; assumir, de modo transitório, a gestão do SUS nos municípios que ainda não tomaram para si essa responsabilidade; e, o mais importante, é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, desse modo, o SUS Estadual.

Para que esses quatro papéis do estado sejam desenvolvidos, é necessário que o Conselho Estadual de Saúde e a CIB viabilizem a negociação e o pacto entre as três esferas de governo para a configuração do apoio logístico, que requer, entre outros componentes: informatização, financiamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação, avaliação econômica, desenvolvimento de recursos humanos, desenvolvimento científico e tecnológico e comunicação social e educação em saúde.

Também é necessária a estruturação e programação do: plano Estadual de Saúde; do Sistema Nacional de Auditoria; dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos; dos sistemas de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentar e nutricional; dos sistemas de recursos humanos, de ciência e tecnologia; do componente; das políticas de sangue e hemoderivados.

Além disso, ainda é preciso elaborar: programas de abrangência nacional, relativos a agravos que constituam riscos de disseminação para além do território do estado; o componente estadual de laboratórios de saúde pública e rede farmacêutica; responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais.

E, por fim, a função do estado depende da implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, como, por exemplo, aquelas relativas a saneamento básico, recursos hídricos, habitação e meio ambiente, entre outros.

Depois de assinalar questões importantes sobre a “saúde” no Brasil, com trânsito pelas políticas públicas como ação de governança, passar-se-á à discussão, englobando Segurança Pública no Brasil, Segurança Pública em Mato Grosso e o Agente de Segurança Pública, no capítulo 3, a seguir.

CAPÍTULO 3 – SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL, SEGURANÇA PÚBLICA EM MATO GROSSO E O AGENTE DE SEGURANÇA PÚBLICA

Este capítulo traz em seu escopo questões ligadas à Segurança Pública no Brasil, bem como em Mato Grosso, em razão de o estudo estar centrado em trabalhar as questões que envolvem os Agentes de Segurança Pública vinculados à Secretaria Estadual de Segurança Pública-SESP em Mato Grosso

No Brasil, até o final dos anos 1990, questões referentes à segurança pública eram tratadas fundamentalmente como responsabilidade dos governadores de estado. Majoritariamente o trabalho de polícia é realizado pelas polícias estaduais civil e militar. Contudo, o tema não é tão estadual quanto parece, visto que o exercício e a divisão do trabalho de polícia são disciplinados pela Constituição Federal. Além disso, a atividade policial também é condicionada pelo direito penal e processual penal, assuntos de competência exclusiva da União (COSTA; GROSSI, 2007).

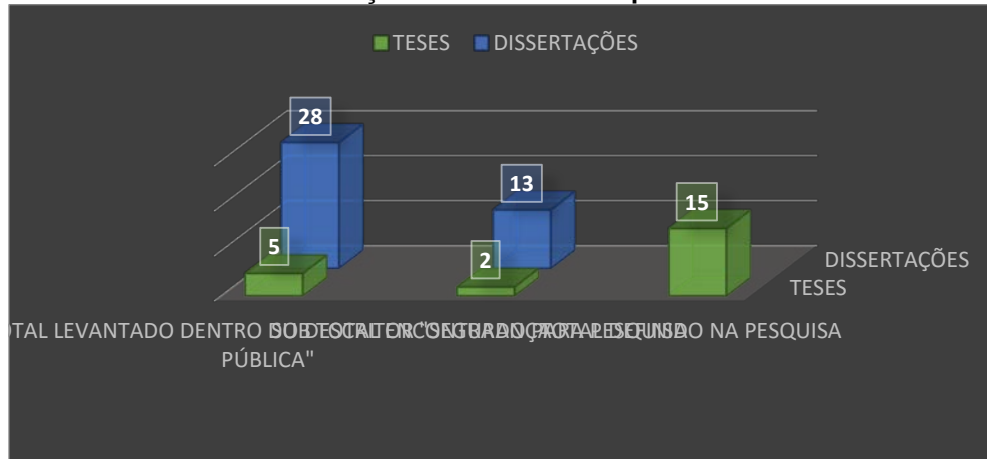
A garantia da paz pública tem se tornado uma preocupação do Estado brasileiro nas últimas décadas, sendo, portanto, tema bastante discutido considerando-se o aumento indiscriminado de todas as formas de violência no país e os graves prejuízos sociais e financeiros que decorrem desta situação.

3.1 Segurança Pública: estado da arte

É importante rememorar que, como explicitado na Introdução desta tese, serão apresentadas nesta seção, as pesquisas com o descritor “segurança pública”, realizadas no Brasil, pesquisadas no banco de dissertações de mestrado e teses de doutorado da CAPES na área de Ciências Sociais Aplicadas, configurando assim o estado da arte sobre pesquisas realizadas enlaçando o tema “segurança pública”.

O Gráfico 9 traduz o quantitativo de teses e dissertações, encontradas no banco da Capes, cuja pesquisa aborda o tema *segurança pública*:

Gráfico 9 – Teses e Dissertações no banco da Capes – 1996-2014

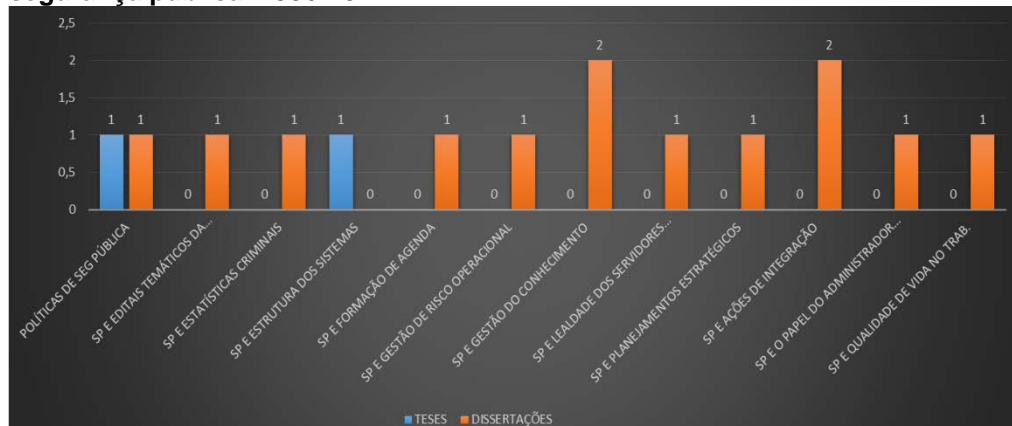


Fonte: Elaboração do pesquisador, em 2015.

O Gráfico 9 demonstra que foram encontradas 33 pesquisas no banco de dados da Capes referentes ao tema “segurança pública”, sendo 28 dissertações e 5 teses. Nesta tese foram selecionadas 13 dissertações e 2 teses enquanto parâmetros de pesquisa.

O Gráfico 10 apresenta as temáticas que mais se destacaram acerca da pesquisa em segurança pública:

Gráfico 10 – Temáticas mais recorrentes nas Teses e Dissertações, no banco da Capes, sobre segurança pública -1996-2014



Fonte: Elaboração do pesquisador, em 2015.

O Gráfico 10 mostra que as temáticas mais pesquisadas foram: políticas de segurança pública, segurança pública e gestão do conhecimento e segurança pública e ações de integração.

No Quadro 12 são apresentados os temas de pesquisa em “segurança pública”, período 1996-2014, que têm aproximação com o objeto de pesquisa da tese.

Quadro 12 – Temas de pesquisas em “segurança pública”, período 1996-2014

PESQUISAS COM DESCRITOR "SEGURANÇA PÚBLICA"	1996	2004	2008	2010	2011	2012	2013	2014
POLÍTICAS DE SEG PÚBLICA	1	0	1	0	0	0	0	0
SP E EDITAIS TEMÁTICOS DA FUNDAÇÃO DE AMPARO	0	0	1	0	0	0	0	0
SP E ESTATÍSTICAS CRIMINAIS	0	0	0	0	0	1	0	0
SP E ESTRUTURA DOS SISTEMAS	0	0	0	0	0	0	1	0
SP E FORMAÇÃO DE AGENDA	0	0	1	0	0	0	0	0
SP E GESTÃO DE RISCO OPERACIONAL	0	0	0	1	0	0	0	0
SP E GESTÃO DO CONHECIMENTO	0	0	0	0	0	0	1	1
SP E LEALDADE DOS SERVIDORES PUBLICOS	0	0	0	0	0	1	0	0
SP E PLANEJAMENTOS ESTRATÉGICOS	0	0	0	1	0	0	0	0
SP E AÇÕES DE INTEGRAÇÃO	0	1	0	0	0	0	1	0
SP E O PAPEL DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR	0	0	0	0	1	0	0	0
SP E QUALIDADE DE VIDA NO TRAB.	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL ANUAL	1	1	3	2	1	2	4	1
TOTAL GERAL	15							

Fonte: Elaboração do pesquisador, em 2015.

No Quadro 12, tendo como referência o banco de dados da Capes, visualiza-se as principais temáticas pesquisadas, sendo selecionadas para a pesquisa da tese: políticas de segurança pública, segurança pública e o papel do administrador hospitalar.

Já no Quadro 13, aparecem as pesquisas no banco de dados da ANPAD por ano e temáticas:

Quadro 13 – Pesquisa com descritor “Segurança Pública” encontradas nos eventos da ANPAD

PESQUISAS COM DESCRITOR "SEGURANÇA PÚBLICA"	2002	2006	2008	2009	2011	2014
SP E GESTÃO DE POLITICAS PUBLICAS	0	0	1	0	0	0
SP E GESTÃO PÚBLICA	0	0	1	1	0	1
SP E GOVERNANÇA	0	1	0	0	0	0
SP E ORGANIZAÇÕES	1	0	0	0	0	0
SP E POLÍTICAS PÚBLICAS	0	0	0	0	0	1
SP E QUALIDADE DE VIDA	0	0	0	0	1	1
TOTAL ANUAL	1	1	2	1	1	3
TOTAL DEFINIDO PARA TESE	9					
TOTAL DE TEXTO LEVANTADO	13					

Fonte: Elaboração do pesquisador, em 2015.

Nota-se a escassez de pesquisas realizadas sobre a temática segurança, uma vez que foram encontradas apenas três publicações em 2014. Já as temáticas que mais contribuíram para a pesquisa da tese, foram “segurança pública e governança” no ano de 2006 e a temática “segurança pública e organizações”, no ano de 2002.

Na sequência, apresenta-se a frequência da temática “segurança pública” encontrada nos diversos eventos realizados pela ANPAD, referente ao período 2002-2014. Justifica-se o início da pesquisa pelo ano de 2002, considerando que a partir desse ano é que os trabalhos foram disponibilizados online na web/site (Quadro 14).

Quadro 14 – Frequência dos eventos ANPAD com a temática “saúde” – período 2002-2015

ANO					TOTAL POR ANO	
	EnANPAD	EnAPG	EnEO	EnGPR	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
2002	0	0	1	0	1,0	11%
2006	1	0	0	0	1,0	11%
2008	0	2	0	0	2,0	22%
2009	1	0	0	0	1,0	11%
2011	0	0	0	1	1,0	11%
2014	1	2	0	0	3,0	33%
TOTAL ABSOLUTO	3	4	1	1	9,0	100%
TOTAL RELATIVO	33%	44%	11%	11%	100%	

Fonte: Elaboração própria do pesquisador, em 2015.

Nota-se a majoritária incidência de trabalhos nos eventos do EnANPAD (33%) e no evento do Encontro de Administração Pública – EnAPG (44%). Infere-se que isto seja reflexo de que esses eventos concentrem um alto grau de pesquisas científicas, sendo eles em maioria articulados a programas de pós-graduação em Administração.

Após, se conclui esta seção apresentando no Quadro 15, os grupos de pesquisas registrados no CNPQ, que perscrutam sobre “segurança pública” apresentando os trabalhos que mais se aproximam do objeto de estudo desta pesquisa.

Quadro 15 – Principais instituições líder em pesquisas na área de segurança pública, nos grupos de pesquisa do CNPq

Total de registros de grupos de estudos sobre o descritor "SEGURANÇA PÚBLICA": 146 em todas as áreas						
Total de registros de grupo de estudo sobre o descritor "SEGURANÇA PÚBLICA" na Ciências Sociais Aplicadas: 08 grupos de estudos						
ITEM	INSTITUIÇÃO	SIGLA	ESTADO	GRUPO	1º LÍDER	2º LÍDER
1	Universidade Federal do Maranhão	UFMA	MA	Direitos Humanos e Gestão da Segurança Pública	Rosângela Maria Guimarães Rosa	-
2	Fundação João Pinheiro	FJP	MG	Modernização e Inovação na Gestão Pública	Simone Cristina Dufloth	-
3	Universidade Bahia	UFBA	BA	Segurança Pública, Direitos Humanos, Justiça e Cidadania	Ivone Freire Costa	Julio Cesar de Sá da Rocha

Fonte: Elaboração do pesquisador, em 2015.

Ao pesquisar o descritor “segurança pública” no Diretório do CNPq, computou-se 146 grupos de estudo dentro do universo de todas as áreas do conhecimento. Ao ser analisada a área do conhecimento “Ciências Sociais Aplicadas” contabilizou-se 8 grupos de estudos. Resultando em 03 principais que contribuíram para a pesquisa desenvolvida na tese.

Depois da apresentação dos dados acerca do “estado da arte” sobre segurança pública, considerou-se pertinente apresentar a discussão teórico-conceitual no que respeita à segurança pública no Brasil.

3.2 Segurança Pública em conceitos

A segurança pública no Brasil constitui um dos temas de maior relevância na política nacional devido aos reflexos sociais que emergem da atuação do Estado nessa área. Exatamente por isto é tópico destacado no direito Constitucional, especialmente após a promulgação da Constituição Federal da República do Brasil em 1988, que possibilitou uma melhor discussão sobre o assunto (MATOS, 2013).

O artigo 144 da Constituição de 1988 assegurou a segurança pública, no âmbito normativo institucional brasileiro, colocando-a como dever do Estado, além de considerá-la como direito e responsabilidade de todos. Devem ser preservadas pelas forças policiais a ordem pública, a incolumidade das pessoas e do patrimônio público. As forças policiais, como estabelecidas em Constituição, são formadas pela Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil, Polícia Militar, e Corpo de Bombeiros Militar (BRASIL, CF, 1988).

Segundo o manual de policiamento ostensivo da Polícia Militar de Minas Gerais, a segurança pública é definida como a garantia que os entes do Estado – União, Estados, Municípios e Distrito Federal – proporcionam à nação, a fim de assegurar a Ordem Pública contra violações de qualquer natureza independentemente de conotação ideológica (RONDON FILHO, 2013).

Na acepção de Oliveira (2015), há no Brasil duas grandes concepções de segurança pública que rivalizam desde a reabertura democrática. A primeira é centrada na ideia de combate, concebe a missão dos policiais em termos bélicos. Nessa ótica, a política de segurança é formulada como uma estratégia de guerra, em que o papel principal da polícia é o combate aos criminosos, enquanto as favelas se tornam os territórios hostis que precisam ser ocupados pelo poder militar. Já a segunda definição concebe a segurança pública como um serviço público a ser prestado pelo Estado. Nesta concepção não há mais o inimigo interno, pois o cidadão é o destinatário do serviço. É também pautada pela concepção democrática, que estimula a participação popular na gestão da segurança pública.

Nóbrega Jr. (2010) engloba a questão social ao conceito de segurança pública, definindo-a como ponto importante para a efetividade da democracia, sendo a segurança dos atores de uma sociedade um direito civil e social.

O sistema de segurança pública que está em vigor no país, desenvolvido a partir da Constituição Federal de 1988, estabeleceu uma espécie de compromisso legal com a segurança individual de seus cidadãos e, simultaneamente, para com a coletividade, também. Contudo, os mecanismos essenciais não vêm sendo utilizados para tornar eficiente, efetiva e eficaz a política de segurança pública, não apenas em sua concepção de instrumento do Estado, mas também da sociedade. A promulgação de diversas leis, decretos e portarias ocorre de maneira expressiva, em busca do

enfrentamento da criminalidade, entretanto, não há uma articulação das ações de segurança pública de acordo com o contexto social (CARVALHO; FÁTIMA E SILVA, 2011).

Nas políticas sociais, a política de segurança pública está relacionada a uma complexidade, com a participação de diversas instâncias governamentais e os três poderes da república. É responsabilidade do Poder Executivo planejar e gerir as políticas de segurança pública, cujos objetivos direcionam-se à prevenção e repressão da criminalidade e violência, e à execução penal. Cabe ao Poder Judiciário assegurar a tramitação processual e aplicação da legislação vigente, já ao Poder Legislativo, compete o estabelecimento de ordenamentos jurídicos, fundamentais para o funcionamento adequado do sistema de justiça criminal (CARVALHO; FÁTIMA E SILVA, 2011).

A segurança pública, para Bengochea (2004), é concebida como um processo sistêmico e otimizado, englobando um rol de ações públicas e comunitárias, cujo propósito consiste em assegurar a proteção do indivíduo e da coletividade. Indo além, busca ampliar a justiça da punição, recuperação e tratamento daqueles que violam a lei, simultaneamente, garantindo os direitos e cidadania de todos. Ela é considerada um processo sistêmico devido a seu conjunto de conhecimentos e ferramentas de competência dos poderes constituídos, mas ao mesmo tempo, ao alcance da comunidade organizada. Nesta perspectiva, deve ocorrer a interação e compartilhamento da visão, compromisso e objetivos em comum, sendo necessária sua otimização, em virtude da demanda por decisões rápidas e resultados imediatos.

3.2 Aprimoramento da Segurança Pública no Brasil

O Estado, por meio das garantias constitucionais, busca aprimorar a questão da segurança pública. Pode-se observar o que diz a Constituição Federal de 1988, com base no artigo 144 sobre esta matéria:

Art. 144. A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos:

I - polícia federal;

II - polícia rodoviária federal;

III - polícia ferroviária federal;

IV - polícias civis.(BRASIL, 1988).

Vale destacar que, para Silva (1998), Segurança Pública é a garantia que o Estado oferece aos cidadãos, por meio de organizações próprias, de proteção contra todo o mal e todo perigo que possa prejudicar a ordem pública em prejuízo da liberdade, da vida, bem como dos direitos de propriedade dos mesmos.

Em se tratando de Segurança Pública, é notório que o Estado brasileiro tem procurado se fortalecer estrategicamente mediante o controle das políticas públicas, do exercício de funções regulatórias e da oferta de soluções mais ágeis às demandas da sociedade. Com essas ações, busca, ainda, dar resposta a esses desafios, e tenta renovar suas funções e estrutura.

Com base na proposta de Reformulação da Administração Pública, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado busca a profissionalização e a valorização do servidor público:

A adequação dos recursos humanos tem-se constituído, desta forma, em tarefa prioritária no atual contexto de mudança, implicando no estabelecimento de uma política voltada para a captação de novos servidores, o desenvolvimento de pessoal, a implantação de um sistema remuneratório adequado que estimule o desempenho através de incentivos, e a instituição e reorganização de carreiras e cargos de forma a compatibilizá-los com a necessária reconstrução do aparelho do Estado (BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, c. 11, 1997, p. 9).

Denota-se que a prioridade é estabelecer a construção de políticas que possibilitem a reestruturação do Estado através da valorização e capacitação de seus servidores.

Os servidores públicos, integrantes de carreiras de Estado, serão apenas aqueles cujas atividades estão voltadas para as atividades exclusivas de Estado relacionadas com a formulação, controle e avaliação de políticas públicas e com a realização de atividades que pressupõem o poder de Estado.

Por atividades exclusivas do Estado entende-se o setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços em que se exerce o poder extroverso do Estado - o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Como exemplos temos: a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, etc. (BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; c. 11, 1997, p.24).

Por sua importância, o campo das atividades exclusivas de Estado tem no critério *eficiência* o seu eixo fundamental. O que importa é atender milhões de cidadãos com boa qualidade a um custo baixo.

Senão deve-se observar o que enuncia o artigo 37 da Constituição Federal de 1988:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

O que se pretende atingir é o princípio da efetividade, isto é, a busca de uma relação ótima entre qualidade e custo dos serviços ofertados ao público. Não obstante, a administração precisa ser necessariamente gerencial. O mesmo deve ser dito, obviamente, do setor das empresas, que, enquanto estiverem com o Estado, deverão obedecer aos princípios gerenciais de administração.

Especificamente com relação à saúde desses profissionais, o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - PRONASCI apresenta como um dos objetivos fundamentais a estruturação das unidades de atendimento de saúde, com a adequação ou aquisição de equipamentos, materiais, e projetos de Atenção Biopsicossocial, os quais poucas instituições de Segurança Pública no país oferecem. Sabe-se que o servidor da segurança pública, para desenvolver sua atividade profissional, que é atender os anseios da sociedade com relação à segurança, de modo geral, necessita de seu pleno vigor físico, psíquico e emocional.

Como órgão de âmbito nacional, a Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP tem por finalidade assessorar o Ministro de Estado na definição e implementação da política nacional de segurança pública e, em todo o território nacional, acompanhar as atividades dos órgãos responsáveis pela segurança pública, por meio das seguintes ações:

- Desenvolver e apoiar projetos de modernização das instituições de Segurança Pública do País;
- Manter e ampliar o Sistema Nacional de Informações de Justiça e Segurança Pública - INFOSEG;

- Efetivar o intercâmbio de experiências técnicas e operacionais entre os serviços policiais;
- Estimular a capacitação dos profissionais da área de segurança pública;
- Fomentar políticas de valorização profissional; e
- Realizar estudos e pesquisas e consolidar estatísticas nacionais de crimes. (MATO GROSSO, 2003).

A SENASP é responsável por contribuir para a qualificação, padronização e integração das ações executadas pelas instituições de Segurança Pública de todo o país, em um contexto caracterizado pela autonomia dessas organizações.

De acordo com o Relatório de Atividades Implantação do Sistema Único de Segurança Pública (BRASIL, 2007), reconhecendo a gravidade do problema da segurança pública no Brasil, o Governo Federal, por meio do Ministério da Justiça, iniciou, em 2003, uma nova etapa na história da segurança pública brasileira, tendo como foco principal de ação a implantação do Sistema Único de Segurança Pública – SUSP. Nesta perspectiva, a SENASP se consolidou como o órgão central no planejamento e o indutor das ações de segurança pública em todo o Brasil. Com a implantação da Matriz Curricular Nacional, houve um fomento da padronização dos processos de capacitação dos profissionais de segurança pública em todas as unidades da Federação, sendo um dos eixos a valorização dos Direitos Humanos e a promoção da cidadania. De forma sistêmica, a Rede Nacional de Altos Estudos em Segurança Pública - RENAESP e o Projeto Bolsa-Formação passaram a garantir um processo de formação continuada para todos os profissionais de segurança pública. Dentre os princípios e metas do SUSP destacam-se:

- Percepção e conscientização de que os policiais são seres humanos, trabalhadores e cidadãos, titulares, portanto, dos direitos humanos e dos benefícios constitucionais correspondentes às suas funções;
- Valorização das polícias e dos policiais, reformando-os e requalificando-os, levando-os a recuperar a confiança popular e reduzindo o risco de vida a que estão submetidos. (MATO GROSSO, 2003).

A Pesquisa Nacional sobre os Programas de Qualidade de Vida, um dos instrumentos para se atingir tal meta, foi concebida no âmbito do Projeto Segurança Cidadã, uma parceria do Ministério da Justiça, por meio da SENASP, com o Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas – PNUD.

O projeto tem por metas formular políticas públicas, implementar ações e estratégias para prevenção da violência e criminalidade, e, também, garantir a inclusão social e a igualdade de oportunidades. A disseminação do conhecimento em segurança cidadã, a capacitação dos agentes implementadores das políticas públicas de segurança e a prevenção da violência e criminalidade por meio do resgate da cidadania, também são metas do Projeto Segurança Cidadã. A finalidade do Projeto Segurança Cidadã é consolidar, de forma efetiva e duradoura, esse novo conceito de segurança pública no Brasil e na América Latina.

Nesse âmbito, os profissionais de segurança pública deixariam de praticar ações isoladas que identificam o cidadão como potencial inimigo, passando a admitir que, em um ambiente democrático, a segurança pública só pode operar articulada com as comunidades organizadas. O sentido da segurança cidadã se traduz pela parceria dos órgãos de segurança com as comunidades na análise, planejamento e controle das intervenções. Atribui-se, assim, um papel fundamental à cidadania no funcionamento das organizações de segurança pública que deve estar presente, controlando o cumprimento de metas, a lisura administrativa e, principalmente, a justiça na aplicação das medidas punitivas contra atos de abuso de poder e de violência cometidos por servidores da segurança (BRASIL, 2007).

Pautada no Programa de Segurança Pública para o Brasil, a SENASP estipulou que a implantação do SUSP seria realizada pela dedicação às ações convergentes em sete eixos estratégicos: gestão do conhecimento; reorganização institucional; formação e valorização profissional; prevenção; estruturação da perícia; controle externo e participação social; e programas de redução da violência.

Para alcançar essas metas, uma das propostas do Sistema Único de Segurança Pública é a implementação do Plano Nacional de Qualidade de Vida para a Segurança Pública cujos objetivos são: a) planejar, implementar, monitorar e avaliar políticas que tenham por objeto a promoção da qualidade de vida dos servidores públicos da segurança pública; b) produzir, gerenciar e difundir conhecimentos relativos à qualidade de vida destes servidores; c) estabelecer parcerias com organizações da sociedade civil, organismos internacionais e governos estrangeiros para a implementação de políticas públicas atinentes ao programa (BRASIL, 2007).

Nesses termos, é impensável um novo conceito de segurança pública sem voltar também a atenção para a questão dos recursos humanos. O Governo Federal é ciente de que a capacitação não constitui um fim em si mesmo, mas possibilita aos profissionais analisar criticamente as propostas de serviços de Segurança Pública e de desenvolvimento de recursos humanos face às reais necessidades da população, à criação de novas tecnologias e à participação dos treinados na construção de modelos alternativos (BRASIL, 2007) .

Além da capacitação e formação, a atenção à saúde dos profissionais de segurança pública é tema urgente no Eixo de Valorização Profissional e deve ser desenvolvido, tanto no momento da formação do Servidor de Segurança Pública, como durante o desempenho de sua atividade. A forma atual de organização do trabalho das instituições de Segurança Pública, as condições de trabalho que acarretam sobrecarga física e emocional e as pressões da sociedade por eficiência afetam a saúde, geram desgaste, insatisfação e provocam estresse e sofrimento psíquico (BRASIL, 2007).

O Plano Nacional de Qualidade de Vida para a Segurança Pública é visto pela SENASP como um componente estratégico de uma política destinada a diminuir a significativa lacuna na valorização profissional com um ambiente promotor de saúde e de cidadania para o Servidor da Segurança Pública com sofrimento psíquico.(BRASIL, 2007)

Além disso, a necessidade de unificar a área de saúde de todos os servidores de segurança pública, entre elas: bombeiro militar, policial militar, policial civil, polícia técnica, faz com que seja essencial observar a necessidade de identificar o nível de governança do serviço de saúde para o Agente de Segurança Pública respeitando, além do cidadão, os diversos órgãos que estão intimamente ligados à segurança pública.

Tais órgãos devem atuar orientados pelos princípios constitucionais, da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, entre outros. Outrossim, devem fundamentar sua atuação no pensamento sistêmico, o que significa que deve haver o entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização, bem como entre a organização e o ambiente externo, com foco na sociedade. Em termos práticos, isso significa compreender que

as organizações são formadas por uma complexa rede de recursos humanos e organizacionais, cujo desempenho pode influenciar, positiva ou negativamente, a organização como um todo.

Deve ser também levado em consideração o fato de que as organizações públicas são vistas como sistemas vivos, integrantes de ecossistemas complexos que devem interagir com o meio e se adaptar. Assim, é importante que o seu sistema de gestão seja dinâmico e capaz de contemplar a organização como um todo para rever e consolidar os seus objetivos e suas estratégias, observando o alinhamento e a interconexão dos seus componentes, isto é, a consistência entre os seus objetivos, planos, processos, ações e as respectivas mensurações.

Como sistemas vivos, as organizações precisam aprender a valorizar as redes formais com cidadãos-usuários, interessados e parceiros, bem como as redes que emergem informalmente, entre as pessoas que as integram, e destas com pessoas de outras organizações e entidades. Dessa forma, o pensamento sistêmico pressupõe que as pessoas da organização entendam o seu papel no todo (as inter-relações entre os elementos que compõem a organização – a dimensão interna e a dimensão externa).

3.3 Segurança Pública em Mato Grosso

Conforme o Plano Estadual de Segurança Pública 2012-2015 (MATO GROSSO, 2011), o sistema institucional da segurança em Mato Grosso tem se mostrado ineficaz para conter a escalada da criminalidade que assola a sociedade, demandando urgentes e enérgicas medidas estruturantes e de combate efetivo ao crime, nas suas mais variadas manifestações. Tal situação precisa ser enfrentada pelo Estado com efetividade e bem planejada, uma vez que Mato Grosso apresenta uma série de condições próprias que requerem estratégias específicas para tal enfrentamento. Entre essas condições, pode-se citar as grandes dimensões territoriais que determinam a necessidade da descentralização e compatibilização das ações e dos polos de comando operacional, bem como a horizontalização das estruturas organizacionais, visando a delegar autoridade e responsabilidade aos escalões que efetivamente lidam com o problema, aproximando a solução do cidadão. Assim, tem-

se que a integração e otimização das ações, e sua efetiva gestão em todo o território estadual, são condições necessárias para a redução da criminalidade e aumento da satisfação da sociedade com o sistema de segurança.

O aumento da resolutividade do sistema estadual de segurança passa necessariamente pela reestruturação das instituições, equipando e capacitando as polícias militar, civil, os bombeiros e a perícia técnica, segundo os novos modelos de atuação científica, inteligente e voltada para resultados (MATO GROSSO, 2011).

Não se pode esquecer, também, que o Poder Judiciário deve agir com maior agilidade e eficiência, tornando céleres os processos e descartando qualquer possibilidade de impunidade. Além dessas providências, a aproximação do policial da comunidade em que se insere é imprescindível, pois fomenta a confiança e a participação da população com a polícia, o que resulta em maior coibição ao cometimento de delitos. E, deve-se considerar, ainda, como essencial à eficácia policial, a integração dos bancos de dados e recursos de sistemas de informações e tecnológicos entre as instituições – e entre estas e as demais esferas nacionais.

3.4 Diagnóstico Participativo

A fim de aproximar o diagnóstico de segurança da realidade percebida pelas pessoas, foram realizados fóruns participativos para elaboração da política de Segurança Pública na capital e no interior do estado. A representação da sociedade ocorreu pelo agrupamento em três segmentos: operadores da segurança, servidores públicos e representantes da sociedade. Após o nivelamento das informações de diagnóstico, discussões e deliberações, foram eleitos os principais problemas da Sociedade com relação à Segurança Pública:

3.4.1. Perspectiva da Sociedade:

- Falta de efetivo nas Polícias, Bombeiros, POLITEC e Sistema Prisional;
- Ausência de interatividade entre os operadores da segurança com os órgãos públicos em geral e com a Sociedade como um todo;
- Falta de policiamento ostensivo pela Polícia Militar;

- Falta de transparência dos atos e decisões das corregedorias ligadas aos órgãos operadores da segurança;
- Falta de presídios com qualificação de mão de obra, para futura reinserção do reeducando na sociedade.
- Ausência dos órgãos estaduais e municipais no que se refere à infraestrutura urbana;
- No município: falta de iluminação pública, de pavimentação, de normatização ambiental, de saneamento básico e de execução do código de posturas de alguns municípios;
- Baixa participação do Ministério Público no âmbito das políticas públicas de segurança no tocante às suas elaborações;
- Falta de Parceria Público-Privada para enfrentamento ao vício das drogas lícitas e ilícitas;
- Falta de interação entre as famílias;
- Falta de presença dos pais no acompanhamento dos filhos na escola e no seu dia-a-dia;
- Não participação da sociedade na escolha dos comandantes ou gerentes de bases comunitárias bem como na escolha das ações desenvolvidas por eles (MATO GROSSO, 2011).

3.4.2. Perspectiva dos Servidores Públicos:

- Deficiência na formação, qualificação e capacitação profissional;
- Falta de confiança nas instituições de Segurança, acreditando que a impunidade irá prevalecer;
- Ausência de política de integração entre os diversos setores, para trabalharem em conjunto, unindo esforços. Saúde, educação, segurança, assistência social, esporte, cultura, trabalho com programas voltados para a população;
- Baixo investimento na estrutura de Segurança: humano, material e obras; se resumindo atualmente apenas no custeio;

- Ausência de uma política pública de segurança permanente, vinculada ao gabinete de governo, tendo como prioridade o bem-estar da população independentemente dos diferentes governos em exercício.

3.4.3. Perspectiva dos Operadores da Segurança:

- Formação deficiente e capacitação continuada insuficiente;
- Estrutura física, de equipamentos e tecnológica inadequada e/ou inexistente para atuação dos organismos de segurança;
- Gestão deficiente das políticas, sem autonomia e sem acompanhamento de indicadores e metas;
- Pessoal insuficiente;
- Ausência de integração, interação e comunicação entre os órgãos de Segurança Pública, prejudicando os serviços prestados à Sociedade;
- Baixas motivação e auto-estima dos profissionais de Segurança Pública, falta de assistência jurídica e à saúde;
- Política salarial injusta, com tratamento desigual das categorias, o que prejudica a integração;
- Gestão sistêmica centralizada e ineficiente, demora e inadequação nas aquisições (MATO GROSSO, 2011).

Depois de todas essas considerações e discussões teóricas sobre a Segurança Pública no Brasil, Segurança Pública em Mato Grosso e o Agente de Segurança Pública, o próximo assunto a ser tratado consiste na metodologia da pesquisa apresentada no Capítulo 4.

CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA: CENÁRIO DA PESQUISA E PERCURSOS

Este capítulo objetiva apresentar o plano metodológico, englobando os caminhos e os instrumentos utilizados no decurso da pesquisa. Em princípio, apresentar-se-á a opção teórico-metodológica. Depois será dado destaque ao cenário da investigação e ao campo específico de estudo, discorrendo-se sobre a trajetória, os meios e a coleta de dados acerca do serviço de saúde ofertado aos Agentes de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso.

A propósito, o trabalho, ora apresentado, resulta de um processo investigativo desenvolvido em três etapas: a primeira, na qual se fez a revisão sistemática de pesquisas realizadas com os temas “governança”, “governança pública” e “saúde”, constituindo o “estado da arte” referente a estes temas. Depois, se fez o levantamento de dados em meio aos documentos disponibilizados pela Secretaria de Estado e Gestão (SEGES) de Mato Grosso, por fim, foi realizada entrevista aberta com o sujeito, servidor efetivo do estado de Mato Grosso, com sete anos de experiência em gestão pública, e colaborador da pesquisa. Com isso, iniciam-se as configurações acerca de um percurso no qual foram requisitados diversos recursos.

4.1 Opção teórico-metodológica

Em pesquisas científicas é fundamental que se trabalhe com rigor, com método, o que propicia assegurar a si e aos demais que os resultados da pesquisa sejam válidos, confiáveis (LAVILLE; DIONE, 1999).

A metodologia, em uma investigação científica, denota o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Isso porque, possibilita a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência (MINAYO, 1994). O que requer que sejam traçados os percursos e os recursos metodológicos orientados por referenciais teóricos específicos.

No caso desta pesquisa, a proposição teórico-metodológica de referência para as análises do material coletado no campo investigativo, se pauta nos fundamentos teóricos afeitos à Governança Pública, Políticas Públicas na Saúde e, Segurança Pública, uma vez que o objetivo deste estudo se centra em analisar o serviço de saúde

aos Agentes de Segurança Pública do estado de Mato Grosso de modo a verificar sua estrutura de governança, visando compreender a efetividade do atendimento ofertado.

Nesse entendimento, se fez opção pelas orientações do método qualitativo, em razão de se considerar ser este o mais apropriado para a compreensão dos sentidos e significados do conteúdo coletado no campo investigativo, isto é, na Secretaria de Estado e Gestão (SEGES) de Mato Grosso, no entanto, sem desconsiderar a abordagem quantitativa de dados. Segundo Minayo (2001), é fundamental também considerar a utilização da abordagem quantitativa, levando-se em conta que os dados qualitativos e quantitativos não se separam, bem ao contrário, se interpõem, considerando-se que a realidade que os abrange interage dinamicamente, excluindo-se qualquer dicotomia entre eles.

A abordagem qualitativa parte do princípio de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O que significa dizer que o sujeito pesquisador que participa da investigação científica é parte integrante da construção do conhecimento e interpreta os fenômenos, dando significados a eles (CHIZZOTTI, 2001).

Isso vem ao encontro daquilo que Minayo (2001) pondera ao expressar que a pesquisa qualitativa propicia a evocação de respostas a questões muito particulares à investigação que se pretende realizar, uma vez que se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, correlacionados a um espaço bem profundo de relações, dos processos e dos fenômenos os quais não se reduzem apenas à operacionalização de variáveis.

A abordagem do método qualitativo contribui na constituição da primeira etapa desta pesquisa, para a estruturação da revisão teórica, mediante pesquisa na literatura específica, com o objetivo de fundamentar a coleta, tratamento e análise dos dados. Os métodos qualitativos de pesquisa não buscam a mensuração de fenômenos em grandes grupos, destinam-se para o entendimento do contexto e âmbito em que algum fenômeno específico ocorre. Dessa maneira, esses métodos permitem a observação de vários elementos quando ocorrem de maneira simultânea em um pequeno grupo, sendo capaz de proporcionar um conhecimento aprofundado de um evento, propiciando a explicação de comportamentos.

Essa abordagem se firma no campo da subjetividade e do simbolismo, oferecendo a compreensão das relações e atividades humanas, numa articulação direta com os significados que as animam, realizando uma aproximação fundamental e de intimidade entre o sujeito e o objeto, uma vez que ambos são considerados de mesma natureza. A abordagem qualitativa é voltada com empatia aos motivos e intenções dos atores sociais, partindo das ações, estruturas e relações que se tornam fundamentalmente significativas (MINAYO, 2007; GIL, 2002).

Compreender a Governança de Saúde Pública aplicada aos agentes de segurança pública é compreender uma realidade social, e junto com ela, investigar a importância que é dispensada a estes servidores. Neste contexto, a opção da abordagem qualitativa se justifica na experiência de uma linguagem que transforma em conceitos o olhar científico, englobando significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores (GIL, 2002; MOREIRA, 2004), norteados pelo paradigma interpretativo, em que a racionalidade cede espaço à subjetividade - interpretando os acontecimentos e procura o entendimento das relações existentes entre as variáveis (MORGAN, 1996; POUPART, 2008).

Mas também, como recorrer-se-á aos métodos quantitativos de pesquisa, importa frisar aquilo que Victora, Knauth e Hassen (2000) percebem acerca dessa abordagem, ao argumentarem que ela é utilizada para elaborar a descrição de uma variável em relação a sua tendência central ou dispersão, ou ainda, dividi-la em categorias para descrever sua frequência (taxas e medidas de risco) quando ocorrem em grandes populações.

Assim, não seria possível analisar os resultados da saúde dos agentes de saúde pública do estado do MT sem que houvesse uma quantificação dos dados. Minayo (2001) descreve que quanto mais complexo for o fenômeno sob investigação, maior será o esforço para se chegar a uma quantificação adequada. Portanto, é necessária a habilidade de avaliar quais fatores são relevantes para a análise de um determinado problema. No caso específico desta pesquisa, a situação problematizadora se pauta em: *como analisar a governança do serviço de saúde para os Agentes de Segurança Pública do estado de Mato Grosso?*

Logo, na busca de resposta a essa indagação, no ano de 2015, inicialmente, fez-se uma revisão sistemática de pesquisas realizadas sobre os temas *governança*

e *governança pública* no banco de teses e dissertações da CAPES e em bases de dados internacionais, com o intuito de se elaborar o “estado arte” sobre governança pública. Sucessivamente, recorreu-se ao uso da técnica de pesquisa documental, por meio do banco de dados da Perícia Médica do Estado de Mato Grosso e na Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP), bem como na Secretaria de Estado de Gestão (SEGES). Posteriormente, lançou-se mão da técnica de entrevista aberta, com vistas à triangulação das informações.

A pesquisa de cunho documental apresenta potencial de assumir cada vez maior relevância, sobretudo se considerar-se o quanto rapidamente é crescente a produção de informações, a variedade dos suportes de registro, a rapidez da circulação das informações, e as próprias possibilidades de acesso aos múltiplos formatos de documentos na assim chamada era da informação. Não apenas os textos, mas também fotos, vídeos, bancos de dados e vários outros tipos de documentos de origem pública ou privada estão cada vez mais disponíveis e amplamente acessíveis aos pesquisadores, apresentando-se quase sempre como ‘matéria-prima’ a ser aperfeiçoada sob diversos enfoques e infinitas possibilidades (BELTRÃO; NOGUEIRA, 2011).

Assim, se procedeu o levantamento de dados, englobando as variáveis censitárias dos ASP como carreira, faixa etária, escolaridade, além de documentos como Atestados Médicos constando as Licenças para Tratamentos de Saúde, bem assim a Classificação Internacional das Doenças (CID) dispostas nos arquivos da mencionada Perícia Médica.

Na criação dos quadros especificando a CID por regiões, foram atendidas as considerações de Cassell e Symon (2004) os quais identificam os dados quantitativos baseados em um modelo de pesquisa pelo qual o pesquisador parte de quadros conceituais de referência, para coletar dados que enfatizem ou permitam verificar a ocorrência, analisando-os através da estatística e outras técnicas matemáticas. As pesquisas realizadas a partir de estudos de campo fazem uso deste método, para investigar as variáveis de um fenômeno. Teddlie e Tashakkori (2003) entendem que esse modelo de abordagem busca identificar quais as variáveis específicas que são mais importantes para estudar, compreender e explicar as características que estão presentes ou tornam complexo um problema na pesquisa.

Dentro da abordagem quali-quantitativa, neste estudo, far-se-á uso também de aspectos descritivos, os quais expressam o resultado ou consequência da evolução do estudo. Segundo Gil (2010) e Vergara (2000), as pesquisas descritivas possuem como finalidade principal o ato de descrever características de uma população específica ou fenômeno, para estabelecer as relações entre possíveis variáveis, definindo sua natureza. Dessa maneira, não existe um compromisso de explicar os fenômenos descritos, apenas fornecer base para que a explicação seja formulada posteriormente. Já Grimes e Schulz (2002) compreendem o estudo descritivo como aquele preocupado e destinado apenas a descrever a distribuição das variáveis existentes. Esse tipo de estudo divide-se em dois grandes grupos: aqueles que lidam com indivíduos e aqueles que se relacionam com as populações. Como estudos descritivos, existem os relatos de caso, relatório de série de casos, estudos transversais e vigilância.

A descrição na pesquisa ocorre ao levantar as ocorrências de saúde, licenças e afastamentos dos ASP, bem como os programas de saúde para qualidade de vida deste público pesquisado.

A última etapa da coleta de dados da pesquisa consistiu na realização de entrevista com um sujeito gestor, colaborador da pesquisa, do gênero feminino, com 42 anos de idade, graduado em psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde; Terapia Cognitivo Comportamental e Psicopedagogia Clínica; investido no cargo de Analista de Desenvolvimento Econômico e Social, com 15 anos de servidor efetivo, exercendo, no ano de 2015, a função de coordenador de gestão de pessoas, somando sete anos em funções de gestão na SESP do estado de Mato Grosso.

O objetivo da entrevista foi possibilitar a reflexão do sujeito colaborador da pesquisa acerca de sua concepção sobre gestão na governança pública nos serviços de saúde ofertados aos Agentes de Segurança Pública da Secretaria de Estado de Segurança Pública de Mato Grosso, a partir de sua atuação enquanto gestor público nos serviços de saúde desta Secretaria de Estado.

A entrevista foi realizada obedecendo a flexibilidade de horário e local escolhidos pelo sujeito colaborador da pesquisa, o qual elegeu a sua própria residência para a materialização desse evento. Solicitou-se ao sujeito permissão para

efetuar a gravação das conversas, as quais, em momento posterior, foram transcritas e editadas. Importa frisar que, no processo de edição, se procurou eliminar das falas os vícios de linguagem e as palavras repetidas, sempre tomando o cuidado para não comprometer a fidedignidade do discurso.

O roteiro da entrevista assumiu a forma aberta. Este tipo de técnica não requer que o pesquisador vá a campo com um plano estabelecido, frisando que este só possuirá algumas questões formuladas, o que não impede que outras aflorem no decorrer da entrevista e, foi o que ocorreu na aplicação da entrevista. Dependendo das narrativas do sujeito entrevistado, o entrevistador inseria outras questões para possibilitar a profundidade acerca do assunto nas respostas.

O roteiro de entrevista integrou 26 questões abertas, com trânsito pelo temário “gestão pública no serviço de saúde aos ASP (Apêndice A).

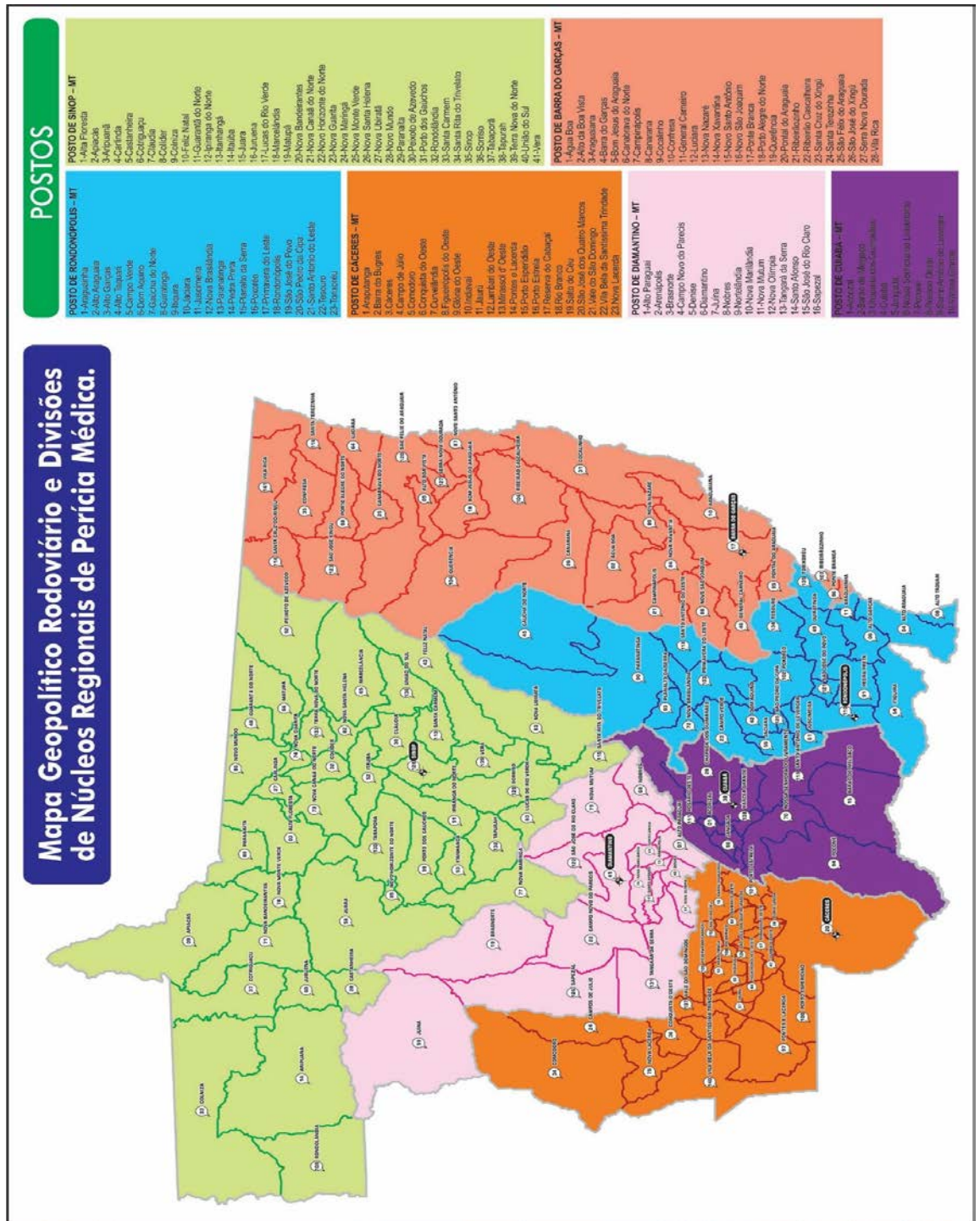
Na aplicação da entrevista, procurou-se sustentação na orientação de Bauer e Gaskell (2002), ao considerarem que toda investigação científica que se vale desse instrumento de coleta, é considerada um processo de socialização entre entrevistado e entrevistador, sem que essa prática seja meramente episódica na qual o entrevistado passa unicamente as informações ao entrevistador.

Minayo (2001) adensa que a entrevista pode ser concebida sob dois aspectos: em princípio, essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Já em outro patamar, serve como um meio de coleta de informação sobre um determinado tema científico. Em suma, o uso da entrevista individual no contexto da pesquisa contribuiu para a obtenção de informações respeitantes à governança pública nos serviços de saúde ofertados aos Agentes de Segurança Pública da Secretaria de Estado de Segurança Pública de Mato Grosso.

A Secretaria de Segurança Pública (SESP) é nucleada por quatro órgãos desconcentrados: Polícia Militar do Estado de Mato Grosso (PMMT), Polícia Técnica (POLITEC), Polícia Judiciária Civil (PJC), e Corpo de Bombeiro Militar do Estado de Mato Grosso (CBMMT). A Perícia Médica Oficial do Estado tem por competência atender todos os servidores da rede estadual de Mato Grosso, incluindo aqueles lotados nos órgãos desconcentrados da SESP. Para tanto, esta perícia se divide em

seis polos, a saber: Cuiabá, Cáceres, Diamantino, Sinop, Rondonópolis e Barra do Garças, ficando o de Cuiabá como sede principal (Ilustração 3).

Ilustração 3 – Mapa Geopolítico Rodoviário e Divisões de Núcleos Regionais de Perícia Médica



Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

As avaliações médicas periciais realizadas em Cuiabá são previamente agendadas pelo Disque-Servidor (ligação gratuita); o(a) servidor(a) comparece à Perícia Médica munido de encaminhamento, do atestado emitido pelo médico que

realiza o tratamento e/ou acompanhamento médico. Não são realizadas avaliações médicas periciais de servidores que se apresentam portando armas de fogo, armas brancas ou similares e os Militares devem apresentar Ofício de Encaminhamento oriundo do Batalhão de lotação ou do Comando Geral de Polícia Militar (Gestão de Pessoas). Sendo estas licenças médicas, após homologação, publicadas no Diário Oficial do Estado – DOE.

Uma observação importante, é que nos anos em que foram coletados os dados das CID, para a pesquisa, não se conseguiu levantar o quantitativo de médicos peritos por ano. Optou-se, então, por apresentar o quantitativo dos que trabalharam em 2015, realizando perícias por polo, conforme a Tabela 3.

Tabela 3: Quantitativo de Médicos homologadores da Perícia do Estado de Mato Grosso em 2015, por Polo, em número absoluto e porcentagem

Polo	Quantidade de médicos por Polo	Porcentagem
Cuiabá	11	45,83
Cáceres	3	12,50
Diamantino	1	4,16
Sinop	1	4,16
Rondonópolis	6	25,00
Barra do Garças	2	8,33
Total	24	100,00

Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

Não importa a especialidade de formação, os 24 médicos da perícia listados homologam todas as licenças, cada um dentro de seus respectivos polos. Reitera-se que o total de médicos listados, homologa não somente as licenças médicas dos Agentes de Segurança Pública, mas de todos os servidores públicos da esfera estadual de Mato Grosso. Outro dado a ser observado, é que o Polo Cuiabá apresenta maior quantidade de médicos, 45,83%. Isso se dá em razão de o maior número de servidores estar lotado nesse município.

Para fins de procedimento de quantificação das licenças ocorridas no ano de 2008 a 2014, destaca-se que até o início do ano de 2010 a Segurança Pública e a de Justiça e Direitos Humanos eram juntas: Secretaria de Justiça e Segurança Pública de Estado de Mato Grosso – SEJUSP, sendo que ao serem desmembradas acabaram

por se tornar Secretaria de Estado de Segurança Pública – SESP e Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos – SEJUDH. Com isto, dentro destas mencionadas secretarias, havia composição de Servidores dos quatro órgãos desconcentrados da SESP, os quais ao passarem pela Perícia Médica do Estado ficavam computados no registro da Perícia do Estado. Para fins de contagem estatística constava-se que a origem deste servidor era da Secretaria, tomando-se por base o seu cargo de concurso e redistribuição para os órgãos desconcentrados de origem.

4.2 Período Investigado

No primeiro semestre do ano de 2015, foi levantado o quantitativo de efetivo por cidade (unidade), do período de 2008 a 2014 cuja solicitação ocorreu junto à Diretoria de Gestão de Pessoas da Polícia Militar do Estado de Mato Grosso, ao Comandante Geral Adjunto do Corpo de Bombeiros e à Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Secretaria de Estado e Segurança Pública do Estado de Mato Grosso – SESPMT por manter até então, a responsabilidade sobre a vida funcional da Perícia Oficial e Identificação Técnica – POLITEC e da Polícia Judiciária Civil do Estado de Mato Grosso. Na primeira coleta, os dados ficaram inconsistentes com a realidade do total de agentes efetivos. Isto porque se computou o quantitativo de efetivo por região mês a mês, o que acarretou em duplicidade do registro de um mesmo servidor no universo contabilizado.

Então, no mês de setembro de 2015 foi realizada a segunda coleta mediante a qual os dados foram apurados junto à Secretaria de Estado e Gestão de Mato Grosso – SEGES/MT, na Coordenação de Gestão de Pessoas. Foi feito o levantamento dos efetivos ano a ano e das licenças, obtendo assim os dados. No entanto, com impossibilidade de se fazer qualquer análise, tendo em vista que havia duplicidade de informações quanto aos dados quantitativos.

Posteriormente, ocorreu a terceira tentativa de coleta dos mesmos dados junto à Coordenação de Tecnologia de Informação da SEGES. Obteve-se os dados do efetivo, tendo na coleta uma fotografia do mês de setembro de cada ano como

referência. Para tanto, foi necessário determinar junto ao órgão o que se necessitava já que não existia relatórios que trouxessem informações a permitirem cruzamentos.

Quanto ao processamento estatístico destaca-se que foi realizada análise exploratória de dados por meio de percentual e construção de gráfico.

Os dados coletados em meio aos documentos foram organizados em planilhas, considerando as categorias pesquisadas conforme o Quadro 16:

Quadro 16– Categorias referentes aos Agentes de Segurança Pública (ASP) afastados por Licença médica no período de 2008 a 2014

Nome do órgão desconcentrado
Polo de região da perícia
Classificação Internacional de Doenças – CID

Fonte: Secretaria de Estado e Gestão de Mato Grosso – SEGES/MT e Perícia Médica Oficial do Estado em 2015.

Quadro: Elaboração própria do pesquisador.

As CID foram distintas do quantitativo de dias de licenças, pois havia casos de licenças sem CID, considerando que não há obrigação do médico situar as CID do paciente em seus atestados.

Para o processamento estatístico das variáveis censitárias e categorias de análises, adotou-se o uso das ferramentas estatísticas do software Microsoft Excel. Esta proposta pretende demonstrar ser possível utilizar-se de recursos de comum acesso a todos os envolvidos no processo de análise para tomada de decisões das organizações, sem a necessidade de grandes investimentos em desenvolvimento ou aquisições de sistemas informatizados.

Por meio destes levantamentos se pretendeu compreender a decorrência da incidência das CID relacionadas nas perícias médicas dos ASP do estado de Mato Grosso, por órgãos desconcentrados, realizando cruzamento de dados; e se os programas de saúde realizados no setor de Segurança Pública têm mostrado efetividade.

Intentou-se aqui retratar o caminho metodológico percorrido no transcurso da pesquisa. Prossegue-se com a discussão que expressa a apresentação e análise dos dados, no próximo capítulo.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Mato Grosso, no Censo Demográfico de 2010, totalizou 3.035.122 habitantes, e para 2015 a estimativa é de 3.265.486. As cidades mais populosas e importantes de Mato Grosso são Cuiabá (capital do estado), Várzea Grande, Rondonópolis, Sinop, Tangará da Serra, Cáceres, Sorriso, Primavera do Leste, Barra do Garças, Alta Floresta, Campo Novo do Parecis, Pontes e Lacerda, Juína, Campo Verde, Lucas do Rio Verde e Barra do Bugres.

Importa destacar que Mato Grosso agrega três dos mais importantes biomas do país: Amazônia, Cerrado e Pantanal. No período de 2002 a 2007, a economia mato-grossense cresceu em média 7,73% ao ano, quase dois pontos percentuais acima da média brasileira e que elevou a participação de Mato Grosso na economia brasileira (de 1,22%, no ano 2000 para 1,7%, em 2008). Com relação à região Centro-Oeste, o PIB de Mato Grosso representa, atualmente, quase 20% da economia regional. O desempenho das últimas décadas promoveu um aumento da renda e da riqueza no Estado que elevaram o PIB per capita, em 2008, para R\$17.102,00 (MATO GROSSO. Plano de Longo Prazo para Mato Grosso, 2012-2015).

Consoante o Plano de Longo Prazo para Mato Grosso (MATO GROSSO, 2012-2015), o agronegócio é a base da economia mato-grossense e, por assim dizer, a agropecuária representa quase 30% do PIB estadual, enquanto que o setor industrial contribui com cerca de 17% (média do período 2002 a 2007), mas em um movimento de declínio continuado nos últimos anos. Com uma forte integração externa, Mato Grosso é um dos estados brasileiros de maior presença no mercado internacional por suas exportações de commodities, principalmente grãos. Em 2009, o Estado exportou 31% de seu PIB, porém, no geral, limitou-se à exportação de bens primários.

O panorama apresentado referente ao PIB de Mato Grosso e a sua contribuição para o crescimento do PIB na região Centro-Oeste e em nível de Brasil, aponta para ações pautadas no modo de governabilidade no caso, a governança pública (GONÇALVES, 2005) no estado de Mato Grosso, englobando o governo, os setores privados e a sociedade civil, demandando assim uma visão para além da economia, visando o bem comum.

Nessa esfera de compreensão, exemplos de governança pública no estado de Mato Grosso serão exarados na sequência.

De acordo com dados do Plano de Longo Prazo para Mato Grosso (MATO GROSSO, 2012-2015), o nível de organização da população mato-grossense em seus diferentes segmentos sociais vem crescendo nas últimas décadas, o que leva a uma ampla participação social nas questões de interesse público.

Pondera o Plano de Longo Prazo (MATO GROSSO, 2012-2015) que parte dessa participação se manifesta na formulação das políticas e na constituição de espaços de gestão social e mobiliza segmentos sociais no controle das políticas públicas. Isto sinaliza que tal nível de organização da sociedade mato-grossense se amplie e, principalmente, se consolide nas próximas décadas ao buscar canais de participação nos debates e nas decisões que expressem as diferentes percepções e interesses dos atores sociais de Mato Grosso.

Articulando esses dados com os apontamentos de Meirelles (1993), formalmente, a administração pública consiste em um conjunto de órgãos instituídos para a consecução dos objetivos do Governo. Em sentido material, por sua vez, consiste em um conjunto de funções necessárias aos serviços públicos em geral. Entende-se também, por este conceito, como um desempenho sistemático, legal e técnico dos serviços próprios do Estado, ou aqueles que o Estado assume em benefício da coletividade.

Isso remete àquilo que Matias-Pereira (2010) assegura ao argumentar que a governança pública também visa atenuar conflitos de interesses aplacados entre os atores participantes na formulação das políticas públicas. O que representa um sistema determinante para o equilíbrio de poder entre atores envolvidos: governantes, gestores, servidores, cidadãos, para que o bem comum sempre prevaleça. Neste aspecto, a instituição pode atingir graus de maior crescimento, impactando na ocorrência da melhoria de desempenho no serviço público e posteriormente o alcance de resultados que sejam satisfatórios para aqueles que se encontram envolvidos no processo.

Segundo dados disponibilizados no relatório Plano de Longo Prazo para Mato Grosso (MATO GROSSO, 2012-2015), o Estado recorre a diversificados instrumentos de incentivos financeiros e, fundamentalmente, fiscais para atrair investimentos privados e que são orientados, principalmente, para os setores industriais e de serviços. O Governo de Mato Grosso, entre os mecanismos de fomento ao

investimento no Estado, conta com dois instrumentos: o Programa de Desenvolvimento Industrial e Comercial (FUNDEIC). É um fundo de financiamento voltado para micro e pequenas empresas industriais, comerciais e de turismo. O Programa de Desenvolvimento Industrial e Comercial (PRODEIC) é um programa de incentivo fiscal que consiste no abatimento da parte do ICMS devido pelas empresas. Criado pela Lei nº 8.938 de 22/07/08, o FUNDEIC procura complementar o incentivo fiscal com financiamento direto de até 80% dos investimentos em construção civil, máquinas, equipamentos e instalações para micro e pequenas empresas. Com isso, pretende fortalecer a diversificação da estrutura produtiva e a redução das importações, na medida em que prioriza projetos que substituam importações e agreguem valor às cadeias de negócios.

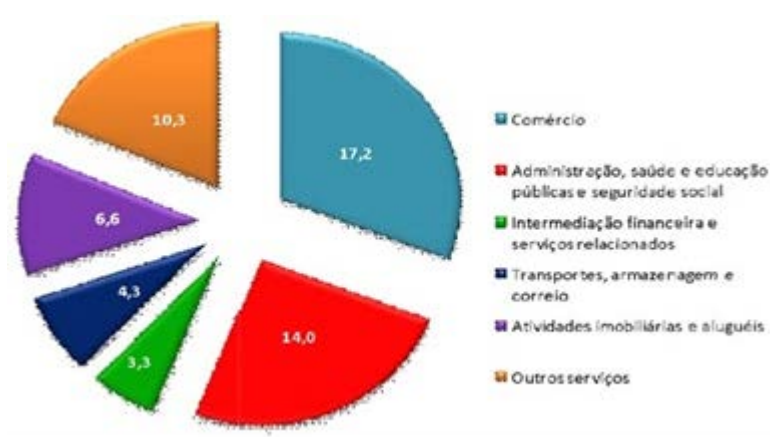
O PRODEIC é mais antigo e foi criado em 2003 pela Lei 7.958/2003. Segue o modelo dos incentivos fiscais dos governos estaduais com concessão de benefício fiscal às empresas até o valor do ICMS devido, para tanto, as beneficiárias devem ter projetos aprovados pelo Conselho Estadual de Desenvolvimento Empresarial (CEDEM) que prevê investimentos para expansão, modernização e diversificação das atividades econômicas. O programa tem o objetivo de estimular investimentos, inovação tecnológica das estruturas produtivas e aumento da competitividade estadual, assim como, a geração de emprego e renda. Nos critérios de concessão do incentivo consta também a contribuição dos projetos para a redução das desigualdades sociais e regionais no Estado (MATO GROSSO, 2012-2015).

Eis aí aspectos de políticas públicas que reportam ao que Dias (2012) menciona quando argumenta que os pressupostos da Governança Pública abarcam a ideia do Estado estratégico o qual transforma seu papel em três sentidos: i) de um Estado de serviço e produtor do bem público para um Estado que serve de garantia à produção do bem público; ii) de um Estado ativo e provedor solitário para um Estado ativador e coordenador das relações dos atores para que produzam com ele; iii) de um Estado dirigente ou gestor para um Estado cooperativo, onde o bem público é produzido em conjunto.

Em conformidade com os dados estampados no relatório elaborado por Pedro Taques e sua equipe de gestão (MATO GROSSO, 2015), direcionado aos parlamentares da Assembleia Legislativa do Estado, que se referindo ao setor de

serviços, expressam que o aumento no Valor Adicionado Bruto (VAB), em 2012, se deu em decorrência das atividades públicas e do comércio (17,2%+14%), representando assim 31,2% do valor adicionado total (Gráfico 11). Tais atividades, motivadas pela dinâmica das atividades agropecuárias, foram expandidas para atender necessidades de cidades mato-grossenses.

Gráfico 11– Participações percentuais das atividades econômicas do setor de serviços no Valor Adicionado Bruto de Mato Grosso – 2012



Fonte: IBGE (2014) e Taques (2015, p. 74).

Os dados apresentados no Gráfico 11 possibilitam observar que as atividades do comércio e da administração pública, especialmente, os serviços de educação, de saúde e de seguridade foram as que demonstraram maior representatividade, durante o período de 2005 a 2012. Isso reflete a importância desses segmentos, devido aos avanços ocorridos nos demais setores da economia mato-grossense (MATO GROSSO, 2015).

Lembrando que esta pesquisa privilegia o estudo sobre a governança pública no serviço de saúde, ofertado aos agentes de segurança pública em Mato Grosso, é importante chamar a atenção ao que Taques (MATO GROSSO, 2015) observa ao destacar que, no setor de saúde do Estado, são muitos os desafios. Dentre os quais está o de garantir atendimento digno aos cidadãos e diminuir o sofrimento das famílias mato-grossenses que necessitam dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Isso porque, segundo o estudo de Taques (MATO GROSSO, 2015), em 2013, o setor de saúde em Mato Grosso apresentou um panorama segundo o qual as

internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade com maior atendimento foram: tratamento de cirurgias múltiplas, tratamentos de grandes queimaduras, procedimentos de oncologia, mastectomia radical em oncologia e extirpações múltiplas de lesões de pele ou de tecidos celulares. Destes, as cirurgias múltiplas representaram 14,4 % do total de cirurgias realizadas, o tratamento de grandes queimaduras, 6,4%; e procedimentos em oncologia 6%. As maiores internações clínico cirúrgicas de média complexidade foram: tratamento de doenças infecciosas e intestinais (7,8%), tratamento de intercorrências clínicas na gravidez (7,1), tratamento de doenças bacterianas (4,6%), curetagem pós-abortamento (4%) e tratamento de acidente vascular cerebral – AVC, (3,7)%.

Dando continuidade aos dados desse estudo, ocorre que os três principais grupos de causas de mortalidade em Mato Grosso são as doenças do aparelho circulatório (27,92%) as neoplasias (14,26%) e as doenças do aparelho respiratório (9,79%). No grupo de causas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório estão as doenças cerebrovasculares com 27,08%, as doenças isquêmicas do coração com 25,06 e as doenças hipertensivas com 18,17%. E entre as principais neoplasias que causam morte estão o câncer em órgãos digestivos (28,15%), câncer no aparelho respiratório (15,08%) e câncer nos órgãos genitais masculinos (9,12%).

Tais ocorrências culminaram em efeitos como: a grande fila de espera para realização de cirurgias e procedimentos mais complexos ou o grande aumento de ações judiciais para obtenção desses serviços especializados que geraram custos mais elevados para os cofres públicos e ainda deixam de atender uma grande parcela de pessoas necessitadas (MATO GROSSO, 2015).

Merece relevo evidenciar que o relatório em pauta apontou também que a superlotação dos hospitais conduz a outro intenso debate na área da saúde: a demanda por leitos hospitalares. Nesse contexto, segundo o autor, é fundamental equacionar os problemas enfrentados pelo setor de saúde em Mato Grosso, ampliando a regionalização da rede estadual de serviços públicos de saúde para atendimento de média e alta complexidade, fortalecendo a articulação regional para prestação de serviços de saúde, mediante efetividade e humanização do SUS, destacando que aí se inserem os serviços ofertados aos agentes de segurança pública (MATO GROSSO, 2015).

Isso considerando, importa observar que os serviços de saúde apresentam fragilidades em seu atendimento à população do estado de Mato Grosso. O que justifica a necessidade de se buscar outros meios de atendimento de saúde para o Agente de Segurança Pública, vez que a profissão requer que ele esteja gozando de plena saúde para desenvolver suas atividades policiais.

5.1 Serviços de Saúde aos Agentes de Segurança Pública em Mato Grosso

Os serviços de saúde ofertados aos Agentes de Segurança Pública de Mato Grosso serão apresentados na subseqüência.

5.1.1 Serviço do Mato Grosso Saúde - MT SAÚDE

Criação do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Mato Grosso. Em 11 de julho de 2003, o MT Saúde foi instituído através da Lei Complementar Estadual nº 127/2003, art. 1º, vinculado à Secretaria de Administração – SAD (MATO GROSSO, 2003), configurado em autarquia formada de personalidade jurídica de direito público, com patrimônio próprio e autonomia administrativa e financeira.

Os fins do MT Saúde são a realização de assistência à saúde aos Servidores ativos, inativos, pensionistas e temporários (interinos) do estado de Mato Grosso, bem como seus dependentes (cônjuges, filhos menores de 18 anos, filhos maiores incapazes sob curatela e filhos maiores de 18 e menores de 24 anos, desde que estejam cursando Nível Médio ou Superior, agregados (ex-cônjuges, separados judicialmente ou divorciados com direito a pensão alimentícia e que conste no processo judicial que o titular garantirá a saúde); pai e mãe, e menores de 18 anos sob guarda judicial do titular (MATO GROSSO, 2003).

O plano objetiva possibilitar o acesso dos servidores a uma assistência médica de qualidade a um baixo custo. Por ser uma instituição sem fins lucrativos não tem propósito de concorrência com o mercado particular de saúde. A ideia do governo foi criar um plano de saúde com fortalecimento gradativo.

Além disso, a entrada do MT Saúde no mercado de medicina complementar trouxe outros ganhos, tais como geração de empregos, aumento da renda de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais.

A maioria dos servidores do Estado não tinha Plano de Saúde, o que levou o Governo a criar o Instituto, atendendo desta forma os servidores mais carentes. Com apenas uma contribuição mensal, o titular garantia assistência para todos os seus dependentes, o que caracteriza o Plano como essencialmente familiar. A partir de 2015, um decreto publicado no Diário Oficial do Estado alterou a forma de cobrança do MT Saúde, plano de saúde dos servidores do governo de Mato Grosso, e a cobrança na folha de pagamento passou a ser por faixa etária, e não pelo salário, como era feito anteriormente. Também passou a ser exigido o pagamento pelos dependentes de cada titular, ao contrário do que ocorria, quando não era feita cobrança alguma. Pelas novas regras, os valores cobrados dos titulares e dependentes em 2015 variou de R\$ 73 a R\$ 438. O MT Saúde, no início do ano de 2016, possuía os seguintes associados conforme o Quadro 17.

Quadro 17: Total de usuários credenciados do MT SAÚDE e quantidade de credenciados por Órgão desconcentrado

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	ÓRGÃO DOS TITULARES	QUANTIDADE
TOTAL DE BENEFICIÁRIOS	24.089	POLÍCIA MILITAR	2.299
TOTAL DE TITULARES	11.789	CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	312
TOTAL DE DEPENDENTES	10.570	POLÍCIA JUDICIÁRIA CIVIL	997
TOTAL DE AGREGADOS	1.735		
BENEFICIÁRIOS			
Com Necessidade Especial	24		
Possuem Responsável	205		

Fonte: Elaboração do pesquisador (MT SAÚDE, 2015).

Mediante tal estrutura, ao longo dos 10 anos de existência, a autarquia instituída perseguiu o alcance da finalidade para a qual foi criada.

Neste *mister*, a autarquia faz uso do comando da mesma Lei Complementar que estatui:

Art. 16 Para a realização das operações previstas nesta lei complementar, o MATO GROSSO SAÚDE poderá **celebrar contratos** com pessoas físicas ou jurídicas, ficando facultada a contratação de **serviços específicos para a sua operação**, tais como auditoria em saúde, central de regulação, fornecimento de softwares de gestão e assessorias especializadas, desde que atenda os ditames da legislação específica. (MATO GROSSO, 2003, grifo do autor).

A cobrança para os titulares, dependentes, agregados, segurados conveniados e segurados facultativos passou a ser realizada mensalmente e de forma individual, de acordo com a faixa etária de cada um. Em relações às co-participações, foram cobradas sobre procedimentos ambulatoriais e internações previstas, conforme tabela disponível no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso.

No ano de 2014, os gastos com procedimentos de saúde para o usuário do MT SAÚDE se encontram listados nas Tabelas 4, 5 e 6 subsequentes:

Tabela 4 – Comparativo Mensal do Custo Conferido (Informado)

Sub Tipo	Valor Informado											
	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
CIRURGIAS/PRORROGAÇÕES	R\$3.877.594,11	R\$4.016.495,69	R\$3.881.552,20	R\$5.008.751,00	R\$4.598.421,27	R\$5.992.975,49	R\$4.932.548,86	R\$4.778.343,77	R\$7.639.399,38	R\$3.499.682,87	R\$4.287.676,42	
CIRURGIAS/PRORROGAÇÕES	R\$208.970,62	R\$155.225,57	R\$126.801,28	R\$183.324,82	R\$180.534,86	R\$254.288,03	R\$301.333,59	R\$252.992,45	R\$356.785,76	R\$146.126,61	R\$179.329,79	
CONSULTAS	R\$163.535,00	R\$179.235,00	R\$162.717,00	R\$228.460,50	R\$192.746,00	R\$222.364,28	R\$202.248,00	R\$204.583,00	R\$249.575,00	R\$228.990,00	R\$166.660,60	
HONORÁRIOS	R\$92.244,76	R\$110.446,95	R\$136.410,43	R\$211.259,20	R\$222.653,44	R\$393.043,55	R\$310.501,15	R\$222.700,05	R\$380.651,60	R\$325.783,38	R\$256.068,33	
SPISADT DESPESAS	R\$1.179.176,37	R\$1.298.575,74	R\$1.118.730,96	R\$1.740.036,52	R\$1.525.980,86	R\$1.377.511,26	R\$1.426.377,04	R\$1.235.183,47	R\$1.163.201,55	R\$1.186.577,24	R\$1.320.189,05	
SPISADT PROCEDIMENTOS	R\$2.612.969,16	R\$2.665.716,94	R\$2.588.053,99	R\$3.320.561,78	R\$2.770.636,70	R\$3.126.530,98	R\$3.016.875,88	R\$2.829.807,62	R\$2.981.514,77	R\$3.068.187,09	R\$2.530.463,79	
Total Geral	R\$8.134.490,02	R\$8.425.695,89	R\$8.014.265,86	R\$10.692.393,82	R\$9.490.973,13	R\$11.366.713,59	R\$10.189.884,52	R\$9.523.610,36	R\$12.771.128,06	R\$8.455.347,19	R\$8.740.387,98	

Fonte: MT SAÚDE (2016)

O valor da Tabela 5 refere-se a execução dos serviços prestados com valores informados para pagamentos junto ao MT SAÚDE.

Tabela 5: Comparativo Mensal do Custo Conferido (Glosado)

Sub Tipo	Valor Glosado											
	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
CIRURGIAS/PRORROGAÇÕES	R\$285.841,44	R\$118.374,37	R\$172.289,34	R\$1.187.494,99	R\$486.952,29	R\$750.625,93	R\$1.088.261,14	R\$1.310.551,19	R\$3.277.945,10	R\$345.421,49	R\$257.962,42	
CIRURGIAS/PRORROGAÇÕES	R\$20.734,60	R\$10.504,35	R\$74.733,98	R\$124.755,04	R\$75.886,51	R\$74.096,57	R\$115.521,94	R\$93.618,11	R\$204.742,63	R\$26.245,97	R\$16.391,37	
CONSULTAS	R\$3.770,00	R\$3.020,00	R\$3.247,00	R\$8.801,22	R\$16.971,00	R\$10.564,28	R\$2.718,00	R\$5.222,22	R\$5.230,00	R\$5.585,00	R\$3.490,00	
HONORÁRIOS	R\$5.583,90	R\$37.199,87	R\$19.234,50	R\$98.660,14	R\$78.525,05	R\$44.471,43	R\$29.597,98	R\$66.824,24	R\$13.426,70	R\$7.676,62	R\$5.748,27	
SPISADT DESPESAS	R\$106.964,57	R\$27.260,63	R\$125.497,75	R\$407.664,88	R\$285.994,14	R\$362.240,90	R\$190.785,17	R\$354.485,93	R\$362.366,01	R\$87.050,44	R\$185.401,46	
SPISADT PROCEDIMENTOS	R\$75.125,02	R\$56.655,84	R\$87.242,10	R\$150.599,91	R\$154.137,75	R\$168.419,65	R\$116.342,30	R\$167.685,61	R\$79.828,03	R\$92.687,33	R\$133.789,40	
Total Geral	R\$498.019,53	R\$253.015,06	R\$482.244,67	R\$1.977.976,18	R\$1.098.466,74	R\$1.410.418,76	R\$1.543.226,53	R\$1.998.387,30	R\$3.943.538,47	R\$564.666,85	R\$602.782,92	

Fonte: MT SAÚDE (2016)

Conforme a Tabela 5 apresenta-se o valor glosado tendo o mês de outubro/2015 com o maior índice de glosa chegando a R\$ 3.943.538,47 tendo este valor muito acima ao comparar com o mês de março/2015 que foi de R\$ 253.015,06.

Tabela 6 – Comparativo Mensal do Custo Conferido (Liberado)

Sub Tipo	Valor Liberado											
	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
CIRURGIAS/PRORROGAÇÕES	R\$3.591.752,67	R\$3.898.121,32	R\$3.709.262,86	R\$3.821.255,98	R\$4.111.468,98	R\$5.242.349,56	R\$3.844.287,71	R\$3.467.792,58	R\$4.361.454,28	R\$3.154.261,37	R\$3.999.834,64	
CIRURGIAS/PRORROGAÇÕES	R\$188.236,02	R\$144.721,22	R\$52.067,30	R\$58.569,78	R\$104.648,35	R\$180.191,46	R\$185.811,65	R\$159.374,34	R\$152.043,13	R\$119.880,64	R\$161.301,07	
CONSULTAS	R\$159.765,00	R\$176.215,00	R\$159.470,00	R\$219.659,28	R\$175.775,00	R\$211.800,00	R\$199.530,00	R\$199.420,78	R\$244.345,00	R\$223.405,00	R\$163.170,60	
HONORÁRIOS	R\$86.660,86	R\$73.247,08	R\$117.175,93	R\$112.599,06	R\$144.128,39	R\$348.572,52	R\$280.903,17	R\$155.831,70	R\$367.224,90	R\$318.073,47	R\$250.148,91	
SPISADT DESPESAS	R\$1.072.211,80	R\$1.271.315,11	R\$993.233,21	R\$1.331.803,64	R\$1.239.986,72	R\$1.015.270,36	R\$1.235.591,87	R\$880.655,84	R\$800.835,54	R\$1.099.526,80	R\$1.134.787,59	
SPISADT PROCEDIMENTOS	R\$2.537.844,14	R\$2.608.796,52	R\$2.500.943,88	R\$3.169.961,87	R\$2.616.498,95	R\$2.958.111,33	R\$2.900.533,58	R\$2.661.761,45	R\$2.901.500,43	R\$2.975.499,76	R\$2.396.674,39	
Total Geral	R\$7.636.470,49	R\$8.172.416,25	R\$7.532.153,18	R\$8.713.849,61	R\$8.392.506,39	R\$9.956.295,23	R\$8.646.657,98	R\$7.524.836,69	R\$8.827.403,28	R\$7.890.647,04	R\$8.105.917,20	

Fonte: MT SAÚDE (2016)

Na Tabela 6 apresenta-se o Custo Conferido e o realmente liberado para pagamento após auditoria de saúde executada.

Os beneficiários do MT Saúde passaram a ter direito à cobertura das despesas oriundas de atendimentos médicos, ambulatoriais, hospitalares, odontológicos, fisioterapêuticos, fonoaudiólogos e psicológicos. No Estado, no início de 2015 estavam conveniados sete hospitais em Cuiabá, uma unidade em Várzea Grande, na região metropolitana, e quatro no interior - Tangará da Serra, Sinop, Rondonópolis e Alta Floresta. Também conveniados 38 laboratórios de análises clínicas, 12 clínicas de imagens e as especialidades médicas apresentada no Quadro 18:

Quadro 18 – Rede Credenciada do MT Saúde

CORPO CLÍNICO	QUANT		
ANESTESIOLOGIA	2	HEMODINAMICA	2
ANESTESIOLOGIA - ESPECIALISTA EM DOR	1	INFECTOLOGISTA	1
ANGIOLOGISTA/VASCULAR	6	MASTOLOGISTA	4
CARDIOLOGISTA	12	NEFROLOGISTA	2
CIRURGIÃO PLASTICO REPARADOR	1	OFTALMOLOGISTA	9
CLINICO GERAL	13	ONCOLOGIA	3
DERMATOLOGISTA	2	OTORRINOLARINGOLOGISTA	7
FISIOTERPIA	7	ORTOPEDITAS	10
GASTRO/CIRURGIÃO GERAL	8	PEDIATRA QUE ATENDE P. A NO HOSP. STA RITA-Várzea Grande	9
EXAMES GASTRO: ENDOSCOPIA, COLONOSCOPIA, RETOSSIGMOIDOSCOPIA	5	PNEUMOLOGISTA	1
GERIATRA	1	PROCTOLOGISTA	1
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	10	POLISSIONOGRAFIA	1
HEMOTERAPIA	2	PSICOLOGIA	5
HIPERBÁRICA	2	UROLOGISTA	14
HEMATOLOGISTA	5		
TOTAL		138	

Fonte:Elaboração própria do pesquisador (MT SAÚDE. 2015)

Estas considerações atinentes ao plano MT Saúde o qual propicia aos servidores do estado de Mato Grosso, assistência médica por adesão, são importantes uma vez que podem contribuir para a análise e interpretação dos dados da presente pesquisa. O que remete à discussão sobre estrutura organizacional de saúde ofertada aos ASP da Polícia Militar do estado de Mato Grosso.

5.1.2 Diretoria de Saúde da PMMT

De acordo com a Portaria 189/2013 do Quartel do Comando Geral, da Diretoria de Gestão de Pessoas, da Polícia Militar do Estado de Mato Grosso, a Subseção IV que dispõe da Diretoria de Saúde, define no Artigo 68, que a Diretoria de Saúde é o órgão de direção superior, tendo por missão planejar, executar, coordenar, supervisionar e fiscalizar as atividades relacionadas às políticas de saúde, à perícia médica e odontológica, à inspeção de saúde e ao inquérito sanitário de origem, bem como fomentar a melhoria de qualidade de vida de seus integrantes (MATO GROSSO, 2013).

O MT SAÚDE apresenta em sua estrutura organizacional a composição de Diretor; Diretor Adjunto; Coordenadoria administrativa tendo sobre sua subordinação

as gerências: a) Aquisição; b) Transporte; c) Almoxarifado e Patrimônios d) Odonto Clínica; e) Ambulatório Central; f) Hospital Militar; g) Centro Regional de Saúde.

Entre as atividades desenvolvidas inserem-se, conforme a Resolução nº 038/PM-1/EMG, de 09 de fevereiro de 1996, (MATO GROSSO, 1996) as que aprovam, normatizam, determinam e orientam quanto à expedição do Atestado de Origem destinado aos servidores públicos militares. Este documento administrativo-militar destina-se à comprovação de acidentes ocorridos em consequência de ato de serviço, em tempo de paz, que, por sua natureza, possam dar origem à incapacidade física, temporária ou definitiva dos servidores públicos militares.

Esse ato de serviço se refere a todo aquele praticado por servidores militares, que executem serviços de natureza permanente e tenham direitos assegurados pela legislação em vigor, no cumprimento de obrigações policiais militares ou profissionais técnicas, resultantes de disposições regulamentares ou de ordem recebida (MATO GROSSO, 2013).

Outra atividade, conforme a Resolução nº 039/PM-1/EMG, de 04 de março de 1996, aprova, normatiza, orienta e expede o formulário do Inquérito Sanitário de Origem (ISO), para apurar por meio de Perícia Médico-administrativa se a incapacidade do servidor Militar tem relação com o serviço Policial-Militar. Este Inquérito Sanitário de Origem (ISO) é a perícia médico-administrativa destinada, indispensavelmente, a apurar se a incapacidade física, temporária ou definitiva dos militares, verificada em inspeção de saúde, depende ou resulta de doença aguda ou crônica que tenha sido contraída em ato de serviço, conforme definido no artigo 2º da Resolução 038/PM-1/EMG.

A lei Complementar nº 529, de 31 de março de 2014, que fixa o efetivo da Polícia Militar deste Estado com área continental, prevê que o Quadro de Oficiais de Saúde QOSPM será composto por aqueles Oficiais já existentes, bem como daqueles egressos de concurso público de provas ou de provas e títulos, requisito para sua inscrição a Graduação de Medicina ou Odontologia, nos termos do seu artigo 8º, caput, e parágrafo único.

Já no artigo 9º, caput, do vertido diploma legal, as vagas do Quadro de Oficiais de Saúde da Polícia Militar (QOSPM) são distribuídas conforme o Quadro 19:

Quadro 19 – Efetivo do Quadro de Saúde da PMMT atual

Postos	Médicos	Dentistas	Subtotal
Coronel	1	1	2
Tenente Coronel e Major	30		30
Capitão	25		25
Primeiro-Tenente e Segundo-Tenente	30		30
TOTAL	87		

Fonte: Elaboração do pesquisador

Em dezembro de 2015, o Quadro de Oficiais de Saúde da Polícia Militar (QOSPM) contava com o efetivo ilustrado no Quadro 20.

Quadro 20 – Efetivo do Quadro de Saúde da PMMT previsto.

Postos	Médicos	Dentistas	Subtotal
Coronel	2	2	4
Tenente Coronel	8	13	21
Major		04	4
TOTAL	29		

Fonte: Elaboração do pesquisador.

O último certame realizado para a admissão no Curso de Adaptação de Oficiais de Saúde na PMMT, ocorreu no ano de 1994.

No ano de 2016, são ofertados na Diretoria de Saúde os serviços de Fonoaudiologia; Fisioterapia; Psicologia; Odontologia e Clínica Médica a nível ambulatorial (MATO GROSSO, 2013).

Tem-se também no espaço da Diretoria de Saúde a atuação do Serviço Social, sendo que dentro da Polícia Militar, o Serviço Social faz parte da Diretoria de Gestão de Pessoas - DGP PMMT e tem por finalidade contribuir com o desenvolvimento de uma política de atenção social aos policiais militares e seus dependentes diretos através da facilitação de serviços e efetivação de direitos. Além disso, cabem à Diretoria de Saúde os aspectos de promoção da saúde e prevenção de doenças, entendendo a saúde não meramente em seus aspectos biológicos, mas biopsicossocial, ou seja, englobando a saúde física ou bem-estar do próprio corpo; a saúde mental, a saúde nas relações interpessoais, a saúde sexual e reprodutiva; a saúde cidadã e a saúde social, cultural, política e econômica.

Depois da apresentação a composição da Diretoria da Polícia Militar do Estado de Mato Grosso, passar-se-á a outra entidade de saúde ofertada aos ASP.

5.1.3 Associação Beneficente de Saúde dos Militares do Estado Mato Grosso

A Associação Beneficente de Saúde dos Militares do Estado de Mato Grosso — Hospital Militar, é uma associação civil, com objetivo filantrópico, criada pela Lei Estadual n. 63/1937, com o nome inicial de "Caixa da Força Pública". Com o Decreto-Lei no: 673/45, passou a chamar-se "Caixa de Previdência e Assistência". O referido decreto, de 03 de julho de 1945, alterou não só o nome, mas também as finalidades da Caixa, com a contribuição mensal mútua entre os servidores públicos militares estadual, passando a chamar-se "Caixa de Previdência e Assistência", e inaugurando na mesma data o primeiro gabinete odontológico e o primeiro consultório médico, a Caixa é atualmente administrada pelos servidores militares, denominados de associado efetivo.

Em dezembro de 2003, passou a chamar-se Associação Beneficente de Saúde dos Militares do Estado de Mato Grosso, sendo que em 27 de junho de 2015, passou a denominar-se também de Hospital Militar, com abreviatura de H.M., resgatando assim a finalidade para a qual foi criada.

A Associação Beneficente, já viveu no passado, com outros nomes, tempos áureos, tendo até realizado empréstimos financeiros a vários associados, para a aquisição de casa própria. Mas sofreu diversas mazelas na sua administração, o que levou à intervenção judicial, em 09 de agosto de 2009, a qual afastou todos os Diretores e Membros do Conselho Administrativo e Conselho Fiscal, por diversas irregularidades que configuravam má gestão.

A Associação Beneficente de Saúde dos Militares do Estado de Mato Grosso, denominado de Hospital Militar do Estado de Mato Grosso, não é um plano de saúde, ela é desde a sua criação em 1937, a união de todos os membros associados, com objetivo único, de melhor atender coletivamente a(s) enfermidade(s), dentro da possibilidade financeira com responsabilidade, prestando atendimentos de baixa e média complexidade.

Os participantes dos serviços ofertados estão enquadrados na Categoria de Sócios Contribuintes os associados contribuintes referidos no Artigo 17 do Regimento Interno da ABSM-MT, bem como os servidores públicos civis e militares das esferas municipal, estadual e federal e, pessoas físicas diversas, previamente credenciadas e homologadas pelo Conselho de Administração da ABSM-MT;

Isso remete à necessidade de discussão com enfoque para a Segurança Pública e o sistema de saúde a ela ofertado no Estado de Mato Grosso. Bem como o serviço de saúde ofertado pelo Sistema Único de Saúde - SUS em Mato Grosso.

5.1.4 Secretaria Estadual de Saúde - SES

A Secretaria de Estado de Saúde – SES constitui-se num órgão auxiliar de primeiro nível hierárquico da Administração Pública Estadual, de natureza instrumental, regido por Regimento Interno, conforme o Decreto nº 2.916, de 19 de outubro de 2010 (MATO GROSSO, 2010), obedecendo aos princípios, normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo como missão garantir o direito à saúde, enquanto direito fundamental do ser humano, e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito do estado de Mato Grosso, ação extremamente necessária em virtude da grande demanda por serviços na área de saúde.

Vindo ao encontro da propositiva do Estado que tem em seus objetivos principais, no que concerne à Secretaria de Estado de Saúde – SES: implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS no estado de Mato Grosso, de acordo com as políticas aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde e Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite; formular, normatizar e regulamentar a Política Estadual de Saúde; coordenar a implantação e executar, de maneira complementar, as ações de saúde no Estado; realizar cooperação técnica para a promoção da municipalização e da organização dos sistemas regionais e municipais de saúde; promover a formação, qualificação e o desenvolvimento de profissionais do SUS para atuação na área de saúde no Estado; orientar ações para regiões e grupos sociais com maior necessidade de atenção à saúde; fomentar a atenção à saúde -

implementar o modelo de atenção à saúde e fomentar a construção de novos modelos, priorizando ações de promoção e prevenção, com reorientação das ações de assistência ambulatorial e hospitalar; garantir a oferta de serviços e a referência regional e estadual de caráter terciário; regular, controlar e avaliar a prestação de serviços e a execução das ações de saúde nos setores público e privado; realizar avaliação sistemática através de estudos e pesquisas com a finalidade de medir impactos e resultados das ações de saúde e/ou identificar fatores de risco; e, também, fomentar a realização de pesquisas técnico-científicas e o desenvolvimento de novas tecnologias para o SUS no âmbito estadual; Importa assinalar que a Secretaria de Estado de Saúde – SES poderá articular-se com outras entidades estaduais, paraestatais e privadas, cuja atuação possa contribuir para a consecução das finalidades.

Esta discussão sobre os serviços de saúde oferecidos aos agentes de segurança pública do estado de Mato Grosso se faz necessária em razão das situações-limites, de sinistralidade, ou das diversas faces da violência pelas quais transitam esses agentes. Daí a importância de se apresentar alguns dados que abarcam as estatísticas da violência no contexto mato-grossense na contemporaneidade.

Mato Grosso ainda apresenta índices elevados e crescentes de homicídios, atingindo 32,1%, em 2012 e roubos 648,3 por cem mil habitantes, muito além das metas estabelecidas(MATO GROSSO, 2015).

Segundo dados da Secretaria de Segurança Pública – SESP (MATO GROSSO, 2014), a taxa de roubo no Estado cresceu de 2012 para 2013. O que significa que em números absolutos, consoante os dados dispostos na Tabela 7, o número total de roubos se elevou de 10.753 em 2008, para 20.631 em 2013.

Tabela 7- Número de roubos, por tipos em Mato Grosso, no período de 2008–2013

Tipos de roubo	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Roubo seguido de morte	49	58	49	49	40	43
Roubo de veículos	1.128	1.864	2.030	2.176	2.511	3.249
Outros roubos	10.753	11.925	11.581	12.111	10.655	17.339
Total	11.930	13.847	13.660	14.336	13.206	20.631

Fonte: SESPMT (2014), Taques (MATO GROSSO, 2015).

Para Taques (MATO GROSSO, 2015) esses dados evidenciam a extrema urgência na adoção de políticas de segurança pública que reduzam efetivamente tais disparidades e impeçam que mais pessoas sejam vítimas da violência no Estado.

Dizendo de outra maneira, há elevadas taxas de criminalidade no Estado. Nesse aspecto, “[...] reduzir a taxa de homicídios configura-se numa necessidade urgente! Não podemos permitir que tantas vidas sejam ceifadas acabando com sonhos e esperanças de tantas famílias mato-grossenses.” (MATO GROSSO, 2015, p. 95). O estudo realizado por esse autor, apresenta um conjunto de ações que ele denomina de imprescindíveis para o enfrentamento do problema da criminalidade e da violência no Estado. Neste sentido, são propostas ações para os próximos quatro anos de governabilidade como: ampliar a presença da polícia nas comunidades, integrar multissetorialmente as ações para enfrentamento às drogas, fortalecer o sistema de inteligência da segurança pública, reduzir mortes violentas intencionais e não intencionais, ampliar os investimentos na segurança pública e, ainda, combater os desvios de conduta e corrupção.

Logo, uma das categorias de profissional cujo papel é o de garantir a segurança pública, portanto atua, se presentifica e convive diretamente no enfrentamento da violência urbana e periférica do Estado, é o Agente de Segurança Pública cujas atividades laborativas são consideradas de alta periculosidade ou sinistralidade.

Tais agentes, sujeitos desta pesquisa, integram a Secretaria de Estado de Segurança Pública de Mato Grosso (SESP), organismo ao qual estão vinculados, de forma desconcentradas em quatro unidades: Polícia Militar - PM; Polícia Judiciária Civil - PJC; Corpo de Bombeiros Militar - CBM; e Perícia Oficial e Identificação Técnica

– POLITEC. A SESP implementa as políticas públicas propostas pela Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP). A exemplo cita-se o programa de saúde “Gerenciamento e Controle de Stress”, destinado aos Agentes de Segurança Pública, implementado no ano de 2009, com uma verba de R\$1.000.000,00 (um milhão de reais) oriunda do governo federal.

Vale lembrar que a SENASP é responsável por contribuir para a qualificação, padronização e integração das ações executadas pelas instituições de Segurança Pública de todo o país, em um contexto caracterizado pela autonomia dessas organizações.

Quanto ao universo de ASP, na SESP, catalogou-se, por carreira, nos registros dos quatro órgãos desconcentrados (PMMT, CBM, PJC, POLITEC), os seguintes quantitativos referentes ao período de 2008 a 2014, conforme se visualiza no Gráfico 12:

Gráfico 12- Efetivo total de ASP no período de 2008 a 2014 dos órgãos desconcentrados PMMT; CBM; PJC e POLITEC



Fonte:Elaboração própria do pesquisador.

Como mencionado no capítulo anterior, buscou-se apurar por meio dos documentos fornecidos pela Coordenação de Informação da Secretaria de Estado e Gestão (SEGES) dados censitários referentes à PMMT, ao CBMMT, à PJC e à POLITEC, com as seguintes variáveis: carreira, faixa etária, escolaridade. E, na Perícia Médica Oficial do Estado de Mato Grosso, coletou-se as licenças médicas, homologadas aos ASP, assim como a Classificação Internacional de Doenças (CID).

O Quadro 21, na sequência, relaciona a distribuição por núcleos regionais de perícia médica (Polo), referentes aos quatro órgãos desconcentrados e integrantes das seis unidades regionais do estado de Mato Grosso:

Quadro 21– Quantidade de Polos regionais de Perícia Médica Oficial do Estado de Mato Grosso

Item	Polo
1	Cuiabá
2	Cáceres
3	Diamantino
4	Sinop
5	Rondonópolis
6	Barra do Garças

Nota: Elaboração própria do pesquisador.

A Perícia Médica Oficial do Estado tem por competência atender todos os servidores da rede estadual de Mato Grosso, incluindo aqueles lotados nos órgãos desconcentrados da SESP.

As carreiras e quantitativos que integram o universo de ASP nos órgãos desconcentrados da SESP/MT, são apresentados nas Tabelas 8, 9, 10 e 11 subsequentes e, são respeitantes ao período de 2008 a 2014:

Tabela 8– Carreiras existentes na Polícia Militar, 2008-2014

	CARREIRAS PMMT	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PRAÇAS	ALUNO SOLDADO PM	9	9	0	9	15	13	11
	SOLDADO PM	3386	3386	3182	3386	3771	3403	2676
	CABO PM	1404	1404	1584	1404	1550	1255	1487
	TERCEIRO SARGENTO PM	517	517	246	517	317	736	1031
	SEGUNDO SARGENTO PM	76	76	385	76	103	139	225
	PRIMEIRO SARGENTO PM	27	27	8	27	334	331	316
	SUB-TENENTE PM	37	37	44	37	10	10	31
PRAÇAS ESPECIAIS	ALUNO OFICIAL PM (PRIMEIRO ANO)	16	16	21	16	137	160	119
	ALUNO OFICIAL PM (SEGUNDO ANO)	1	1	19	1	34	0	1
	ALUNO OFICIAL PM (TERCEIRO ANO)	23	23	16	23	0	0	0
	ASPIRANTE PM	0	0	0	0	1	1	2
OFICIAIS	SEGUNDO TENENTE PM	77	77	42	77	69	49	0
	PRIMEIRO TENENTE PM	93	93	71	93	49	65	62
	CAPITÃO PM	160	160	176	160	192	186	113
	MAJOR PM	87	87	97	87	109	113	128
	TENENTE CORONEL PM	52	52	57	52	60	68	129
	CORONEL PM	20	20	23	20	27	25	32
TOTAL		5.985	6.211	5.971	6.954	6.778	6.557	6.361

Fonte: Secretaria de Estado e Gestão de Mato Grosso, em 2015. Elaboração própria do pesquisador.

A carreira na Polícia Militar (PMMT) é constituída por três categorias, quais sejam: Oficiais, Praças Especiais e Praças. Na Tabela 8 é possível observar que na carreira de Praças concentra-se o maior número de efetivos. A variação entre os anos ocorre em razão de novos concursos, compensando as saídas de efetivos por diversos motivos, entre eles a reforma por tempo de serviço ou exclusões a bem da disciplina. Tem-se assim um retrato do policiamento ostensivo da PM, a visar a prevenção de ilícitos e preservação da ordem pública em Mato Grosso.

A Tabela 9 agrega a carreira referente ao efetivo do Corpo de Bombeiros Militar:

Tabela 9 - Carreiras existentes no Corpo de Bombeiros Militar, 2008-2014

CARREIRAS CBMMT		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PRAÇAS	ALUNO SOLDADO CBM	0	0	0	0	0	0	0
	SOLDADO CBM	436	436	455	436	248	240	140
	CABO CBM	133	133	0	133	243	228	169
	TERCEIRO SARGENTO CBM	82	82	142	82	133	136	209
	SEGUNDO SARGENTO CBM	128	128	50	128	53	42	110
	PRIMEIRO SARGENTO CBM	27	27	83	27	109	52	0
	SUB-TENENTE CBM	0	0	0	0	3	66	92
PRAÇAS ESPECIAIS	ALUNO OFICIAL CBM (PRIMEIRO ANO)	10	10	17	10	28	25	16
	ALUNO OFICIAL CBM (SEGUNDO ANO)	6	6	5	6	8	3	0
	ALUNO OFICIAL CBM (TERCEIRO ANO)	0	0	0	0	0	12	0
	ASPIRANTE CBM	0	0	6	0	0	1	0
OFICIAIS	SEGUNDO TENENTE CBM	29	29	22	29	20	21	37
	PRIMEIRO TENENTE CBM	0	0	25	0	26	29	49
	CAPITÃO CBM	15	15	19	15	35	27	43
	MAJOR CBM	28	28	25	28	17	21	13
	TENENTE CORONEL CBM	14	14	18	14	28	27	33
	CORONEL CBM	5	5	7	5	7	9	9
TOTAL	913	896	874	974	958	936	922	

Fonte: Secretaria de Estado e Gestão de Mato Grosso, em 2015.

Da mesma maneira de estruturação da carreira dos militares, a de agentes do CBM também está constituída. Esta corporação atua como uma unidade independente no sistema de segurança pública estadual, com atribuições definidas em lei; também com o propósito de desenvolver tarefas da defesa civil. O quadro em pauta relaciona um panorama do contingente de agentes do CBM, expressando-se como força auxiliar e reserva do Exército em Mato Grosso.

Sobre o total de agentes efetivos, computado por carreiras da Polícia Judiciária Civil, a Tabela 10, a seguir, contempla essas funções profissionais:

Tabela 10 - Carreiras existentes na Polícia Judiciária Civil, 2008-2014

CARREIRAS PJCMT	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
INVERTIGADOR	2006	2006	1772	2006	1791	1652	1563
ESCRIVÃO	398	398	369	398	606	577	565
DELEGADO	212	212	201	212	254	247	263
TOTAL	2.614	2.558	2.342	2.633	2.632	2.461	2.377

Fonte: Secretaria de Estado e Gestão de Mato Grosso, em 2015.

A carreira de investigador concentra o maior número de efetivos. O que permite considerar a necessidade desse contingente para a cobertura de extensas áreas de investigação, já que o estado de Mato Grosso comporta 141 municípios.

De acordo com a análise do Escritório das Nações Unidas, o Brasil tem um imenso potencial a ser desenvolvido. Entretanto o país enfrenta grandes desafios, entre os quais estão as necessidades de reduzir os altos índices de criminalidade. Segundo o Regimento Interno da PJC, cabe a ela assegurar a ordem pública, por meio de investigação para apurar e reprimir ilícitos penais, em defesa da paz social, cujos objetivos se pautam em: apurar as infrações penais; combater a criminalidade; cumprir e fazer cumprir os direitos e as garantias constitucionais, estabelecendo o respeito e a dignidade do indivíduo na sociedade (MATO GROSSO, 2009).

Avançando na discussão sobre o assunto, recorre-se a Dufloth e Silva (2008), os quais ponderam que as políticas públicas de segurança pública devem ser elaboradas analisando, sob diferentes aspectos, os fatores envolvidos com a criminalidade. Desse ponto de vista, a construção dos indicadores de segurança pública devem integrar dados envolvidos diretamente e indiretamente na incidência criminal. Esses mesmos autores defendem que não bastam os registros dos crimes configurados, mas as informações relativas a todo o contexto social, econômico, educacional, cultural, tecnológico e de saúde na sociedade, devem também ser objeto de observação para a construção de indicadores de segurança pública. Logo, nesse contexto de execução das ações, situam-se as funções de investigador, escrivão e delegado, totalizando, em 2014, um quantitativo de 2.377 agentes.

Na sequência, a Tabela 11 evidencia a distribuição das carreiras na Perícia Oficial e Identificação Técnica de Mato Grosso:

Tabela 11 - Carreiras existentes na Perícia Oficial e Identificação Técnica, 2008-2014

CARREIRAS POLITEC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ANALISTA DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL POLITEC	0	0	0	0	0	0	0
APOIO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL POLITEC	0	0	0	170	0	0	0
PAPILOSCOPISTA POLITEC	170	170	165	15	156	142	140
PERITO CRIMINAL II POLITEC	15	15	12	0	11	9	9
PERITO CRIMINAL MÉDICO LEGISTA POLITEC	0	0	0	124	0	0	0
PERITO CRIMINAL OFICIAL POLITEC	124	124	136	98	141	140	243
PERITO OFICIAL MÉDICO LEGISTA POLITEC	98	98	114	11	114	106	134
PERITO OFICIAL ODONTO LEGISTA POLITEC	11	11	8	45	7	6	6
TECNICO DE NECROPSIA POLITEC	45	45	53	0	48	47	46
TECNICO DESENV ECONÔMICO E SOCIAL POLITEC	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	465	449	488	481	496	465	592

Fonte: Secretaria de Estado e Gestão de Mato Grosso, em 2015.

Das carreiras apresentadas na POLITEC, as maiores frequências estão concentradas na de Papiloscopista e na de perito Criminal Médico Legista, o que contribui para um serviço mais incisivo sobre “violência” e “identificação”, os quais são bem acentuados no cotidiano laboral desta atividade. Isso remete ao que Nóbrega Jr. (2010) expressa ao arrolar a questão social ao conceito de segurança pública, definindo-a como ponto relevante para a efetividade da democracia, sendo a segurança das pessoas um direito civil e social.

A próxima variável a receber tratamento analítico é aquela respeitante às licenças médicas para tratamento de saúde dos ASP.

Nessas licenças médicas constam a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), visando padronizar a codificação de doenças e outros problemas pertinentes à saúde. A CID 10 constituída de “A” a “Z” fornece dados relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única que corresponde a uma listagem CID 10, conforme ilustra o Quadro 22.¹

¹**Fonte:** MedicinaNET. **Lista de CID 10.** Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/cid10.htm>>. Acesso em: 16 dez.2015.

Quadro 22- Classificação Internacional de Doenças – CID 10

CID	DESCRIÇÃO
A	Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A)
B	Algumas doenças infecciosas e parasitárias (B)
C	Neoplasias [tumores]
D	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
E	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
F	Transtornos mentais e comportamentais
G	Doenças do sistema nervoso
H	Doenças do olho e anexos; Doenças do ouvido e da apófise mastóide
I	Doenças do aparelho circulatório
J	Doenças do aparelho respiratório
K	Doenças do aparelho digestivo
L	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
M	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
N	Doenças do aparelho geniturinário
O	Gravidez, parto e puerpério
P	Algumas afecções originadas no período perinatal
Q	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
R	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
S	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S)
T	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (T)
U	Códigos para propósitos especiais
V	Causas externas de morbidade e de mortalidade (V)
W	Causas externas de morbidade e de mortalidade (W)
X	Causas externas de morbidade e de mortalidade (X)
Y	Causas externas de morbidade e de mortalidade (Y)
Z	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Fonte:Elaboração própria do pesquisador.

Os dados atinentes às licenças médicas foram coletados com o objetivo de conhecer as doenças contraídas pelos ASP dentro de sua região de atividade laboral. Importar registrar que, nesta pesquisa, naquilo que toca à coleta de dados englobando os atestados médicos expedidos aos ASP, as subdivisões dentro das famílias das CID não estão especificadas, em razão de que elas não foram fornecidas pela Perícia Médica de Mato Grosso.

5.2 Condição de saúde e tratamento, mediante a Classificação Internacional de Doenças (CID), dos Agentes de Segurança Pública do estado de Mato Grosso

Para o estudo das CID houve a necessidade de sistematização dos dados e posterior análise destes, realizando-se cruzamentos que permitissem obter informações a serem usadas estrategicamente para conhecer a realidade do campo de pesquisa. O agrupamento dos dados gerando informações poderá trazer a real dimensão da governança do serviço de saúde para o atendimento dos Agentes de Segurança Pública do estado do Mato Grosso.

Foram coletadas, junto à Coordenadoria da Perícia Médica do estado de Mato Grosso, as Licenças para Tratamentos de Saúde, bem como suas CID, referente ao de período de 2008 a 2014, expedidas aos Agentes de Segurança Pública dos quatro órgãos desconcentrados, conforme exarado na Tabela 12:

Tabela 12- Acúmulo das CID apresentadas na Perícia Médica do Estado de Mato Grosso dos quatro órgãos desconcentrados, referentes ao período de 2008 a 2014 (em números absolutos)

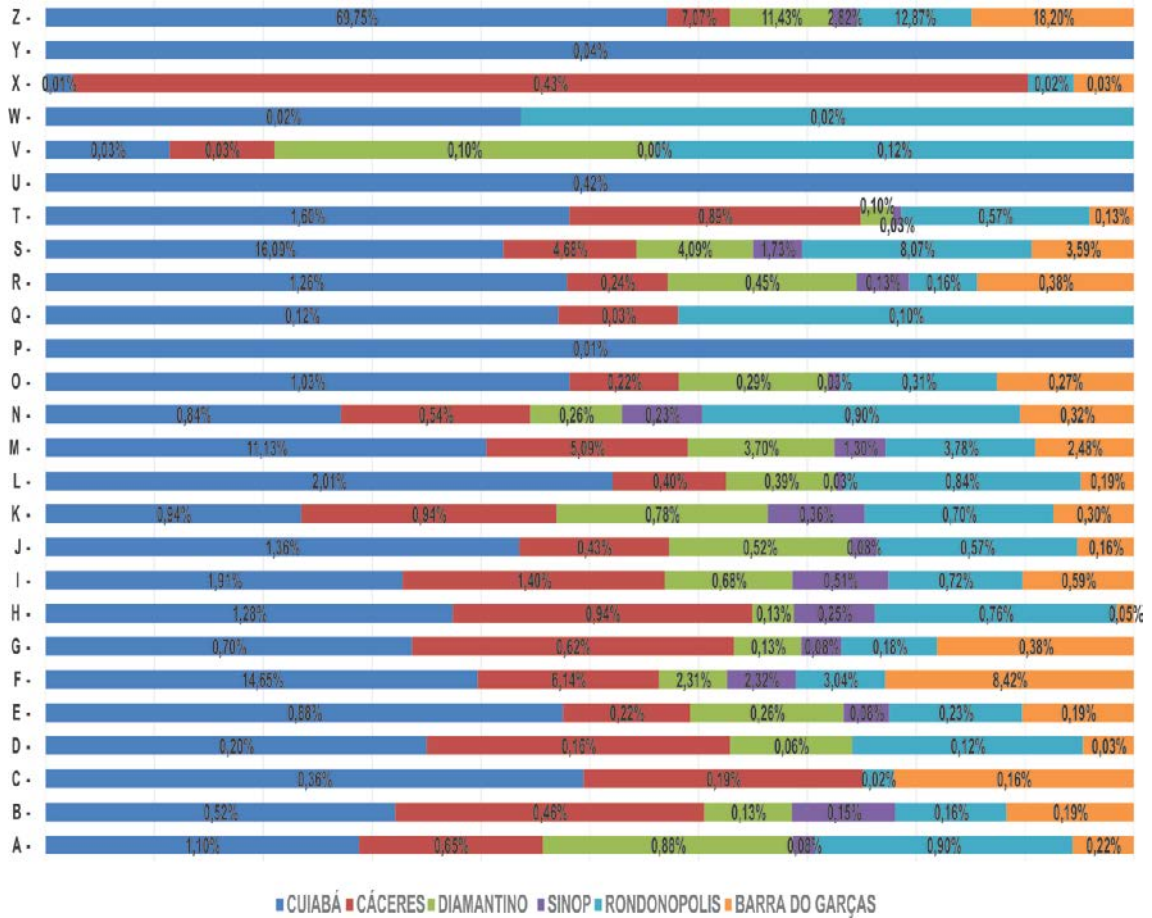
ÓRGÃO DESCONCENTRADO	TOTAL DE CID
PMMT	44.410
CBMMT	1.570
PJC	2.716
POLITEC	452
TOTAL	49.198

Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

A PMMT totaliza 44.410 licenças, tendo em vista que o maior contingente de agentes efetivos se concentra nessa corporação. Por exemplo, em 2014 havia **6.361** PMs; 922 CBM; 2.377 PJC e; 592 agentes da POLITEC. O que significa dizer que os extratos quantitativos de licenças médicas por órgão desconcentrado, ocorre de maneira proporcional ao número de efetivos ativos por cada órgão.

No intuito de propiciar imediata visibilidade das recorrências de CID, por polo, optou-se por apresentar, em cores, as proporções percentuais acerca do acúmulo de licenças para tratamento de saúde dos ASP, mediante os Gráficos 13, 14, 15 e 16 no que respeita aos seis Polos que agregam os quatro órgãos desconcentrados. O acúmulo das CID é proporcional ao número de agentes efetivos por cada polo:

Gráfico 13 - Acúmulo das CID do período de 2008 a 2014 da PMMT proporcional ao total de efetivo dos respectivos Polos



Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

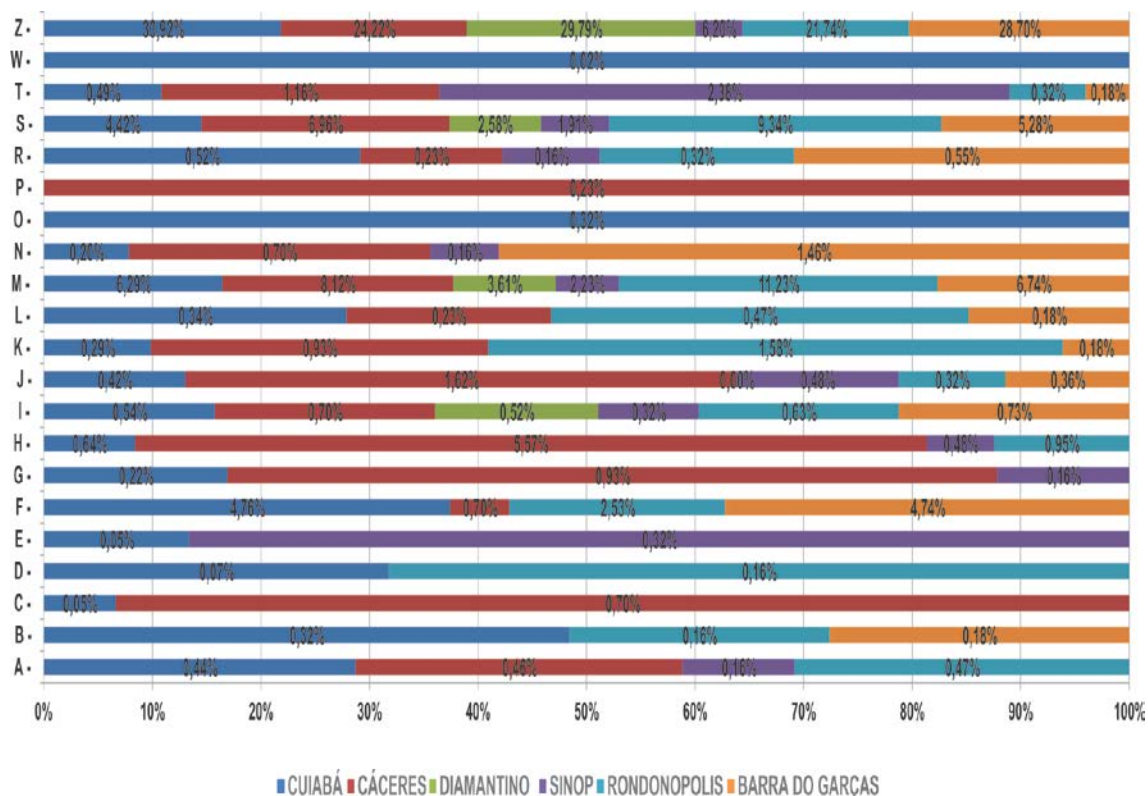
Os dados dispostos, no Gráfico 13, apontam a predominância da cor azul indicando que as licenças médicas emitidas se reportam a todas as CID no Polo de Cuiabá. Nota-se também que este núcleo agrega o maior percentual de licenças médicas justificadas com a CID “Z”. Vale adensar que a metrópole mato-grossense, segundo o Censo 2010, apresenta o total de 551.098 habitantes (IBGE, 2010), sendo a maior em número de habitantes no Estado. De acordo com a Folha Max (2016), em 2015, apenas em Cuiabá a polícia atendeu a 8.282 mil roubos. Em Várzea Grande foram registrados 3.716 mil roubos. Juntas, as duas regiões tiveram quase 12 mil ocorrências de roubo, o que corresponde a um aumento de 32% em comparação a 2014, quando as duas cidades registraram 9 mil roubos. Outro número significativo é sobre os roubos apenas em Cuiabá: se for comparado ao ano de 2014 (pouco mais de cinco mil roubos), os casos tiveram um aumento de 42%, sugerindo que o policial militar enfrente situações adversas no referente à criminalidade e

violências urbanas, o que contribui para o comprometimento da qualidade de uma vida saudável desse ASP. Infere-se que que estes indicadores sejam fortemente influenciáveis para que os agentes contraiam doenças ocasionadas por “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”, integrantes da CID “Z”, com 69,75% no núcleo regional Cuiabá.

Nessa linha de análise, recorre-se às ponderações de Taques (MATO GROSSO, 2015), quando se reporta ao estudo por ele realizado, e tomando o ano de 2012 como parâmetro, ao dizer que Mato Grosso ainda denota alto e crescente índice de homicídios, atingindo 32,1%, e 648,3 de roubos, por cem mil habitantes. Como bem afirma o relatório da SESP (MATO GROSSO, 2014), a taxa de roubo no Estado cresceu de 2012 para 2013. O que significa que em números absolutos, o total de roubos elevou-se de 10.753 em 2008, para 20.631 em 2013.

Os dados referentes ao Corpo de Bombeiros Militar constam do Gráfico 14. O percentual de licenças médicas é equivalente ao contingente absoluto por Polo:

Gráfico 14 – Acúmulo das CID do período de 2008 a 2014 da CBMMT proporcional ao total de efetivo dos respectivos Polos



Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

A despeito do Corpo de Bombeiros Militar, observa-se que, embora pareça haver uniformidade entre os Polos, o núcleo de Diamantino desponta com uma participação de 29,79% também com a *CID "Z"*, englobando as licenças médicas por fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, considerando o quantitativo absoluto de ASP atuante nessa região. Segundo dados disponibilizados no Planejamento Estratégico de Segurança Pública de Mato Grosso (MATO GROSSO, 2013), o Corpo de Bombeiros, se presentifica somente em 16 municípios do estado, deixando descoberta uma população de um milhão e duzentas mil pessoas, cuja proporção é de 43% da população mato-grossense.

Contextualizando o Polo de Diamantino, recorre-se à pesquisa acerca das condições de vida e vitimização no estado de Mato Grosso (2010), resultante do contrato firmado entre a Fundação Euclides da Cunha e a SEJUSP – Secretaria de Segurança Pública do Estado do Mato Grosso, realizada mediante o DataUFF – Núcleo de Pesquisas da Universidade Federal Fluminense, de pesquisa domiciliar junto à população do estado, conforme previsto no Termo de Referência do processo licitatório 059/2010.

Essa pesquisa objetivou realizar um levantamento para avaliação junto à população moradora do estado do Mato Grosso, de suas condições de vida e vitimização. Insere-se aí a avaliação da segurança pública pela população pesquisada a qual foi dividida em 12 regionais, agregando os municípios circunvizinhos a elas. Por exemplo, a regional Centro Oeste Diamantino englobou os municípios de Diamantino, Nova Maringá, São José do Rio Claro e Alto Paraguai. Os dados da pesquisa aludem que, nesta região, predomina a percepção, pela população, de que os municípios não oferecem oportunidades para os moradores. Jovens ao concluírem o ensino fundamental e mais raramente o ensino médio não conseguem se inserir no mercado de trabalho local, dado o seu caráter muito restrito. Na região, existem muitos assentamentos sem assistência governamental e sem políticas de incentivo para produção.

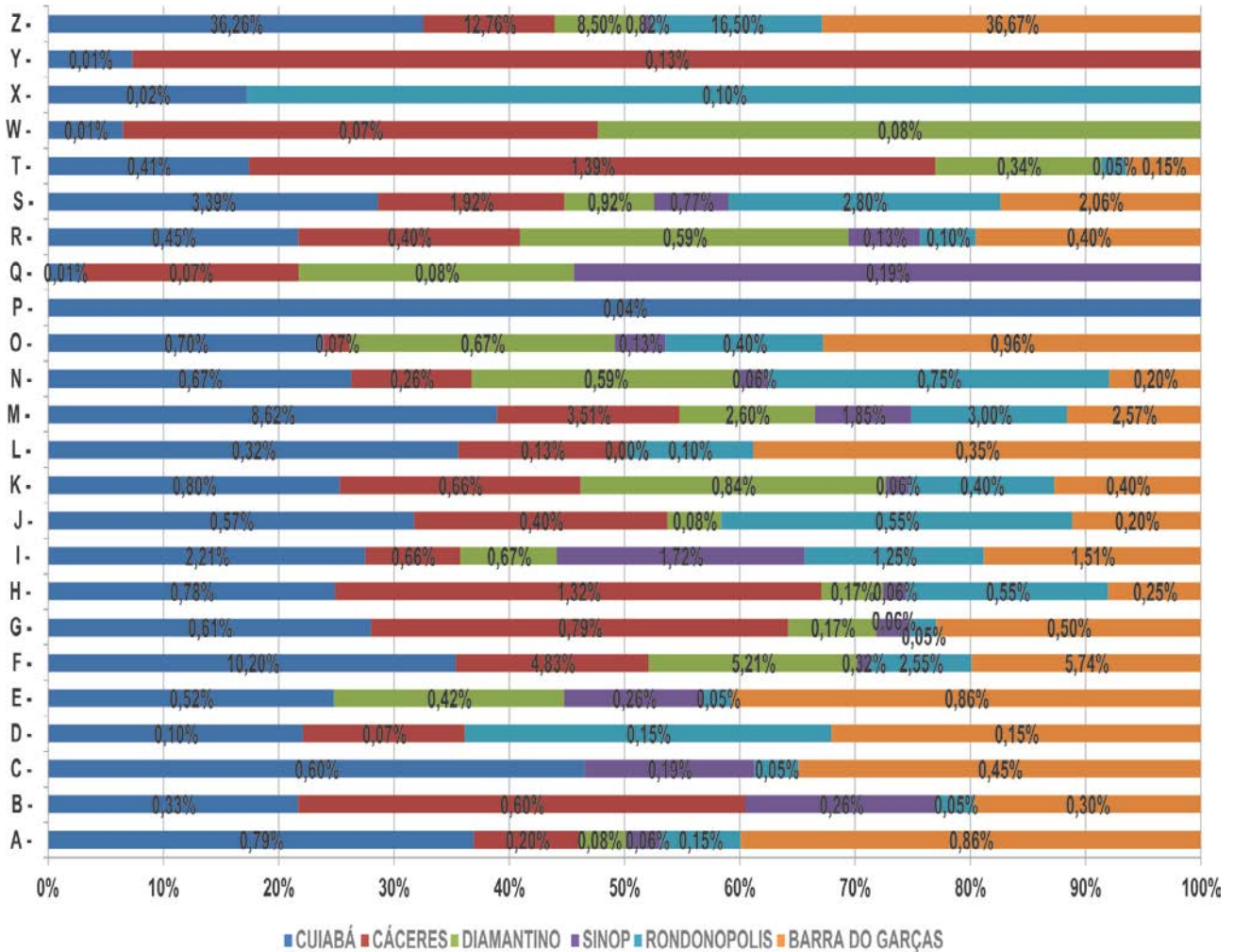
Segundo dados disponibilizados pela supramencionada pesquisa, os assentados se queixaram das condições de vida e de trabalho. Diante da pobreza e

da ausência de oportunidades, o ambiente se torna propício para o tráfico de drogas e os crimes a ele atrelados.

De acordo com tal pesquisa, para a população da regional de Diamantino, componentes sociais estão estreitamente vinculados à prática de crimes, pois – no caso de furtos e roubos – reconhecem o agressor como o desempregado, que se envolve com o consumo ou tráfico de droga, e, no mais das vezes, jovem. Em que pese a prostituição, as jovens são identificadas como filhas de pais sem trabalho e viciados em bebida alcoólica. Nas famílias, as mulheres são as principais vítimas da violência doméstica. A extração de madeira também é vista como um bico, um paliativo, para aqueles que estão desempregados: ‘o madeireiro pega um trator velho e vai lá tirar a madeira’. E as brigas no bar, que podem levar até mesmo a homicídios, nas zonas rural e urbana, podem ser relacionadas também à falta de opção de lazer saudável.

Já no Gráfico 15, concernente à PJC, ainda que se perceba uma uniformidade na expedição de licenças médicas entre os Polos, nota-se maior acentuação de recorrências nos Polos de Cuiabá e, por sequência, no núcleo de Barra do Garças.

Gráfico 15 - Acúmulo das CID do período de 2008 a 2014 da PJC proporcional ao total de efetivo
 Fonte:Elaboração própria do pesquisador.



O Gráfico 15 possibilita visualizar que há um pareamento de licenças médicas com a CID “Z” (Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde), no tocante aos núcleos Cuiabá e Barra do Garças.

De acordo com o Planejamento Estratégico PJC + 10 2013/2022 (MATO GROSSO. PESP, 2013), documento elaborado pela Polícia Judiciária Civil, quanto à distribuição dos profissionais de segurança pública em Cuiabá, a razão é de um policial para cada 140 habitantes, enquanto no interior do Estado, é de um para cada 534.

Importa frisar que, segundo o relatório Plano Estratégico de Segurança Pública (PESP) - PJC + 10 (MATO GROSSO, 2013-2022), a cobertura dos serviços de segurança pública em relação aos municípios só é total para a Polícia Militar. A Polícia

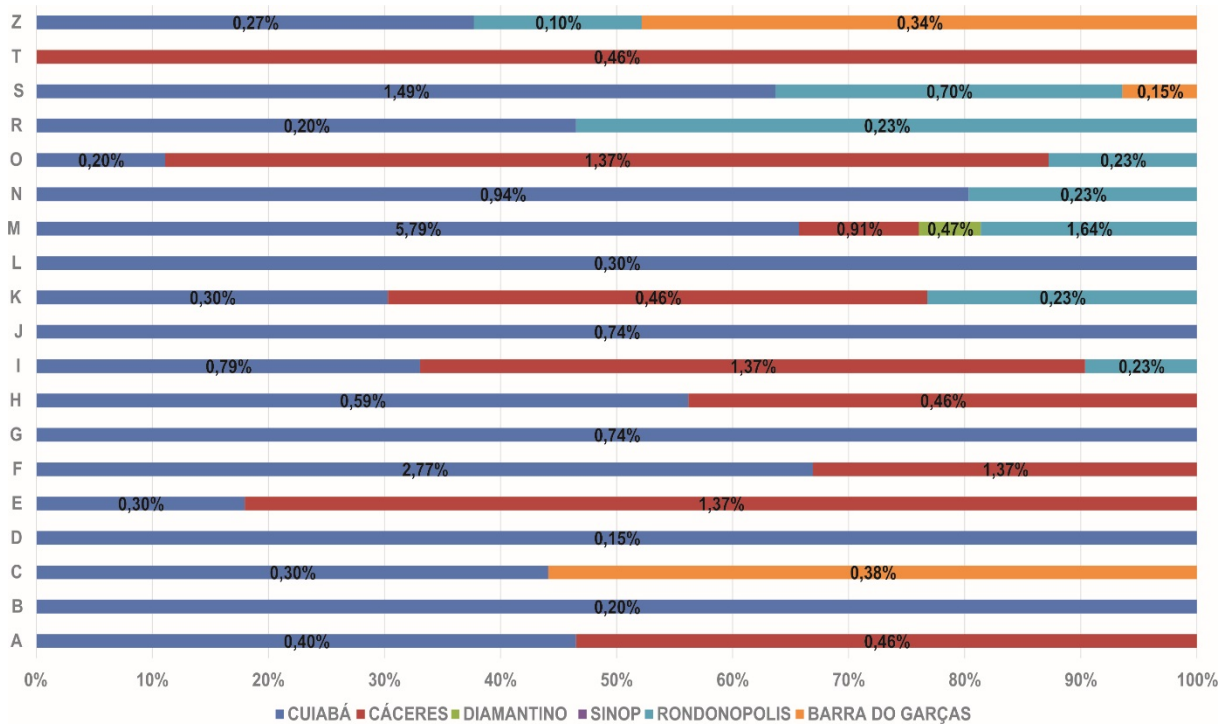
Judiciária Civil não está presente em 24 municípios do Estado, o que representa uma população de mais de cem mil pessoas (3,4% da população do Estado) sem cobertura investigativa local e imediata da PJC.

No que se refere ao núcleo de Barra do Garças, é importante registrar que a região apresenta as restrições típicas de locais interioranos em crescimento, no entanto, com pouca distribuição de renda. O que significa dizer que sua economia não é diversificada, faltam indústrias e comércio fortes. Tem-se o agronegócio que gera renda, mas de maneira bastante centralizada, nas mãos de alguns empresários. Com isto, as oportunidades de trabalho (restritas praticamente às existências de um ou dois frigoríficos e do Estado) e de crescimento são muito limitadas para grande parte da população (MATO GROSSO. PESP, 2013).

Segundo o relatório do PESP (MATO GROSSO, 2013), entre os crimes que mais preocupam a região estão furtos e roubos, praticados por menores que abordam pedestres, comerciantes e adentram em residências com frequência armados com revólver ou faca, em busca de dinheiro para sustentar o consumo da droga. Há um aspecto a merecer destaque. Em Água Boa, as situações de criminalidade na cidade e no campo se entrecruzam quando o fruto de assaltos praticados no centro é levado para a periferia para que seja ocultado do poder público. Desse modo, rouba-se na cidade e o produto é transportado para o espaço rural a fim de escondê-lo da polícia, que sente dificuldades de controlar os territórios mais distantes em decorrência de suas restrições estruturais.

No Gráfico 16, percebe-se uma maior concentração de licenças no Polo de Cuiabá. Do conjunto das CID de “A” a “Z”, observa-se a ausência de sete delas, como por exemplo: a “P”; a “Q”; a “U”; a “Q”, entre outras:

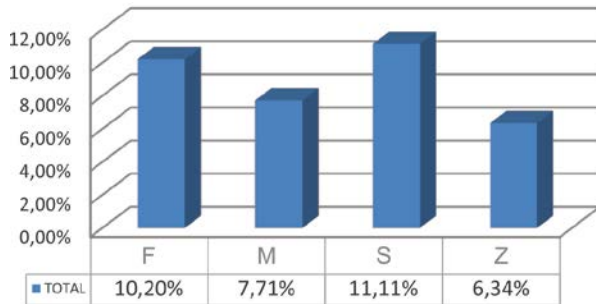
Gráfico 16: Acúmulo das CID do período de 2008 a 2014 da POLITEC proporcional ao total de efetivo dos respectivos Polos



Olhando para o Gráfico 16, nota-se uma pulverização de licenças médicas em todos os Polos, todavia em pequenas proporções. Mas o núcleo Cuiabá desponta agregando a maior quantidade de CID. Outro ponto a chamar a atenção, é a liderança desse Polo com incidência de 5,79% na CID10, Capítulo XIII, “M” - “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo”. O que permite pensar que, nesse Polo, se concentram as maiores demandas de atividades. O que por sua vez acaba por sobrecarregar o quantitativo de ASP efetivo que se ali concentra. Em alguns dos Polos, o espaço e a infraestrutura não são adequados aos atendimentos. Cita-se como exemplo, o serviço de Necropsia da cidade de Diamantino-MT, situado em um espaço na entrada do cemitério municipal da cidade.

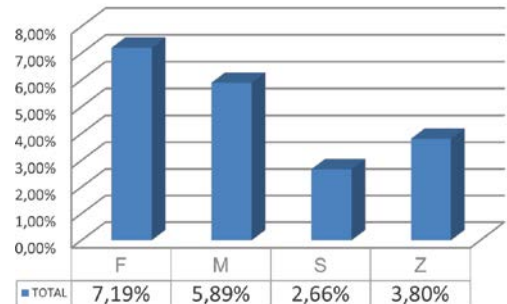
A despeito das licenças médicas, expedidas aos ASP, com as CID mais reincidentes, apresenta-se nos Gráficos 17, 18, 19 e 20, as primeiras quatro com maiores frequências dentro de cada órgão desconcentrado, respeitantes ao acúmulo de 2008 a 2014, totalizando os seis Polos pesquisados:

Gráfico 18: Acúmulo das quatro principais CID do período de 2008 a 2014, referente aos seis Polo da PMMT



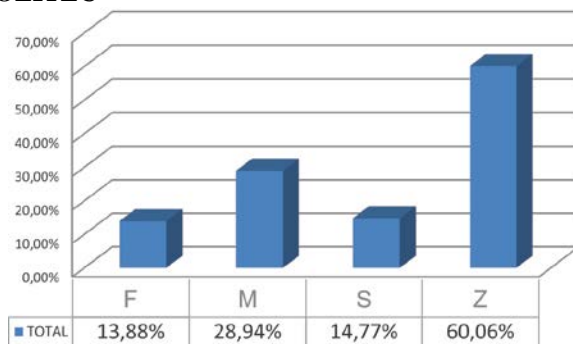
Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

Gráfico 17: Acúmulo das quatro principais CIDs do período de 2008 a 2014, referente aos seis Polos do CBMMT



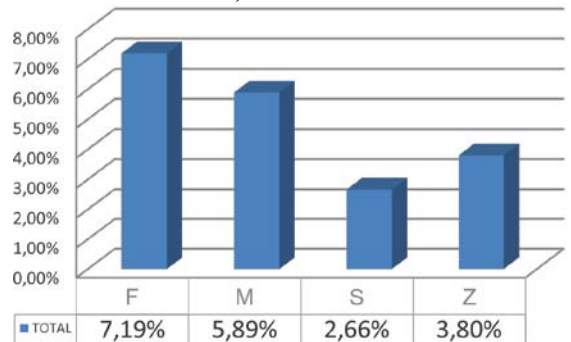
Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

Gráfico 19: Acúmulo das quatro principais CIDs do período de 2008 a 2014, referente aos seis Polos da POLITEC



Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

Gráfico 20: Acúmulo das quatro principais CID do período de 2008 a 2014, referente aos seis Polos da PJC



Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

Nos quatro órgãos desconcentrados, percebe-se uma uniformidade quanto ao comparecimento da CID “F”: *Transtornos mentais e comportamentais*; “M”: *Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo*; “S”: *Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas*; e “Z”: *Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde*. Mas, se relacionadas aos outros três órgãos desconcentrados, o que imediatamente salta aos olhos é a acentuada concentração das proporções percentuais dessas CID na POLITEC, quais sejam: “F”: 13,88%; “M”: 28,94%; “S”: 14,77%; e “Z”: 60,06%.

Conforme se visualiza no Gráfico 20, na POLITEC, as CID mais destacadas em primeiro e segundo lugares do *ranking* são aquelas relacionadas a doenças resultantes de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (CID Z), seguida pelas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID M).

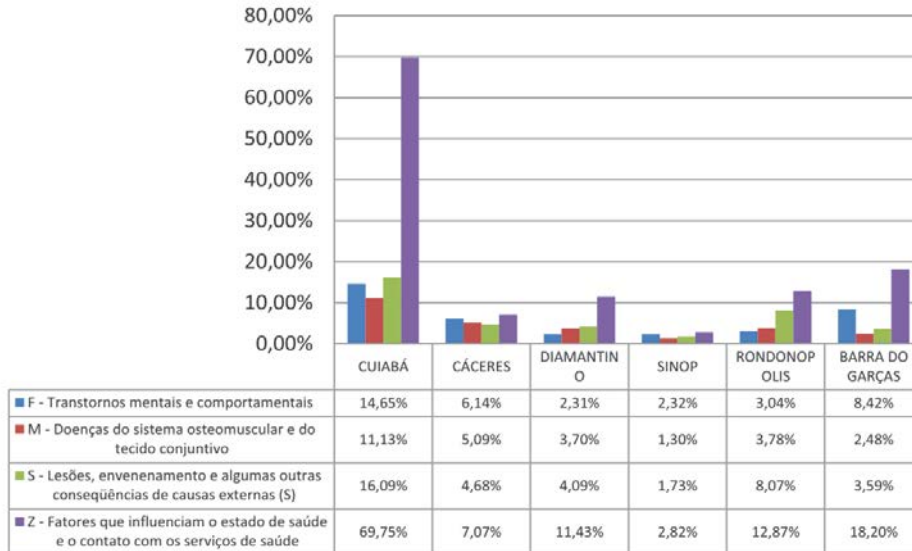
O terceiro lugar, em aparição, destina-se às doenças por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (CID S); sendo que o quarto lugar se presentifica, trazendo à tona, as doenças configuradas pelos transtornos mentais e comportamentais (CID F).

Importa destacar que a alta evocação das quatro CID nos atestados de licenças médicas, possibilita conjecturar que a POLITEC, por abrigar um total de ASP bastante reduzido, em relação às outras três corporações pesquisadas, a demanda de trabalho dos agentes seja muito mais intensificada em relação a elas, o que sugere que estes ASP estejam mais propensos à contração de doenças ocupacionais. De acordo com os indicadores fornecidos pelo Plano Estratégico de Segurança Pública (MATO GROSSO.PESP, 2013), a POLITEC-MT cobre 88,3% dos 141 municípios mato-grossenses, não disponibilizando serviços em 46 deles. Se retomar-se o Gráfico 12, reportado em passo anterior (p. 152), tomando-se como referência o ano de 2014, nota-se que tal corporação integrava, naquele ano, um contingente ativo de apenas 592 ASP. O que pode-se considerar um quantitativo desproporcional para o número total de habitantes de Mato Grosso, que segundo o IBGE, a população do estado, no Censo Demográfico de 2010, totalizou 3.035.122 habitantes, e para 2015 a estimativa era de 3.265.486.

Tomando o relatório do estudo realizado em 2009, pela SESP (MATO GROSSO. SESP, 2010), sobre gerenciamento de stress e qualidade de vida dos ASP, então definiu-se por analisar aqui a CID “F” que ampara as famílias de sintomas tendentes a ocasionar o stress. Esta CID se fez recorrente nos seis Polos ora pesquisados, o que possibilita visualizar as similitudes e diferenças quanto ao período temporal e aos Polos.

O Gráfico 21 mostra os indicadores da CID “F”, mediante as participações

Gráfico 21 – CID “F” detalhada no intervalo de 2008 a 2014, referente aos seis Polos da PMMT



Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

Examinando o Gráfico 21, percebe-se a participação percentual de 3,72% no Polo de Cuiabá, referente ao ano de 2008. Sucessivamente, em 2009, observa-se uma diferença do aumento de mais de 50% de licenças médicas, em relação a 2008, com proporção de 34,25%. Depois, nota-se uma gradativa queda nos indicadores percentuais de atestados, referentes aos anos subsequentes a 2009, sendo 2014 o ano que apresentou menor indicador (8,49%) no núcleo de Cuiabá. Outro ponto bastante curioso remete ao indicador de 8,10% em 2009, no Polo de Sinop. Enquanto que nos anos de 2013 e 2014 houve uma queda brusca de atestados chegando a 0% nesse mesmo Polo.

Como os transtornos mentais e comportamentais foram altamente recorrentes em 2009, nos seis Polos da PMMT, vale destacar que, nesse mesmo ano, a SESPMT implementou em Mato Grosso o programa de gerenciamento e controle de stress e qualidade de vida (MATO GROSSO. SESP, 2010), englobando os quatro órgãos desconcentrados: CBM, PJC, POLITEC e PM.

Tal programa e pesquisa serão utilizados para correlacionar com os dados coletados na Perícia Médica do Estado de Mato Grosso e na Secretaria de Gestão de Estado (SEGES) dos quatro órgãos desconcentrados, objetos de investigação da pesquisa atual a qual enseja esta tese.

Sobre a PMMT, foram avaliados 1.017 integrantes da Polícia Militar depois de terem participado de palestras sobre como controlar o stress ocupacional. Foram avaliados quanto ao seu nível de stress e sua qualidade de vida. Avaliaram-se ainda as fontes de stress ocupacional presentes, no momento da avaliação e a intensidade das mesmas, segundo a percepção de cada policial. Os policiais avaliados são oriundos de 33 municípios do estado do Mato Grosso. Daí a importância de se entrecruzar tais dados com os da pesquisa atual acerca da governança pública e serviços de saúde ofertado aos agentes de segurança pública do Estado.

O “Relatório gerencial sobre níveis de stress, qualidade de vida e estressores ocupacionais de policiais” (MATO GROSSO. SESP, 2010) se reporta a quatro “fases do stress”. Neste aspecto, é importante defini-las, conforme são mencionadas no documento, quais sejam: “alerta”, “resistência”, “quase exaustão” e “exaustão” (p. 12) que necessitam de explicação. O stress se desenvolve no corpo e na mente nas quatro fases como descrito na subseqüência.

Alerta: Esta é a fase inicial na qual a pessoa tem muita adrenalina circulando em seu organismo, o que lhe dá vigor, ânimo, energia e motivação, acompanhados de tensão muscular, insônia e a sensação de estar em vigilância.

Resistência: Esta fase do stress aparece quando o organismo está sofrendo um desgaste excessivo e está utilizando as reservas de energia adaptativa que acumulou através dos anos.

Quase exaustão: Se a reserva se extingue várias doenças podem ocorrer dependendo da vulnerabilidade do indivíduo, como úlceras ou gastrite, problemas dermatológicos, hipertensão arterial etc. No processo de utilização da reserva de energia, a pessoa fica mais suscetível a gripes, retração de gengivas, dores de cabeça e de estômago, bem como tensão muscular. Além disto, nesta fase é comum que a produtividade sofra alguma queda e que o desânimo e apatia ocorram.

Exaustão: É caracterizada por doenças mais graves, queda quase que total de produtividade, depressão, angústia desânimo e incapacidade para trabalhar adequadamente. Trata-se de uma fase que exige cuidados de especialistas na área do stress, sem o qual a recuperação pode levar meses e até anos. (MATO GROSSO. SESP, 2010, p. 12).

Os achados da mencionada pesquisa revelaram que do universo de 1.017 agentes pesquisados 50% deles apresentam sintomas de stress. Deste percentual se tem que: 1,28% estão na “fase de alerta”, 38,88% na “fase de resistência”, 6,50% na fase de “quase exaustão” e 3,54% estão na “fase de exaustão” (MATO GROSSO. SESP, 2010). O que vem reiterar os dados empíricos da presente pesquisa, no referente aos seis Polos da PMMT, quanto ao período de 2008 a 2014.

Outro ponto em destaque é que, olhando para o Gráfico 21, observa-se que, a partir do ano de 2010 até ao ano de 2014, houve redução nas proporções percentuais dos atestados médicos expedidos aos ASP. Então, indaga-se: tal redução de atestados está relacionada à implementação do programa de gerenciamento e controle de stress e qualidade de vida dos ASP, desenvolvido pela SESP em 2009? O mais intrigante é que, nos seis Polos da PM, tanto em Cuiabá quanto em Cáceres, Sinop, Rondonópolis e Barra do Garças foi ocorrendo anualmente até 2014, significativa queda de expedição de atestados, com exceção de Cáceres que, em 2010, obteve 12,17%. Já em 2011, nesse mesmo Polo, houve redução de mais de 50% se comparado ao ano anterior. Pergunta-se: o que pode ter contribuído para a gradativa redução dos atestados médicos? Isto é reflexo da participação dos ASP no programa de stress e qualidade de vida? Tal programa foi desenvolvido em 2009, cujo relatório foi publicado em 2010 e, daí, emerge outra indagação: houve continuidade desse programa nos anos subsequentes?

Na busca de respostas a esses questionamentos, procurou-se eco na narrativa do gestor público, entrevistado, quando lhe foi solicitado a falar sobre as ações de governança desenvolvidas desde 2008 até os dias atuais, que contribuíram para as melhorias dos serviços de saúde ofertados aos agente de segurança pública. Importa mencionar que para diferenciar das citações diretas, os trechos das falas da entrevistada serão apresentados com recuo e em formato itálico:

É assim, temos as ações que são construídas em cima dos indicadores das pesquisas que desenvolvemos por meio da Gerência de Qualidade de Vida da SESP. Por exemplo, gerenciamento de stress; condições ambientais de trabalho das quatro forças no Estado inteiro. Então, com isto, nós temos resultados das funções que são insalubres, como periculosidade. Temos tudo mapeado, mas aí, é claro que o estado até então não reconhecia. Mas a partir de agora, com essa nova política do atual gestor, ele começa a estudar. Isto é, nós temos um laudo do problema de risco ambiental, o que poderia causar acidente. Mais um trabalho feito na gerência a partir desses laudos então agora, organizar as ações. (Entrevista, 2015).

Corroborando essas afirmações, cabe mencionar que, em 2015, o governo de Mato Grosso, por meio da Secretaria de Estado de Gestão, implanta o “Manual de Saúde e Segurança no Trabalho para os Servidores da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Estado de Mato Grosso”. O documento propõe adotar estratégias e práticas administrativas visando o monitoramento e intervenções pertinentes para que haja continuamente condições salubres de trabalho com o intuito de reduzir ou eliminar o impacto dos riscos sobre a saúde; melhorar as condições de saúde e segurança no trabalho; reduzir o absenteísmo; prevenir acidentes em serviço, doenças profissionais e do trabalho, adquirir e fornecer equipamentos de proteção individual e coletiva, de acordo com os riscos ocupacionais a que estão expostos, capacitando-os para o manejo e uso desses equipamentos. Esta proposta de diretrizes de ações passará por avaliação a cada biênio (MATO GROSSO, 2015).

Analisando esses dados, emerge outra situação intrigante, pois ao verificar a ficha técnica do Manual de Saúde e Segurança do Trabalho (MATO GROSSO, 2015), nota-se que, em sua elaboração, não houve participação dos ASP, o que se vê como necessário em razão das especificidades das atividades que eles exercem. No entanto, os ASP se ausentaram de uma discussão da qual eles próprios são os interessados. E, assim, indaga-se, se houve representante, este apresenta competência técnica para contribuir nas discussões requeridas? Pois, trata-se de pauta que contempla toda a categoria de servidores na qual estão inseridos.

Mesmo valendo-se da compreensão de que não existe um conceito único de governança (SECCHI, 2009; KOOIMAN; VAN VLIET, 1993), vê-se como pertinente destacar as ponderações de Matos e Dias (2013) quando propõem que governança se reporta a um novo modo de administrar com o propósito de estreitar novas relações de cooperação entre a sociedade civil e o Estado, de tal sorte que a fronteira entre esses dois campos seja desfeita. De acordo com os autores, na governança há diversos pontos convergentes, mas que não se consegue identificar onde começa um e termina o outro. Não obstante, ainda que as avaliações concordem que as estruturas de governança ampliem o espaço democrático, há algumas questões que devem ser consideradas, com indagações a esse novo modo de governar, como por exemplo, a atribuição de responsabilidade.

Transportando a questão para a situação prática, é preciso destacar que, aos próprios ASP deve ser compartilhada a responsabilidade de debaterem junto com a sua própria categoria e com o governo e a sociedade, questões de seus interesses coletivos. Para Kissler e Heidemann (2006), a governança pública pode ser concebida como um modelo horizontal de relações entre atores das esferas públicas e privada no processo de elaboração de políticas públicas.

Ao ser solicitado a falar sobre a estrutura dos serviços ofertado ao agente de segurança pública no estado de Mato Grosso, o sujeito colaborador assim se posicionou:

Nós temos dentro da Coordenação de Gestão de Pessoas da SESP, a Gerência de Qualidade de Vida que desenvolve as ações de Saúde do Trabalhador. Sei que o Estado vem tentando implantar uma nova política desde 2013, e isto podemos ver agora com essas ações principais. Está sendo implantado hoje um Comitê Central de Saúde do Trabalhador com sede na Secretaria de Gestão. Na verdade, eles estão tentando é profissionalizar os serviços na área de saúde e segurança do trabalho ocupacional. Já a Segurança Pública tem dentro da SESP essa gerência que cuida das ações da Polícia Civil e POLITEC no que se refere à saúde e segurança no trabalho e, na Polícia Militar tem um ambulatório médico administrado pela Diretoria de Saúde essa é a estrutura que a SESP tem. (Entrevista, 2015).

Dando prosseguimento à análise dos indicadores revelados segundo o “Relatório gerencial sobre níveis de stress, qualidade de vida e estressores ocupacionais de policiais” (MATO GROSSO. SESP, 2010), visualiza-se na Tabela 13 as proporções percentuais quanto às fases de stress avaliadas na pesquisa em 2009:

Tabela 13–Participação em percentuais de ASP da PMMT com e sem stress

Policiais Militares	Sem Stress	Alerta	Resistência	Quase exaustão	Exaustão	Total
	49,80%	1,28%	38,88%	6,50%	3,54%	100%

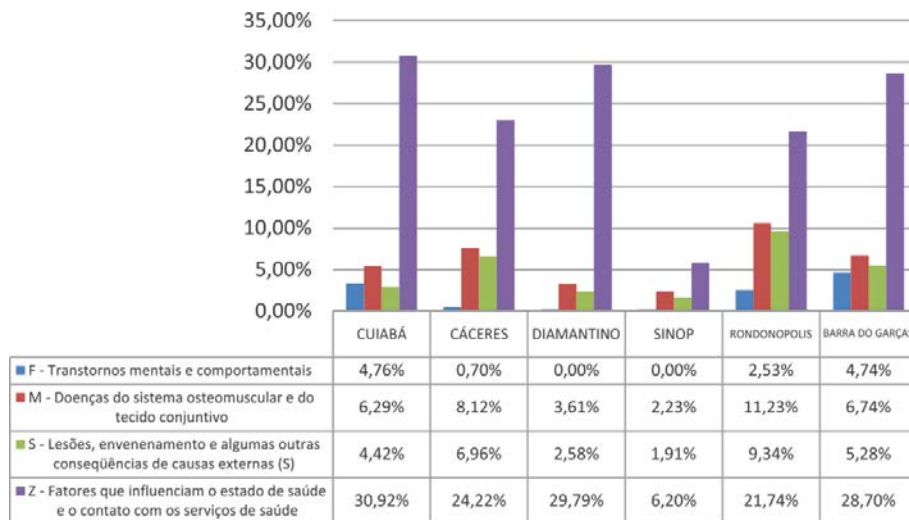
Fonte:Relatório gerencial sobre níveis de stress, qualidade de vida e estressores ocupacionais de policiais (MATO GROSSO. SESP, 2010).

Segundo o mencionado Relatório (MATO GROSSO. SESP, 2010, p. 14), os dados da Tabela 13 são preocupantes se se considerar que os indicadores estão além da média brasileira em proporções percentuais de pessoas com stress, que

é de 35% em âmbito geral. Esses resultados sinalizam que há uma necessidade latente de que medidas para combater o stress, como as que estão sendo implementadas“no momento como parte das atividades do Núcleo de Estudo, Prevenção e Gerenciamento do stress da Sejusp/MT, sejam continuadas e expandidas para oferecer a esta população alívio do stress excessivo que está encontrando no seu ambiente de trabalho.” A pesquisa atual revela que nos dias de hoje(Gráfico 21), a situação referente à saúde dos ASP não é tão diferente da pesquisa realizada em 2009.

No que tange aos indicadores da CID “F” respeitantes ao CBMMT, os resultados das participações percentuais, por ano, são apresentados no Gráfico 22:

Gráfico 22 – CID “F” “Transtornos mentais e comportamentais”, detalhada no intervalo de 2008 a 2014, referente ao Polo do CBMMT



Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

O Gráfico 22 aponta que os Polos Cuiabá e Barra do Garças, no período do estudo, expressam as maiores participações em expedição de atestados aos ASP do CBMMT, com a CID “F”, carregando oscilação entre os anos investigados, ora para mais, ora para menos. Rondonópolis e Cáceres apresentam ínfimas participações. Já Diamantino e Sinop obtiveram índice zero quanto à expedição de atestados tendentes a sintomas de stress.

De volta aos dados do “Relatório gerencial sobre níveis de stress, qualidade de vida e estressores ocupacionais de policiais” (MATO GROSSO. SESP, 2010), quanto ao CBMMT, em 2009 foram pesquisados 108 integrantes, entre praças e oficiais, desse órgão desconcentrado, lotados em nove regiões do estado de Mato Grosso: Barra do Garças, Cáceres, Cuiabá, Pontes e Lacerda, Primavera do Leste, Rondonópolis, Sinop, Tangará da Serra e Várzea Grande. Os participantes foram avaliados quanto ao seu nível de stress e sua qualidade de vida. Avaliaram-se também as fontes de stress ocupacional presentes, no momento da avaliação e a intensidade delas, segundo a percepção de cada bombeiro.

Sobre a metodologia de coleta de dados, assevera o supramencionado Relatório que, a avaliação dos bombeiros militares que compareceram às palestras respeitantes ao controle de stress, foi realizada imediatamente após o término. Dessa maneira, os bombeiros foram comunicados que receberiam um relatório escrito sobre os resultados dos testes aplicados e teriam recomendações, também por escrito, sobre como controlar o stress ocupacional e melhorar a sua qualidade de vida. Tal devolutiva foi realizada por membros do Centro Psicológico de Controle do Stress em entrevistas individuais para as quais os bombeiros foram convidados a comparecer (MATO GROSSO. SESP, 2010).

Os resultados apontaram que em 2009, os ASP que se encontravam em cada fase do processo do stress são: menos de 1% deles estão na fase de alerta, 35,19% estão em fase de resistência, 1,85% na fase de quase exaustão e 3,54% estão na fase de exaustão. Segundo o IBGE, a população de Mato Grosso em 2015 estava estimada em 3.265.486 habitantes. Já no ano de 2014 o quantitativo total de efetivo existente no Corpo de Bombeiros foi de 922 militares, apresentando aproximadamente 3.541 habitantes para cada bombeiro.

Tomando a devolutiva dos resultados dos testes e as recomendações sobre o controle do stress ocupacional feita aos bombeiros pela equipe de aplicação da pesquisa (MATO GROSSO. SESP, 2010), é pertinente que se retome os dados expressos no Gráfico 22, no que se refere ao Polo de Barra do Garças o qual obteve participação percentual de 10,67% em atestados com CID “F” em 2009 e, já no ano seguinte, em 2010 ocorreu a redução de 2,74%e, chegando a zero por cento em 2011. Não é improvável que estes dados possam ser reflexo da devolutiva dos testes

aplicados e das recomendações feitas aos bombeiros sobre como controlar o stress ocupacional e melhorar a qualidade de vida desses agentes de segurança pública.

Ainda com o foco em Barra do Garças, nota-se pequena reincidência de 4,60% em 2012, e, com elevado crescimento de 11,63% de atestados com CID “F” em 2013. Então, notoriamente se observa a redução de atestados nos anos de 2010 e 2011, e o crescimento destes nos anos seguintes.

Ao buscar respostas para tão bruscas oscilações de atestados com CID “F” no CBMMT, no interstício temporal de 2008 a 2014, procurou-se compreensão nas ponderações do sujeito colaborador da pesquisa, quando pediu-se a ele para falar sobre as ações já desenvolvidas e apresentadas que tiveram repercussões negativas respeitantes aos programas de saúde da SESP ofertados aos agentes de segurança pública:

Eu não vejo uma repercussão negativa, eu vejo assim, que eles falam muito é a descontinuidade.

Isso é o ponto negativo, vocês que fazem pesquisas vêm aqui e fazem todo esse mapeamento, propõem um acompanhamento de tudo, geral. Mas não há uma sequência, uma rotina, não adianta vocês virem aqui, vocês irem à imprensa e falar que teve a oferta do serviço de saúde aqui uma vez, se não há continuidade dos mesmos. Nós precisamos desse serviço sempre, se as ações são interrompidas ocorre uma descontinuidade. Isto eu entendo como um ponto negativo, mas a gente não tem como fazer, não tem gente o suficiente para trabalhar.(Entrevista, 2015).

Ao indagar ao sujeito colaborador da pesquisa sobre se há ações que refletem negativamente no trabalho dos gestores, as respostas direcionaram para:

Percebo nos gestores [líderes] que uma das maiores fontes de stress, é o relacionamento interpessoal dentro da Instituição. Eles se sentem desvalorizados pela forma que seus superiores dentro da organização os tratam, ou, muitas vezes, nem os tratam vindo a ignorá-los. Então, eu vejo que os superiores apontam o dedo para os líderes dizendo que eles são os errados da história. Eu vejo muito isso, já houve muitos líderes que reclamaram disso. Mas não é assim que deveriam agir, vejo que eles [superiores] poderiam trabalhar no sentido de apoiar a liderança e dizer, até que ponto os líderes estão conseguindo fazer, e até que ponto os líderes estão precisando de ajuda. Os líderes precisam desconstruir isso daqui, para se construir de novo. Vejo com isto uma resistência no início ao qual vai sendo desfeito depois que eles vão entendendo o processo. A gente até oferta treinamento e aponta a aplicabilidade, só que eu não vejo um feedback na monitoração, pois eu não consigo criar um relacionamento para dizer se ele está apto, se está aplicando o que foi trabalhado em seu dia-a-dia.

Precisávamos criar uma forma ou um mecanismo de conseguir ver se o que foi trabalhado está sendo aplicado; se isso ocorre realmente, pois eles vêm e estudam tudo, mais quando saem daqui; precisava-se fazer novas pesquisas para saber se melhorou alguma coisa, precisávamos então ter novas ferramentas. (Entrevista, 2015).

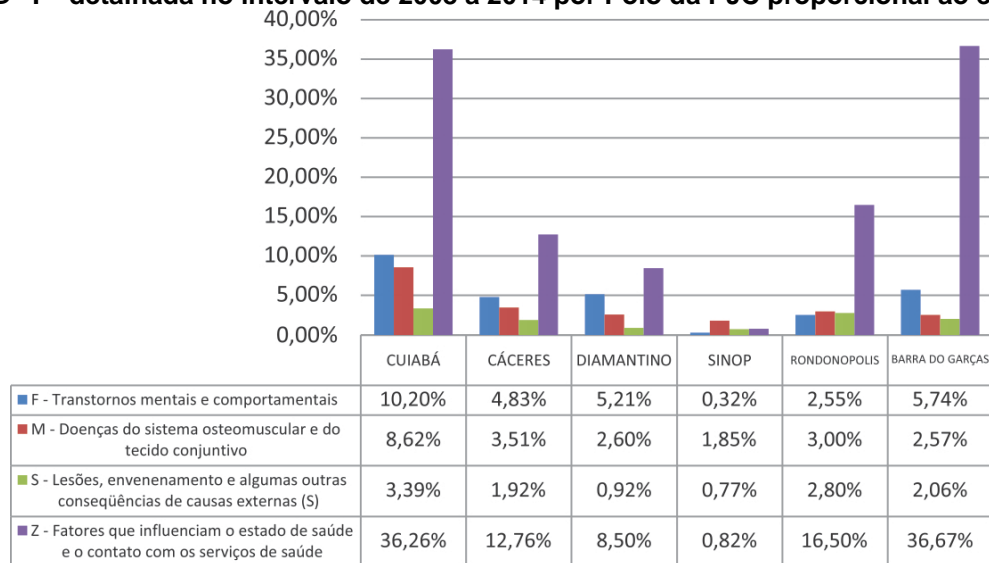
Foi perguntado ao sujeito pesquisado sobre quais as fragilidades que dificultam o trabalho do gestor na área da saúde:

Penso que o gestor não tem um conhecimento mais aprofundado do significado do termo saúde do trabalhador. Ele necessita saber da importância da saúde e segurança do trabalho dos Agentes de Segurança Pública para que este possa atingir melhores resultados, caso contrário, nada de positivo será alcançado. Acho que os gestores têm pouca percepção do que realmente precisa, Não é apenas resolver a aquisição de mais cargos, abrindo novos concursos. Não cuida do Agente de Segurança Pública que já está dentro e adoecendo, por mais que haja trabalho, ainda assim é muito pouco sendo uma coisa realmente estacionária, já que não há nenhuma política de saúde. (Entrevista, 2015).

Quando indagado sobre o significado de saúde, o sujeito colaborador da pesquisa, assim se posicionou: “Não só ausência de doença, mas fundamentalmente um bem estar físico e psicológico em todos os sentidos”.

A propósito do conceito de saúde, Charles Edward Amory Winslow, em 1920, já dizia que “Saúde pública é a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, por meio de esforços organizados do estado para saneamento do meio ambiente [...]” (VECINA NETO, 2014, p. 3).

O próximo segmento destaca as participações percentuais relativas ao Polo da Polícia Judiciária Civil (PJC), cujos indicadores podem apreciados no Gráfico 23:

Gráfico 23 – CID “F” detalhada no intervalo de 2008 a 2014 por Polo da PJC proporcional ao efetivo do Polo

Fonte: Elaboração própria do pesquisador.

Observando-se o Gráfico 23 nota-se que na PJC, no período em estudo, há oscilações percentuais de atestados com CID “F” em todos os Polos, sendo que Cuiabá e Barra do Garças obtiveram acentuadas diferenças no ano de 2009. Lembrando que tais indicadores são proporcionais ao total de CID contabilizadas por total de efetivo de ASP em cada Polo.

Tomando os indicadores da pesquisa de 2009 (MATO GROSSO, SESP, 2010), destaca-se que os dados concernentes à amostra de 454 integrantes da PJCMT, lotados em 39 locais do estado, mostram que as frequências percentuais de ASP que se encontram em cada fase do processo de stress são as seguintes: 2,2% estão na fase de alerta, 40,09% na fase de resistência, 6,39% na fase de quase exaustão e 8,15% estão na fase de exaustão.

Os dados apurados em 2009 acusam que os sintomas tendentes a ocasionar o stress já se presentificavam com bastante intensidade. É o que consta do Relatório (2010):

Analisando no geral o quadro sintomatológico do stress, por fase, verifica-se que a maioria dos que têm stress está na fase de resistência, o que pode significar que estão se esforçando para lidar com fatores ocupacionais que geram muita tensão. Se ações forem tomadas para reduzir as fontes estressoras, dentro de um prazo razoável, o prognóstico é que se consiga reverter este quadro sem maiores danos, porém, se os estressores ocupacionais continuarem presentes, sem que um treinamento em técnicas de manejo do stress (‘coping’) seja realizado, existe a probabilidade de agravamento na sintomatologia do stress, pois o ser humano não consegue

permanecer em uma situação de resistência por tempo excessivo, podendo vir a entrar em quase exaustão ou exaustão. (MATO GROSSO. SESP, 2010, p. 18, grifo do autor).

Mais:

Necessário se torna enfatizar o que significa a fase de exaustão. Este é o estágio mais avançado do stress e é caracterizado por doenças, queda significativa de produtividade, depressão, angústia, desânimo e incapacidade para trabalhar adequadamente. Trata-se de uma fase que exige cuidados de especialistas na área do stress, sem o qual a recuperação pode levar meses e até anos. No caso em pauta, 6,39% e 8,15% dos avaliados se encontram nas duas fases mais graves do stress (quase exaustão e exaustão). (MATO GROSSO. SESP, 2010, p. 18).

De acordo com os dados estampados no Relatório (MATO GROSSO. SESP, 2010, p. 20), em 2009, “[...] os policiais que avaliam sua profissão como muito estressante são justamente aqueles que estão sentindo mais sintomas de stress e estão em fases mais avançadas do processo de adoecimento.”

Correlacionando os dados da pesquisa de 2009 com a investigação atual, importa salientar que ao solicitar a opinião do sujeito pesquisado sobre como o estado pode contribuir para melhorar os serviços de saúde existentes, ofertados aos ASP, eis as reflexões:

[...] Têm que ser desenvolvido aqueles exames periódicos em que o policial venha a passar de 6 em 6 meses por exames de educação física, passar pelo médico, entendeu? Mas por aquele médico que realmente o examine e não simplesmente o olhe de longe. Até para sabermos porque temos servidores afastados por transtornos mentais. O pior de tudo é que não sabemos se é por conta do trabalho, o que necessitamos fazer para diminuir esse índice de afastamento, sabemos sim que houve essa melhora, pois o esforço que fizemos em 2011 e em 2012, percebemos que reduziu o número de afastamentos, mas isso tem que ser mais sistematizado, ou seja, um sistema de saúde que trabalha de maneira efetiva. (Entrevista, 2015).

Sobre os fatores estressantes, presentes no trabalho dos policiais da PJCMT, foram detectadas 63 fontes estressoras subdivididas em 5 categorias, quais sejam:

1. Sofrimento alheio;
2. Aspectos familiares e pessoais;
3. Exercício da rotina policial;
4. Sentimento de desvalorização da profissão;

5. Interação com outros setores. (MATO GROSSO. SESP, 2010).

Outro fator que se fez presente na pesquisa de 2009, narrado pelos ASP, foi a falta de equipamento adequado para desempenhar as funções diárias. A necessidade de ‘tomar decisões urgentes no trabalho’ – atividade que é inerente à função do ato de policiar. Assim, 86% da amostra de respondentes pronunciaram a necessidade de treinamento não só técnico, mas também em controle do stress em situações críticas. Segundo o Relatório (MATO GROSSO. SESP, 2010, p. 22), o stress, em excesso interfere no pensamento lógico e dificulta as tomadas de decisão, que muitas vezes acabam sendo equivocadas. “Sabendo controlar o stress e as emoções em momentos difíceis nos quais as decisões precisam ser tomadas, certamente reduzirá a tensão experimentada e facilitará a tomada de decisões urgentes.”

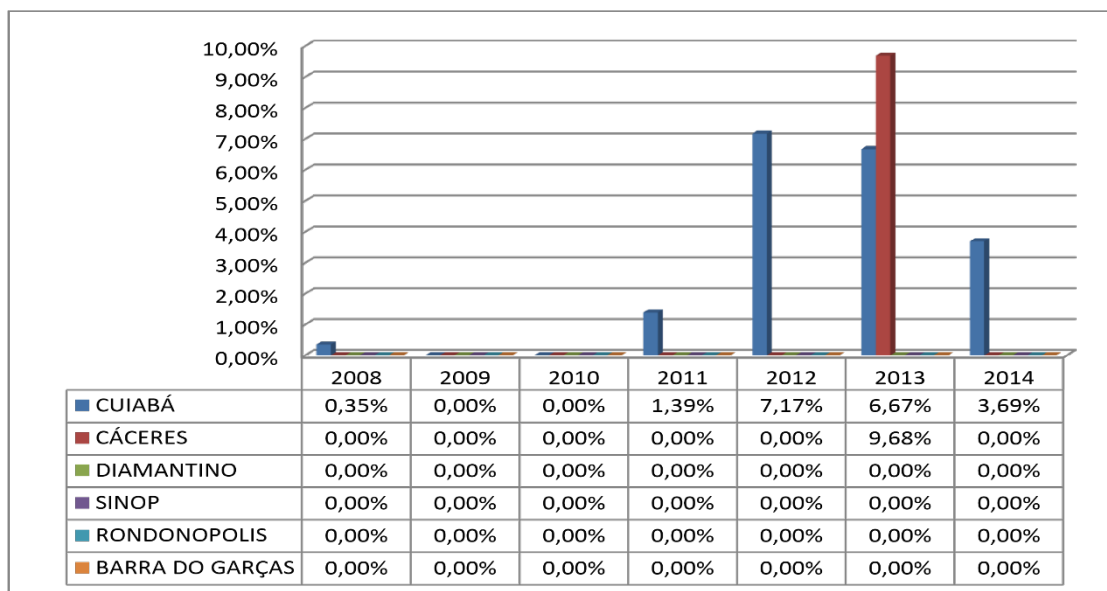
Sobre o controle de stress, os dados da pesquisa atual apontam que a SESP tem investido em ações para combate e enfrentamento de situações que afetam a saúde dos ASP, no exercício de sua profissão. Sobre esse assunto, o sujeito colaborador da pesquisa, ao se pronunciar sobre as ações desenvolvidas desde 2008 até os dias atuais para a melhoria dos serviços de saúde ofertados aos ASP, argumenta:

O primeiro programa que nós implantamos foi o Gerenciamento e Controle de Stress Ocupacional. Esta foi uma pesquisa que até hoje traz bastante resultado. É uma pesquisa em que se faz avaliação do nível de stress do policial, com um teste que foi criado e validado, em que se padronizou para cada órgão desconcentrado, avaliando o que estressa este ASP dentro do trabalho, e como está sua qualidade de vida. Esse foi um programa que começou suas ações de qualidade de vida, voltado para a saúde deste ASP. Não foi só um evento de promoção à saúde, mas sim o despertar para que ele conheça sobre como ele está, como é o atual comportamento dele, o que mudou na vida dele, o que causa o stress. Esse foi um dos primeiros programas que foi desenvolvido nesse sentido, a partir daí começamos a ter indicadores sobre sua saúde ocupacional, o que estressa o policial. Percebemos então que uma das maiores causas do stress policial é a relação interpessoal entre chefias, outro ponto são os equipamentos, a falta de treinamento, a mudança de escala sem aviso, e após estas constatações começamos a traçar outros programas, entre eles foi a academia de líderes. Outro ponto que se viu carente na qualidade de vida dos ASP foi a falta de ter o lugar para promover o condicionamento físico, conquistado posteriormente com aquisição de academias em locais estratégicos da grande Cuiabá para a utilização de todos os ASP.(Entrevista, 2015).

Entrelaçando algumas das situações-problema tanto pronunciadas no Relatório da SESP (MATO GROSSO, SESP, 2010) quanto nos achados oriundos do levantamento documental, assim como nos relatos da gestora, participante e colaboradora da pesquisa atual, observa-se que a discussão acerca dos policiais da PJC converge para questões a englobar dimensões como planejamento, direcionamento, monitoramento ou acompanhamento, discussão e avaliação das ações e programas de serviços de saúde ofertado aos ASP, bem como das políticas públicas que salvaguardam tais ações, incluindo *accountability*. O que por sua vez remete a aspectos relativos à gestão e liderança nas organizações que se interpõem dentro da governança pública. Esta compreendida como a “[...] a capacidade que os governos têm de avaliar, direcionar e monitorar a gestão das políticas e serviços públicos para atender de forma efetiva as necessidades e demandas da população” (NARDES; ALTOUNIAN; VIEIRA, 2014, p. 157).

Levando-se em conta tais apontamentos, na sequência, apresenta-se o Gráfico 24 cujos dados se reportam aos indicadores do Polo POLITEC no que concerne as aparições da CID “F”.

Gráfico 24 – CID “F” detalhada no intervalo de 2008 a 2014 por Polo da POLITEC proporcional ao efetivo do Polo em cada ano



Fonte: Elaboração própria do pesquisador

No Gráfico 24, percebe-se a maior concentração da CID “F” no Polo de Cuiabá, com 0,35% em 2008, atingindo ápice de 7,17%, em 2012. Outra ocorrência se deu no Polo de Cáceres o qual obteve um percentual de 9,68%, em 2013.

Nos demais Polos observa-se que não houve ocorrência de atestados com CID “F”. O que permite pensar que isso seja reflexo de o contingente de efetivo de ASP da POLITEC, em razão da estrutura tecnológica e do maior número de habitantes, se concentrar, em sua maioria, na capital do Estado.

Fazendo uma correlação desses dados com a pesquisa de 2009 (MATO GROSSO. SESP, 2010), importa frisar que naquele ano foram avaliados 115 integrantes da Perícia Oficial e Identificação Técnica de cinco locais do estado do Mato Grosso, entre peritos e não peritos.

Considerando as distintas fases do processo de stress, situadas em passo anterior (p. 166-167), segundo o supramencionado Relatório, do universo pesquisado, os percentuais de servidores que se encontravam em cada uma das referidas fases acusam que: 1,47% estão na fase de alerta, 41,18% se encontram na fase de resistência, 13,24% estão na fase de quase exaustão e 5,88% na fase de exaustão.

Isso significa dizer que os sintomas detectados em um número significativo de profissionais da POLITEC e a incidência de stress verificada têm implicações para o nível atual e futuro da atuação da organização. Tais indicadores apontam para um quantitativo elevado de servidores que se encontram na fase de resistência, aquela segundo a qual a pessoa ainda produz, no entanto com dificuldades. Importa dizer que a maioria desses agentes entrevistados, 41,18%, necessita dispensar um esforço acima da média para lidar com fatores estressantes presentes em suas vidas. Consta do Relatório da SESP (MATO GROSSO, 2010) que alguns deles já ultrapassaram seu limite, como referendado pelos 13,24% e 5,88% que já se encontram nas fase avançadas e perigosas do stress. São pessoas que não conseguiram lidar com tanta tensão e evoluíram para as fases de quase-exaustão e exaustão, respectivamente. “É previsível que se o nível de stress não for reduzido que ocorra um decréscimo na produtividade, aumento no índice de acidentes e erros, uma vez que o stress excessivo reduz substancialmente o poder de produzir, de criar e decidir do ser humano.” (MATO GROSSO. SESP, 2010, p. 17).

Nessa linha de análise, é importante notar que tanto na pesquisa de 2009 quanto na pesquisa atual (2016), observa-se uma realidade bem complexa naquilo que impacta a saúde dos ASP, mediante os riscos oriundos da profissão. Daí a importância da discussão que traz à tona os serviços de saúde ofertados a eles.

Ao tratar desses serviços é relevante compreender aquilo que o sujeito colaborador da pesquisa pensa sobre a prestação dos mesmos. Ao indagá-lo sobre como deveria ser a contratação do médico que presta serviços de saúde ao ASP, ele assim refletiu:

Penso que o médico tem que ser credenciamento. Não adianta fazer concurso para médico, pois eu já presenciei e sei que ele não consegue cumprir a carga horária dele. Acho que poderia, com isto, criar sim uma rede para que os servidores pudessem ser atendidos de maneira regionalizada. O Estado gasta muito com o salário do médico que é realmente alto, podendo então contratar de maneira análoga ao que é feito em planos de saúde privado, onde ele recebe pelo que produz em atendimento.(Entrevista, 2015).

Quanto às inovações necessárias para a melhoria dos serviços de saúde ofertados aos ASP, como ação de governança, eis as ponderações do sujeito colaborador:

Vejo como melhor solução se fosse criada uma superintendência integrada entre os quatro órgãos desconcentrados [PM, CBM, PJC, POLITEC] e esta superintendência sair da gestão de pessoas da SESP e ficar ligada diretamente ao secretário da pasta. Esta seria uma das mudanças organizacionais. Pois, de modo descentralizado, é difícil implantar qualquer ação ou programa conjuntamente. Com a integração iria institucionalizando, buscando outras coisas necessárias à melhoria do atendimento à saúde do trabalhador.(Entrevista, 2015).

Penso que poderia existir uma comunicação única entre os órgãos desconcentrados; estabelecer as mesmas metas para os profissionais de saúde que estão na Polícia Militar, os profissionais de saúde que estão na Polícia Civil e os profissionais de saúde que estão no Núcleo de Gerenciamento Estratégico da SESP e, com isto, juntar todos em uma única ação, para não continuar do jeito solto que se encontra hoje.(Entrevista, 2015).

Percebo uma fragmentação no serviço de saúde. Dentro da equipe estratégica do secretário da SESP, penso que falta uma pessoa com conhecimento técnico na área de gestão de serviços de saúde; é por causa disto que nunca irá mudar. Eu estive em reuniões onde pude observar que eles colocam pessoas sem especialidade para liderar processos que desconhecem, como, por exemplo, o produto de serviço de saúde em questão por hora discutido. Esses profissionais que irão trabalhar nesta atividade necessitam ter competência técnica específica. A exemplo, podemos citar um fato ocorrido no lançamento do manual de saúde do

trabalhador, ao qual trouxemos do Distrito Federal uma médica que faz parte da medicina do trabalho nacional. Ela foi muito clara ao pontuar que médicos não sabem fazer gestão, ela falou isso. Ela deixou claro que isto o administrador e o psicólogo tiram de letra. Agora, definitivamente, médico, se não tem especialidade em gestão, não sabe fazer gestão, e é aí que está o problema.(Entrevista, 2015).

Sobre as ações voltadas ao atendimento de saúde dos ASP desenvolvidas no interior do estado, o sujeito gestor e colaborador ponderou:

Durante uma semana de cada mês planejamos e desenvolvemos ações dentro da Gestão de Pessoas da SESP voltadas para o interior do estado de MT. Se, por ventura, vier a ocorrer algo, nós da SESP atuamos imediatamente. A exemplo temos um fato ocorrido recentemente, em que um soldado bombeiro tentou suicídio.As psicólogas se deslocaram para lá e ali ficaram durante uma semana, fazendo acompanhamento. Mas geralmente a gente destina uma semana por mês. (Entrevista, 2015).

Os conteúdos coletados no campo investigativo, englobando os quatro órgãos desconcentrados: PMMT, CBMMT, PJC e POLITEC, segundo as análises construídas, indicam que o atual cenário da Segurança Pública em Mato Grosso sobrecarrega de maneira específica os ASP que atuam na ponta do sistema, tornando-os vulneráveis às diversas ações perpetradas contra a sociedade, levando-os ao comprometimento de sua saúde física e mental.

Os dados encontrados neste estudo possibilitam reflexões sobre a promoção de ações de governança pública nos serviços de saúde ofertados aos ASP, dentro de um sistema sociopolítico como um resultado comum de intervenção interativa a englobar tanto os ASP quanto o governo e a sociedade. Além de trabalhar em prol da segurança dos diversos atores sociais, os ASP também têm que garantir a manutenção da sua própria saúde e bem estar físico, psicológico e social para o cumprimento de sua função dentro da Segurança Pública. Como bem afirma Matias-Pereira (2010), a governança caracteriza-se pela sua complexidade e diversidade de atores sintonizados por um sistema sócio-cibernético de auto-organização composto por diferentes atores e instituições interdependentes. O que significa dizer que nas discussões acerca do planejamento, ações, diagnósticos e avaliações respeitante a questões referentes ao atendimento à saúde dos ASP precisam ser compartilhadas por segmentos como os operadores da segurança, servidores públicos e representantes da sociedade. Assim a manutenção da saúde dos ASP é de

fundamental importância para o seu bom desempenho profissional, levando-se em conta que sua atividade laboral, configura uma atividade de risco para sua saúde e até mesmo para a sua própria vida.

Tratando sobre questões de governança, Vecina Neto e Malik (2014) ponderam que um dos principais desafios para a concretização do nível de excelência em qualquer organização é a formação de lideranças e a transformação de gestores em um time de alta *performance*. Segundo esses autores:

Algumas das características emblemáticas do posicionamento do Diretor Geral [gestor nas organizações] frente ao papel dos gestores na organização ficam evidentes em colocações como 'se algo está errado com as pessoas desta organização, a responsabilidade é nossa!', 'a equipe é um reflexo do gestor' ou ainda 'se não há nenhum profissional em sua equipe capaz de substituí-lo, isso é sinal de que deve ser substituído'. (VECINA NETO; MALIK, 2014, p. 364, grifos dos autores).

A partir do contexto exposto, pergunta-se: Como as ações de governança podem contribuir para atender de forma efetiva as necessidades e demandas no que se refere aos serviços de saúde ofertados aos ASP?

Na busca de uma resposta a essa questão, é preciso que se reflita sobre como o conceito de governança pode ser transposto para a arena pública. Nesse particular, são relevantes os esclarecimentos conceituais oferecidos por Nardes, Altounian e Vieira (2014, p. 157) quando ponderam que a “Governança pública pode ser entendida como a capacidade que os governos têm de avaliar, direcionar e monitorar a gestão das políticas e serviços públicos para atender de forma efetiva as necessidades e demandas da população”.

Em face disso e na tentativa de aclarar o questionamento supra acerca de como as ações de governança podem contribuir para atender efetivamente as necessidades e demandas referentes aos serviços de saúde ofertados aos ASP, uma possível resposta pode ser encontrada a partir da consideração da teoria da agência na qual a sociedade o “principal” delega responsabilidades e autoridade de decisão ao Estado, gestor público, – o “agente”.

Nesse particular, para uma melhor compreensão do assunto em pauta, algumas considerações teóricas precisam ser retomadas.

O gestor público ao assumir seu papel de agente precisa se pautar principalmente nos anseios daquele que lhe delegou responsabilidade e autoridade

para gerir os serviços de saúde para os servidores da Segurança Pública, levando em conta que eles expressam o próprio tecido social, e portanto, não só eles mas também os demais setores sociais e o próprio gestor público, precisam participar das discussões respeitantes aos seus anseios e necessidades, neste caso os serviços de saúde. Isto perspectivado pela concepção democrática, que estimula a participação popular na gestão da segurança pública.

O sentido dessas observações remetem à discussão acerca daquilo que possa consistir que seja o significado de segurança pública.

Pois bem, na acepção de Oliveira (2015), há no Brasil duas grandes concepções de segurança pública que rivalizam desde a reabertura democrática. A primeira é centrada na ideia de combate, concebe a missão dos policiais em termos bélicos. Nessa ótica, a política de segurança é formulada como uma estratégia de guerra, em que o papel principal da polícia é o combate aos criminosos, enquanto as favelas se tornam os territórios hostis que precisam ser ocupados pelo poder militar. Já a segunda definição concebe a segurança pública como um serviço público a ser prestado pelo Estado. Nesta concepção não há mais o inimigo interno, pois o cidadão é o destinatário do serviço. É também pautada pela concepção democrática, que motiva a participação popular nas tomadas de decisão e gestão da segurança pública.

A segurança pública para Rondon Filho (2013), está relacionada aos órgãos policiais, contudo ressoam discussões de que é necessária uma nova hermenêutica constitucional para ressignificar o termo, contemplado como garantia e direito social e civil. Desse ponto de vista, os profissionais da Segurança Pública deixariam de praticar ações isoladas que identificam o cidadão como potencial inimigo, passando a admitir que, em um ambiente democrático, a segurança pública só pode operar articulada com as comunidades organizadas.

Nesse aspecto, o sentido da segurança cidadã se traduz pela parceria dos órgãos de segurança com as comunidades na análise, planejamento e controle das intervenções. Atribui-se, assim, um papel fundamental à cidadania no funcionamento das organizações de segurança pública que deve estar presente, controlando o cumprimento de metas, a lisura administrativa e, principalmente, a justiça na aplicação das medidas punitivas contra atos de abuso de poder e de violência cometidos por servidores da segurança.

Em linhas gerais, observando os dados respeitantes à Segurança Pública no contexto mato-grossense, nota-se que apontam para o exercício de uma governabilidade em que são utilizados elementos da governança pública com base na coprodução do desenvolvimento regional por meio da cooperação entre Estado, mercado e sociedade civil, o que denota um amparo na coordenação estatal do processo de cooperação, tendo o Estado um papel de mediador das relações. Isto caracteriza um movimento que se reconhece como um jeito de governar em que a cooperação configura o elemento-chave do desenvolvimento que cada esfera social deseja. O que aponta para o que Dias (2012) avalia como um conjunto de ações coordenadas pelo Estado, porém com menos governo e mais governança.

Analisando o contexto das características da governança em Mato Grosso, situadas em passo anterior, e de acordo com os fundamentos teórico-epistemológicos aqui discutidos, observa-se que a governabilidade no Estado é tendente a um hibridismo o qual abarca elementos tanto da governança pública quanto da governança corporativa, uma vez que se alicerça em uma relação de ações entre setor público, setor privado e sociedade civil organizada, articuladas por meio da Teoria do Estado como Teoria do Poder, Teoria Material do Estado e Teoria das Políticas Públicas através de atores privados, expressados pela teoria do Estado e teoria da Governança. Isto permite pensar no conceito de Governança Pública como um movimento que se propõe a dar mais eficácia aos processos, construindo resultados de maneira mais democrática e promovendo o desenvolvimento que respeita as peculiaridades locais e regionais, contudo sem que haja o rompimento pleno com as características dos paradigmas que o antecederam (DIAS, 2012).

As análises e os resultados apurados neste capítulo, graças às técnicas de pesquisa documental e da entrevista aberta, demarcam que o cenário dos serviços de saúde ofertados aos ASP necessita ser revisitado com frequência e continuidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findar uma investigação científica não quer dizer que se tenha que finalizar o estudo, mesmo porque, na medida em que se procura concluir uma pesquisa, depara-se frequentemente com questionamentos que poderiam ter sido aprofundados de maneira mais incisiva. O que pode causar algum sentimento de insegurança no pesquisador. Entretanto, de outra parte, se comprova o quão dinâmica pode ser a coleta de dados relativa ao fenômeno estudado, e ainda revela o amadurecimento intelectual do pesquisador. Por outro lado, sabe-se que tais questões poderão ser revisitadas em outra etapa de estudo. Mas no momento, é imprescindível que se acrescente um ponto-final não no estudo, mas nessa fase da pesquisa. Assim, é importante reportar ao leitor algumas reflexões acerca dos resultados apurados.

Para tanto, se faz indispensável retomar a provocação que objetivou a pesquisa: *Como analisar a governança do serviço de saúde para os Agentes de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso de forma a torná-lo efetivo quanto ao atendimento ofertado a esses agentes?*

Antes de procurar emitir respostas a tal questionamento, primeiro que tudo, vale adensar que discutir esta temática não é tarefa fácil, tendo em vista a complexidade que entrecruza a rede de sentidos e significados a movimentar o tema governança pública cujas ações gravitam em torno dos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência e efetividade. E, mais especificamente, quando se pensa a governança voltada aos serviços de saúde ofertados a determinada categoria de trabalhadores: Agentes de Segurança Pública (ASP) cujas atividades laborais giram em torno do dever de garantir a segurança e, portanto, o bem estar da população. Assim, alguns aspectos não de ser considerados com base na pesquisa empírica e em algumas reflexões de Ricardo Balestreri (2016).

O ASP, seja da PMMT, do CBMT, PJC ou POLITEC, é um cidadão com formação qualificada que emblematiza o Estado, em seu contato mais imediato com a população. Configurando-se como autoridade mais comumente encontrada tem, por conseguinte, a missão de ser um 'porta voz' popular do conjunto de autoridades das diversas áreas da Segurança Pública. Indo além, porta a peculiar permissão para o

uso da força e das armas, no âmbito da lei, o que lhe confere natural e destacada autoridade para assegurar a paz social.

Não sem propósito, ainda com âncora em Balestreri (2016), há, portanto, na atividade desse agente, uma dimensão pedagógica no agir policial que, como em outras profissões de suporte público, antecede as próprias especificidades de sua especialidade. À luz dos paradigmas educacionais mais abrangentes, este agente é um pleno e legítimo educador. Tal dimensão é inabdicável e prima de profunda nobreza a função policial, quando conscientemente exemplificada mediante comportamentos e atitudes.

Evidentemente, o reconhecimento dessa ‘dimensão pedagógica’ configura, decerto, caminho para assegurar uma base sólida de auto estima ao policial. Frise-se que os laços de respeito e solidariedade só se tornam possíveis de se estabelecer perante a primazia da auto estima. A experiência primária do ‘querer-se bem’ é importante para propiciar o conhecimento de como chegar a ‘querer bem o outro’ (BALESTRERI, 2016).

Tratando da dimensão pessoal, como muito bem expressa Balestreri (2016), é fundamenta que o cidadão policial sinta-se motivado e orgulhoso de sua profissão. O que só é possível de se alcançara partir de uma dimensão de ‘sentido existencial’. Assim avaliando, se a função policial configurar espoliada desse sentido, subordinando o homem e a mulher que a exercem a meros cumpridores de ordens sem um significado pessoalmente assumido como ideário, o resultado será uma autoimagem denegrada e uma baixa autoestima. Importa salientar que a elevação dos padrões de autoestima pode ser o caminho mais seguro para uma boa prestação de serviços.

Essas ponderações abarcando discussões acerca da função policial e da desenvoltura de seu exercício denotam indicadores e, porquanto desafios metodológicos para se pensar na elaboração de políticas públicas e constituição de programas de atendimento à saúde dos ASP com os requisitos de qualidade desejáveis. O que por sua vez requer ações integradas e articuladas, entrelaçando as diferentes esferas de governo nas organizações de segurança pública.

Não obstante, há que destacar que um dos fatores como programas e pesquisas de gerenciamento e controle de stress e qualidade de vida dos ASP (MATO

GROSSO. SESP, 2010), abrangendo os quatro órgãos desconcentrados: PMMT, CBMMT, PJC e POLITEC, realizado em 2009 pela SESP, no estado de Mato Grosso, como muito bem endossado pelo gestor entrevistado, ao expressar que tais programas precisam ter continuidade, uma vez que possibilitam avaliar e diagnosticar a real situação da qualidade de vida e saúde desses agentes, como por exemplo a alta incidência, observada em 2009, de atestados com CID “F” tendentes aos transtornos mentais e comportamentais.

Outro mérito a ser creditado à continuidade de tais programas é que quando da análise das CID referentes ao período de 2008 a 2014, nos quatro órgãos desconcentrados, se percebeu uma brusca redução das licenças nos dois primeiros anos subsequentes a 2009, isto é, 2010 e 2011, posteriores a implementação do Programa de Gerenciamento e Controle de Stress. Já nos anos seguintes 2012, 2013 e 2014 nota-se gradativa oscilação, ora para mais, ora para menos, de licenças médicas com CID “F” nos mencionados órgãos. É relevante assinalar que nos anos posteriores a 2009 não se catalogou a continuidade da realização do referido programa e da pesquisa no conjunto de Polos dos órgãos desconcentrados do estado de Mato Grosso. O que significa dizer que a descontinuidade de tais programas pode ter reflexo negativo no gerenciamento e controle de stress e na qualidade de vida e saúde dos ASP. Logo carece-se chamar à atenção para a importância da implementação de programas estratégicos que visem a qualidade de vida dos ASP como ação de boa governança pública no estado de Mato Grosso.

No entanto, vale adensar que outras variáveis também devem ser observadas quanto à existência de problemas que interferem nos resultados exarados nesta pesquisa. Isto porque tais variáveis não foram trabalhadas nos dados documentais, como por exemplo, o fato de um servidor ASP ficar mais de um ano de licença, ele pode ser agregado ou ir para a reserva remunerada, recebendo salário proporcional aos anos trabalhados, entre outras variáveis. Isto pressupõe que a Coordenação de Gestão de Pessoas da SESP, não é a única que resolve os problemas de saúde do Agente de Segurança Pública. Mas sim, há que se considerar todo o contexto em que se movimentam todos os atores da Segurança Pública.

Também se pode exemplificar mediante o fato ocorrido nas Associações de Cabos e Soldados, de Sargentos e Sub-Tenentes, bem como de Oficiais, os quais ao

verificar as inconsistências do Plano de Saúde ofertado pelo Estado, recorreram a planos privados com propostas mais aceitas pelos Agentes de Segurança Pública.

Os resultados obtidos mediante esta pesquisa apontam que o debruçar-se sobre a questão dos serviços de saúde ofertados aos agentes de segurança pública, com o propósito de expressá-la em ação de boa governança, exige a ampliação do diálogo para além de um grupo de especialistas do âmbito da saúde. O que pressupõe a definição de um espaço dialógico, de interlocução e, por conseguinte, a presença de outros protagonistas, e aqui acrescenta-se a necessidade da participação das diferentes esferas do governo, dos servidores públicos vinculados à Segurança Pública, dos líderes gestores públicos, da sociedade civil e demais setores sociais envolvidos. Isto porque buscam apreender, compreender, expressar suas dúvidas, anseios, necessidades, interpretações e impressões perspectivadas.

Nesse particular, eis alguns aspectos relevantes e, por isso, merecem aqui ser adensados. Na trajetória palmilhada para a feitura desta pesquisa, naquilo que se refere à coleta de informações documentais, foram necessárias quatro visitas ao campo investigativo. Pois, nas três primeiras visitas havia incongruências estatísticas quanto ao total de licenças por efetivo de ASP. Daí a necessidade de retorno ao campo para coletar os quantitativos estatísticos adequadamente e concluir os registros documentais.

Ao mapear os serviços de saúde ofertados aos ASP, na SESP, encontrou-se um quadro de especialistas constituído por 10 médicos e 19 odontólogos para atender os agentes dos quatro órgãos desconcentrados tanto da capital quanto da zona periférica do interior de Mato Grosso. Tem-se também algumas psicólogas e assistente sociais dentro da SESP, que atendem os quatro órgãos desconcentrados, fazendo intervenção quando necessárias. Em 2015 institucionalizou-se a proposta da implantação do Comitê Local de Saúde do Trabalhador cujo lançamento do manual ocorreu em dezembro de 2015.

Refletindo sobre a melhoria dos serviços de saúde ofertados aos ASP, poder-se-ia recorrer a programas de prevenção mediante o Comitê Local de Saúde do trabalhador, o qual visa agregar a sua equipe, o médico do trabalho, o engenheiro do trabalho, além de outras especialidades. Enquanto ASP atuando na PMMT, observa-

se que a função do estado é proporcionar medicina preventiva por meio de exames periódicos semestrais.

Quanto aos dispositivos legais que se tem especificamente na carreira militar, as inovações trazidas pela Lei Complementar n. 555, de 29 de dezembro de 2014, tratam do direito à prioridade na remoção, hospitalização e tratamento especializado custeado pelo Estado, do militar estadual, quando acidentado ou ferido em serviço, nos termos do seu artigo 115, bem como o direito da assistência médico-hospitalar, trazido em seu artigo 116, segundo o qual o militar terá hospitalização custeado pelo Estado em razão de doenças ou ferimentos contraídos no exercício ou em decorrência do serviço.

No entanto, cabe a reflexão: Como atender tal dispositivo legal já que o quadro de saúde da Polícia Militar se encontra defasado e sem reposição de efetivo, uma vez que o último concurso ocorreu na década de 1990? O que mais se questiona é o fato de se ter como legal no quadro de saúde da PMMT apenas o médico e o odontólogo, desconsiderando a necessidade da presença de profissionais da equipe de apoio terapêutico. A exemplo, cita-se o profissional fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o enfermeiro, o nutricionista e, na gestão de saúde, o administrador hospitalar. Devido essa carência, alguns profissionais se encontram assinando como responsáveis técnicos em suas áreas de formação superior, e recebendo como praças. Nota-se então uma incoerência naquilo que se constitui como quadro de saúde.

Levanta-se outra situação-problema, o quadro de saúde prima para se ter uma estrutura de saúde e, assim, ofertar serviço de saúde de boa qualidade. No entanto, o quadro se constitui apenas de médico e tem como oficiais de saúde apenas as profissões de médicos e odontólogos. Há, na corporação, uma discussão para um certame de concurso para preenchimento de vagas no quadro de saúde da PMMT, com o acréscimo de psicólogo, enfermeiro além de médico veterinário, e zootecnista. Mas não há atualmente a contemplação legal destas profissões dentro do quadro de saúde da PMMT, além da necessidade de maiores estudos para o que se necessita na realidade, como o fisioterapeuta, o nutricionista, o engenheiro do trabalho, bem como na área de gestão em saúde o administrador com habilitação em gestão hospitalar, quadro este podendo ser ofertado primeiramente aos policiais militares, conforme ponderam Machado e Spers (2013, p. 108), “[...]a experiência da vivência

policial, permite exercer o cargo, pois assegura uma ampla bagagem, que o leva a entender o ambiente da organização. Ele é um policial que administra o serviço de saúde voltado para os ASP.”

Uma ação estratégica seria a de utilizar-se tais serviços na categoria de credenciamento de médicos para atender os ASP. A rede existente do MT SAÚDE, que hoje conta com sete hospitais em Cuiabá e uma unidade em Várzea Grande, na região metropolitana, e quatro no interior nos municípios de Tangará da Serra, Sinop, Rondonópolis e Alta Floresta. Também são conveniados 38 laboratórios de análises clínicas, 12 de imagens e 138 profissionais em 29 especialidades médicas.

Quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), pelo elevado volume de atendimentos no Estado e as crescentes demandas de usuários por consultas na lista de espera, o atendimento aos ASP se torna inviável, pois se sabe que os serviços ambulatoriais e hospitalares, serviços especializados de alta complexidade, ações de atenção primária e de agentes comunitários de saúde, considerados essenciais, atualmente se encontram com dificuldades para ofertar um serviço digno à população não apenas no estado de Mato Grosso, mas em boa parte do Brasil. (SEM REPASSE FEDERAL, SERVIÇOS ESSENCIAIS PODEM PARAR, 2015).

Hoje tanto os estados quanto os municípios têm imensas dificuldades de oferecer saúde à população em razão do que vem se chamando de “desfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde”. Decorrente da falta de repasses federais dos valores previstos no cronograma de desembolso do Ministério da Saúde, serviços que acabam correndo risco de serem interrompidos.

Ainda que tenha havido em 2015, obras já entregues, e em andamento na capital (Hospital São Benedito e o novo Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá), no sentido de dotar a capital do Estado, de uma estrutura que atenda a grande demanda do sistema na capital de Mato Grosso, há uma grande dificuldade, já que acaba por vir usuários do serviço de saúde de todo o interior do estado, bem como de outros estados da unidade federativa do Brasil, principalmente da região norte (MARQUES, 2015).

Sabe-se que com a crise econômica e fiscal atual que o país vem passando, houve o contingenciamento dos recursos do orçamento, afetando diretamente a população.

Outro ponto de reflexão se faz necessário já que os valores pagos pela tabela do SUS estão defasados, dificultando o atendimento de saúde na rede pública. Segundo o prefeito de Cuiabá, Mauro Mendes, o médico recebe atualmente R\$ 10 por consulta. “Como que um profissional vai trabalhar para receber este valor?”, questiona ele. Ainda, de acordo com o prefeito, têm algumas cirurgias que custam no mercado R\$ 10 mil e o SUS paga menos de R\$ 100. Além disso, ocorre a política da “ambulancioterapia”, que traz pacientes do interior para capital.

Por fim, é de todo significativo expressar que a atual estrutura de saúde, ofertada aos Agentes da Segurança Pública do estado de Mato Grosso - SESPMT indica que apenas a Polícia Militar do Estado conta atualmente com serviços de saúde médico e odontológico para os membros de sua Corporação em nível de ambulatório médico. Ainda que a SESPMT tenha publicado normativas nas quais esses serviços se estendam as outras Instituições, apenas o Corpo de Bombeiros Militar conta com alguns serviços ofertados pela Polícia Militar. Esses dados foram obtidos por meio da Gerência de Qualidade de Vida da SESPMT.

Cabe assinalar que o assunto abarcando os serviços de saúde ofertados aos Agentes de Segurança Pública do estado de Mato Grosso não está esgotado, havendo muito para se refletir, indagar e debater na atualidade. Inclusive, há de se ouvir o que os próprios agentes, em pleno exercício profissional, pensam a esse respeito. Isto, com certeza, possibilitará melhorias metodológicas para investigações futuras e, portanto, contribuirá para uma melhor compreensão do tema aqui investigado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O Que é Saúde?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1. reimpressão, 2013.
- ANSELL, Chris; GASH, Alison. Collaborative Governance in Theory and Practice. **The Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 18, n. 4, 2007.
- ARAÚJO, V. C. A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e do seu aparelho. In: **Textos para discussão**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública. ENAP. 2002.
- ARMSTRONG; A. JIA, X.; TOTIKIDIS, V. Parallels in Private and Public Sector. In: **GovNet Annual Conference: Contemporary Issues in Governance**. Monash Governance Research Unit, Centre for Applied Philosophy and Public Ethics for the Governance Research Network, Clayton, Victoria, Australia, 2005. p. 1-12.
- BALESTRERI, R. B. Direitos Humanos: coisa de polícia. **Treze reflexões sobre polícia e direitos humanos**. Disponível em: <<http://www.papiloscopistas.org/dh1.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2016.
- BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um MANUAL PRÁTICO**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BELTRÃO, R. E. V.; NOGUEIRA, F. A. A Pesquisa Documental nos Estudos em Administração Pública e Gestão Social no Brasil. In: ENANPAD, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Anpad, 2011.
- BENGOCHEA, J. L. et al. A transição de uma polícia de controle para uma polícia cidadã. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 119-131, 2004.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática. 4. ed. 2004. 71 p. (Série História em Movimento).
- BONAFONT, Laura Chaqués; ROQUÉ, Anna Palau. Governanza. In: BADIA, Miquel Caminal (Ed.). **Manual de ciência política**. Madrid: Tecnos, 2008. p. 537-562.
- BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE. **A Nova Política de Recursos Humanos**. Brasília, DF, 1997.
- _____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública-SENASP. **Sistema Único de Segurança Pública-SUSP**. Brasília, DF, 2003. 129 p.

_____. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública-SENASP. **Mapeamento dos programas de atenção à saúde das instituições estaduais de Segurança Pública**. Brasília, DF. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: informes técnicos institucionais. **Revista Saúde Pública**, Brasília, DF, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde(SUS): Princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. 44 p. II.

_____. CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). **Cursos recomendados**. Site: <http://www.capes.gov.br/>. Acesso em: 21 de agosto de 2015.

_____.CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). **Banco de dados**. Site: <http://www.cnpq.br/>. Acesso em 16 de setembro de 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: **CONASS**, 2015. 133 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: **CONASS**, 2003.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** – Presidência da República – Casa Civil – Subchefia para assuntos jurídicos – Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/constitui%C3%A7ao_compilado.htm>. Acesso em: 19 de jan. de 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Emenda 29** Mais Dinheiro e Estabilidade para Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 30 p. (Série E - Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa**, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, DF. Ministério da Saúde. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF, 2000.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: Editora 34; Brasília: ENAP,1998.

_____. **The Structural Public Governance Model**, International Public Management Review, v. 8, n. 1, p 16-30, 2007.

CARVALHO, Vilobaldo Adelídio; FÁTIMA E SILVA, Maria do Rosário. **Política de segurança pública no Brasil: avanços, limites e desafios**. R. Katál., Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 59-67, jan./jun. 2011.

CASSELL, C.; SYMON, G. eds. Guia Essencial para métodos qualitativos na pesquisa organizacional. London: SAGE de 2004.

CASTRO, Luiza Moreira Arantes de - Do Neoinstitucionalismo Tradicional às Redes: as Mudanças Colocadas a Partir do Modelo de Governança – Encontro **Enanpad**, Rio de Janeiro, 2013

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. **RAP**, v. 33, n. 5, 1999.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CKAGNAZAROFF, I. B. Reflexões sobre estratégias de governança local. **Gestão e Sociedade**, v. 3, n. 5, p. 23-47, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores – Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: BERTOLLI, 2007.

COSTA, Arthur; GROSSI, Bruno C., **Relações intergovernamentais e segurança pública: uma análise do fundo nacional de segurança pública**. Revista Brasileira de Segurança Pública. São Paulo, SP. Ano 1, Ed.1, 2007.

DIAS, T. Governança Pública: uma concepção teórico-analítica aplicada no governo do Estado de Santa Catarina a partir da criação das Secretarias de Desenvolvimento Regional. Florianópolis (SC). **Tese**. Programa de Pós-graduação em Administração (CPGA), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2012.

DIAS, Taisa et al. Governança Pública: Ensaio de uma Concepção. **Contabilidade, Gestão e Governança – Brasília**, V.17, Nº3, P. 89-108. Set/Dez, 2014.

DINIZ, E. **Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: Os Desafios da Construção de uma Nova Ordem no Brasil dos Anos 90**. Dados 38(3), 1995.

DUFLOTH, S. C.; SILVA, A. L. L. A. F Indicadores de Segurança Pública para a Gestão de Políticas Públicas: análise dos atributos de qualidade dos indicadores propostos nas perspectivas de organizações internacionais, do governo federal e de governos estaduais. In: EnAPG., . **Anais...** 2008, Salvador/BA. Anpad, 2008.

FERREIRA, V. R. S. et al. Inovação em Serviços de Saúde no Brasil: análise dos Casos Premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal. In: ENANPAD, 36., 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Anpad, 2012.

FLEURY, Sônia. A análise de Sônia Fleury das Comemorações dos 20 anos da Implantação do SUS. **Boletim Integralidade em Saúde**, Dez, 2008. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=1077&sid=20>> .

FRACALANZA, A. P. (2009). **Gestão das águas no Brasil: rumo à governança da água?** In: RIBEIRO, W. C. (org) Governança da água no Brasil: uma visão interdisciplinar. São Paulo: Annablume; Fapesp; CNPq. P. 135-153.

FREEMAN, Jody. **The Private Role** In Public Governance. New York University Law Review, vol. 75, n. 101, 2000.

FREITAS, Maria Ester de; DANTAS, Marcelo. **Medos sociais dos brasileiros**. Organ. Soc., vol.21, n.68, pp. 893-909, 2014.

GARCIA, Edilene de Oliveira Pereira. **Qualidade de vida no trabalho**: com a palavra os funcionários públicos. Dissertação (Mestrado), apresentado à Universidade Metodista de São Paulo. 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GONÇALVES, A. F. O Conceito de Governança. In: XIV Congresso Nacional **CONPEDI**, 2005, Fortaleza. XIV Conpedi 2005, 2005.

GRANJEIRO, J. Wilson. **Administração Pública**. 10 ed. Brasília: Vestcon, 2002.

IBANHES, Lauro Cesar et al . Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, Mar. 2007.

IBGE. Estados@. Mato Grosso. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt>>. Acesso em: 29 dez. 2015.

IBGC - Instituto Brasileiro de Governança Corporativa, 2015.

JENSEN M.; MECKLING, W. Theory of the firm: Managerial behavior, agency cost, and ownership structure. In: **Journal os Financial Economics**. 1976. p. 305-360.

KISSLER, L; HEIDEMANN, F. G., **Governança Pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade?**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 40(3), p. 479-499, mai/jun. 2006.

KOOIMAN, J.; & VAN VLIET, M. **Governance and public management**. In K. Eliassen & J. Kooiman (Eds.) Modern Governance (pp. 1-9). London: Sage. 1993

KOOIMAN, J.; BAVINCK, M.; CHUENPAGDEE, R.; MAHON, R. PULLIN, R. (2008) Interactive governance and governability: an introduction. J Transdiscip Environ Stud 7 (1):1 – 11.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências sociais**. Adaptação de Lana Mara Siman. Tradução de Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmedi; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEVY, Yair; ELLIS, Timothy J. A system approach to conduct an effective literature review in support of information systems research. **Informing Science Journal**, v.9, p. 181-212, 2006.

MACHADO, Laudicério A. O Papel do Administrador Hospitalar: estudo nas unidades de Saúde das Secretarias de Estado de Segurança Pública da região Centro-Oeste. **Dissertação (mestrado)** – Faculdade de Gestão e Negócios – Universidade Metodista de Piracicaba. 2011. 129 f.

MACHADO, Laudicério A.; SPERS, Valéria R. E., **O papel do Administrador hospitalar na segurança pública**. Itu (SP): Ottoni Editora, 2013.

MAGALHÃES JÚNIOR, A. P. **Indicadores ambientais e recursos hídricos: realidade e perspectivas para o Brasil a partir da experiência francesa**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MALIK, Ana Maria. "Inovação e a área da saúde". In: AMORIN, M. C. S.; PERILLO, E. B. F. (Orgs.). **Para entender a saúde no Brasil**. São Paulo: Editora LCTE, 2009, p. 71-88.

MALIK, Ana Maria. **Cidades saudáveis: estratégia em aberto**. Saúde e Sociedade, vol. 6, n. 2, pp. 19-30, 1997.

MARCONDES, W.B. **A convergência de referências na Promoção da Saúde**. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2004.

MARQUES, Alline. Mauro ataca "ambulancioterapia", critica o SUS e ironiza antecessor, **RDNEWS**. 2015. Disponível em:<<http://www.rdnews.com.br/executivo/mauro-ataca-ambulancioterapia-critica-o-sus-e-ironiza-antecessor/65974>>Acessoem:02/02/2016

MARTINS, Humberto Falcão. “**Governance Challenges in Contemporary and Future Brazil**”, Russian National Academy of Economics and Public Administration, jul 2011.

MATIAS-PEREIRA, José. **Governança no Setor Público**. São Paulo, Editora Atlas, 2010.

MATO GROSSO. **Decreto** nº 2.916. Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde – SES.DO ESTADO DE MATO GROSSO. 19 de out. de 2010

_____. **Decreto** nº 144. Estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Segurança Pública SESP, a redistribuição de cargos em comissão e funções de confiança. 01 de jul. 2015.

_____. Instituto de Psicologia e Controle de Stress. Relatório Gerencial Sobre Níveis de Stress, Qualidade de Vida e Estressores Ocupacionais de Policiais. **Polícia Judiciária do Estado do Mato Grosso**. abril, 2010. 43 p.

_____. Instituto de Psicologia e Controle de Stress. Relatório Gerencial Sobre Níveis de Stress, Qualidade de Vida e Estressores Ocupacionais de Policiais. **Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Mato Grosso**. abril, 2010. 38 p.

_____. Instituto de Psicologia e Controle de Stress. Relatório Gerencial Sobre Níveis de Stress, Qualidade de Vida e Estressores Ocupacionais de Policiais. **Polícia Militar do Estado do Mato Grosso**. abril, 2010. 46 p.

_____. Instituto de Psicologia e Controle de Stress. Relatório Gerencial Sobre Níveis de Stress, Qualidade de Vida e Estressores Ocupacionais de Policiais. **Perícia oficial e Identificação Técnica do Estado do Mato Grosso**. abril, 2010. 46 p.

_____. **Lei Complementar** nº 127, de 11 de julho de 2003. Diário Oficial de Mato Grosso. 11 de jul. 2003.

_____. **Plano Estadual de Segurança Pública 2012 – 2015**. Secretaria de Estado de Segurança Pública de Mato Grosso. Cuiabá. 2011

_____. **Resolução** nº 038/PM-1/EMG, de 09 de fev. 1996.

_____. **Resolução** nº 039/PM-1/EMG, de 04 de mar. 1996,

_____. Secretaria de Estado d. e Gestão – SEGES. **Manual de Saúde e Segurança no Trabalho para os Servidores da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Estado de Mato Grosso**. Cuiabá. 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Plano Estratégico da Saúde 2012-2019 & Plano Estadual de Saúde de Mato Grosso 2012-2015**. Cuiabá: KCM Editora, 2013.

_____. Secretaria de Segurança Pública. Polícia Militar do Estado do Mato Grosso. **Relatório Gerencial sobre Níveis de Stress, Qualidade de Vida e Estressores Ocupacionais de Policiais**. São Paulo: Instituto de Psicologia e Controle do Stress (IPCS), 2010.

_____. TAQUES, J. P. G, **Mensagem do Governador 2015**, GOVERNO DE MATO GROSSO-ESTADO EM TRANSFORMAÇÃO, MT. 2015, 97p.

MATOS, Fernanda; DIAS, Renato. **Governança pública: novo arranjo de governo**. Campinas: Editora Alínea, 2013.

MATOS, José. **A construção do conceito de segurança pública na jurisprudência do supremo tribunal federal do século XXI**. 2010, 127F. Dissertação (Mestrado em Direito). Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre, MG, 2013.

MEDAUAR, Odete. **O direito administrativo em evolução**. 2 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 18.ed. São Paulo, RT, 1993.

MELLO, Gilmar Ribeiro de. **Governança corporativa no setor público brasileiro**. 2006. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 77-92, jan./mar. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

_____, M.C.S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

_____, M. C. S. **Ciências, técnicas e arte: o desafio da Pesquisa Social**. In: Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In: **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 2004. 447-456.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. São Paulo : São Paulo: Atlas ,1996.

MORUS, Tomás (1478-1535). A utopia; tradução de Paulo Neves – Porto Alegre: L&PM, 2011.

NAÇÕES UNIDAS. **Escritório Contra Drogas e Crime**. Brasil 2006-2009 Marco Estratégico para o Programa (não oficial). Prod. Escritório Regional do UNODC no Brasil: 2006. Disponível em: <www.unodc.org.br>. Acesso em: 12 dez. 2015.

NARDES, J. A. R.; ALTOUNIAN, C. S.; VIEIRA, L. A. G. Governança pública: o desafio do Brasil. Prefácio de Jorge Gerdau Johannpeter. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

NÓBREGA JUNIOR, José Maria Pereira. A militarização da segurança pública: um entrave para a democracia brasileira. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 18, n. 35, p. 119-130, fev. 2010.

OLIVEIRA, J. S. As Tecnologias da Informação e Comunicação e Direitos Humanos na Segurança pública. **Dissertação** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia da Informação e Comunicação e Direitos Humanos na Segurança Pública. Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Florianópolis, 2015

OLIVEIRA, Virgílio César da Silva. "Modelos de administração pública". In: **Administração pública contemporânea: política, democracia e gestão**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013.

PATAPAS, Aleksandras; RAIPA, Alvydas; SMALSKYS, Vainius. **New Public Governance: The Tracks of Changes**. International Journal of Business and Social Research (IJBSR), vol. 4, n. 5, 2014.

POUPART, J. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, Rj: Vozes, 2008.

PROCOPIUCK, M. FREY, K. Redes de políticas públicas e de governança e sua análise a partir da websphere analysis. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v.17, n.34, p. 63-83, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v17n34/a06v17n34.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

PROCOPIUCK, Mario. **Políticas públicas e fundamentos da administração pública: análise e avaliação, governança e redes de políticas, administração judiciária**. São Paulo: Atlas, 2013.

QUEIROZ, Ana Carolina Spolidoro; ALBUQUERQUE, Lindolfo Galvão; MALIK, Ana Maria. **Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar**. R. Adm., São Paulo, v.48, n.4, p.658-670, out./nov./dez. 2013.

REZENDE, Flávio da Cunha. Desafios gerenciais para a reconfiguração da administração burocrática Brasileira. **Sociologias**, Jun 2009, no.21, p.344-365. ISSN 1517-4522

RHODES, R. A. W. **Governance and Public Administration**. In: PIERRE, J. (ed.), Debating Governance: authority, steering and democracy. Oxford, Oxford University Press, 2000. p. 54-90.

_____, R. **The New Governance: Governing without Government**. Political Studies, 1996, XLIV. 652-667 – Wiley Online Library. 1996

RONDON FILHO; Edson Benedito. A socialização dos agentes de segurança pública: tensão entre reconhecimento e desrespeito. **Tese (Doutorado)** apresentado na Universidade Federal do Rio do Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós- Graduação em Sociologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B.. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3 p. 1863-1873. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/21.pdf>>. Acesso em: 12 dez 2015.

ROSENAU, J. N. **Governança, Ordem e Transformação na Política Mundial**. In: Rosenau, James N. e Czempiel, Ernst-Otto. Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial. Brasília: Ed. Unb e São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. pp. 11-46.

Santos L. A, Andrade LOM. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas, SP. Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2007.

SANTOS, Lenir - Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 821, 2 out. 2005. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/7378>>. Acesso em: 19 nov. 2015

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico M. de; **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, Maria Helena de Castro. **Governabilidade, Governança e Democracia: Criação de Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte**. Dados [online]. 1997, vol.40, n.3 ISSN 1678-4588. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52581997000300003>

SARTORI, R. Governança em Agentes de Fomento dos Sistemas Regionais de CT&I **Tese (Doutorado)** – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento.] - Florianópolis, SC. 2011, p. 227.

SAUERBRONN, Fernanda Filgueiras - Revisitando Abordagens em Governança Pública em Busca de uma Proposta para o Estudo da Dimensão Público-Privada no SUS - XXXVII Encontro da **ANPAD**, Rio de Janeiro , 2014

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

_____, Leonardo. **Modelos organizacionais e reformas da administração pública**. *Rev. Adm. Pública*, Abr 2009, vol.43, no.2, p.347-369. ISSN 0034-7612

SEM REPASSE FEDERAL, SERVIÇOS ESSENCIAIS PODEM PARAR, **MIDIANEWS**. 2015, Disponível em: <<http://midianews.com.br/cotidiano/sem-repasse-federal-servicos-essenciais-podem-parar/250357>> Acesso em: 02/02/2016

SILVA, Kênia Lara. **Promoção da Saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Área de concentração: Saúde e Enfermagem. Belo Horizonte, 2009.

SILVA, P. **Vocabulário Jurídico**. Rio de Janeiro: Forense, 1998,

SILVA, R. M., et al. Plataformas Logísticas: Uma análise propositiva da aplicabilidade dos princípios da governança corporativa e pública **Espacios**. Vol. 35 (Nº 8) Ano 2014. Pág. 2

SLOMSKI, V. **Controladoria e Governança na Gestão Pública**. São Paulo. Editora Atlas S.A, 2005.

SOARES, D. Casos de roubos e furtos em Cuiabá e Várzea Grande crescem 21%. **Folha Max**. Caderno Polícia. Disponível em: <<http://www.folhamax.com.br/policia/casos-de-roubos-e-furtos-em-cuiaba-e-varzea-grande-crescem-21/73557>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

STOKER, G. **Governance as Theory: Five Propositions**. *International Social Science Journal*, Vol. 50, No. 1: 17-28. 1998

TEDDLIE C.; TASHAKKORJ, A., (Eds.) **Handbook of mixed methods in social and behavioral research**. Thousand Oaks, CA: Sage. 2003.

UN-HABITAT – **Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos**. Competências chaves para melhorar a governança local, volume 3: conceitos e estratégias. UN-HABITAT: Nairobi, 2005

VECINA NETO, Gonzalo. A evolução da assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. *Gestão em saúde*. Reimpr. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 3-14.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.



FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL E
DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO

OF LAM_003_15

Cuiabá, 28 de abril de 2015.

Para: Denis **Alves** do Nascimento – Cel BM
Comandante Geral Adjunto do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Mato Grosso

De: Laudicério Aguiar Machado
Cb/PMMT e Acadêmico do Programa de Doutorado em Administração – FGN/UNIMEP

Ref: **Levantamento de quantitativos do efetivo por cidade (unidade) do ano de 2008 à 2014.**

Prezado Comandante Geral Adjunto,


Como Acadêmico do Programa de Doutorado em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios, localizada no Campus Taquaral da Universidade Metodista de Piracicaba, venho informá-la que após Licença para Qualificação à Nível de Doutorado conforme Ato Administrativo nº 337/2010, publicado no Diário Oficial do Estado em 01.03.2010, encontro-me atualmente na etapa de levantamentos dos dados sobre os Agentes de Segurança Pública, sendo eles: Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Judiciária Civil e Perícia Oficial e Identificação Técnica, para a conclusão da Tese de Doutorado.


Diante deste, por estar na etapa da pesquisa documental, solicito o levantamento do quantitativo de efetivo por cidade (unidade) de 2008 à 2014.

Outrossim, informo que a BM1 já tem ciência da coleta de dados, necessitando vossa autorização.

Dessa forma, colocamo-nos à disposição de V.S.^a para contato e maiores informações, deixando claro que Vossa participação nesta etapa da pesquisa em muito enriquecerá os resultados da Tese de Doutorando.

Atenciosamente,


Laudicério Aguiar Machado
Acadêmico Programa de Pós-Graduação
em Administração – FGN/UNIMEP

Recabi

Jusiel Borges de Silva-CAP-BM
Matrícula: 113138001 - RG: 0001092
Chefe de Gabinete CMT ADJ/CBMMT
28/04/2015

SOLICITAÇÃO DE DADOS DE PARA PESQUISA A NÍVEL DE DOUTORADO

Cuiabá, 25 de janeiro de 2016

Laudicério Aguiar Machado CPF: 697.275.46153 RG: 882.210, pesquisador doutorando em Administração , Cabo da Polícia Militar de MT, venho requerer levantamento dos dados como parte da conclusão da pesquisa sobre o tema: - "Governança de Serviço de Saúde aos Agentes de Segurança Pública", com conclusão para fevereiro de 2016.

Solicito os seguintes dados:

1. Valor total dos custos realizados de janeiro a dezembro de 2014 ou 2015 dos seguintes servidores e seus dependentes: Polícia Militar; corpo de Bombeiros; Polícia Judiciária Civil; Perícia Oficial e Identificação Técnica – POLITEC.
2. Quantitativo total de Associados e seus dependentes do ano de 2014 ou 2015 do referido acima.

Atenciosamente.

Laudicério Aguiar Machado
Cabo da Polícia Militar de Mato Grosso
Doutorando em Administração pela UNIMEP/SP

Maximiliano M. Leão
Assessor Técnico
Mato Grosso Saúde



PROCESSO Nº -
ASSUNTO: LEVANTAMENTO DE DADOS DA SAÚDE DO AGENTE DE
SEGURANÇA PÚBLICA (PJC, CBM, PM e POLITEC) DO
ESTADO DE MATO GROSSO
REQUERENTE: LAUDICÉRIO AGUIAR MACHADO
INFORMAÇÃO Nº 087/2015/ASS/SGP/SEGES

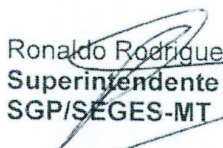
Em razão da solicitação realizada pelo pesquisador doutorando Laudicério Aguiar Machado, CPF: 697.275.461-53, no qual requer o levantamento de dados da saúde do agente de segurança pública (PJC, CBM, PM e Politec) do Estado de Mato Grosso, informamos que detemos as seguintes informações, no período de 2008 a 2015, que serão repassadas ao solicitante, através da Coordenadoria de Monitoramento/SGP/SEGES-MT:

- a) Servidores efetivos, por órgão, categoria, sexo e cidades (SGP/SEGES);
- b) Faixa etária de servidores efetivos (SGP/SEGES);
- c) Servidores efetivos aposentados por invalidez (MT PREV);
- d) Remuneração e escolaridade dos servidores efetivos, por categoria e faixa etária (SGP/SEGES);
- e) Absenteísmo (legal, doença, voluntário e compulsório) por órgão, categoria, sexo e cidades (SGP/SEGES);
- f) Custo do absenteísmo, por órgão, categoria, sexo e cidades (SGP/SEGES);
- g) Ocorrências de licença para tratamento de saúde, com ou sem CID's e com os dias de afastamento (SGP/SEGES);
- h) Outras informações que forem solicitadas.

Cuiabá-MT, sexta-feira, 26 de junho de 2015.

Luiz Corrêa de Mello Neto
Analista Administrativo – Advogado
OAB/MT 11.589

De acordo:


Ronaldo Rodrigues da Silva Costa
Superintendente de Gestão de Pessoas
SGP/SEGES-MT



Termo de Recebimento

Eu Laudicério Aguiar Machado, CPF:697.275.461-53 declaro que recebi a base de dados do afastamento com dados pessoais dos servidores das carreiras: Carreira Militar, Polícia Civil e Polícia Técnica dos anos de 2008 a 2015 e informo que utilizareis esses dados para fins de trabalho acadêmico (tese de doutorado).

Cuiabá-MT, 14/10/2015

Nome: Laudicério Aguiar Machado
CPF: 697.275.461-53

*Ciente em
14/10/2015*

Rose Maria F. Costa
Analista Adm. Área Meio - Mat. 263353
Coordenadoria de Monitoramento
EGP/FEFES

VIRTUTE

PLUSO



ESTADO DE MATO GROSSO
POLÍCIA MILITAR

Of. 684/GCG/PMMT/15

Cuiabá-MT, 01 de dezembro de 2015.

A Senhora Cel PM
Sandra Martello
Resp. pela Diretoria de Saúde da PMMT
Nesta

Assunto: Apresentação de militar
Ref.: Prestação de dados para pesquisa.

Senhora Diretora,

Pelo presente expediente, solicito de Vossa Senhoria a prestação de dados sobre o serviço de saúde ofertado pela Diretoria de Saúde da PMMT, para o Cabo PM e pesquisador **Laudicério** Aguiar Machado, que no momento se encontra em conclusão de sua pesquisa em nível de Doutorado em Administração, com interesse da instituição.

Outrossim, informo que a pesquisa trata-se do Tema *Governança do Serviço de Saúde aos Agentes de Segurança Pública*.

Atenciosamente,

Zaqueu Barbosa – Cel PM
Comandante Geral da PMMT

bbls

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Governança Pública no Serviço de Saúde Ofertado aos Agentes de Segurança Pública de Mato Grosso**

Pesquisador Responsável: **Laudicério Aguiar Machado**

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): **(65) 9614-4143**

Pesquisadores participante: **Profa. Dra. Valéria Rueda Elias Spers (Profa. Orientadora)**

Telefones para contato: **(19) XXXX-XXXX**

O objetivo geral da pesquisa é analisar o serviço de saúde ofertado aos Agentes de Segurança Pública (ASP) do Estado de Mato Grosso de modo a verificar sua estrutura de governança, visando compreender a efetividade do atendimento ofertado.

Especificamente, objetiva-se mapear e descrever os serviços de saúde ofertados aos ASP, na Secretaria de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso, bem assim dar visibilidade a possíveis problemas englobando tais serviços.

Laudicério Aguiar Machado

◆ CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, portador do C.P.F. _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Governança Pública no Serviço de Saúde Ofertado aos Agentes de Segurança Pública de Mato Grosso**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador **Laudicério Aguiar Machado** sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____ / _____ / _____ / _____ /

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Roteiro de Entrevista

Esta entrevista integra a etapa dos procedimentos de coleta de dados referentes à pesquisa de doutoramento, desenvolvida no período de 2012 a 2015, em Administração na área de Ciências Sociais Aplicadas, com inserção no Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba-SP.

O objetivo da pesquisa é analisar o serviço de saúde aos Agentes de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso de forma a verificar sua estrutura de governança, visando compreender a efetividade do atendimento ofertado.

Objetivo da entrevista é possibilitar a reflexão do sujeito colaborador da pesquisa sobre sua concepção acerca da gestão na governança pública acerca dos serviços de saúde ofertados aos Agentes de Segurança Pública da Secretaria de Estado de Segurança Pública de Mato Grosso, a partir de sua atuação enquanto gestor público nos serviços de saúde desta Secretaria de Estado.

Sujeito:

Gênero:.....Idade:.....Titulação:..... Profissão:.....

Cargo:..... Tempo no cargo:..... Função:.....

Local de trabalho:.....

Vínculo empregatício:Tempo de serviço:.....

- 1) Fale sobre o significado de gestão, no seu ponto de vista.
- 2) E gestão pública?
- 3) E governança pública?
- 4) Fale sobre o significado de saúde, em seu ponto de vista?
- 5) Você poderia falar sobre a estrutura do serviço de saúde ofertado aos Agentes de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso?
- 6) Em seu ponto de vista, quais as fragilidades que dificultam o trabalho do gestor nesse campo de atuação?
- 7) Como são feitos os planejamentos dentro da gestão para os processos de saúde do trabalhador?
- 8) Quanto as DECISÕES ESTRATÉGICAS, como e de que forma elas são tomadas, quando se refere à saúde do Agente de Segurança Pública?
- 9) Quais as ações desenvolvidas de 2008 até hoje, em sua opinião, foram desenvolvidas e ajudaram na melhoria das ações referentes à saúde do Agente de Segurança Pública?
- 10) Em sua opinião, como o Estado poderia contribuir hoje para melhorar o serviço de Saúde existente aos Agentes de Segurança Pública?
- 11) No geral, considerando as dificuldades, problemas e resultados que foram alcançados desde 2008, você considera o serviço de saúde satisfatório ou o que pode ser mudado ainda?
- 12) No seu modo de pensar e sua experiência como gestora no processo de saúde do agente de segurança pública, quais ações neste processo que já foram desenvolvidas apresentaram maiores repercussões negativas junto aos ASP?
- 13) Quais as inovações hoje você acha necessárias serem desenvolvidas para a melhoria do serviço de saúde aos ASP?
- 14) Quanto tempo você acredita ser necessário para que as ações de políticas desenvolvidas na saúde dos ASP tenham resultado positivo com o proposto?

- 15) Para contribuir na otimização do serviço ofertado ao ASP, utiliza-se ou já foi utilizado alguma consultoria ou assessoria externa para este processo e se sim qual foi o resultado? E na sua opinião foi positivo? Em quais aspectos?
- 16) A SESP possui atribuições legalmente definidas abrangendo aos órgãos desconcentrados (PM; PJC; CBM e POLITEC), para as ações do serviço de saúde a serem ofertados aos ASP?
- 17) Quais as fontes de financiamento referente a saúde dos ASP são utilizadas?
- 18) Você consegue ver um equilíbrio nas distribuições de verbas e gastos entre os órgãos desconcentrados (PM; PJC; CBM e POLITEC)?
- 19) Como são desenvolvidas as ações de saúde do ASP no interior do Estado? Há uma diferenciação com a capital?
- 20) Quanto a Governança Pública, os instrumentos hoje disponíveis para a promoção do Serviço de Saúde ofertado aos ASP, são suficientes para que se promova a avaliação da efetividade das políticas públicas e não dependam da vontade dos agentes públicos
- 21) Você acha interessante na estrutura organizacional da SESP, um departamento responsável por receber, interpretar e tomar providências, quanto às ações a serem desenvolvidas para a saúde dos ASP? Como?
- 22) Como pensar a governança do serviço de saúde para os Agentes de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso?
- 23) Há algo que não falamos e que você gostaria de comentar?

Cuiabá-MT, 04 de janeiro de 2016.