

GREVE E SEUS EFEITOS NOS SERVIÇOS HOSPITALARES

STRIKE AND THEIR EFFECTS ON HOSPITAL SERVICES

Gilson Cássio de Oliveira Santos

Faculdades Santo Agostinho (FASA)
gilson.santos@unimontes.br

Márcio Antônio Alves Veloso

Faculdades Santo Agostinho (FASA)
Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)
marcio.veloso@unimontes.br

RESUMO

O presente artigo objetiva mencionar os impactos causados pela greve em uma unidade hospitalar e ambulatorial. A organização em análise está sediada em Montes Claros, cidade de porte médio que se localiza na região Norte de Minas. Localidade reconhecida por ser um polo regional e ao mesmo, por estar instalada em uma região marcada pelos índices sociais que denotam pobreza e desigualdade social. Realizou-se uma pesquisa exploratória sobre um caso específico, notadamente o de uma greve deflagrada em 2016 pelos funcionários do Hospital Universitário Clemente de Faria. O procedimento metodológico adotado foi a avaliação de dados primários, extraídos das fontes do próprio hospital e a revisão de literatura. A partir da análise dos dados foi possível constatar que o movimento de greve, de duração de um mês, afetou claramente a produção do hospital, levando a uma redução expressiva do número de procedimentos realizados, bem como, da diminuição dos atendimentos, principalmente os de urgência e emergência.

Palavras-chave: greve, trabalho, serviço público, serviços hospitalares, gestão pública.

ABSTRACT

The present article aims to mention the impacts caused by the strike in a hospital and outpatient unit. The organization under analysis is based in Montes Claros, a medium-sized city that is located in the Northern region of Minas Gerais. Local recognized for being a regional hub and the same, because it is installed in a region marked by social indicators that denote poverty and social inequality. An exploratory research on a specific case was carried out, notably that of a strike started in 2016 by the employees of the University Hospital Clemente de Faria. The methodological procedure adopted was the evaluation of primary data, extracted from the hospital's own sources and the literature review. From the analysis of the data, it was possible to record that the strike movement, lasting one month, clearly affected the hospital production, leading to a significant reduction in the number of procedures performed, as well as the decrease in attendance, urgency and emergency.

Keywords: strike, work, public service, hospital services, public management.

INTRODUÇÃO

A humanidade tem se mostrado preocupada com o estado de saúde dos indivíduos. Essa preocupação se agudizou no período pós-guerra com a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos e com a tendência a efetivação do Estado de bem-estar social. A Organização Mundial da Saúde tem atuado sobremodo no sentido de tentar orientar os diversos governos na efetivação de políticas públicas de saúde mais eficientes quanto à diminuição da mortalidade infantil, materna e quanto à ampliação e aperfeiçoamento dos sistemas sanitários.

No meio desse processo, o hospital se posiciona como instituição central na promoção de saúde, principalmente nos países industrializados. O controle e os cuidados com a saúde se voltam para o âmbito desta organização que passa a deter grande poder em relação aos saberes quanto aos cuidados com a saúde.

Contudo, no capitalismo, como as relações de trabalho são conflituosas, nenhuma organização está imune aos movimentos de greve, nem mesmo aquelas que devem cuidar de um valor crucial da humanidade que é a própria vida humana.

Quais são então os impactos do movimento grevista em uma organização hospitalar? Em que medida afeta a quantidade e a qualidade dos atendimentos que deveriam ser prestados? O objetivo do presente trabalho é observar alguns efeitos provocados pelo movimento de greve nos serviços hospitalares. Para tanto, lançou mão de dados relativos a atendimentos hospitalares e ambulatoriais e alguns indicadores gerenciais disponibilizados pelos registros administrativos do próprio hospital em avaliação. Ademais, a discussão aqui disposta foi balizada por uma breve discussão sociológica a respeito dos movimentos de greve, por um lado, e pela observação da dimensão dos serviços hospitalares, por outro.

REVISANDO O MOVIMENTO DE GREVE

Embora o objetivo deste artigo não seja abordar sobre os movimentos de greve, tão pouco sobre o movimento grevista que se deu entre os trabalhadores do HUCF em 2016, mas sim, os impactos do referido movimento na prestação dos serviços hospitalares, se faz pertinente realizar brevemente uma observação retrospectiva do curso histórico das greves no Brasil.

A greve trata-se de uma pressão social efetivada por um grupo específico, notadamente os trabalhadores, a partir da possibilidade de causar prejuízo para atingir um fim determinado. Vincula-se ao “direito de causar prejuízo” (DELGADO, 2018). De modo que “a greve é um mero instrumento de pressão, que visa proporcionar o alcance de certo resultado concreto, em decorrência do convencimento da parte confrontada” (DELGADO, 2018, p. 1695).

O fenômeno de greve no Brasil não é algo recente, há registros de greves ocorridas no país no final do século XIX. Isso porque as greves eram proibidas no Brasil até a vigência do Código Penal de 1890. Todavia, tal proibição foi abolida pelo Decreto nº 1.162 do mesmo ano (CASSAR, 2017).

Portanto, a partir do ano 1978 ocorreu a intensificação de greves no Brasil. De acordo com Noronha (2009), elas se efetivaram em variadas categorias profissionais e

em todas as regiões do país. O estopim dos movimentos grevistas se deu com as paralisações nas metalúrgicas do ABC paulista naquele ano.

O referido autor evidencia alguns períodos dos movimentos grevistas no país. Do ano 1888 a 1977, a ocorrência de greves foi esporádica e com pequena incidência. Tendo se registrado nesse longo período temporal a efetivação de 88 movimentos de greve.

É então em 1978 que se inicia o que Noronha (2009) chame de “o primeiro grande ciclo de greves no Brasil”. Naquele ano foram deflagrados intensos e numerosos movimentos de greves pelas diversas categorias profissionais e em todas as regiões do território brasileiro. Esse período se estende até 1998, tendo se materializado 3.849 greves.

Por último, o referido pesquisador define os anos de 1999 a 2007 como o período da “normalidade”, especificando tal período nominalmente de “greves na jovem democracia brasileira”. Houve nesses anos uma redução do número de greves e a manutenção de uma média anual relativamente baixa quanto ao número de movimentos de trabalhadores grevistas. Totalizaram nesse período 762 greves.

De acordo com a percepção de Noronha (2009), a redução das greves nesse espaço de tempo foi devida ao controle da inflação, a implantação do modelo liberal de gerenciamento dos processos econômicos e à superação do desenvolvimentismo deflagrados no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso.

Como dito anteriormente, a quantidade de greve se manteve estável até 2007, porém, se elevou um pouco até 2011 e aumentou drasticamente a partir desse ano. Tendo em 2013 expandido quase quatro vezes o número de movimentos grevistas em relação a 2011. Nota-se que o crescimento das greves coincidiu com o período de crise econômica que assola o Brasil.

O retorno ao crescimento das greves dos anos recentes está vinculado, contudo, à crise econômica, a elevação do desemprego e ao ambiente de reforma apresentado pelo Governo do Presidente Michel Temer. Esse posicionamento é ratificado por Cardoso (2015).

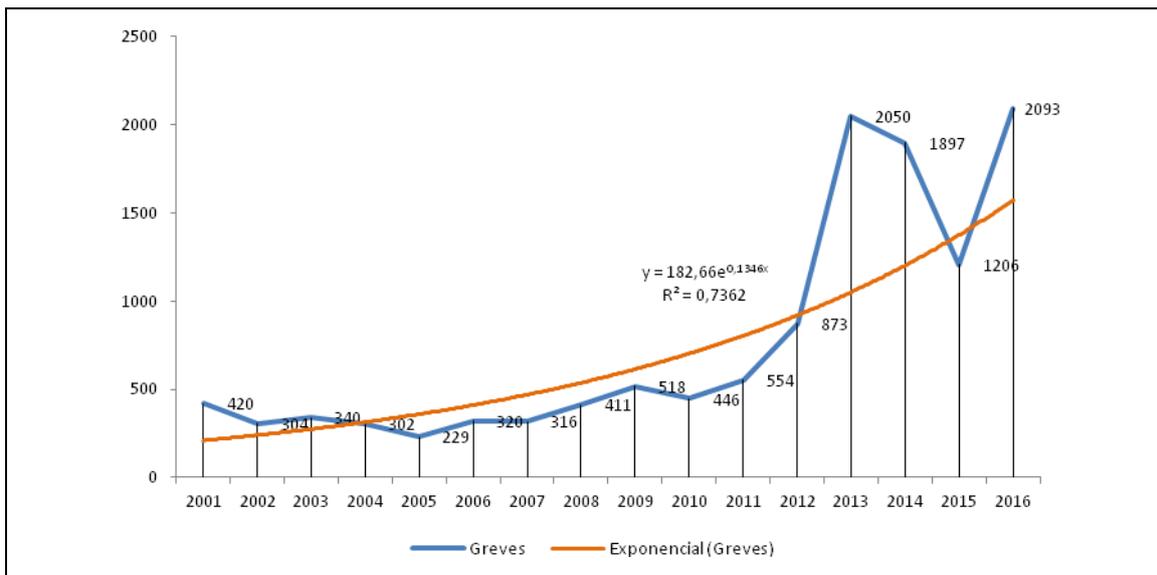


Gráfico 1 – Quantidade de greves no Brasil – 2001-2013

Fonte: Dieese.

Elaboração: Própria.

A RESPEITO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

Helman (2009, p. 94) informa que na maioria dos países, em especial nos países ocidentais, “a principal estrutura institucional da medicina científica é o hospital”. É evidente que a forma de funcionamento, de cuidados e a própria estrutura se diferencia entre os diversos hospitais e nas variadas regiões e localidades.

Esse mesmo pesquisador aponta que as instituições de cuidados com a saúde refletem muito a esfera econômica dos países, de regiões e localidades. Em regiões pobres é comum encontrar hospitais que carregam problemas de ineficiência da infraestrutura, ausência de materiais para efetivação de procedimentos médicos e, às vezes, falta de insumos básicos para os cuidados de pacientes. De outro modo, em países ou regiões economicamente mais desenvolvidos se despontam hospitais que ostentam grande capacidade tecnológica para a efetivação de diagnóstico e realização do tratamento.

No Brasil se encontram os dois modelos. De um lado se apresentam unidades hospitalares bem equipadas, voltadas para a eficiência dos serviços, cobertas por aparatos tecnológicos atualizados, enquanto que por outro lado, se visualiza hospitais abarrotados, apresentando deficiência da quantidade e da qualidade dos profissionais disponíveis para a prestação de serviços, ausência de equipamentos e insumos, onde a tecnologia voltada para a prática médica é insuficiente ou inexistente.

Não obstante disso, completa Helman (2009, p. 95), dizendo que “quaisquer que sejam suas variações locais, e a despeito de como é visto, o hospital permanece a instituição mais destacada da biomedicina”. Tal comentário evidencia o protagonismo alcançado pelo hospital nas últimas décadas, no que tange aos cuidados com a saúde.

Importante abordar sobre esse protagonismo hospitalar no contexto da atualidade nos países ocidentais por que ele, ainda hoje, não é existente em muitos países asiáticos e africanos, por exemplo. Do mesmo modo que também não ocorria até o início do século XX na América Latina. Em suma, a atuação triunfal do hospital no sistema de saúde ainda se trata de um fenômeno localizado espacialmente e temporalmente.

Mesmo no Brasil de hoje, existem localidades onde os serviços de saúde são efetivados por curandeiros e não por médicos. São realizados fora da estrutura técnica dos hospitais. Tais cuidados de saúde estão voltados para mecanismos informais de tratamento, àquilo que Helman (2009) chama do setor popular do sistema de saúde.

A respeito do mesmo assunto, Carapinheiro (2005) afirma que tal protagonismo hospitalar está diretamente ligado ao desenvolvimento do controle social definido pela burocracia e pelo legalismo do Estado. Hospitais se resguardam e pautam seus procedimentos a partir de um imenso cabedal normativo institucional. A sequência de tal leque legal se evidencia por protocolos e procedimentos que são minuciosamente padronizados e roteirizados pela dimensão burocrática. Algo muito ligado ao tipo puro de dominação racional/legal definido por Max Weber (1999).

Percebe-se que as instituições hospitalares ganham evidência na mesma medida que as diversas esferas sociais se racionalizam. A racionalização das ciências, sejam biomédicas ou tecnológicas, leva a novas descobertas de procedimentos diagnósticos, novos tipos de medicamentos e, conseqüentemente, as mais variadas formas de tratamento. Essa racionalização científica alarga a capacidade de atuação do hospital.

A ampliação da execução dos procedimentos hospitalares requer cuidados normativos, novos padrões são regulamentados por Leis, Portarias Ministeriais, Resoluções de agências reguladoras. O que expõe a racionalização dos procedimentos

legais quanto ao âmbito da saúde. Mais uma vez o hospital se posiciona no centro do cenário.

Então, o hospital é um fenômeno que evidencia a articulação da racionalização social também discutida pelo sociólogo clássico Max Weber (2010). Tal processo é ilustrado por Zanchi e Zungo (2010) argumentando que há um constante crescimento da medicalização. Tal expansão está ligada, segundo os pesquisadores a utilização da tecnologia, a elevação da oferta de profissionais da saúde especializados e ao corporativismo empresarial e profissional “se expressa na “indústria” da saúde e nos produtores de insumos, especialmente os equipamentos biomédicos e os medicamentos” (ZANCHI E ZUNGO, 2010, p. 14).

Zanchi e Zungo (2010) são críticos quanto a desumanização e ao excesso de instrumentalização que configurou o sistema de saúde com o advento da centralidade do hospital e da racionalização dos serviços hospitalares, contudo, para o bem ou para o mal, a centralidade dos hospitais no sistema de saúde na atualidade é um dado incontestável quando se avalia os países industrializados.

De forma enfática e contundente, Freidson (2009, p. 131) externa que “o hospital constitui o mais importante local de exercício da prática médica – e não há prática, qualquer que seja sua organização, que prescindia de um serviço dessa importância”.

A especialização técnica, científica e profissional trata-se, segundo Pinell (2010) de um fenômeno que se iniciou há muitos séculos atrás e se dimensiona como um fato social inexorável. Ou seja, a especialização permanece acontecendo e assim também ocorrerá nos anos que seguirão. Isto está evidente na tendência da redução das atividades da medicina geral em contrapartida ao aumento intensificado da medicina especializada, ou na influência que a medicina especializada efetiva sobre a geral. Tal fenômeno está intensamente ligado ao ambiente hospitalar, como evidencia o autor:

Profundamente modificada pela restrição de seu território, a medicina geral vê suas missões redefinidas em função de sua complementaridade com a medicina especializada (tratamento das afecções quaisquer, orientação para os especialistas, acompanhamento dos pacientes tratados no hospital) (PINELL, 2005, p. 178).

Em resumo, a centralidade do hospital no sistema de saúde, efetivada nos países industriais é um fato incontestado. Trata-se de uma discussão pacificada pelas teorias das ciências da saúde. Essa discussão se faz importante devido ao fato de ser objeto de avaliação da presente pesquisa uma greve efetivada por trabalhadores da instituição central do sistema de saúde no mundo industrial. Em suma, o hospital em análise se desponta como uma organização que se enquadra como instituição central dos cuidados com a saúde na localidade onde atua. De modo que representa uma unidade analítica importante quanto à avaliação dos impactos nos serviços prestados. Quer-se dizer com isso que em sendo o hospital a unidade de referência para o sistema de saúde, a diminuição da quantidade ou da qualidade dos serviços hospitalares afeta diretamente a sociedade quando se busca tratamento, já que os mecanismos informais e populares não mais atuam como no passado.

ACERCA DA ORGANIZAÇÃO EM ANÁLISE

O Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), trata-se de um hospital público, vinculado à Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), localizado na cidade de Montes Claros, Norte de Minas Gerais.

A referida unidade hospitalar é classificado como trauma nível II, sendo referência nos atendimentos de otorrinolaringologia, queimaduras leves, clínica médica, cirurgia geral e vascular em abdômen, urologia, ortopedia, corpos estranhos em ouvido, nariz, ginecologia e psiquiatria. Dispõe-se de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal e UTI adulto.

Atende na urgência e emergência com o Pronto-socorro em funcionamento 24 horas e realiza consultas ambulatoriais em três centros: Centro Ambulatorial Tancredo Neves (CAETAN), Centro de Referência de Atendimento à Saúde do Idoso (CRASI) e a Policlínica Hermes de Paula.

Trata-se de uma relevante instituição para a região Norte de Minas, pelos serviços hospitalares e ambulatoriais prestados a uma das regiões mais pobres do Estado de Minas Gerais. Sendo um hospital escola, possui outra importância social que é a de formar e capacitar profissionais atuantes nos serviços de saúde dos diversos municípios da região.

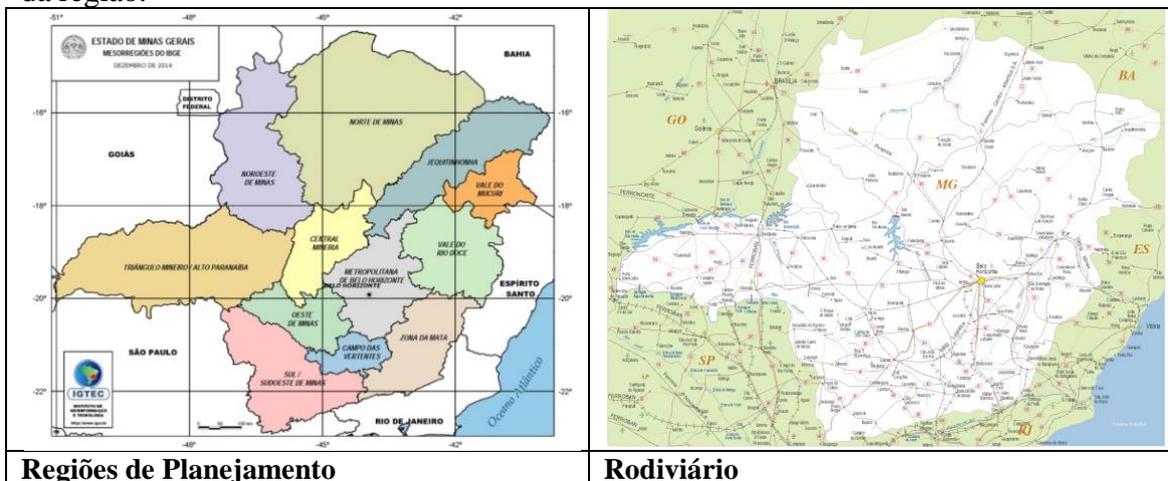


Figura 1 – Mapas de Minas Gerais
Fontes: Seplog; DER(MG).

Além de disponibilizar sua estrutura para os acadêmicos das graduações de medicina e de enfermagem, atende estudantes de mestrado e doutorado em Ciências da Saúde, além dos matriculados nas residências médicas e especializações em variadas subáreas da saúde.

No ano de 2017 o referido hospital realizou 158.341 atendimentos, o que representa 13.195 atendimentos mensais, em média. Pacientes originados de 204 municípios diferentes. Embora a área de abrangência do hospital seja o Norte de Minas, esse complexo hospitalar e ambulatorial atende pacientes oriundos de municípios das diversas regiões do país, devido ao fato do hospital está localizado em uma cidade polo que se posiciona também como um importante entroncamento rodoviário.

O hospital conta com 172 leitos de internação e 1.058 servidores das diversas áreas, segundo dados de 31 de dezembro de 2017. Essas informações evidenciam a importância da unidade hospitalar em avaliação na região para a qual essa unidade presta os seus serviços. Trata-se do segundo maior hospital de toda a região, atuando no tratamento interno e ambulatorial em expressiva quantidade no que tange a prestação dos serviços de saúde¹.

¹ Informações disponibilizadas pelo próprio hospital.

A GREVE E SEUS IMPACTOS NOS SERVIÇOS HOSPITALARES

Em maio de 2016 ocorreu uma greve de trabalhadores do HUCF, o referido movimento teve duração exata de um mês. Anteriormente a greve houve uma paralisação de dois dias ocorrida no mês de abril do mesmo ano. Os trabalhadores reivindicavam incorporação ao salário básico de alguns benefícios que constam no cômputo do pagamento mensal, nominalmente: a Gratificação Complementar que representa 50% do valor referente ao salário básico e do abono deliberado pela Lei Estadual nº 21.726 de 2015, fixado no valor de R\$ 190,00. Ademais, também reivindicavam o pagamento dos mesmos benefícios aos trabalhadores dos *campi* universitários, já que aqueles não recebem tais gratificações.

Aderiram ao movimento de greve as categorias dos técnicos a universitários (profissionais do apoio administrativo), técnicos universitários da saúde (técnicos de enfermagem, laboratório e Raio-X), analistas universitários (profissionais de nível superior de diversas áreas como: economistas, contabilistas e administradores) e analistas universitários da saúde (profissionais de nível superior vinculados a saúde, como: enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, biomédicos e fisioterapeutas).

Houve maior adesão dos trabalhadores do nível técnico. Muitos servidores de nível superior também aderiram, portanto, em menor proporção. Não houve adesão do corpo médico e nem dos que ocupavam cargo de gestão, vinculados à tomada de decisão. De acordo com informações da Gerência de Pessoas do HUCF, o movimento grevista teve adesão da metade do total de servidores do mesmo hospital.

De acordo com os posicionamentos de Friedson (2009), a profissão médica adquiriu um status a partir do surgimento da universidade e mantém tal status até os dias atuais. Isso se dá pela escolha das elites de algumas profissões específicas, no caso da medicina, ela se posiciona no topo dentre as eleitas. É evidente que as profissões escolhidas para ocuparem os altos níveis de destaque são exatamente as que melhor remuneram. A remuneração faz parte do processo de manutenção de uma profissão em status superior. De modo que, os médicos não se enxergam nas pautas de reivindicação dos movimentos grevistas. Além disso, a participação na greve reduz seu status dentre as profissões. Assim sendo, quase nunca são deflagradas greves por médicos, e, quase nunca eles se vinculam as greves deflagradas pelos demais profissionais da saúde.

O status superior da profissão médica é reproduzido nas próprias escolas de medicina. Não que tenha uma disciplina no currículo que ensine sobre a posição superior dos médicos em relação a outros profissionais, o fato é que “o estudante é menos um aprendiz da profissão médica e é mais um membro do grupo dominador na faculdade de medicina” (CARAPINHEIRO, 2005, p.169).

É importante lembrar que os trabalhadores com vínculo direto ao Hospital Universitário Clemente de Faria, estão lotados em um órgão público, por sua vez, vinculados a uma autarquia estadual, notadamente a Universidade Estadual de Montes Claros, de tal modo, esses trabalhadores possuem vínculo estatutário, ou seja, são funcionários públicos. Cabe então perguntar então: funcionários públicos podem realizar greves?

De acordo com a Constituição de 1988 o direito a greve deveria ser regulamentado por lei complementar, isso está posto no artigo 37, inciso VII da referida Constituição. Porém, ainda hoje não foi promulgada nenhuma lei que tratasse do assunto. No sentido estritamente legal, greves efetivadas por servidores públicos seriam então ilegais, já que não há lei que as regule, como prevê a Constituição em vigência (DELGADO, 2018).

Ainda assim, durante as décadas que se sucederam após a referida Carta Magna, ocorreram muitíssimas greves deflagradas por funcionários públicos sem que os poderes públicos tenham contestado sua legalidade. “Isso traduz certo pensar cultural de que tal importante direito social e coletivo teria efetiva validade nesse segmento, desde a CF/88” (DELGADO, 2018, p. 1707). Em suma, embora não estritamente legal, o direito a greve está funcionando a partir da prerrogativa cultural.

Aos olhos do senso comum, a greve pode se apresentar como um movimento desregrado e desorganizado, contudo, o direito do trabalho brasileiro apresenta alguns deveres do movimento grevista, quais sejam:

[...] assegurar a prestação de serviços indispensáveis às necessidades inadiáveis da comunidade, quando realizando greve em serviços ou atividades essenciais; organizar equipes para manutenção de serviços cuja paralisação provoque prejuízos irreparáveis ou que sejam essenciais à posterior retomada das atividades pela empresa; não fazer greve após celebração de convenção ou acordos coletivos ou decisão judicial relativa ao movimento; respeitar direitos fundamentais de outrem; não produzir atos de violência, quer se trate de depredação de bens, quer sejam ofensas físicas ou morais a alguém (DELGADO, 2018, p. 1706).

Ao que se percebeu, o movimento grevista deflagrado pelos trabalhadores do HUCF atendeu aos deveres exigidos, contudo, toda greve causa prejuízos, como dito anteriormente, esse é o seu objetivo, nesse particular, tal movimento cumpriu com o seu papel.

A fim de avaliar os efeitos da greve dos trabalhadores sobre os serviços hospitalares prestados à população regional observou-se seis indicadores, sendo eles: Quantidade de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, quantidade de atendimentos hospitalares e ambulatoriais, internações, taxa de ocupação de leitos, quantidade de pacientes/dia e tempo médio de permanência.

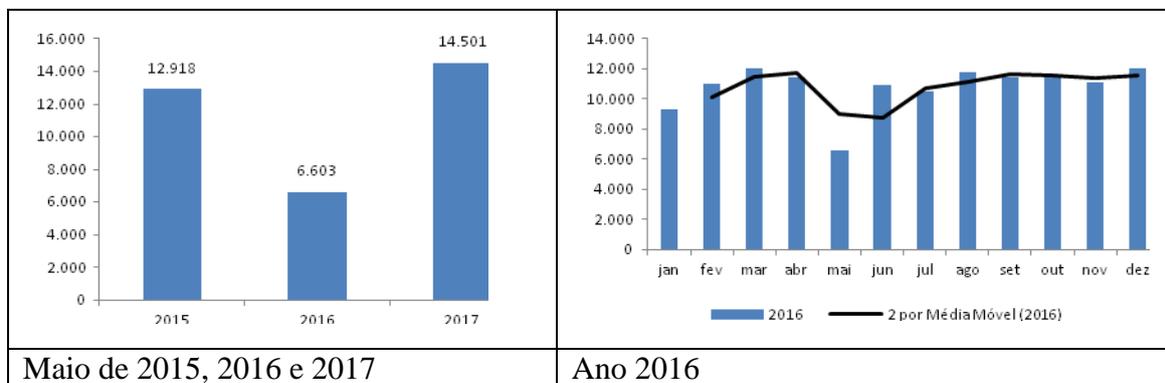


Gráfico 2 – Quantidade de atendimentos hospitalares e ambulatoriais realizados pelo HUCF.

Fonte: HUCF

Em 2016 foram atendidos 11.199 pacientes em média por mês no complexo ambulatorial e hospitalar do HUCF, isso desconsiderando o mês de ocorrência da greve. Em maio ocorreram 6.603 atendimentos, registrando um déficit de 4.596 em relação à média mensal. O que significa dizer ter havido a ocorrência de 41% a menos de atendimentos comparando com a média mensal.

Considerando a quantidade de atendimentos hospitalares e ambulatoriais por procedimentos constata-se que cada paciente se submete em média a 3,4 procedimentos. De modo que, no ano 2016, desconsiderando o mês de maio (mês de ocorrência da

greve) o HUCF realizou uma média mensal de 38.730 procedimentos hospitalares e ambulatoriais. Entre esses procedimentos estão incluídos exames de apoio diagnóstico, consultas médicas, internações, cirurgias e partos, por exemplo. No mês de maio foram realizados 26.985. O que significa que no referido mês foram efetivados 11.745 a menos que a média mensal no mesmo ano.

Como maio contem 31 dias, trata-se de um mês de maior produção, levando-se em consideração a produção dos meses de maio em anos anteriores, previa-se que em 2016 se produziriam cerca de 41.893 procedimentos. Atentando-se então para tal estimativa, verifica-se uma perda de 14.908 procedimentos que poderiam ter se concretizado no mesmo período.

No que diz respeito especificamente aos atendimentos ambulatoriais, isto é, aqueles originados das consultas efetivadas no Centro Ambulatorial Tancredo Neves (CATEAN) e no Centro de Referência a Saúde do Idoso (CRASI), ambos vinculados ao HUCF, constata-se uma perda menor. Atendeu 25,1% a menos no mês de greve comparando com a média dos meses de 2016.

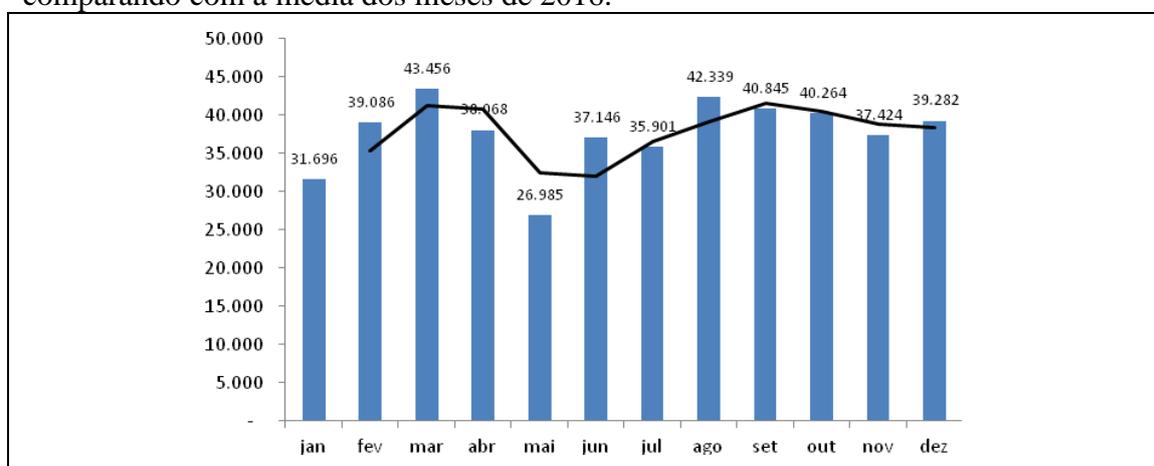


Gráfico 3 – Quantidade de procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizada pelo HUCF - 2016

Fonte: HUCF

Tal dado mostra que os atendimentos hospitalares e os de urgência e emergência prestados no pronto socorro do hospital foram mais afetados pela greve do que os ambulatoriais. Esse fato aguça ainda mais a preocupação quanto à manutenção dos atendimentos dos serviços de saúde porque os atendimentos hospitalares de internação e as consultas de urgência e emergência devem ser priorizados, por serem considerados casos mais graves do que aqueles vinculados as consultas nos ambulatoriais. Realizou-se em maio do ano em análise 868 atendimentos ambulatoriais a menos que a média mensal do mesmo ano. Se comparado com a estimativa para o mês de maio do mesmo ano, essa perda se eleva para 1.192 atendimentos que poderiam ter sido realizados no caso da não ocorrência da greve.

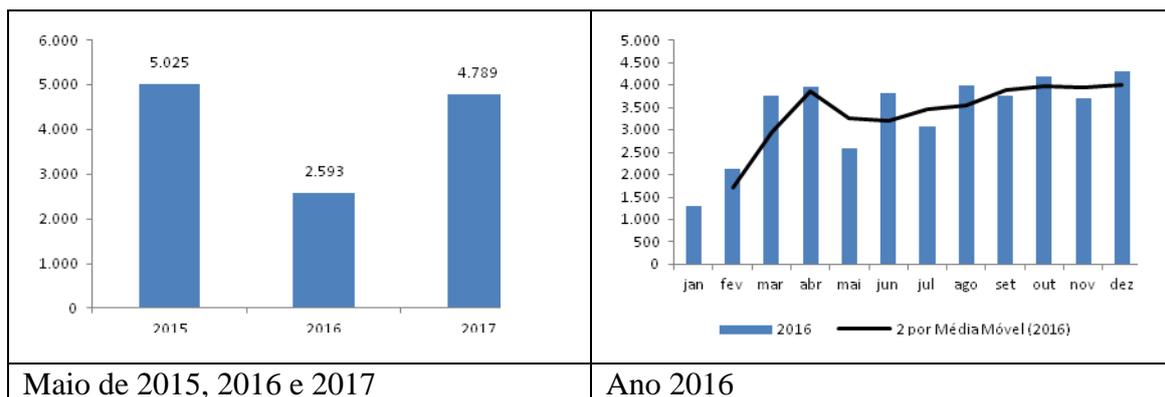


Gráfico 4 – Quantidade de atendimentos ambulatoriais - HUCF

Fonte: HUCF

De fato, os serviços internos foram mais afetados do que os ambulatoriais. A média mensal de internações de pacientes no hospital em análise, desconsiderando o quantitativo de maio, registrou-se em 670. O referido mês computou 230 internações a menos, o que representa uma redução de 34,3%. Essa diminuição foi marcadamente mais acentuada do que a realizada pelos atendimentos ambulatoriais, como dito anteriormente.

A redução do número de intenções evidentemente afetou outros tantos indicadores. Nesse caso, logicamente fez com que o número de pacientes/dia também diminuísse, levando a consequente redução da taxa de ocupação hospitalar, como será demonstrado mais a frente. Além disso, se observou que os cuidados com os pacientes internados também foram afetados, isso porque no mês de ocorrência da greve o tempo médio de permanência dos pacientes se elevou. Esse fenômeno evidencia que as altas hospitalares se retardaram no referido período.

Em suma, a falta de pessoal ocasiona uma lentidão no tratamento, já que os procedimentos são realizados por um número reduzido de profissionais, isso ocasiona uma demora inevitável nas altas hospitalares, além de reduzir o número de atendimentos.

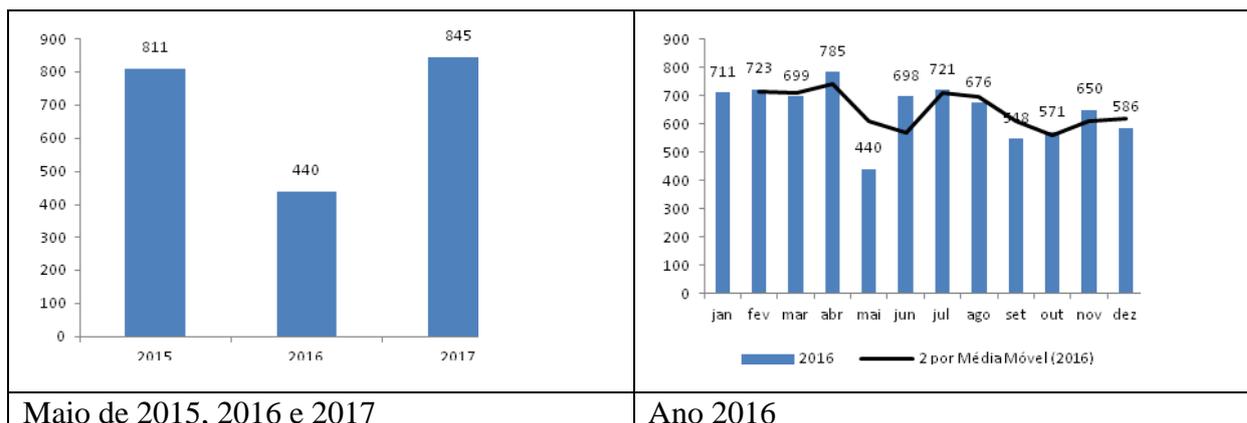


Gráfico 5 – Quantidade de internações - HUCF

Fonte: HUCF

Contudo, os serviços de internação não foram os mais afetados com a paralisação dos servidores hospitalares, o movimento foi particularmente mais severo para os atendimentos de urgência e emergência, aqueles que ocorrem no Pronto Socorro. Comparando com uma média mensal de 5.546 atendimentos dessa modalidade no ano em observação, houve uma redução de 2.896 atendimentos, o que representa

uma diminuição percentual de 52,2%. Ou seja, mais da metade dos atendimentos deixaram de ser realizados pelo pronto socorro no mês de maio de 2016.

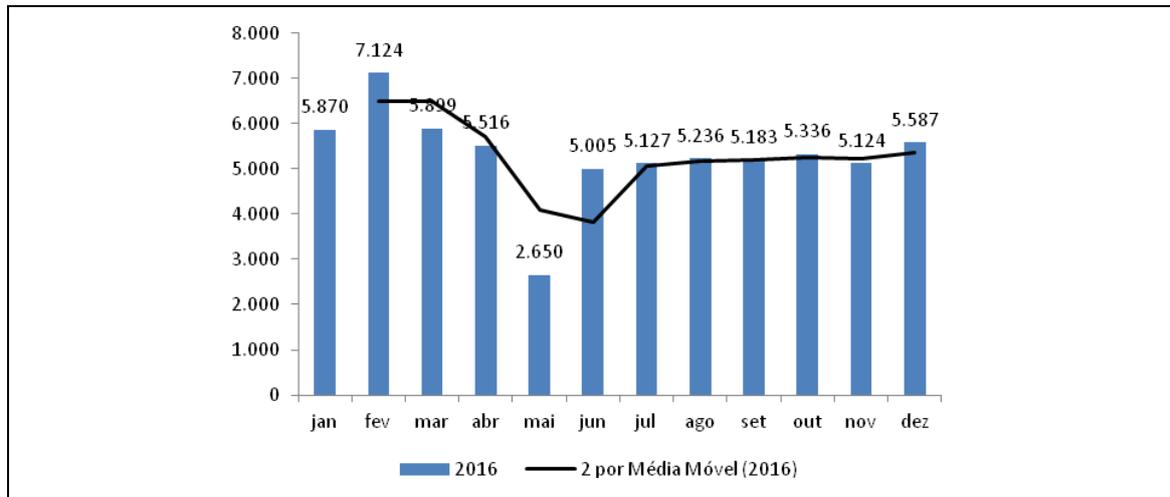


Gráfico 6 - Quantidade de atendimentos de urgência e emergência realizados pelo HUCF - 2016
 Fonte: HUCF

Esse fenômeno se explica devido o Pronto Socorro ser a porta de entrada dos serviços hospitalares, sendo o instrumento estratégico mais visado pelos grevistas. Ou seja, como o objetivo da greve é diminuir os atendimentos no hospital, concentram-se os esforços na porta por onde entram os pacientes, notadamente o Pronto Socorro.

Porém, tal estratégia desconsidera o fato de os serviços de urgência e emergência serem os mais importantes e necessários para a sociedade que busca o hospital. As tentativas de ganhos com os movimentos são utilizadas ao custo dos pacientes que precisam de atendimento imediato, que não podem esperar. Nesses casos, os pacientes que demandam serviços de urgência e emergência são alocados a outros hospitais que corriqueiramente se encontram também operando além do limite de suas capacidades.

A taxa de ocupação hospitalar é um importante indicador para avaliar os atendimentos internos em relação à capacidade instalada, esse indicador evidencia a relação entre pacientes internados e a quantidade de leitos disponíveis para a internação. De acordo com o Ministério da Saúde, a taxa de ocupação hospitalar é:

A relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo de leitos/dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras (Ministério da Saúde, 2002).

O cálculo desse indicador ocorre segundo a seguinte fórmula:

$$\frac{\sum \text{Número de pacientes/dia}}{\sum \text{Número de leitos/dia}} \times 100$$

Figura 2 – Fórmula da taxa de ocupação hospitalar
 Fonte: Ministério da Saúde

A queda de 34,3% do número de internações em relação à média mensal é refletida no declínio da taxa de ocupação. Entre os meses de 2016 exceto maio, a taxa média de ocupação no HUCF foi de 85,9%. Tal média denota um indicador favorável já que a meta prevista para a taxa de ocupação hospitalar naquele ano era de 80%. Todavia, o mês de ocorrência da greve registrou taxa de ocupação de 58,9%. O que significa uma redução de 21,1 pontos percentuais em relação à meta e queda de 27,0 pontos quanto à média dos meses do mesmo ano e 26,5 pontos a menos que o registrado em maio do ano anterior (2015). Tais números denotam um esvaziamento expressivo do hospital.

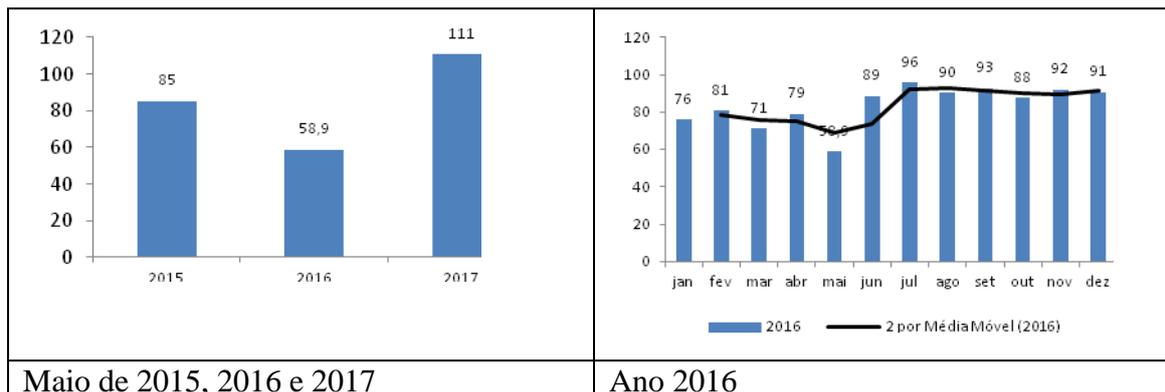


Gráfico 7 – Taxa de ocupação hospitalar - HUCF

Fonte: HUCF.

Deve-se lembrar que a taxa de ocupação só não foi menor no mês de manifestação da greve devido o aumento do tempo médio de permanência dos pacientes. Destarte, como se elevou o tempo em que os pacientes permaneceram internados, impediu que a taxa de ocupação caísse ainda mais.

Os quatro primeiros meses de 2016 mostraram taxa de ocupação inferiores a média do ano. Esse fato é explicado pela queda do tempo médio de permanência nesses meses, informando que a quantidade de pacientes internados não reduziu nesses meses, mas sim, o número médio de dias em que os pacientes permaneceram internados. Isso pode ser evidenciado pela Figura 5 que mostra o número de pacientes/dia.

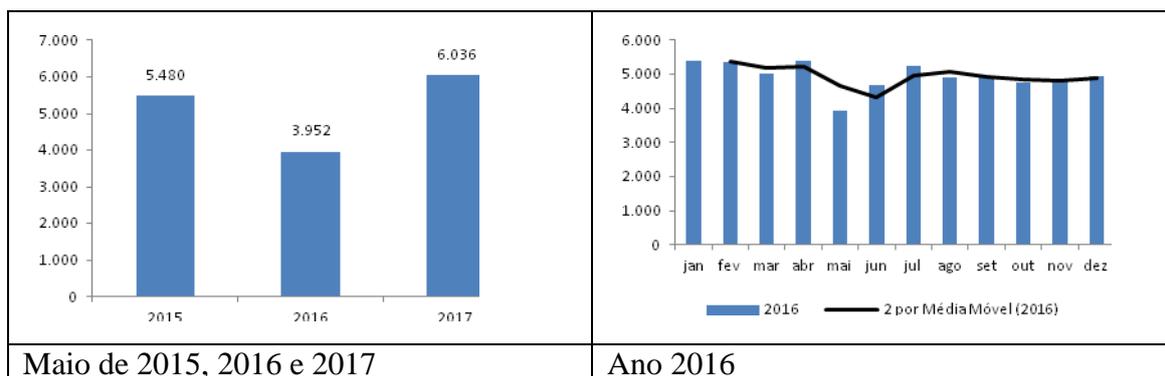


Gráfico 8 – Quantidade de paciente/dia considerando a periodicidade mensal - HUCF

Fonte: HUCF

Tal fenômeno, contudo, não se deu no mês de maio, quando a taxa de ocupação se despontou como a menor do ano e a média de permanência se posicionou como a maior, como dito anteriormente. Ou seja, além da greve afetar a redução do quantitativo

de atendimentos, ela impacta na qualidade dos atendimentos que permanecem sendo realizados. Isso está posto no fato de que as altas hospitalares demoram mais tempo para serem efetivadas, devido à redução do quadro de pessoal na assistência hospitalar, elevando então o período de internação dos pacientes, como dito anteriormente.

A média de permanência em maio de 2016 se posicionou 1,2 dia acima da média do ano e 2,1 dias além do que foi demonstrado em maio de 2015. Isso também é evidenciado na Taxa de infecção hospitalar. No período da greve ela se despontou superior ao dobro da média do ano. Enquanto que durante o curso do ano de 2016 a média mensal da taxa de infecção registrou-se em 4,1%, em maio do mesmo ano ela aumentou para 8,4%.

Tais dados demonstram que a redução do quantitativo de servidores no exercício profissional impacta de forma aguda a manutenção dos serviços prestados a população. Deixa-se de atender a um contingente expressivo de pessoas, principalmente aquelas que mais precisam do trabalho hospitalar, nos casos dos pacientes da urgência e emergência. Além disso, o trabalho da assistência efetivado aos pacientes que conseguem atendimento também é substancialmente abalado, retardando a alta hospitalar e elevando a incidência da infecção hospitalar.

Não se quer dizer com isso, que, por afetar drasticamente a manutenção dos serviços hospitalares os trabalhadores não devam realizar greve. Ao contrário, greve é um direito constitucional dos trabalhadores, mesmo que não regulamentado no caso dos funcionários públicos, ainda assim, a eles trata-se um direito mantido culturalmente, com dito anteriormente. Ademais, como expresso por Garcia (2018, p. 1413), “greve é uma forma de solução de conflito coletivo do trabalho, ou seja, por meio de autodefesa, por ser uma reação contra a resistência do empregador diante da reivindicação de melhores condições de trabalho”.

E foi exatamente nestes termos que se deu a greve de 2016 no HUCF. Ademais, os trabalhadores retornaram as suas atividades após uma negociação com o Governo do Estado de Minas Gerais, onde os termos se davam na possibilidade de atendimento às reivindicações em caso de haver disponibilidade no orçamento. O que não ocorreu, levando ao não cumprimento daquilo que foi negociado. Ainda assim, os trabalhadores não retornaram com o movimento de greve.

Entende-se então, que dada à relevância e premência dos serviços de saúde, além da pressão exacerbada e inexorável a qual se submetem os trabalhadores dessa área, é fundamental a valorização das categorias profissionais ligadas à referida ceara profissional, a ponto do movimento grevista não se fazer necessário.

De modo que, os prejuízos causados à prestação dos serviços hospitalares não devem ser atribuídos aos trabalhadores simplesmente, é necessário que as práticas de suas atividades laborais sejam avaliadas com cuidado, com a finalidade de diminuir os casos de acidente com o trabalho, o absenteísmo ocasionado por estresse, por sinal uma das maiores causas de afastamento dos trabalhadores da saúde, e propiciar um ambiente de trabalho tranquilo e agradável, motivando os trabalhadores e propiciando a satisfação no desenvolvimento de suas tarefas funcionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso apresentado se torna particularmente interessante devido ao fato do movimento de greve ter durado um mês exato. Isso facilita a análise dos efeitos da greve, já que geralmente os dados gerenciais mais importantes tem periodicidade mensal. Esses dados mostram de forma evidente que em um mês de efetivação do

movimento de greve em um complexo hospitalar e ambulatorial afeta sensivelmente a quantidade e a qualidade dos serviços prestados. Diminuindo de forma aguda o número de atendimentos, a taxa de ocupação hospitalar e, conseqüentemente, a quantidade de procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados. Afetando ainda o tempo de duração das internações de pacientes e a própria taxa de infecção hospitalar.

É evidente que no caso de uma unidade hospitalar de relevância regional, como a do caso em análise, esses dados se fazem sentir na vida prática dos indivíduos que buscam os já escassos serviços públicos de saúde. Caberia perguntar então, de quem é a responsabilidade?

A avaliação do caso em evidência faz concluir ainda que, devido a importância do sistema de saúde na atualidade, com atenção a centralidade e o protagonismo alcançado pelo hospital como unidade de cuidados, conseqüentemente a importância dos profissionais que nele trabalham, na tentativa de tornar possível o atendimento do valor social de cuidar da própria vida da pessoa humana, é imperativo voltar a atenção para os profissionais da saúde. Observar sua carga de trabalho, os instrumentos disponíveis para se efetivar os procedimentos terapêuticos necessários e, principalmente, o cuidado com a saúde daqueles que cuidam dos outros.

Esse é um dever indelegável dos gestores do sistema de saúde e dos gestores hospitalares. Os efeitos das greves nos hospitais não podem ser tão somente atribuídos aos trabalhadores, eximindo os gestores de suas responsabilidades em avaliar a execução do trabalho. É importante tratar a manutenção do trabalho nos serviços hospitalares como algo prioritário, já que o objeto desse trabalho se faz prioritário como valor socialmente constituído no mundo ocidental.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de nomenclatura do censo hospitalar**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços de saúde**. 4.ed. Porto: Edições apontamentos, 2005.
- CARDOSO, Adalberto Moreira. Dimensões da crise do sindicalismo brasileiro. *In: Caderno CRH*. n.75, v.28, Salvador, 2015.
- CASSAR, Vólia Bomfim. **Direito do trabalho**. 13.ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2017.
- DELGADO, Maurício Godinho. **Curso de direito do trabalho**. 17.ed. São Paulo: LTr, 2018.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIECONÔMICOS. **Sistema de acompanhamento de greves**. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/>>. Acesso em maio de 2018.
- FREIDSON, Eliot. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Unesp, 2009.
- GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. **Curso de direito do trabalho**. 12.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.
- HELMAN, Cecil G. **Saúde, cultura e doença**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLMENTE DE FARIA. **Histórico**. Disponível em: <<http://hucf.unimontes.br/>>. Acesso em: junho de 2018.
- NORONHA, Eduardo G. Ciclo de greves, transição política e estabilização: Brasil, 1978-2007; *In: Lua nova: revista de cultura e política*. n. 76, v.1. São Paulo, 2009.
- WEBER, Max. **Economia e sociedade**. Brasília: UNB, 1999.
- WEBER, Max. Rejeições religiosas do mundo e suas direções. *In: _____*. **Ensaio de Sociologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2010.
- ZANCHI, Marco Túlio, ZUNGO, Paulo Luiz. **Sociologia da saúde**. 2.ed. Caxias do Sul: Educs, 2010.

Recebido para publicação em 21 de junho 2018
Aceito para publicação em 23 de agosto de 2018