

Carta aberta

à Reitoria da Universidade Federal do Vale do São Francisco,
à Pró-reitora de Pós-graduação da Universidade Federal do Vale do São Francisco
à Superintendência do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco,
à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde,
à Comissão Nacional de Residência Médica,
à Comissão de Residências Multiprofissionais em Saúde da Universidade Federal do Vale do São Francisco,
à Coordenação de Residências Médicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco,
à Ouvidoria da Ebserh,
ao Conselho Regional de Medicina - PE,
ao Conselho Regional de Enfermagem - PE,
ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional,
ao Conselho Regional de Farmácia - PE
ao Conselho Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde,

Considerando o desentendimento ocorrido durante reunião institucional na tarde do dia 01 de Dezembro de 2020, na cidade de Petrolina - Pernambuco, no auditório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF), para discussão de pautas pertinentes às residências da área de enfermagem, farmácia, fisioterapia e medicina, dentre elas, sobre o Ofício Circular GEP/HU-UNIVASF nº 54/2020, assinado pelo Gerente Marcos Duarte, que descreve o “novo fluxo de controle de acesso”, colocando como autorizada a entrada do residente no Hospital somente até às 08 horas e proibindo a entrada após esse horário;

Considerando a residência como espaço de pós-graduação no âmbito da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), regido pelo Estatuto de Resolução Nº 01/2019 e pela Portaria Nº 148 de 10 de agosto de 2012;

Considerando o vínculo da Residência Multiprofissional e Uniprofissional ser constituído nos termos da legislação junto à Comissão de Residências Multiprofissionais em Saúde (COREMU) instituída pela Resolução Nº 07/2018 e fundamentada na Lei Nº 11.129 de 30 de junho de 2015;

Considerando o vínculo da Residência Médica ser constituído nos termos da legislação junto à Coordenação de Residências Médica (COREME) fundamentado no Decreto Nº 80.281 de 05 de setembro de 1977;

Considerando o Código de ética médica descrito na Resolução CFM Nº 1.931, de 17 de setembro de 2009;

Considerando os Direitos e Responsabilidades do RESIDENTE presentes nos regimentos descritas acima, onde deve ser assegurado aos mesmos condições de ensino e de realização de trabalhos práticos; Ser amparados e acompanhados, durante todas as

atividades de cunho técnico-prático, pelo preceptor; O acesso aos equipamentos, serviços complementares de diagnósticos; Ser tratado com cordialidade e respeito; Dentre outros;

Considerando a função da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), segundo o próprio regimento supracitado, restringir-se a **“responsabilidade de apoiar a formação em serviço dos residentes, dispondo de infraestrutura física e administrativa de apoio necessários para o funcionamento das residências, oferecendo as condições para a condução de excelência dos programas enquanto cenários de prática para os residentes”**;

Logo,

Fica explícito não ser função da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) aplicar sanções aos residentes. O vínculo do residente é com a instituição contratante, a Univasf, portanto, os ritos administrativos impostos pela GEP estão equivocados. Cabendo às comissões de residência aplicar medidas disciplinares quando pertinente e em forma de advertência escrita, obedecendo o fluxo pré-estabelecido na resolução e com garantia, ao residente, do direito a defesa.

No que diz respeito à restrição de residentes de medicina ao ambiente no qual atuam, é importante salientar, sobre o parecer 36 de 2015, no qual o Conselho Federal de Medicina é categórico em afirmar que **“aos médicos não pode ser negado, em nenhuma hipótese, o ingresso nas unidades de saúde”**.

Além disso, o método punitivo utilizado se encontra obsoleto, sendo necessário reflexão para formação dos profissionais componentes de uma Gerência de Ensino e Pesquisa, principalmente o referido nesta carta, para se atentar às novas formas de educação, com aprendizado significativo e colaborativo, no sentido de que os profissionais residentes devem ser ativos no processo de planejamento de atividades de Ensino e Pesquisa, não sendo tratados como inferiores e indiferentes ao processo de tomada de decisão.

Ademais, a Gerência de Ensino e Pesquisa vem apresentando tentativas de regular as atividades dos residentes no hospital de forma unilateral, com pouco estímulo ao ensino e pesquisa, limitando o acesso e a assistência dos residentes ao hospital como consta em documento público supracitado. Nas vinte e uma páginas do regimento da referida Gerência não se encontra previsão de autoridade ou atribuições que a mesma almeja. Nessa investida da GEP em realizar as atividades da COREME, travou-se um embate, onde essa desarticulação coloca os residentes em prejuízo com relação às suas atividades acadêmicas/assistencialistas. A articulação entre a Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UNIVASF com a COREME e COREMU é fundamental para o bom funcionamento das residências em saúde desenvolvidas no HU-UNIVASF. Nesse sentido, os constantes desentendimentos entre assistência e Gerência nessa instituição precisam ser imediatamente resolvidos.

É preciso insistir que o papel do residente se difere daquele dos funcionários contratados pela EBSEH. Logo, nosso papel não é trabalhar para o Hospital Universitário,

mas se formar a título de especialização *Latu Sensu*, com qualidade garantida e obedecendo a legislação que está claramente posta para esse fim. Portanto, confusões de atribuições não deveriam ser feitas, principalmente pela Gerência (GEP), no qual mais deveria saber o papel do residente e qual a sua função no espaço institucional em que se coloca.

Com relação ao papel dos residentes na assistência, têm ocorrido situações onde a atual gestão do HU-UNIVASF se faz valer de meios extraoficiais, de forma interpessoal e por meio de redes sociais para transmitir informações pertinentes ao funcionamento do serviço, muitas vezes sem uniformização, oficialização e com devida referência institucional da informação transmitida. Não é garantido o acesso dessas informações a todos os trabalhadores, como também não é explicitada a procedência e a autoria das mesmas. A exemplo disso, a recente suspensão de exames de imagem para pacientes não internados e de alguns ambulatorios aconteceu de forma não oficializada, na qual diversos médicos receberam essas orientações de funcionários terceirizados e via whatsapp. Este tipo de conduta não justificada leva a falhas de comunicação cruciais na execução do serviço.

Apesar da existência de fluxos de acesso garantidos ao hospital, os quais incluem SAMU, Corpo de Bombeiros, Unidade Básica de Saúde (UBS), Central de Regulação Interestadual de Leitos, demanda espontânea e pacientes egressos, como descrito na Carta de Serviços ao Cidadão (disponível no site HU-UNIVASF), este mesmo acesso é constantemente ameaçado pela ocorrência de frequentes mudanças na orientação recebida pelos profissionais residentes quanto a como conduzir estes fluxos, muitas vezes de forma informal e desconhecida. Afeta e prejudica não somente as residências intra hospitalares como a de Saúde da Família e Comunidade.

Ao longo do tempo o HU ampliou seu caráter assistencial, com diversas especialidades e residências, tendo hoje papel essencial e indispensável para a população do Vale do Médio do São Francisco. Apesar disso, convivemos com frequentes desencontros de informação que levam a impedimentos na atuação de diversas residências, tanto no que tange ao atendimento à população como para aprendizado dos residentes. A exemplo disso, houve limitação do acesso de pacientes ao HU-UNIVASF para realização de acessos vasculares complexos e outros procedimentos vasculares de alta complexidade, trazendo prejuízo aos pacientes que no momento não possuem outro serviço com disponibilidade para realização destes, em risco de complicações agudas e crônicas decorrentes dessa falta de assistência. Citamos ainda as limitações de perfil assistencial e cirúrgico na residência de Cirurgia Básica. A ausência dos ambulatorios especializados para a residência de Ortopedia. E a supervisão por vezes ausente as atividades dos residentes seja em atendimento ambulatorial ou de emergência. Sempre em caráter extraoficial sob justificativa da pactuação original do hospital que já não mais representa a realidade do mesmo ou da população.

Nesse mesmo sentido, a autonomia do profissional residente, na forma de suas diversas condutas junto às equipes assistenciais, é ameaçada. Há influência de partes gestoras em variadas esferas da assistência multiprofissional, interferindo no fluxo dos pacientes e prejudicando seu seguimento desde a admissão até a alta. É porventura restrito aos residentes médicos o internamento de pacientes e a habilidade de gerir seus leitos de especialidade, de forma que desde o acolhimento há restrições para a entrada de pacientes

no serviço, sob a alegação de que os mesmos não estariam no perfil de atendimento do hospital ou não poderiam ser atendidos neste hospital por não serem domiciliados na cidade de Petrolina/PE. É ignorada a indicação médica de internamento, recusando acesso mesmo àqueles pacientes provenientes dos ambulatórios do HU-UNIVASF e com programação já definida, seja para tratamento específico de comorbidades ou para investigação e realização de procedimentos. Há recusa também, pela equipe gestora, à dispensação de tratamentos específicos indicados pela equipe assistente, não havendo primor pelo tratamento padrão ouro preconizado pelos especialistas de diversas áreas que fazem parte das equipes médicas e acompanham diariamente os pacientes e sua evolução clínica. Ainda nesse sentido, os residentes de áreas cirúrgicas são assediados pela gestão a encaixar na agenda de procedimentos eletivos diversos casos de urgência com grande potencial de complicações.

A chefia da gestão hospitalar por vezes instrui aos profissionais do “Acolhimento com Classificação de Risco” da emergência que encaminhem estes pacientes para outros serviços fora do hospital sem atendimento médico. Certas vezes é negado o atendimento por profissionais da recepção, sem ao menos ser realizada classificação de risco e acolhimento. Nestes casos, não é realizada abertura de ficha de atendimento, o paciente não é avaliado por nenhum profissional médico e os mesmos são liberados à própria sorte para tentar acesso ao sistema de saúde sem avaliação médica ou encaminhamento adequado, o que causa atraso importante na condução de pacientes potencialmente graves. Essas condutas entram em contradição com a Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e se opõem duramente ao princípio doutrinário de Universalidade de acesso.

A gestão de transferência intersetorial de pacientes internados também sofre demasiada interferência da gestão, muitas vezes passando por cima de recomendações da equipe assistencial e dando prioridade à rotatividade de leitos, em especial leitos cirúrgicos, mesmo em momentos de ocupação submáxima. A autonomia para decisão de prioridade para vagas é comumente quebrada, com a gestão reservando vagas com critérios diferentes daqueles escolhidos pela equipe de saúde, sendo priorizados pacientes muitas vezes menos urgentes e específicos de cada especialidade. Do ponto de vista das residências, esta falta de autonomia para gestão de leitos leva a um déficit importante no aprendizado de cada especialidade, que se vê por vezes conduzindo casos pouco pertinentes àquela área de atuação em detrimento a pacientes cujos casos seriam significativamente mais produtivos para a formação de especialistas.

Nesse contexto, a visita multiprofissional de cada setor, cujo intuito original seria a elaboração de um plano terapêutico individualizado, acaba se tornando um meio de propagação da má prática citada previamente, onde se tem a gestão interferindo ativamente na assistência. Esta visita, tanto na UTI como nas enfermarias, é marcada exclusivamente pela atuação do médico plantonista/evolucionista, explicando à Gerência de Atenção à Saúde a razão dos pacientes ainda estarem internados na unidade. A equipe é por vezes orientada a tomar condutas diferentes daquelas pactuadas com base nos protocolos assistenciais, incluindo até mesmo altas precoces nem sempre com as condições clínicas compatíveis para tal. Além da autonomia das equipes, a interdisciplinaridade é também posta à prova nestes momentos, visto que a equipe multidisciplinar é diversas vezes ignorada na definição de planejamentos dessas visitas, mesmo na UTI.

Ainda no cenário de práticas dos residentes, nos últimos meses temos vivido escassez de recursos essenciais à assistência do HU Univasf, o qual deixa de oferecer condições mínimas/adequadas para o desenvolvimento seguro das atividades. Isso significa dizer que muitas vezes não são minimamente oferecidos os EPIs adequados para cada caso específico, inclusive em situações de patologias com alto índice de contágio e periculosidade. Há demora na orientação formal e concreta de como proceder diante dessas situações, sendo exigido independentemente que seja realizado o atendimento, demonstrando desinteresse da gestão para com o resguardo dos residentes de eventuais acidentes, considerando que não possuímos vínculo trabalhista com a instituição, bem como as apólices de seguro não cobrem acidentes causados por procedimentos realizados sem utilização de EPI adequado.

Há exemplos de variadas situações ocorridas, e não documentadas, envolvendo falta de insumos básicos. O fornecimento de máscaras PFF2, por exemplo, de deveras importância no atual momento de pandemia, se dá de forma burocrática e custosa, por vezes atrasando a realização das atividades e pondo em risco aqueles que não estiverem dispostos a tal. Em outra ocasião, os funcionários do HU-UNIVASF foram submetidos a usar luvas não hospitalares. O fato limitou a execução de procedimentos e, até mesmo, do atendimento ambulatorial. A seguir, listamos EPIs em falta e/ou em racionamento no HU-UNIVASF percebido a partir do mês de julho de 2020, com piora significativa em novembro:

- Luvas de procedimentos tamanho P e M;
- Luvas estéreis de tamanho 6,5, 7 e 7,5;
- Toucas descartáveis;
- Máscaras cirúrgicas;
- Máscaras PFF2

Além dos EPIs, indispensáveis para o devido atendimento ao paciente, há também diversos períodos em que há falta de materiais para realização de procedimentos assistenciais, levando a atrasos significativos na condução e danos ao paciente. Segue relação de alguns destes:

- Sondas vesicais de demora de tamanhos 20, 18 e 16;
- Seringas de 5ml;
- Cânula de traqueostomia metálica de diversos tamanhos (ex: 4 e 5 longos);
- Cateter eletrodo para marcapasso transvenoso;
- Agulhas para mielograma e biópsia de medula óssea;
- Agulhas para punção lombar (especialmente tamanho 22G);
- Cateter e drenos para punção percutânea.
- Próteses vasculares
- Cateter de PIC

Existem insumos que precisam de tamanhos diversos pois a falta de tamanhos adequados dificultam a assistência de qualidade e podem trazer prejuízos à segurança e saúde do paciente e do profissional.

É importante, mais uma vez, ressaltar que a residência se constrói num contexto de pós-graduação, que no presente cenário de pandemia se viu afetada grandemente em sua

esfera organizacional. Houve pouco empenho das partes responsáveis para a garantia da efetivação da carga horária teórica prevista, sendo esta duramente negligenciada. O residente é orientado a atuar na assistência durante toda a sua carga horária de 60 horas semanais, ultrapassando a carga horária prática prevista em regimento em detrimento à carga horária teórica também necessária para conclusão do programa.

Ainda no contexto da pandemia de COVID-19, foi realizada contratação emergencial de equipe para o atendimento específico destes pacientes. Ao longo do ano, com o término de contratos e demissão de diversos destes profissionais, atualmente só consta no quadro dois médicos plantonistas para o atendimento de pacientes em isolamento respiratório na emergência e enfermarias, com carga horária semanal de 24h. Com esta escala descoberta, ficou a cargo dos residentes médicos, sem qualquer adicional de insalubridade e tendo que lidar com as eventuais faltas de insumos já citadas previamente, também realizar a evolução diária destes pacientes, bem como muitas vezes prestar o atendimento às intercorrências dos mesmos. As chefias alegam que outros profissionais não podem realizar o atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19 devido não terem o adicional de 40% de insalubridade que os médicos do processo seletivo emergencial possuem, ignorando por completo o fato de residentes também não o terem e alegando que a bonificação recebida do Governo Federal no programa “O Brasil Conta Comigo” seria destinada a isso. Apesar disso, é descrito na Portaria Nº 2.654, de 1º de outubro de 2020 que o valor recebido pelos residentes (o qual totaliza em torno de apenas 20% do valor bruto da bolsa paga mensalmente) não se destina a cobrir custos de insalubridade, mas apenas a título de bonificação enquanto durar a situação de emergência de saúde pública.

Por fim, através desta, os residentes do HU-UNIVASF tomam a posição de se recusar a se submeter às imposições trazidas pela GEP, não nos sujeitando a assédios de nenhum tipo e reafirmando nossa posição de subsidiários da COREME/COREMU e da Pró-reitoria de Pós-graduação da Univasf. Aproveitamos para, diante do esclarecimento sobre o real papel da GEP no fomento às atividades das residências, solicitar uma postura mais resolutiva em relação às queixas trazidas neste documento. Nos recusamos a prestar desassistência aos pacientes, não compactuando com a limitação de atendimentos de qualquer tipo, bem como aos ataques à autonomia das equipes assistenciais, reafirmando nosso compromisso com o Sistema Único de Saúde e com a atenção universal e integral ao usuário.

Atenciosamente,

Assembleia dos Residentes da Universidade Federal do Vale do São Francisco

Petrolina, 7 de Dezembro de 2020