



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROCESSO-CONSULTA PAe Nº 000024.10/2025-CFM – PARECER CFM Nº 5/2026

ASSUNTO: Direito médico; greve; médico residente; paralisação; residência médica.

RELATORES: Cons. Alcindo Cerci Neto e Cons. Bruno Leandro de Souza

EMENTA: O médico residente, ao exercer seu direito de paralisação com base em premissas éticas, assume a responsabilidade de repor a carga horária perdida para a conclusão do programa de residência médica e deve resguardar um contingente de no mínimo 30% dos postos de rodízio já existentes nos setores de emergência.

DA CONSULTA

Trata-se de consulta sobre direitos e deveres de médicos residentes acerca de paralisação de suas atividades e suas repercussões jurídicas. A consulente faz o seguinte relato:

“Sou residente de anestesiologia. Gostaria de solicitar um parecer sobre as implicações legais de uma possível greve realizada por residentes em um hospital. Quais seriam as consequências jurídicas para os residentes? Além disso, gostaria de saber se há alguma normativa ou exigência legal que determine a necessidade de manter residentes disponíveis para atendimentos de urgências e emergências, mesmo durante períodos de greve ou paralisação.”

A justificativa para a solicitação de parecer se fundamenta nos inúmeros problemas que vêm sendo enfrentados em seu serviço e que foram precedidos de denúncias para diversos órgãos como Comissão de Residência Médica (COREME), Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Ministério Público, sem a obtenção de resposta formal, restando aos mesmos a paralisação. Por isso, gostariam de esclarecer as consequências jurídicas desse ato.

Considerando que o último parecer emitido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre a matéria data de março de 2002 — sob a vigência do Código de Ética Médica de 1988 e de versão anterior da Lei de Greve —, entendeu-se necessária a elaboração do presente parecer técnico, a fim de responder às três perguntas formuladas pela consulente:



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- 1) Quais são as implicações legais de uma possível greve realizada por residentes em um hospital?;
- 2) Quais seriam as consequências jurídicas para os residentes?; e
- 3) Há alguma normativa ou exigência legal que determine a necessidade de manter residentes disponíveis para atendimentos de urgências e emergências?

DO PARECER

A Constituição Federal¹, em seu art. 9º, assegura aos trabalhadores o direito de greve em defesa de seus interesses. A legislação sobre o exercício do direito de greve está exposta na Lei nº 7.783, de 28 de junho de 1989², que afirma que a greve trata-se de direito legítimo de paralisação de atividades “de prestação de serviço a empregador”. Nesse esteio, transcreve-se o contido em seu art. 7º:

Art. 7º Observadas as condições previstas nesta Lei, a participação em greve suspende o contrato de trabalho, devendo as relações obrigacionais, durante o período, ser regidas pelo acordo, convenção, laudo arbitral ou decisão da Justiça do Trabalho.

O art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981³, define residência médica como “modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço”.

O Decreto nº 11.999, de 17 de abril de 2024⁴, reforça o caráter acadêmico e regulador da residência médica, assegurando que a relação e a vinculação do residente ocorrem dentro de um sistema de ensino de pós-graduação sob a supervisão e avaliação do Ministério da Educação (MEC) por meio da CNRM – é esta comissão que confere validade e qualidade ao programa de residência.

Depreende-se dessa legislação que o médico residente não mantém vínculo empregatício formal, tampouco vínculo público extensivo ou reconhecido, com a instituição que oferece o programa de residência médica (PRM). Sua relação com a entidade é de natureza estritamente acadêmica, caracterizada como vínculo educacional e formativo, validado pelo MEC por meio do credenciamento na CNRM.

A Lei nº 7.783/1989 não se amolda ao vínculo do médico residente com a instituição que oferta o PRM, pois não há contrato de trabalho público ou privado, não é considerado como força



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

de trabalho ou prestador de serviço, e sua vinculação é como estudante de pós-graduação, regulado pelo MEC.

O art. 7º da Lei nº 6.932/1981 aponta que o cumprimento dos requisitos técnicos para a obtenção de certificado de conclusão de curso está associado ao tempo previsto de curso.

Art. 7º A interrupção do programa de Residência Médica por parte do médico residente, seja qual for a causa, justificada ou não, não o exime da obrigação de, posteriormente, completar a **carga horária total de atividade prevista para o aprendizado**, a fim de obter o comprovante referido no artigo anterior, respeitadas as condições iniciais de sua admissão. (grifos nossos)

Isso quer dizer que, mesmo em situações de direito de afastamento do médico residente, descritas no art. 4º da Lei nº 6.932/1981, para a conclusão do PRM, não basta a aprovação formativa e somativa, mas também o cumprimento do critério “carga horária” fixado das matrizes de competência.

O médico residente, como estudante, tem como objetivo central a aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e competências técnicas ao longo do programa, para aprender uma especialidade ou área de atuação da medicina, conforme estabelecido pela Comissão Mista de Especialidade por meio de resolução específica. Esse treinamento é realizado em serviço, sob supervisão e com responsabilidade compartilhada com seus preceptores e supervisores. Também faz parte do aprendizado do residente o comportamento ético que deve ter com os pacientes, com seus preceptores e com os gestores.

No dimensionamento da força de trabalho em estabelecimentos de saúde, médicos residentes não podem figurar como membros da equipe médica permanente (*staff*) para fins de prestação de serviços.

Do ponto de vista ético-normativo, é princípio fundamental do médico, segundo a Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018⁵ (Código de Ética Médica – CEM, 2019), em seu Capítulo I, item XV, a realização de movimentos de defesa da dignidade profissional. Também é direito fundamental contido no Capítulo II, item V, do CEM:

V – Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, **ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.** (grifo nosso)

E ainda destaca-se o contido nos arts. 7º, 8º e 9º do CEM:

É vedado ao médico: [...]

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Para a análise da aplicabilidade dos arts. 7º, 8º e 9º do CEM, é necessário retornar à Lei 6.932/1981, que em seu art. 1º esclarece:

Art. 1º A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, **sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.** (grifos nossos)

Além disso, a Resolução CNRM nº 16, de 30 de setembro de 2022⁶, esclarece, em seu art. 28, as competências dos preceptores, estando, entre várias, a contida no inciso XXIII “Estar acessível, conforme escala de serviço, nas atividades assistenciais do programa de residência, para dirimir dúvidas do residente na execução das atividades, promovendo o aperfeiçoamento de condutas e procedimentos realizados”. E ainda a Resolução CNRM nº 4, de 12 de julho de 2010⁷, esclarece que “o plantão presencial do Médico Residente sob supervisão de preceptor capacitado é a única modalidade de plantão reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica”. Diante disso, conclui-se que, no caso de rotações em regime de plantão, sempre deve haver um preceptor em supervisão juntamente com os residentes.

A Resolução CNRM nº 2, de 7 de julho de 2005⁸, estabelece que a supervisão permanente de médicos residentes deve estabelecer uma proporção mínima de dois médicos preceptores



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

para cada três residentes. Ou seja, em unidades de pronto-atendimento e emergência deve haver dois plantonistas supervisionando três residentes. São unidades onde não se consegue estabelecer o dimensionamento entre o fluxo de atendimentos e o número de pacientes atendidos. Na prática, os médicos preceptores plantonistas cumprem dupla função, de atendimento a urgências e emergências e de supervisão dos residentes. Isso tornando peculiar, do ponto de vista técnico, esse campo de estágio de médico residente.

Diante do exposto, médicos residentes realizam atividades formativas sob supervisão direta ou indireta em todas as áreas de seu campo de estágio, devendo sempre haver um preceptor responsável por discutir casos, orientar condutas e auxiliar nos atendimentos a pacientes. De tal sorte, os arts. 7º, 8º e 9º do CEM se aplicam de forma compartilhada ao binômio preceptor/residente sob a coordenação do primeiro. Ou seja, na falta de residente, a responsabilidade técnica do atendimento recai sobre o preceptor.

O Parecer CFM nº 20/2002⁹ esclareceu que movimentos médicos reivindicatórios de melhores condições de trabalho e remuneração, mesmo que promovidos por médicos residentes, configuram-se como éticos, ressalvadas as situações caracterizadas nos arts. 24 e 35 do CEM. É importante destacar: “As autoridades competentes serão informadas com 72 horas de antecedência, em virtude das adequações necessárias da instituição ou do sistema de saúde no sentido de minorar o impacto negativo deste período junto aos pacientes”.

É fundamental que a supervisão e o reforço necessários sejam providenciados pelos preceptores e pela direção técnica, sendo vedado o deslocamento de residentes para a criação de novos plantões ou para áreas onde não havia supervisão prévia ou estágios de rodízio.

O Parecer CREMESP nº 176.477/2020¹⁰ também considerou que há possibilidade de paralisação da atividade médica prevista no CEM: o planejamento de cobertura de setores de urgência/emergência e terapia intensiva devem ser mantidos com os preceptores que lá atuavam presencialmente junto com os residentes, mas sem qualquer criação de novos plantões em locais onde não rodizavam médicos residentes.

Em unidades de terapia intensiva preconiza-se o dimensionamento de um plantonista para cada dez pacientes. Assim, entende-se que a ausência de médico residente não altera a dinâmica de atendimento a pacientes internados. No caso de unidades de emergência não há



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

como modular o atendimento, pois todos os residentes e preceptores realizam atendimento em conjunto.

Assim, apesar de a paralisação ser garantida em termos éticos e não haver vinculação direta do movimento dos médicos residentes com a lei de greve, é necessário, juntamente com os diretores técnicos e clínicos e preceptores que atuam em conjunto com os médicos residentes nas áreas de urgência, emergência, o estabelecimento de um planejamento técnico prévio que não gere risco de morte de pacientes e que esteja de acordo com o contido nos artigos do CEM citados.

Embora o médico residente escalado para a emergência deva colaborar com a manutenção do contingente mínimo durante o movimento paralista, essa obrigação não é absoluta e depende intrinsecamente da viabilidade técnica do serviço. A exigência de manter o funcionamento essencial pressupõe que a instituição forneça a estrutura, os insumos e a segurança indispensáveis para um atendimento ético. Portanto, caso a unidade de emergência não apresente condições estruturais mínimas para a realização de ato médico seguro, o residente não pode ser compelido a cumprir qualquer cota, uma vez que a precariedade institucional inviabiliza a própria assistência, independentemente da adesão à greve.

DA CONCLUSÃO

A residência médica é definida como uma modalidade de ensino de pós-graduação sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço (Lei nº 6.932/1981). O vínculo do médico residente com a instituição é acadêmico, sem caracterização de contrato de trabalho público ou privado. Por não haver vínculo empregatício formal, a Lei de Greve (Lei nº 7.783/89), em tese, não se aplica diretamente ao caso em análise.

Não sendo força de trabalho, médicos residentes não podem entrar no cálculo de contingente médico para a manutenção dos serviços hospitalares, sendo necessária a designação de preceptores para acompanhamento supervisionado desses médicos durante todo o tempo de seus estágios.

O movimento de paralisação por médicos residentes, motivado por problemas enfrentados no serviço e pela ausência de respostas a denúncias, é considerado justo e ético, estando respaldado pelo CEM, que assegura o direito de suspender atividades em defesa da



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

dignidade profissional e quando a instituição não oferece condições adequadas para o exercício profissional ou remuneração justa (Capítulo II, V, do CEM).

No caso de setores de emergência onde a atuação de preceptores e residentes ocorre de maneira conjunta, não havendo possibilidade de dimensionar o movimento de pacientes mediante situações que podem colocar em risco a vida da população lá atendida, deve ser mantido um contingente mínimo dos médicos residentes. Na ausência de normatização específica, deve ser seguido, por analogia, o que consta da legislação relacionada a movimentos de greve: 30% dos postos de rodízio já existentes, com no mínimo um residente em escala juntamente com os preceptores.

DA RESPOSTA AOS QUESTIONAMENTOS

1) Quais são as implicações legais de uma possível greve realizada por residentes em um hospital?

A legislação sobre o exercício do direito de greve, exposta na Lei nº 7.783/1989, não é aplicável no caso de paralisação dos médicos residentes. Do ponto de vista ético (CEM), o movimento é legítimo como defesa da dignidade profissional, desde que estabelecido em bases justas e éticas.

Para conciliar o direito à manifestação com o dever ético, a paralisação deve ser precedida de comunicação formal e imediata ao Conselho Regional de Medicina, às autoridades da instituição (direção técnica e COREME) e à autoridade sanitária da jurisdição, com pelo menos 72 horas de antecedência, visando permitir o planejamento da retaguarda necessária pela Instituição e pelos preceptores.

No caso de setores de emergência onde a atuação de preceptores e residentes ocorre de maneira conjunta, não havendo possibilidade de dimensionar o movimento de pacientes mediante situações que podem colocar em risco a vida da população lá atendida, deve ser mantido um contingente mínimo dos médicos residentes. Na ausência de normatização específica, deve ser seguido, por analogia, o que consta da legislação relacionada a movimentos de greve: 30% dos postos de rodízio já existentes, com no mínimo um residente em escala juntamente com os preceptores.

É fundamental que a supervisão e o reforço necessários sejam providenciados pelos preceptores e pela direção técnica, sendo vedado o deslocamento de residentes para a criação de novos plantões ou para áreas onde não havia supervisão prévia ou estágios de rodízio.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

2) Quais seriam as consequências jurídicas para os residentes?

Qualquer paralisação, independentemente de sua legalidade ou motivação, impõe ao residente a obrigação de posteriormente completar a carga horária total prevista para o aprendiz, a fim de obter o certificado de conclusão (art. 7º da Lei nº 6.932/1981). Essa reposição pode ser objeto de acordo com a COREME e com as supervisões dos PRM, sempre se observando as normativas da CNRM. Deve ser observado também o dever de prezar pelo zelo com a formação acadêmica em serviço e a redução da exposição a risco de morte e de dor dos pacientes. Eventuais avaliações de mérito podem ser realizadas do ponto de vista administrativo pela COREME, pela CEREM e pela CNRM, além dos comitês de ética local ou regionais.

3) Há alguma normativa ou exigência legal que determine a necessidade de manter residentes disponíveis para atendimentos de urgências e emergências?

Não existe normativa legal que trate especificamente da disponibilidade de residentes para atendimento de emergência. No entanto, levando-se em consideração que são setores críticos, com risco de desatendimento de pacientes, de difícil dimensionamento e que nesses setores os preceptores também realizam atendimento, do ponto de vista ético e prudencial, sugere-se um planejamento juntamente com a COREME e com a direção técnica do hospital para manutenção de pelo menos 30% dos postos de rodízio nos setores de emergência existentes.

Em síntese, o médico residente, ao exercer seu direito de paralisação com base em premissas éticas, assume a responsabilidade de repor a carga horária perdida e deve resguardar um contingente de no mínimo 30% dos postos de rodízio nos setores de emergência, com no mínimo um residente, e comunicar o movimento ao CRM e autoridades sanitárias com no mínimo 72 horas de antecedência.

Esse é o parecer, S.M.J.

Brasília, 12 de fevereiro de 2026.

ALCINDO CERCI NETO
Conselheiro Relator

BRUNO LEANDRO DE SOUZA
Conselheiro Relator



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 set. 2025.
2. BRASIL. **Lei nº 7.783, de 28 de junho de 1989**. Dispõe sobre o exercício do direito de greve, define as atividades essenciais, regula o atendimento de necessidades inadiáveis da comunidade, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1989. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7783.HTM. Acesso em: 15 set. 2025.
3. BRASIL. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1981. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm. Acesso em: 15 set. 2025.
4. BRASIL. **Decreto nº 11.999, de 17 de abril de 2024**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de programas de residência médica e das instituições que os ofertam. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2024/decreto-11999-17-abril-2024-795515-publicacaooriginal-171575-pe.html>. Acesso em: 15 set. 2025.
5. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 15 set. 2025.
6. BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução CNRM nº 16, de 30 de setembro de 2022**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 55, 3 out. 2022.
7. BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução CNRM nº 4, de 12 de julho de 2010**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 jul. 2010.
8. BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução CNRM nº 2, de 7 de julho de 2005**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 36, 8 jul. 2005.
9. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer CFM nº 20/2002**. Movimentos reivindicatórios de médicos e aspectos éticos relacionados à paralisação. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2002/20>. Acesso em: 15 set. 2025.
10. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Parecer CREMESP nº 176.477/2020**. Greve de médicos residentes e deveres éticos associados. São Paulo: CREMESP, 2020.