

Porto Alegre, 08 de julho de 2013

À Associação dos Médicos Residentes do Rio Grande do Sul - AMERERS

Objeto: Parecer sobre a Obrigatoriedade da Presença de Médico Preceptor durante a Atuação dos Médicos Residentes

Trata-se de consulta formulada pela ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES DO RIO GRANDE DO SUL – AMERERS na qual se questiona a obrigatoriedade da presença de Médico Preceptor durante as atividades dos Médicos Residentes, segundo o que determina a legislação vigente.

Para contextualizar a presente consulta, é importante referir que a mesma foi motivada pela verificação de diversos casos em que o Médico Preceptor não esteve junto aos Médicos Residentes enquanto estes exerciam as suas atividades, sendo os últimos orientados por telefone ou por outro meio pelo qual o primeiro não se fazia presente pessoalmente.

Diante destes fatos, a Consulente realizou os seguintes questionamentos:

- (i) Segundo o exame da legislação aplicável, é obrigatória a presença do Médico Preceptor durante a atuação dos Médicos Residentes?

- (ii) Qual a interpretação que tem sido aplicada pelos Órgãos Administrativos e Tribunais Jurisdicionais sobre a legislação examinada?
- (iii) Quais as medidas que podem ser tomadas em caso de desrespeito da legislação examinada?

Para facilitar a análise do presente parecer, adianta-se que este será estruturado com os seguintes capítulos:

1. Do Exame da Legislação e da Obrigatoriedade da Presença do Médico Preceptor
2. Dos Precedentes Judiciais e Extrajudiciais
3. Das Medidas Cabíveis em Razão da Ausência de Preceptorial Presencial
4. Das Conclusões

Passa-se à análise jurídica.

1. Do Exame da Legislação e da Obrigatoriedade da Presença do Médico Preceptor

Em matéria de Residência Médica, aplica-se a **Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981**, visto que foi especificamente editada para reger as “atividades do médico residente”. A respeito das normas dispostas no referido diploma legal, cumpre destacar, para análise da matéria objeto do presente parecer, o seu artigo 1º, no qual consta a descrição da Residência Médica. Confira-se:

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.

Conforme se depreende da simples leitura do dispositivo legal, a Residência Médica é, sobretudo, uma atividade de ensino, na qual o Médico Residente, ainda que já graduado no curso de medicina, visa aprimorar sua formação profissional por meio da aprendizagem de técnicas que ainda não são de seu domínio, motivo pelo qual faz-se necessária a presença de Médico Preceptor, que tem o papel de orientá-lo e ensiná-lo. Por isso, restou expresso no artigo 1º que a Residência Médica é “treinamento em serviço” e que os Médicos Residentes devem atuar “sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”.

O centro dos questionamentos da Consulente cinge-se na interpretação e amplitude que devem ser conferidas aos termos “treinamento” e “orientação”, mencionados no artigo 1º da Lei n. 6.932/81. **Em outras palavras, deve-se definir se as expressões “treinamento em serviço” e “sob a orientação de profissionais médicos” previstas na Lei implicam dever de o Médico Preceptor fazer-se presente permanentemente durante as atividades dos Médicos Residentes, exercendo as funções de supervisor e orientador; ou, resume-se simplesmente ao dever de instruir os Médicos Residentes, podendo fazê-lo mesmo a distância.**

Para elucidar-se a questão, deve-se ter em conta as Resoluções editadas pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM – as quais, dentre muitas outras providências, estruturam e organizam a Residência Médica.

No artigo 5º, alínea “d”, da Resolução do CNRM n. 04/78 (**ANEXO I**), restou expresso que a supervisão do Médico Preceptor deve ser permanente:

Art. 5º. Para que possa ser credenciado, o Programa de Residência Médica deverá reger-se por regulamento próprio, onde estejam previstos;
[...]

d) A **supervisão permanente do treinamento** do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica, observada a proporção mínima de um médico do corpo clínico em regime de tempo integral para 06 (seis) residentes, ou de 02 (dois) médicos do corpo clínico em regime de tempo parcial para 03 (três) médicos residentes;

À Resolução n. 02, de 07 de julho de 2005, do CNRM (**ANEXO II**), foi repetida a redação do art. 5º da Resolução n. 04/78:

Art.23. Para que possa ser credenciado, o Programa de Residência Médica deverá reger-se por regulamento próprio, onde estejam previstos;

[...]

d) A **supervisão permanente do treinamento** do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica, observada a proporção mínima de um médico do corpo clínico, em regime de tempo integral, para 06 (seis) residentes, ou de 02 (dois) médicos do corpo clínico, em regime de tempo parcial, para 03 (três) médicos residentes;

Posteriormente, a Resolução n. 02, de 17 de maio de 2006, do CNRM (**ANEXO III**), que tratou da “requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica”, corroborou o que já havia sido estabelecido pelas outras duas Resoluções colacionadas:

Art. 16. A **supervisão permanente do treinamento** do Médico Residente deverá ser realizada por docentes, por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica.

Às disposições referidas acima, é de fundamental importância acrescentar a Resolução n. 4, de 12 de julho de 2010, da CNRM (**ANEXO IV**), na qual restou estabelecido **expressamente** que Médicos Residentes não poderiam realizar plantão sem a presença de um Médico Preceptor, do que se conclui que é imprescindível a presença desse:

CONSIDERANDO a Lei Federal 6.932/1981, que estabelece a Residência Médica como treinamento em serviço, sob supervisão dos preceptores e que a lógica do plantão de sobreaviso contraria esta Lei;

CONSIDERANDO que o plantão de sobreaviso dos Médicos Residentes foi implantado sem autorização da Comissão Nacional de Residência Médica, e que nenhum uso ou costume pode ser consagrado contrariando o instituído pela Lei 6932/1981;

CONSIDERANDO que o Médico Residente no plantão de sobreaviso atua invariavelmente sem supervisão, assumindo, portanto, responsabilidades não inerentes à função e ficando exposto a demandas éticas e judiciais;

CONSIDERANDO que a maneira apropriada de treinamento para o Médico Residente, tendo por objetivo formação adequada com ganho de autonomia e independência para enfrentar a vida profissional futura, é em serviço, sob supervisão de preceptor, em um Programa de Residência Médica devidamente credenciado pela CNRM;

CONSIDERANDO que a atividade-fim do Médico Residente se relaciona ao processo de ensino e aprendizagem, não devendo ser ele o responsável pela Assistência Médica em substituição ao preceptor; [...]

Art. 1º O plantão presencial do Médico Residente sob supervisão de preceptor capacitado é a única modalidade de plantão reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Além das Resoluções da CNRM, vale ressaltar que o Ministério da Educação editou recentemente o Informe n. 03/2011 (**ANEXO V**), dirigido aos Coordenadores de Comissão de Residência Médica - COREME, no qual estabeleceu a

“obrigatoriedade de acompanhamento permanente de residentes por preceptores”
assim como o dever de supervisionar:

Em cumprimento ao Ofício de Requisição Nº 21-11/2011, de 1º de setembro de 2011, relativo ao Processo Nº 005.718/2011-2 do Tribunal de Contas da União, Secretaria de Controle Externo – RS, item 9.17 do acórdão, expeço às COREMES reforço **na orientação da obrigatoriedade de acompanhamento permanente de residentes por preceptores, inclusive durante a realização de plantões.**

O assunto já foi tratado na sessão plenária ordinária da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM de setembro de 2011, quando se solicitou aos Presidentes das Comissões Estaduais de Residência Médica que orientassem nesse sentido as Comissões de Residência Médica – COREMEs de seus respectivos Estados.

Reiteramos que a maneira apropriada de capacitação do Médico Residente, tendo por objetivo formação adequada com ganho de autonomia e independência para enfrentar a vida profissional futura, **é o treinamento em serviço, sob supervisão de preceptor,** em um Programa de Residência Médica, devidamente credenciado pela CNRM.

A supervisão aqui tratada deve ser executada por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica, cujo papel é a inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho (Art. 16 da Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006).

Cabe destacar que o preceptor tem a espinhosa tarefa de supervisionar o Médico Residente, orientando-o quando necessário, porém, sem ocupar o lugar do formando, que deve executar a arte da profissão médica, seja raciocinando clinicamente, seja propondo a investigação e a terapêutica apropriada. O preceptor deve distinguir-se por elevado senso ético, moral e científico.

Como se vê, as Resoluções editadas pela CNRM – em especial a Resolução n. 4, de 12 de julho de 2010 – e o próprio Informe n. 03/2011 do Ministério

da Educação definem o sentido dado aos termos “treinamento” e “orientação” previstos na Lei, **uma vez que conferem ao Médico Preceptor a necessidade de supervisionar de forma permanente, direta e presencial os Médicos Residentes;** ou seja, além de orientar, o Médico Preceptor tem o dever de controlar, vigiar, as atividades dos Médicos Residentes de forma ininterrupta, haja vista que, naquele local, os Médicos Residentes são verdadeiros estudantes e lá estão justamente para aprenderem novos conhecimentos, cujo único possuidor e habilitado àquela atuação é o próprio Médico Preceptor.

Uma vez constatada esta situação, não há como se conceber o fiel cumprimento destes deveres de treinamento, orientação e supervisão permanente à distância, sem que haja a presença pessoal e direta do Médico Preceptor, **pelo simples fato de que não é possível supervisionar e orientar de forma a propiciar a adequada formação técnica do Médico Residente sem que se esteja presente no local.** A ausência de Médico Preceptor é sobremaneira prejudicial aos Médicos Residentes, pois estes terão de solucionar problemas que irão exigir-lhes conhecimentos que ainda não possuem, para cuja solução seria imprescindível a presença do Médico Preceptor para orientá-los e ensiná-los, o que é, de forma geral, o real significado do Programa de Residência - PRM. Não apenas isso, mas a ausência do Médico Preceptor também sujeita os Médicos Residentes a demandas éticas e judiciais inerentes à profissão, o que não se mostraria razoável entender sob ótica de que estes estão, em verdade, apenas sendo treinados em serviço, consoante determinado pela Lei.

Ademais, cumpre salientar que a Residência Médica é requisito para capacitar e autorizar o profissional a atuar dentro de determinada área específica da medicina. Ou seja, o médico só estará apto à área específica após concluída a Residência Médica. Antes disso, sua atuação está restrita à medicina generalista, não podendo praticar medicina especializada, o que, invariavelmente, leva à conclusão de que a

Residência Médica é fase de ensino, aprendizagem e requisito para atuação médica dentro da especialidade pretendida. Deste modo, sua atuação sem o devido acompanhamento e supervisão de médico apto representa autorizar o Médico Residente a atuar em área específica para a qual ainda não tem a devida aptidão técnica.

Não há espaço para interpretação diversa, pois se estaria concedendo livre atuação ao Médico Residente em substituição à necessária medicina especializada, para a qual apenas o Médico Preceptor tem conhecimento e aptidão. Isto implicaria, portanto, em evidente risco à aprendizagem do Médico Residente, uma vez que atuaria sem coordenação e sem a devida orientação e supervisão permanente, nos termos cotejados pela norma, representando claro risco tanto aos Médicos Residentes, como para os pacientes.

Ante o exposto, resta claro que a presença de Médico Preceptor é, sim, obrigatória, durante toda e qualquer atuação dos Médicos Residentes.

Acerca do tema, cabe referir que o posicionamento aqui veiculado já foi manifestado tanto por tribunais jurisdicionais como pelos órgãos reguladores, especificamente do Programa de Residência, em especial a CNMR, quando lhe foram submetidos para resolução conflitos relativos ao objeto do presente parecer. Adiante, segue análise detalhada do escólio de precedentes coletado.

2. Dos Precedentes Judiciais e Extrajudiciais

2.1. Precedentes Extrajudiciais ou Administrativos

A fim de corroborar o até então exposto, passa-se a uma breve, porém concisa, exposição de precedentes e deliberações dos órgãos administrativos responsáveis pela Residência Médica.

2.1.1. Deliberações e Casos Tratados pelo CNRM

Em pesquisa das deliberações nas Reuniões Ordinárias da CNRM, pode-se encontrar um grande número de casos cuja questão debatida era semelhante ou idêntica a que ora se examina. Como é inviável, neste pequeno espaço, transcrever todos os precedentes já proferidos pela CNRM, foram selecionados apenas sete, devido a sua importância e abrangência, os quais serão abordados abaixo. Antes, todavia, mostra-se importante trazer ao conhecimento deliberação em que o destaque foram as recomendações feitas pelo Ministério Público do Trabalho sobre a Residência Médica. Passa-se à exposição.

- **Deliberação na 4ª Reunião Ordinária da CNRM de 2008 (ANEXO VI)**

O Ministério Público do Trabalho da 15ª Região (São Paulo), em audiência pública realizada em 2008, com a presença de Entidades Médicas, Coordenadores de Programas de Residência Médica e representante do MEC, elaborou uma série de recomendações para os PRM's, dentre as quais estava a exigência de fiscalização da efetiva presença de Médicos Preceptores nos locais de desenvolvimento da atividade de treinamento.

[...] Item 6. Residentes e Instituições: segurança no trabalho, responsabilidades e aspectos gerais. O Dr. José Carlos de Souza Lima informa que pautou esse tema em função da audiência pública convocada pelo Ministério Público do Trabalho (15ª Região – São Paulo) da qual saiu um documento intitulado Recomendação de Adequação de Conduta. Dessa audiência participaram as Entidades Médicas, Coordenadores de

Programas e o próprio MEC. A relevância do documento resultante da audiência exige que todos dele tomem conhecimento. Em seguida o Dr. José Carlos de Sousa Lima solicita que o Dr. Adnan Naser faça uma exposição do assunto, enfatizando as recomendações do Ministério Público. O Ministério Público Recomenda: 1. Em relação as Instituições de Saúde: [...] c) **A exigência e fiscalização efetiva presença dos médicos preceptores das áreas de especialização, responsáveis pela orientação e supervisão dos médicos residentes, nos locais onde são desenvolvidas atividades referentes à residência médica, especialmente atendimentos de pacientes e cirurgias;** 2. À Comissão Nacional de Residência Médica e às Comissões Estaduais de Residência Médica: a) que, nas avaliações periódicas dos programas de Residência Médica, **atendem para o efetivo cumprimento das recomendações acima, referentes à jornada e à supervisão por médicos Preceptores,** comunicando eventuais irregularidades ao Ministério Público do Trabalho; 3. Às entidades de classe – Associação dos Médicos Residentes - AMERESP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP, Associação Paulista de Medicina, Sindicato dos Médicos de Campinas e região, Sindicatos dos Médicos de Presidente Prudente, Sindicato dos Médicos de São José do Rio Preto, Sindicato dos Médicos de Sorocaba e Sindicato dos Médicos de Taubaté: a) que acompanhem o cumprimento da Lei Nº 6932/1981, com o intuito de constatar as condições de trabalho, em especial no que se refere às horas de atividade dos médicos residentes e **à existência de orientação e supervisão por preceptor habilitado,** comunicando eventuais irregularidades à Comissão Nacional de Residência Médica, à Comissão Estadual de Residência Médica e ao Ministério Público do Trabalho. Alerta ainda que o descumprimento da referida recomendação pelas instituições de saúde responsáveis por programas de Residência Médica implica violação de dispositivos da Lei Nº 6932/1981, cabendo ao Ministério Público do Trabalho a propositura de medidas administrativas e judiciais, a fim de proporcionar a reparação dos direitos coletivos eventualmente lesados, bem como o encaminhamento de representação ao Ministério Público Estadual, para apuração da responsabilidade, nos termos da lei, sem prejuízo das demais sanções cabíveis no âmbito de atuação dos órgãos de fiscalização da residência

médica. **Todos os presentes se manifestaram sobre a importância do documento, sobre sua abrangência nacional, sobre o reconhecimento da relação de trabalho,** embora não dê emprego e da necessidade de dar ciência do documento a todos os interessados. O plenário decide encaminhar cópia do documento. **RECOMENDAÇÃO DE ADEQUAÇÃO DE CONDUTA Nº302/2008 a todas as estaduais e COREME's [...].**

- **Deliberação na 2ª Reunião Ordinária da CNRM de 2007 (ANEXO VII)**

Precedente no qual a **ausência de supervisão física** por Médico Preceptor no período noturno acarretou diligência de 60 dias para hospital se adequar às normas do PRM.

Item 08: Denúncias [...] D) Hospital Luxemburgo – programa de Cirurgia Geral. Dr. Reginaldo Valácio relata que foi realizada visita à instituição e constatou-se que o médico residente em questão demonstra não ter condições de receber certificação. **Quanto ao Programa, verificou-se ausência de supervisão física no período noturno e carga horária insuficiente. Desta forma, a comissão vistoriadora solicita Diligência de 60 (sessenta) dias. Sugestão aprovada pelos presentes.**

- **Deliberação na Sessão Plenária da CNRM de Fevereiro de 2013 (ANEXO VIII)**

Precedentes nos quais a falta de Preceptoria presencial acarretou em baixas para diligências dos PRM's de duas instituições.

a) FUNDAÇÃO PIO XII HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS – SP
MASTOLOGIA
EXIGENCIA POR 60 DIAS PARA: 1. adequar a carga horária semanal; 2. suprimir o plantão à distância; **3. instituir a preceptoria presencial;** 4. instituir o registro de frequência dos

residentes; 5. organizar melhor a estrutura da COREME de modo a permitir melhor orientação e controle das atividades dos residentes; 6. instituir o registro da avaliação trimestral dos residentes; 7. apresentar os termos de convênio com as outras instituições que servem de campo de treinamento. A documentação comprobatória deverá ser encaminhada à CNRM por correio.

MEDICINA NUCLEAR

Favorável ao credenciamento, mas manter o número de vagas inalterado até que as mudanças necessárias na estruturação da COREME sejam feitas. EXIGENCIA POR 60 DIAS PARA: 1. adequar a carga horária semanal; 2. suprimir o plantão de sobreaviso; 3. instituir a preceptoria presencial em todas atividades dos residentes; 4. instituir o registro de frequência dos residentes; 5. organizar melhor a estrutura da COREME de modo a permitir melhor orientação e controle das atividades dos residentes. Delimitar o espaço de treinamento dos residentes e dos fellows; 6. instituir o registro da avaliação trimestral dos residentes; 7. apresentar os termos de convênio com as outras instituições que servem de campo de treinamento. A documentação comprovando os ajustes solicitados deverá ser encaminhada à CNRM por correio.

[...]

a) SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO – SP UROLOGIA

Favorável com Supervisão (Modalidade Exigência) com prazo de 180 dias para realizar os seguintes ajustes: (i) Regularização dos registros das atividades teóricas (ii) Plantões presenciais dos preceptores (iii) Regularizar avaliações trimestrais (iv) Refazer a Semana Padrão e Rodízios conforme legislação vigente. Apresentar rodízios para residente e atividades diferenciadas para cada ano de residência demonstrando que há evolução no aprendizado. A documentação comprobatória deverá ser encaminhada à CNRM por correio.

• Deliberação na 1ª Reunião Ordinária da CNRM de 2006 (ANEXO IX)

Precedente no qual houve **negativa de credenciamento** para hospital em virtude da ausência de preceptoria aos Médicos Residentes.

[...] Item 8. Hospital de Base – credenciamento do programa de Residência Médica de Cardiologia. Dr. Antonio Carlos informa que conversou com o secretário de saúde do Distrito Federal, o qual providenciou que o Instituto do Coração (INCOR) recebesse pacientes para estudo hemodinâmico, uma vez que esse programa no Hospital de Base foi descredenciado. Enfatiza que a iniciativa do plenário da CNRM em descredenciar várias instituições resultou em grande benefício social. O secretário de saúde assumiu compromisso de zelar pelos recursos materiais e humanos e, quanto à Cardiologia do Hospital de Base, houve acordo de melhorar condições para se retomar de pronto seu funcionamento. Dr. Renato Viscardi relata, então, os motivos do descredenciamento do programa de Cardiologia do Hospital de Base e informa que foi feito recurso à CNRM, argumentando que os critérios para organizar o serviço haviam sido observados. Apesar disso, após vistoria e relatório dos doutores Albanese e Pacini, a plenária eletrônica optou por não credenciar o programa. **Drª Marinice Coutinho ressalta que o citado programa só não teve problemas no credenciamento provisório, sendo que nas etapas posteriores, sempre havia problemas, sobretudo devido à ausência de preceptoria aos residentes**, bem como de recursos materiais, e não por falta de médicos. Para Dr. José Bonamigo, as novas informações sobre a Instituição não são suficientes para que se aprove o credenciamento. Sugere que se reavalie o serviço ao longo do ano para que em abril de 2007 cogite-se em nova oportunidade. Dr. Antonio Carlos registra decisão: mantém-se descredenciamento do programa, devendo ser encaminhado novo pedido para 2007, o qual será analisado e, em seguida, será realizada visita vistoriadora para verificar as condições necessárias para credenciamento do programa. Decisão aprovada por unanimidade. [...]

- **Deliberação na 3ª Reunião Ordinária da CNRM de 2010 (ANEXO X)**

Precedente no qual diversos PRM's de um mesmo hospital foram baixados em diligência, **acabando por implicar baixa em diligência de toda instituição**, em razão de faltas de Preceptorias.

[...] d) Hospital São Vicente de Paulo – RS. [...] Cirurgia Geral: Baixar o PRM em diligência por 60 dias devido problemas com carga horária e **falta de preceptoria nos estágios de emergência;** [...] Pediatria: Baixar o PRM em diligência por 60 dias devido a **problemas com a supervisão e preceptoria,** carga horária e estrutura física do hospital; [...] Cardiologia: Baixar o PRM em diligência por 60 dias devido a **irregularidades em relação à supervisão e à preceptoria. Diante de tantos problemas ainda persistentes e identificados em diversos programas, a plenária da CNRM após debates decide por aprovar que toda a instituição seja colocada em diligência por 60 dias, devido à falta de preceptoria nos estágios de urgência e emergência, o que é grave, por colocar os médicos residentes e pacientes em situação de risco.**

- Deliberação na 10ª Sessão Ordinária da CNRM de 2012 (ANEXO XI)

Precedente no qual houve baixa do PRM em diligência, com a **exigência** de que os Médicos Residentes apenas permanecessem em Pronto-Socorro quando presente Médico Preceptor.

Processo n. 23000.016715 /2011-41 (Análise conjunta com 23000.009886 /2012-02)

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL SP

Denúncia contra Programa de Residência Médica (PRM) - Clínica Médica

Retirar ou não instituição de diligência

Retirar o PRM de diligência, baixar o PRM em Supervisão (modalidade exigência) por 90 dias, com relatórios mensais da COREME para a CNRM e com nova visita de verificação em 90 dias. Sugerimos: **1- Que os médicos residentes permaneçam no Pronto-Socorro apenas quando existir presença efetiva e comprometida do preceptor.** 2- Alocar os médicos residentes em instituições conveniadas para complementarem o estágio em Emergência, **até sanarem as dificuldades com preceptoria, permitindo assim não perderem o período de tempo completo do referido estágio.** Recredenciar o PRM com 13 vagas para R1 e 13

vagas para R2. O Plenário modificou a manifestação da relatoria, de modo que a decisão ficou assim: Manter a diligência com nova visita em 90 (noventa) dias. Que os médicos residentes permaneçam no Pronto-Socorro apenas quando existir presença efetiva e comprometida do preceptor.

- **Deliberação na 2ª Reunião Ordinária da CNRM de 2011 (ANEXO XII)**

Precedente no qual, por falta de Preceptoria no período noturno, o hospital, embora permanecesse credenciado, **ficou sob supervisão da CEREMRJ e da AMERERJ.**

5.5. Denúncia de médica residente do Hospital Pronto Baby – RJ. Denúncia encaminhada à CNRM em 2010 **sobre falta de preceptoria no plantão noturno.** Trata-se de instituição privada, com bolsas próprias que conta com 4R1 e 4R2. A Comissão de Vistoria composta pela Dra. Susana Wuillaume (CEREMERJ) e Dra. Beatriz Costa (AMERERJ), acredita que o esquema de preceptoria montado pela instituição é viável, desde que ocorra exatamente como proposto: com visita geral às 19h e com o profissional de emergência subindo e permanecendo na enfermaria das 19h às 22h. A superlotação da emergência, férias ou falta de profissional não deve ser motivo para o médico residente ficar sem preceptoria. A diretora do hospital afirmou que é possível atender a demanda da emergência com três profissionais e que o quarto elemento da equipe foi contratado especificamente para esse fim. A Comissão de Vistoria sugere que seja utilizado o livro de registro de plantões e intercorrências, pois acredita que este seja um excelente canal de comunicação. Sugere, também, que a coordenação do hospital e as médicas residentes enviem, em cerca de 60 dias, informações para ceremrj@hotmail.com sobre o desenvolvimento do esquema implantado. **O plenário vota a favor de manter o credenciamento do PRM de Pediatria. A instituição ficará sob supervisão da CEREMRJ, com participação da AMERERJ.**

- **Deliberação na 6ª Sessão Ordinária da CNRM de 2012 (ANEXO XIII)**

Precedente no qual a relatoria chegou a **propor suspensão de credenciamento provisório de hospital**, com transferência de Médicos Residentes para outra instituição, pela falta de evolução de problemas com a Preceptoría, porém, ao fim, o Plenário decidiu vistoriar *in loco* a instituição.

[...] 4.31. Denúncia contra Programa de Residência Médica. Hospital Público Regional de Betim – MG. PROCESSO Nº: 23000.009825/2012-37. Trata-se das seguintes denúncias realizadas pelos médicos residentes contra o PRM de Anestesiologia do Hospital Público Regional de Betim: ausência de preceptoría adequada, carga horária insuficiente e ausência de estágio obrigatório em Síndromes Dolorosas. O programa foi visitado três vezes pela CEREM-MG nos últimos nove meses. Os visitantes verificaram que houve a regularização da carga horária do programa, **mas não demonstrou evolução quanto à preceptoría. Os anestesiólogistas do hospital não dão assistência ao programa.** Após análise da documentação a Câmara Técnica da CNRM manifestou-se pela **suspensão do credenciamento provisório e a transferência dos médicos residentes para outro programa. O Plenário da CNRM reformulou a manifestação da relatoria e determinou a realização de vistoria in loco na instituição para investigar as razões do não acolhimento do programa pelo corpo clínico do hospital.** [...]

2.1.2. Precedentes de Conselhos Regionais de Medicina

Não apenas na CNRM, mas também no âmbito dos Conselhos Regionais de Medicina a problemática em exame também foi discutida. Toma-se como paradigmáticos dois pareceres proferidos, um pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) e outro pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG), nos quais a conclusão final não é diferente daquela a que se chegou no presente parecer.

Veja-se, por primeiro, o parecer da CREMESP, dado pela Conselheira Irene Abramovich em novembro de 2002, de n. 101.724/02 (**ANEXO XIV**). Médicos Residentes formularam consulta com o seguinte teor:

Somos Residentes do segundo ano em Diagnóstico Por Imagem de determinado hospital, e necessitamos de orientação acerca de nossos direitos e deveres, na medida em que arbitrariamente nos foi imposta a realização de uma agenda de exame de ultrasonografia com Doppler, todas as 5^{as}-feiras, no horário das 14 às 18 horas, a partir de 1^o.02.2003, sem assistência de preceptoria, como seria necessário.

Cientes de que não estamos habilitados para a realização desta, e da necessidade obrigatória de supervisão para as atividades de Residência Médica, gostaríamos de obter suporte legal para a resolução desta situação.

Contamos com sua resposta, uma vez que não gostaríamos de que o início de nossa vida profissional fosse preenchida por atos de imperícia, imprudência e negligência para com a vida humana.

E a resposta à consulta:

A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, funcionando em instituição de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação profissional, regulamentada pela Lei 6.932, de 07.07.1981.

Assim sendo, **os Médicos Residentes não devem assumir atribuições sem supervisão, devendo serem realizadas somente se houver um preceptor responsável diretamente pelo seu treinamento.**

Por fim, vale enaltecer a preocupação dos consulentes em consultar a este Tribunal de Ética Médica acerca do impasse criado, uma vez que a conduta, de não aceitar tal imposição, foi perfeitamente correta do ponto de vista ético. Este é o nosso parecer, s.m.j.

Conselheira Irene Abramovich

O segundo parecer selecionado, de n. 4083/2010, oriundo do CRMMG (ANEXO XV), foi proferido em junho de 2010 pelos Conselheiros Delano Carlos Carneiro e João Batista Gomes Soares, em cuja ementa restou consignado: “Médico residente só pode atuar sob a supervisão direta e presencial do preceptor”. Confira-se seu inteiro teor:

I - PARTE EXPOSITIVA

A presente consulta foi encaminhada pelo diretor presidente da Cooperativa dos A. (...), que encaminhou as seguintes questões:

1- Qual é o limite para atuação dos médicos residentes nos procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência?

2- Como deve ser a participação do preceptor nesses casos?

3- Pode o médico residente conduzir o caso cirúrgico sozinho sem presença do preceptor no campo operatório, mesmo estando no ambiente cirúrgico?

II - PARTE CONCLUSIVA

Para responder a consulta, vamos tecer considerações:

[...]

Vamos às respostas:

1-O residente atua com a orientação direta de seu preceptor, portanto sua responsabilidade é partilhada em quaisquer das suas atuações. Não pode trabalhar sozinho.

2-O preceptor deve estar sempre presente no treinamento prático e técnico do residente e é corresponsável pelo ato realizado pelo residente.

3-Não. A presença do preceptor no ambiente cirúrgico garante ao residente a possibilidade de orientação imediata.

Portanto, **a presença do preceptor permite ao residente uma prática assistida e, no nosso entender, legal.**

Seguem, anexas, legislações que normatizam o assunto abordado.

É o parecer.

Belo Horizonte, 23 de junho de 2010.

2.2. Precedentes Judiciais

A questão sob exame também já foi enfrentada no âmbito do Poder Judiciário, principalmente em casos de erro médico, motivo pelo qual mostra-se oportuno colacionar dois importantes precedentes.

O primeiro é o Agravo de Instrumento n. 70023032758, julgado em abril de 2008 pela Sexta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, sob a lavra do Desembargador Osvaldo Stefanello (**ANEXO XVI**). Nesse caso concreto, a parte autora alegou ter sido submetida a procedimento cirúrgico, comandado por Médico Residente, que não ocorreu como deveria e lhe causou dano estético; com base nisso, propôs ação indenizatória contra o hospital e o Médico Preceptor. Este último, em sua defesa, argumentou não ser parte legítima para responder ao processo, porque não estava presente quando da realização da cirurgia. A discussão travada nesse precedente refere-se apenas à necessidade da permanência do Médico Preceptor na lide, **que foi confirmada**, ao final, por fundamentos bastante semelhantes aos que aqui se defende. Confira-se o que restou decidido pela Sexta Câmara Cível:

[...] É certo - até porque relatado pela própria autora - que o co-réu ROBERTO CHEM - médico preceptor/orientador - não participou dos atos cirúrgicos ditos mal sucedidos e causadores dos danos narrados na inicial, razão de sua exclusão da lide.

Ocorre que por este mesmo motivo, o de que não teve o Dr. ROBERTO CHEM nenhuma participação no ato cirúrgico, é que entendo que há a necessidade de perquirição de culpa em relação a este profissional.

Destaco, no ponto, o disposto no art. 1º do Decreto n.º 80.281, de 05 de setembro de 1977, que regulamentou a Residência Médica e criou a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

"A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional."

Trata-se, portanto, a residência médica, de curso que visa o aprimoramento profissional (modalidade de ensino de pós-graduação), destinado a médicos diplomados, inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina da área de sua atividade profissional. Assim, tanto o residente quanto o seu preceptor são profissionais legalmente habilitados ao exercício da medicina; o segundo, obviamente, com mais qualificação profissional e experiência na área.

Dentro do contexto apresentado, a meu sentir, **não poderiam os procedimentos cirúrgicos ser realizados sem a supervisão do Dr. Roberto Chem, profissional que assumiu a responsabilidade da preceptoria dos residentes Virginia Pólvora Azevedo e André Luiz S. Presitali, advindo daí o seu dever não só de treinar, mas também de fiscalizar os serviços médicos prestados pelos residentes.**

Calha transcrever, neste tópico, o parecer do Conselho Federal de Medicina proferido Processo-Consulta CFM N° 3.426/2001 PC/CFM/N° 13/2002, assim ementado:

"A relação entre o médico residente e seu preceptor deve ser respeitosa, exigindo qualidade ética e profissional do preceptor no exercício de sua atividade, que tem responsabilidade compartilhada com o residente, na prática do ato médico durante o treinamento do PRM." (Relator o Conselheiro Silo Tadeu Silveira de Holanda Cavalcanti).

Passando para o campo da responsabilidade civil, tenho que a situação fática nestes autos narrada merece melhor análise, **notadamente quanto ao dever do médico preceptor de vigiar seus residentes na prestação dos serviços médicos, de acompanhar de perto, pari passu, as atividades inerentes por eles desenvolvidas durante o aprendizado.** Em caso de cirurgias, parece-me, **presente se deve fazer o preceptor para orientar e supervisionar, evitando eventuais erros possam pelos residentes ser cometidos.** Não se olvida da possibilidade de responsabilização dos médicos residentes caso demonstrada a ocorrência de culpa, em uma de suas modalidades. Mas da passagem acima, concluo, sem muita dificuldade, que **as intervenções a que se submeteu a autora não poderiam ter sido realizados sem a supervisão do médico responsável pelo treinamento - no caso o co-réu afastado da lide pela decisão interlocutória aqui combatida -, passível, por conseguinte, de responsabilização por eventuais danos venham a praticar a direito de terceiros.**

Não se está aqui, e nem se poderia cogitar, atribuindo ao co-réu Roberto Chem uma responsabilidade de tal vulto como a que se lhe pretende impor a autora, até mesmo porque, inobstante as responsabilidades inerentes da preceptoria, sequer se tem certeza de que este profissional tenha sido previamente cientificado da realização dos procedimentos cirúrgicos que, por obrigação, deveria acompanhar e supervisionar. Questionamento que será solvido somente com a instrução do feito, oportunizando-se ao médico orientador produzir sua prova. [...]

Em âmbito de Jurisdição Federal, o entendimento é o mesmo. O segundo precedente que se colaciona é a Apelação/Reexame Necessário n. 5007622-53.2011.404.7100/RS, julgada em novembro de 2012 pela Terceira Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, sob a relatoria da Desembargadora Federal Maria Lúcia Luz Leiria (**ANEXO XVII**). Trata-se de complexo caso, em que, resumidamente: (a) a parte autora passou por procedimento cirúrgico por equipe chefiada pelo Médico Preceptor; (b) a tarefa de fechamento da cirurgia foi delegada pelo Médico Preceptor ao Médico Residente; e (c) dois anos após, descobriu-se que havia sido “esquecido” um pedaço de gaze dentro do corpo da autora. No julgamento, dentre outras matérias, apreciou-se o ponto da responsabilidade do médico residente, a qual, ao fim, foi afastada. Reconheceu-se que o Médico Preceptor, embora presente na sala cirúrgica, deveria ter acompanhado a atividade desempenhada pelo Médico Residente, o que demonstra de forma inarredável o quão próxima deve ser a supervisão desempenhada pelo Médico Preceptor. Segue o teor da decisão:

Atuação de médico-residente

Preliminarmente, destaco que ao término do curso em Faculdade de Medicina, o profissional é efetiva e legalmente médico, nos moldes do Decreto 20.931/32, que regula e fiscaliza o exercício da medicina, podendo exercer atos que independam de especialização após a devida inscrição no respectivo Conselho de Medicina (conforme Lei 3.268/57 e alterações da Lei 11.000/04, regulamentada pelo Decreto 44.054/58, substituído

pelo Decreto 6.821/09). O interesse em especialização importa na submissão à aprovação e curso de residência médica na área escolhida. GUSTAVO era médico e, nas dependências da SANTA CASA, estava limitado ao programa desta com a UFCMPA e às normas de regência da residência.

A Lei 6.932/81, que dispõe sobre as atividades do médico residente, estabelece:

'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.'

A Resolução 14/82 da Comissão Nacional de Residência Médica prevê que:

'art. 1º. A supervisão permanente do treinamento do residente, nos Programas de Residência Médica, poderá ser feita também por profissionais não médicos, portadores de certificados de especialização e que terão a função de Preceptor.'

Indiscutível nos autos a qualidade de médico-residente de GUSTAVO MESSINGER na época dos fatos narrados nestes autos, em virtude de contrato firmado entre a UFCMPA e a entidade hospitalar. O residente não possuía vínculo com a Santa Casa a qualquer título, de forma que sua atuação era oriunda de convênio firmado, de forma que o médico que atuou no procedimento estava, naquela oportunidade, diretamente vinculado ao Programa de Residência Médica da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, que tinha como preceptor, o Dr. FRANKINI (Evento 6, OUT12, fl. 149 - Boletim de Sala e Relatório do Procedimento).

Ou seja, **o médico residente é médico, sendo indispensável, na duração de sua residência, atuar sob orientação de responsável, sendo no caso do Dr. GUSTAVO seu preceptor o Dr. FRANKINI.**

Tenho que a documentação acostada aos autos demonstra a existência de um responsável pelos residentes, no local e hora do procedimento, em cumprimento às determinações legais.

O fato do cirurgião responsável delegar ao médico-residente o ato de fechamento da cirurgia não afasta sua responsabilidade por acompanhar tais procedimentos, inclusive quanto à verificação do material.

Afasto, assim, atuação dolosa do médico-residente compatível com responsabilidade subjetiva que justifique qualquer condenação pelos fatos ora narrados. [...]

Uma vez examinados todos estes precedentes, proferidos pelos mais diversos órgãos administrativos e jurisdicionais, dúvidas não permanecem acerca da obrigatoriedade da presença física permanente do Médico Preceptor durante toda e qualquer atividade dos Médicos Residentes, sem o que não é possível o desempenho das atividades de treinamento, supervisão e orientação inerentes à função do primeiro.

Mais: reforça-se o fato de que a supervisão e orientação prestadas pelo Médico Preceptor devem ser constantes, porquanto este também é responsável pelo desempenho dos Médicos Residentes sob sua orientação. Ou seja, não basta sua presença física no ambiente, mas uma atuação efetiva de orientação e supervisão.

Tendo em conta tudo o que se arguiu até então, vê-se que a constatação de alguma irregularidade no exercício da função do Médico Preceptor acarreta, em última análise, claro e inequívoco descumprimento da norma legal disposta no art. 1º da Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981, o que possibilita a AMERERS, como representante da classe dos Médicos Residentes, a adotar algumas das providências abaixo descritas.

3. Das Medidas Cabíveis em Razão da Ausência de Preceptoria Presencial

A AMERERS, enquanto associação representativa da classe dos Médicos Residentes do Estado do Rio Grande do Sul, possui legitimidade para representação

judicial e **extrajudicial** dos seus associados. Esse direito é garantido pela Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso XXI:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
[...]

XXI - as entidades associativas, quando expressamente autorizadas, têm legitimidade para representar seus filiados judicial ou extrajudicialmente;

Dessa forma, havendo autorização dos associados para que a associação atue no escopo dos seus interesses, a AMERERS estará apta a propor ações judiciais e medidas administrativas que tenham por objeto resguardar os direitos e as garantias dos Médicos Residentes. Em que pese a existência de medidas judiciais para as quais a autorização referida à Constituição Federal não é exigida, a deliberação em assembleia geral garante de forma incontestável a possibilidade de a Associação representar os seus associados.

A referência feita pela Constituição à expressão “quando expressamente autorizadas” deve ser compreendida da maneira mais ampla possível. Por essa razão, não se exige a existência de autorização individual e escrita de cada um dos associados para que a associação atue em seu nome. A dita “autorização” poderá ser concedida via deliberação em assembleia, devendo ser registrada em ata oficial para que seja comprovada a legitimidade da atuação da AMERERS em processo judicial ou mesmo em representação administrativa perante os órgãos competentes. Havendo a referida autorização, a AMERERS passará a dispor das ferramentas necessárias para resolução da questão envolvendo a presença física de médicos preceptores nos Hospitais cadastrados no Programa de Residência Médica (PRM).

O Supremo Tribunal Federal (STF), órgão máximo do Poder Judiciário, já se pronunciou a respeito do tema, vejamos:

A representação prevista no inciso XXI do art. 5º da CF surge regular quando autorizada a entidade associativa a agir judicial ou extrajudicialmente mediante deliberação em assembleia. Descabe exigir instrumentos de mandatos subscritos pelos associados.

(STF, Recurso Extraordinário n.º 192.305, Relator: Min. Marco Aurélio, julgamento em 15-12-1998, Segunda Turma, DJ de 21-5-1999.)

Embora seja possível realizar deliberações em assembleia para fins de obtenção de autorização para representação judicial e extrajudicial dos interesses dos associados em todo e qualquer assunto, entende-se que a concessão de autorização específica para cada tema resguardará de forma mais segura os interesses da AMERERS. Por essa razão, entendemos ser de extrema relevância a realização de deliberações perante a assembleia para que a associação atue em casos específicos. A autorização aberta, entendida como aquela que permite à AMERERS representar seus associados a respeito de todo e qualquer assunto, poderá ser contestada. Apenas a título exemplificativo, caso a AMERERS entenda por atuar perante determinado hospital com o intuito de discutir a relação entre Médicos Residentes e Médicos Preceptores, a assembleia deverá autorizá-la para atuar expressamente nessas condições. Essa medida, além de evitar contestações futuras, ainda resguarda os integrantes da direção da AMERERS, visto que os mesmos estarão agindo de acordo com o interesse dos integrantes da associação.

Dessa forma, considerando o que foi exposto em relação à necessidade de obter autorização para representação, podemos chegar à conclusão de que a AMERERS deverá convocar assembleia para que se realize deliberação a respeito de sua atuação em determinado assunto, obtendo assim a autorização referida pelo inciso XXI

do artigo 5º da Constituição Federal. Uma vez que a autorização tenha sido concedida, a AMERERS poderá, então, representar o interesse dos Médicos Residentes associados nas esferas judicial e extrajudicial.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a **representação extrajudicial** permitirá à AMERERS defender os direitos de todo e qualquer Médico Residente associado perante quaisquer autoridades, incluindo, entre outras, o MEC, no qual integram a CNRM e as CEREM's, além dos hospitais credenciados em PRM. Esse aspecto é absolutamente relevante em razão de permitir a resolução de conflitos sem a necessidade de ajuizamento de processos judiciais, permitindo assim a apresentação de representações administrativas perante os mais diversos órgãos da administração governamental bem como a negociação direta com os órgãos responsáveis pela Residência Médica.

Neste ponto, vale referir que, no Decreto n. 7.562, de 15 de setembro de 2011, editado com o escopo de regular a Comissão Nacional de Residência Médica e “o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica” (**ANEXO XVIII**), restou expressamente estabelecido que cabe a CNRM, auxiliado pela CEREM competente, mediante provocação de Médico Preceptores, Médicos Residentes ou de seus “órgãos representativos”, como a AMERERS, supervisionar as instituições e os PRM's e, sendo o caso, autuar as reclamações sob forma de processo administrativo para posterior apreciação, conforme artigos 22 e 23, § 2º, do Decreto em testilha:

Art. 22. A supervisão das instituições e dos programas será realizada pela CNRM, com o auxílio da CEREM competente, a fim de zelar pela conformidade da oferta de residência médica com a legislação aplicável.

Parágrafo único. A CNRM poderá, no exercício de sua atividade de supervisão determinar a apresentação de documentos

complementares ou a realização de avaliação educacional in loco.

Art. 23. Os médicos residentes, professores, preceptores, o pessoal técnico-administrativo, e os seus órgãos representativos poderão apontar, a qualquer momento, à CNRM ou à respectiva CEREM, indícios de irregularidade no funcionamento de instituição ou programa.

§ 1o Os indícios de irregularidade deverão ser apresentados de modo circunstanciado e conter a qualificação do representante, a descrição clara e precisa dos fatos a serem apurados e os demais elementos relevantes para o esclarecimento do seu objeto.

§ 2o As alegações de irregularidade serão autuadas sob a forma de processo administrativo e encaminhadas à Plenária para apreciação.

Adicionalmente, é importante frisar que, além de prever o procedimento administrativo a ser adotado pela CNRM para a verificação dos indícios de irregularidades, o Decreto também estabeleceu as sanções que poderão ser aplicadas pelo descumprimento das determinações e normas regulamentares, penalidades essas que poderão acarretar, inclusive, a desativação de um PRM ou o descredenciamento da instituição para este fim, forte no art. 28, I e II:

Art. 28. Recebida a defesa ou transcorrido o prazo a que se refere o art. 27, a Plenária apreciará o conjunto dos elementos do processo e proferirá decisão, devidamente motivada, pelo seu arquivamento ou pela aplicação de uma das seguintes medidas administrativas:

I - desativação do programa; ou

II - descredenciamento da instituição.

Ante as disposições previstas neste Decreto, não há como afastar a prerrogativa da AMERERS posicionar-se diante dos órgãos administrativos já apontados, bem como a própria obrigação destes mesmos órgãos em averiguar as irregularidades que lhe são apontadas, e, se constatadas, agir para que as mesmas sejam sanadas.

A **representação judicial**, a seu turno, permite à AMERERS representar os interesses individuais dos Médicos Residentes associados bem como os interesses coletivos da associação perante o Poder Judiciário, podendo ingressar com as ações judiciais cabíveis em cada um dos casos.

Dentro desse contexto de representação judicial, a título de exemplo, a AMERERES, enquanto associação representativa de classe, possui a prerrogativa de utilização do Mandado de Segurança Coletivo para defesa dos seus interesses. O Mandado de Segurança Coletivo é uma ferramenta poderosa para submeter determinada questão ao Poder Judiciário, possuindo diversas particularidades processuais aptas a lhe tornar um procedimento especialíssimo. A sua utilização é limitada às entidades previstas no inciso LXX do artigo 5º da Constituição Federal, entre as quais estão inseridas as associações representativas de classe constituídas há pelo menos um ano, vejamos:

“LXX - o mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por:
a) partido político com representação no Congresso Nacional;
b) organização sindical, **entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano**, em defesa dos interesses de seus membros ou associados;”

Alternativamente, também poderá ser ajuizada pela AMERERS Ação Mandamental Coletiva, com o intuito de obter-se comando judicial que obrigue as entidades competentes a executarem uma determinada obrigação, tal como a obrigação de fazer presente um Médico Preceptor durante toda e qualquer atividade dos Médicos Residentes.

Não se resumindo às duas alternativas judiciais mencionadas, existe um enorme cabedal de medidas judiciais que poderão ser utilizadas pela AMERERS, cuja

escolha dependerá de uma análise das particularidades de cada caso, razão pela qual o presente parecer limita-se a apontar a existência tão somente da possibilidade de atuação perante o Poder Judiciário, o que sempre deverá ser confirmado mediante análise do caso concreto.

Além disso, considerando a questão envolvida no presente parecer, devemos destacar também as questões trabalhistas. Isso porque a atuação de Médico Residente sem a supervisão física e presencial de Médico Preceptor pode gerar responsabilidades trabalhistas. Por essa razão, é garantido o direito da AMERERS de representar junto ao Ministério Público do Trabalho (MPT) relatando a atuação de Médicos Residentes com excesso de função. O MPT tomará as medidas cabíveis para fins trabalhistas, através de possíveis inspeções presenciais e intimações para prestação de esclarecimentos aos hospitais representados. No entanto, lembramos que caberá ao próprio MPT, através de decisão discricionária, adotar as medidas cabíveis para fins de apuração das relações e das condições de trabalho, limitando-se a AMERERS a interpor representações.

Por essas razões, considerando as informações prestadas e o fundamentado no presente tópico, conclui-se ter a AMERERS enormes prerrogativas e uma ampla gama de recursos para defesa dos direitos de seus associados, seja extrajudicialmente, seja judicialmente.

5. Das Conclusões

Em face a todo o exposto e com base em toda a legislação e normas infralegais aplicáveis à questão, segundo as interpretações que lhes são dadas pelos mais

diversos Órgãos Administrativos e Tribunais Jurisdicionais pátrios, responde-se aos questionamentos da Consulente da seguinte forma:

- (i) Segundo o exame da legislação aplicável, é obrigatória a presença do Médico Preceptor durante a atuação dos Médicos Residentes?

A presença física de Médico Preceptor é, sim, obrigatória, durante toda e qualquer atuação dos Médicos Residentes, em razão de que possui o primeiro as importantíssimas, indelegáveis e inafastáveis funções de treinamento, orientação e supervisão permanentemente das atividades desempenhadas por Médicos Residentes.

- (ii) Qual a interpretação que tem sido aplicada pelos Órgãos Administrativos e Tribunais Jurisdicionais sobre a legislação examinada?

Tanto os precedentes exarados por Tribunais Jurisdicionais como aqueles proferidos pela CNRM, ou ainda órgãos como o CREMESP e o CRM-MG, são claros em estabelecer que é imprescindível a presença de Médico Preceptor junto aos Médicos Residentes durante o desempenho de suas atividades. Exemplificativamente, viu-se que, em virtude do não cumprimento, por Médico Preceptor, de suas funções de treinamento, orientação e supervisão, seja por determinação de instituição hospitalar, seja por responsabilidade própria: (a) não poucas PRM's mantidas por instituições hospitalares foram baixadas em diligência até a correção das irregularidades, ou, em último caso, descredenciadas; e (b) igualmente, são muitos os casos na jurisprudência dos Tribunais Jurisdicionais em que entendeu-se pela necessidade inclusão nas lides de Médico Preceptor quando constatado erro médico praticado pelo Médico Residente que o primeiro deveria estar supervisionando.

- (iii) Quais as medidas que podem ser tomadas em caso de desrespeito da legislação examinada?

Caso seja constatada alguma irregularidade quanto à existência, disponibilidade ou atuação de Médico Preceptor, a AMERERS, enquanto representante da classe de Médicos Residentes do Rio Grande do Sul, tem legitimidade para atuar judicial e extrajudicialmente na defesa dos interesses de seus associados, podendo: (a) lançar mão de representações junto a instituições hospitalares, órgãos administrativos (tais como a CNRM) e Ministério Público (Estadual, Federal ou do Trabalho); e (b) propor ações judiciais, dentre uma ampla gama de remédios jurídicos disponíveis, conforme análise de cada caso concreto, para efetivar o cumprimento do art. 1º da Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981.

É o parecer.

FELIPE MENEGOTTO DONADEL
OAB/RS 88.710

GERSON CAZOTTI BELINASSO
OAB/RS 88.707

RODRIGO TOLOSA CARLAN
OAB/RS 88.808