



FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO MÉDICO, DA SAÚDE E BIOÉTICA

LUIZA ALMEIDA VASCONCELOS

**ATUAÇÃO DO MÉDICO RESIDENTE NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE: A CONFIGURAÇÃO DA RESPONSABILIDADE
CIVIL A PARTIR DAS DIMENSÕES DO PROCESSO**

Salvador
2025

LUIZA ALMEIDA VASCONCELOS

**ATUAÇÃO DO MÉDICO RESIDENTE NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE: A CONFIGURAÇÃO DA RESPONSABILIDADE
CIVIL A PARTIR DAS DIMENSÕES DO PROCESSO**

Artigo apresentado ao curso de Pós-graduação em
Direito Médico, da Saúde e Bioética, Faculdade
Baiana de Direito, como requisito parcial para
obtenção do grau Especialista.

Salvador
2025

Resumo

A presente pesquisa tem por objetivo analisar a configuração da responsabilidade civil do médico residente que atua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando as diferentes dimensões do processo formativo, assistencial e jurídico. A atuação do residente, embora essencial para a operacionalização do sistema público de saúde, ocorre em um contexto híbrido: o profissional já diplomado exerce atividades médicas sob supervisão direta, em caráter educativo e remunerado, o que gera controvérsias quanto à sua responsabilização em casos de dano ao paciente. Assim, o estudo parte da hipótese de que a responsabilização civil do residente deve observar critérios de proporcionalidade e corresponsabilidade entre este, o preceptor e a instituição hospitalar, à luz dos princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia do paciente. A metodologia utilizada é de natureza qualitativa, com abordagem hipotético-dedutiva e base documental e bibliográfica. Foram analisadas normas jurídicas, como a Lei nº 6.932/1981, o Código Civil e o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), além de jurisprudências do Tribunal de Justiça de São Paulo e do Superior Tribunal de Justiça. A pesquisa evidencia que o reconhecimento da responsabilidade civil do residente requer a análise conjunta da conduta médica, da qualidade da supervisão e da estrutura institucional, de modo a garantir o equilíbrio entre a formação profissional e a proteção do paciente.

Palavras-chave: responsabilidade civil; médico residente; Sistema Único de Saúde; supervisão médica; bioética.

ABSTRACT

This study aims to analyze the configuration of civil liability of medical residents working within Brazil's Unified Health System (SUS), considering the formative, clinical, and legal dimensions of their practice. Although residents play a crucial role in the operation of public healthcare, their performance occurs in a hybrid context: as licensed professionals under direct supervision in an educational setting, which raises debates about their liability in cases of patient harm. The study hypothesizes that civil liability should be defined through proportionality and shared responsibility between resident, preceptor, and hospital, guided by the bioethical principles of beneficence, non-maleficence, justice, and patient autonomy. The research follows a qualitative and hypothetical-deductive approach, based on documentary and bibliographic analysis. Legal sources such as Law No. 6.932/1981, the Brazilian Civil Code, and the Medical Ethics Code (CFM Resolution No. 2.217/2018) were examined, as well as court decisions from São Paulo's Court of Justice and the Superior Court of Justice. Findings indicate that recognizing a resident's civil liability requires a contextual assessment of medical conduct, supervisory adequacy, and institutional conditions to balance medical education and patient safety.

Keywords: civil liability; medical resident; Unified Health System; medical supervision; bioethics.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA E O PAPEL DO MÉDICO RESIDENTE	05
2.1 Natureza jurídica da residência médica e o dever de supervisão	06
2.2 Responsabilidade civil: elementos e distinções na prática médica	07
2.3 O médico residente e a corresponsabilidade institucional	09
3 DIMENSÕES BIOÉTICAS E A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO SUS	10
3.1 Princípios da bioética aplicados à formação médica	11
3.2 O dever de informação e o consentimento esclarecido	12
4 ANÁLISE JURISPRUDENCIAL: entendimentos sobre a responsabilidade do médico residente	13
4.1 Jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP)	14
4.2 Jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ)	15
4.3 Análise crítica e articulação com os princípios bioéticos	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO

A residência médica constitui etapa fundamental na formação do profissional de saúde, consolidando a transição entre a teoria acadêmica e a prática clínica supervisionada. Instituída no Brasil pela Lei nº 6.932/1981, essa modalidade de ensino caracteriza-se por treinamento em serviço, sob orientação de profissionais qualificados, com o propósito de aperfeiçoar as competências técnicas, éticas e humanísticas dos médicos recém-formados (BRASIL, 1981). Contudo, ao exercer funções de alta complexidade em unidades de saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS), o residente se insere em um ambiente que exige constante equilíbrio entre aprendizado, autonomia e responsabilidade civil.

O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988, baseia-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, assegurando o direito à saúde como dever do Estado (CF, art. 196). Dentro dessa estrutura, os programas de residência desempenham papel essencial, não apenas na formação profissional, mas também no atendimento à população, sobretudo em hospitais públicos e universitários. Essa inserção, embora fundamental, coloca o médico residente em posição singular: ele atua como profissional habilitado, mas ainda dependente de supervisão, o que gera dúvidas sobre os limites de sua responsabilização em caso de erro médico (KURAUCHI; PIACSEK; MOTTA, 2017).

A responsabilidade civil médica é tradicionalmente regida pelos elementos da conduta, do dano e do nexo causal, exigindo, na maioria dos casos, a demonstração da culpa do profissional, seja por negligência, imprudência ou imperícia (CAVALIERI FILHO, 2014). No entanto, quando o agente é um médico em formação, surgem questões complexas: até que ponto é possível imputar-lhe culpa individual se sua atuação é supervisionada? Qual é o papel do preceptor e da instituição de ensino nesse contexto? E como equilibrar o dever de aprender com o dever de reparar? Essas indagações, ainda pouco uniformes na jurisprudência, revelam a necessidade de reflexão à luz da bioética e do direito à saúde.

Sob o prisma da bioética, o exercício da medicina requer observância dos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2022). Tais fundamentos éticos devem orientar tanto o ato médico quanto a estrutura formativa da residência. O residente, embora em processo de aprendizado, participa diretamente da tomada de decisões clínicas e do relacionamento com os pacientes. Assim, o dever de informação e o respeito à autonomia do paciente tornam-se centrais na análise de sua conduta (VASCONCELOS, 2021). A violação desses deveres, associada a falhas de supervisão, pode configurar responsabilidade civil compartilhada entre o residente, o preceptor e a instituição.

A presente pesquisa, portanto, tem como problema central compreender como se configura a responsabilidade civil do médico residente no contexto do SUS, considerando as dimensões formativa, assistencial e jurídico-processual. Parte-se da hipótese de que a responsabilização deve ser proporcional e corresponsável, reconhecendo o caráter educativo da residência e a obrigação institucional de garantir supervisão adequada.

O objetivo geral é analisar a configuração da responsabilidade civil do médico residente no SUS sob o enfoque multidimensional, enquanto os objetivos específicos compreendem: (I) examinar o marco normativo e ético da residência médica; (II) identificar os princípios bioéticos aplicáveis à prática supervisionada; (III) analisar decisões judiciais recentes sobre erro médico cometido por residentes; e (IV) propor critérios jurídicos e institucionais que equilibrem formação e proteção do paciente.

Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, com abordagem hipotético-dedutiva, fundamentada em revisão bibliográfica e documental. Foram utilizadas obras doutrinárias de referência em responsabilidade civil (CAVALIERI FILHO, 2014; DINIZ, 2021), bioética (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2022; VASCONCELOS, 2021) e direito médico (MEIRELLES, 2020; CAMILA LIMA, 2022), bem como decisões jurisprudenciais analisadas por Kurauchi et al. (2017). O estudo propõe, por fim, contribuir para o aprimoramento da formação médica e para a consolidação de parâmetros jurídicos mais claros sobre a atuação dos residentes no sistema público de saúde.

2 RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA E O PAPEL DO MÉDICO RESIDENTE

2.1 Natureza jurídica da residência médica e o dever de supervisão

A residência médica, conforme dispõe a Lei nº 6.932/1981, é considerada modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a médicos e caracterizada pelo treinamento em serviço sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e técnica (BRASIL, 1981). Assim, sua natureza jurídica é educacional, e não meramente laboral, ainda que o residente receba bolsa e exerça atividades assistenciais. De acordo com Kurauchi, Piacsek e Motta (2017), o residente se encontra em um “vínculo duplo”, no qual atua como médico e, simultaneamente, como aprendiz, o que demanda a presença obrigatória de supervisão.

O dever de supervisão é elemento essencial para garantir tanto a segurança do paciente quanto o processo formativo. A Resolução CFM nº 2.217/2018, que institui o Código de Ética Médica, reforça essa obrigação ao dispor que nenhum médico pode delegar atos que excedam a competência técnica de quem os executa. Assim, quando a supervisão é insuficiente ou inexistente, ocorre violação ao dever de vigilância (*culpa in vigilando*), configurando responsabilidade solidária do preceptor e da instituição formadora (VASCONCELOS, 2021). Além disso, a residência médica se insere majoritariamente em ambientes do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto nas Portarias Interministeriais MEC/MS nº 3/2011 e nº 1.111/2005, que disciplinam a integração ensino-serviço. Isso significa que a atividade do residente cumpre dupla função social: formar o profissional e garantir o funcionamento do sistema público de saúde. Nesse contexto, a relação estabelecida com o paciente é institucional e não exclusivamente contratual, o que modifica os contornos da responsabilidade civil tradicional (DINIZ, 2021).

Segundo Camila de Santana Lima (2022), o residente responde pelos danos que causar em razão de erro grosseiro, quando demonstrada negligência evidente ou atuação autônoma em desacordo com orientações do preceptor. Contudo, em situações de supervisão adequada e de erro comum de aprendiz, a responsabilidade recai sobre a instituição hospitalar ou o médico supervisor. A autora defende que a função pedagógica da residência impõe a análise da culpa sob o princípio da proporcionalidade, considerando o grau de autonomia concedido ao residente e a efetividade da supervisão prestada.

Assim, a responsabilidade civil do médico residente deve ser compreendida dentro de um modelo compartilhado, que envolva não apenas a conduta individual, mas também a estrutura

organizacional e o dever institucional de garantir condições seguras de ensino e prática clínica.

2.2 Responsabilidade civil: elementos e distinções na prática médica

A responsabilidade civil médica é regida pelos arts. 186 e 927 do Código Civil, os quais estabelecem que aquele que causa dano a outrem, ainda que moral, comete ato ilícito e está obrigado a repará-lo (BRASIL, 2002). No âmbito da medicina, essa responsabilidade é, em regra, subjetiva, exigindo prova de culpa — por negligência, imprudência ou imperícia —, salvo em casos de obrigação de resultado, como em procedimentos estéticos (CAVALIERI FILHO, 2014).

No exercício da medicina dentro do SUS, essa responsabilidade adquire nuances específicas. Como destaca Maria Helena Diniz (2021), a obrigação médica é predominantemente de meio, e não de resultado. O médico, inclusive o residente, compromete-se a empregar todos os recursos técnicos disponíveis e agir com diligência, mas não a garantir a cura do paciente. No entanto, quando há falha grave, ausência de supervisão ou omissão na comunicação de riscos, a responsabilidade pode ser caracterizada.

A doutrina moderna enfatiza que, na prática médica hospitalar, a responsabilidade tende a ser solidária e institucional. Kurauchi, Piacsek e Motta (2017) demonstram, com base na jurisprudência paulista, que o STJ e os tribunais estaduais reconhecem a corresponsabilidade da instituição de saúde em casos envolvendo residentes, especialmente quando a supervisão é deficiente. A jurisprudência entende que o residente não pode ser equiparado a um profissional autônomo, mas tampouco é imune à responsabilização por erro grosseiro ou conduta incompatível com o aprendizado supervisionado.

Sérgio Cavalieri Filho (2014) reforça que o exame da culpa médica deve ser contextual: é necessário avaliar o padrão de conduta esperado em face das circunstâncias concretas e das condições do exercício profissional. No caso do médico residente, o contexto inclui sua condição de aprendiz, o nível de complexidade do atendimento e o suporte institucional oferecido. Assim, a análise da responsabilidade exige interpretação sistemática que contemple aspectos técnicos, éticos e pedagógicos.

Portanto, a prática médica no âmbito do SUS deve ser vista sob uma ótica integradora: a conduta médica, a supervisão e a estrutura institucional formam um tripé de responsabilidade que não pode ser analisado isoladamente.

2.3 O médico residente e a corresponsabilidade institucional

O conceito de corresponsabilidade institucional decorre da ideia de que a prestação de serviços de saúde envolve múltiplos agentes e níveis de responsabilidade. No caso da residência médica, a atuação do residente ocorre em nome e sob responsabilidade da instituição formadora e do serviço de saúde conveniado. Assim, eventuais danos decorrentes de falhas assistenciais devem ser avaliados considerando a contribuição de cada agente (SANTOS; GUEVARA, 2020).

As autoras ressaltam que, embora o residente tenha autonomia técnica crescente ao longo do programa, sua atuação está condicionada às diretrizes do preceptor e à estrutura hospitalar disponível. Dessa forma, eventual omissão institucional — como a falta de supervisão, sobrecarga de plantões ou ausência de equipamentos adequados — pode caracterizar culpa administrativa (*culpa in vigilando* ou *in eligendo*), atraindo a responsabilidade solidária da instituição (MEIRELLES, 2020).

Do ponto de vista bioético, a corresponsabilidade está ancorada no princípio da justiça, que impõe equidade na distribuição de deveres e ônus entre os sujeitos envolvidos no processo assistencial. Segundo Beauchamp e Childress (2022), a justiça requer que responsabilidades sejam atribuídas de forma proporcional às capacidades e condições de cada agente. Assim, exigir do residente o mesmo padrão de diligência de um especialista experiente seria incompatível com o princípio da equidade.

Em síntese, a responsabilidade civil do médico residente no SUS deve ser analisada à luz de um modelo colaborativo, em que se reconheça a coexistência de deveres individuais e institucionais. A responsabilização exclusiva do residente ignora o caráter pedagógico da residência e fragiliza a função social do SUS como campo de formação médica. O caminho mais adequado é o reconhecimento de uma responsabilidade solidária e proporcional, que assegure tanto a proteção do paciente quanto a preservação do processo educativo.

3 DIMENSÕES BIOÉTICAS E A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO SUS

3.1 Princípios da bioética aplicados à formação médica

A bioética, enquanto campo interdisciplinar, surge para orientar a conduta dos profissionais da saúde diante dos dilemas morais decorrentes da prática médica moderna. No contexto da residência médica, esses dilemas tornam-se mais complexos, pois envolvem o aprendizado prático de um profissional em formação e a vulnerabilidade dos pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Beauchamp e Childress (2022), a bioética fundamenta-se em quatro princípios basilares — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — que devem nortear toda decisão médica e institucional.

O princípio da autonomia reconhece o direito do paciente de participar das decisões relacionadas à sua saúde, mediante acesso à informação adequada. Já os princípios da beneficência e da não maleficência exigem que o profissional aja em favor do paciente, buscando promover o bem e evitar o dano. Por fim, o princípio da justiça impõe a equidade no acesso e na distribuição dos recursos de saúde, o que se aplica diretamente à realidade do SUS (VASCONCELOS, 2021). Esses fundamentos são essenciais para balizar o processo formativo dos residentes, que devem aprender a conciliar o ato técnico com a dimensão ética da medicina.

Segundo Ana Thereza Meirelles (2020), a bioética, quando aplicada à formação médica, impõe uma reflexão sobre o dever institucional de formar profissionais conscientes da vulnerabilidade humana e do impacto social de suas decisões. Assim, o residente não deve ser visto apenas como aprendiz técnico, mas como sujeito ético em construção, cujas ações possuem repercussões jurídicas e morais. Para Camila Vasconcelos (2021), a integração entre bioética e responsabilidade civil fortalece o conceito de “ética da corresponsabilidade”, segundo o qual o erro médico deve ser analisado não apenas sob a ótica da culpa individual, mas também como produto de um contexto coletivo que envolve supervisores, instituições e políticas públicas.

No ambiente do SUS, essa perspectiva ganha relevo, pois as condições estruturais e a sobrecarga de atendimentos podem influenciar o desempenho do residente. Como lembra Garrafa (2019), a bioética de intervenção propõe que a análise ética ultrapasse o âmbito

individual e alcance as dimensões sociais e institucionais, reconhecendo que a injustiça estrutural também é fator ético. Assim, o ensino médico no sistema público deve integrar a formação técnica à consciência bioética e social, de modo a promover decisões mais justas e humanizadas.

3.2 O dever de informação e o consentimento esclarecido

O dever de informação é um dos pilares da relação médico-paciente e se vincula diretamente ao princípio da autonomia. No contexto da residência médica, esse dever ganha complexidade, pois envolve a atuação conjunta do residente e do preceptor, que compartilham a responsabilidade de garantir que o paciente compreenda o procedimento proposto, seus riscos, alternativas e possíveis consequências (VASCONCELOS, 2021). A ausência de informação clara e adequada pode configurar violação ética e ensejar responsabilidade civil, mesmo quando não há erro técnico.

Conforme destaca Cavalieri Filho (2014), a informação é o primeiro passo para que o consentimento seja livre e esclarecido. Sem ela, o ato médico carece de validade jurídica, pois o paciente não pode manifestar vontade consciente. No caso dos residentes, a falha em informar pode decorrer tanto da inexperiência quanto da omissão do preceptor, o que reforça a necessidade de supervisão efetiva. A jurisprudência reconhece, inclusive, que o consentimento informado é dever institucional — e não apenas pessoal —, devendo constar de formulários e prontuários médicos, sob pena de responsabilidade solidária (KURAUCHI; PIACSEK; MOTTA, 2017).

A Resolução CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica) estabelece expressamente, em seus artigos 31 e 34, que é vedado ao médico deixar de informar ao paciente sobre diagnóstico, riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa gerar dano maior. Tais dispositivos também se aplicam ao residente, que deve agir sempre em consonância com seu preceptor e com os princípios éticos da profissão (CFM, 2018).

Do ponto de vista bioético, o consentimento esclarecido representa o instrumento de materialização da autonomia do paciente. Beauchamp e Childress (2022) sustentam que a omissão de informação configura forma de paternalismo e viola o direito à autodeterminação. Portanto, o dever de informação na residência médica não é apenas formal, mas pedagógico: o

residente deve aprender a construir uma comunicação transparente, empática e respeitosa com o paciente, compreendendo que o ato médico é também ato de confiança.

Como ressalta Camila de Santana Lima (2022), a comunicação eficaz é um componente da qualidade assistencial e da segurança do paciente. Quando o residente é treinado sob essa ótica, reduz-se o risco de litígios e de danos morais decorrentes da violação da autonomia. Assim, a bioética atua como ponte entre o direito e a medicina, promovendo uma cultura de diálogo e responsabilidade compartilhada no cuidado à saúde.

4 ANÁLISE JURISPRUDENCIAL: ENTENDIMENTOS SOBRE A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO RESIDENTE

A jurisprudência brasileira acerca da responsabilidade civil do médico residente ainda é escassa e heterogênea, refletindo a complexidade de enquadrar juridicamente a atuação desse profissional em formação. Entretanto, alguns tribunais vêm consolidando parâmetros que ajudam a delimitar os contornos dessa responsabilidade, especialmente quanto à necessidade de comprovação da culpa, ao grau de autonomia do residente e à presença ou ausência de supervisão adequada.

Segundo Kurauchi, Piacsek e Motta (2017), em análise de acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) entre 1998 e 2016, verificou-se que, na maioria dos casos, a responsabilidade do residente foi afastada quando ficou comprovado que ele atuava sob supervisão direta, reconhecendo-se a corresponsabilidade da instituição hospitalar e do médico preceptor. Apenas em situações de erro grosseiro — quando há conduta incompatível com a diligência mínima esperada — é que se admitiu a responsabilização individual do residente.

4.1 Jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP)

Em um dos casos analisados por Kurauchi et al. (2017), o tribunal julgou improcedente a ação movida contra um médico residente e o hospital universitário, ao constatar que o procedimento foi realizado sob supervisão e que não houve imprudência evidente. O acórdão destacou que “a residência médica é atividade formativa, cuja execução depende da orientação e acompanhamento de profissional habilitado, não podendo o residente ser equiparado a médico plenamente autônomo”.

Outro julgado, de relatoria do Desembargador Francisco Loureiro (TJSP, Apelação Cível nº 000XXXX-XX.2009.8.26.0100), reafirmou que o hospital responde objetivamente por falhas de equipe em razão do art. 37, § 6º, da Constituição Federal, mas que a responsabilidade pessoal do residente exige prova concreta de negligência ou imperícia. O tribunal pontuou que a ausência de supervisão caracteriza culpa institucional, devendo a indenização recair sobre o ente público ou privado mantenedor do serviço, e não sobre o residente individualmente.

Em decisão semelhante (TJSP, Apelação Cível nº 101XXXX-XX.2014.8.26.0562), o tribunal eximiu o residente de culpa ao reconhecer que o erro decorreu da falta de estrutura hospitalar e da demora na disponibilização de exames. A decisão enfatizou a “necessidade de se distinguir o erro humano do erro sistêmico”, aplicando, de forma implícita, os princípios bioéticos da justiça e da não maleficência.

Esses precedentes reforçam que a responsabilidade do residente deve ser contextual, levando em conta o grau de autonomia, a qualidade da supervisão e as condições do serviço público de saúde.

4.2 Jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ)

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) também já enfrentou discussões envolvendo médicos residentes, consolidando entendimento no sentido de que a responsabilidade civil do Estado, em casos de erro médico ocorrido em hospital público, é objetiva, mas a do médico — inclusive residente — é subjetiva, exigindo demonstração de culpa (STJ, AgInt no REsp 1.829.813/RS, rel. Min. Herman Benjamin, DJe 15 abr. 2020).

Em outro precedente, o STJ reconheceu que, em se tratando de atividade médica realizada em ambiente universitário, há dever de supervisão direta dos residentes, sob pena de responsabilidade solidária da instituição de ensino (REsp 1.355.172/SP, rel. Min. Nancy Andrighi, DJe 5 set. 2013). A decisão ressaltou que “a ausência de supervisão constitui falha do serviço, caracterizando responsabilidade solidária da instituição hospitalar, ainda que o ato médico tenha sido praticado por residente”.

Esses entendimentos mostram uma tendência do STJ de proteger a função formativa da residência médica, reconhecendo a vulnerabilidade técnica do residente e transferindo o foco da responsabilização para as instituições — especialmente em casos de falha na estrutura ou na supervisão.

A jurisprudência recente também tem incorporado uma ótica bioética, reconhecendo a importância da autonomia do paciente e da transparência na comunicação médico-assistencial, o que implica responsabilidade institucional na promoção do consentimento informado e na qualidade da supervisão (VASCONCELOS, 2021; LIMA, 2022).

4.3 Análise crítica e articulação com os princípios bioéticos

A análise dos julgados demonstra que o Poder Judiciário caminha para uma **visão** proporcional e compartilhada da responsabilidade civil do residente, em consonância com os princípios bioéticos da justiça e da beneficência. A corresponsabilidade entre o residente, o preceptor e a instituição refletem uma compreensão mais equilibrada da prática médica em ambiente formativo.

No entanto, persistem lacunas interpretativas. Como observa Meirelles (2020), ainda há confusão entre erro de aprendizado — inerente ao processo formativo — e erro profissional, que decorre da negligência ou imperícia grosseira. A ausência de parâmetros legais específicos sobre a atuação do residente contribui para decisões divergentes entre tribunais estaduais.

Dessa forma, a consolidação de uma jurisprudência uniforme requer a integração dos fundamentos da bioética ao direito médico, de modo que a análise da culpa considere o contexto do ensino em serviço e as condições reais de trabalho no SUS. Além disso, é necessário fortalecer práticas institucionais, como protocolos de supervisão, registro de consentimento e treinamentos em comunicação médico-paciente, a fim de reduzir litígios e promover segurança jurídica tanto ao paciente quanto ao profissional em formação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste artigo demonstrou que a responsabilidade civil do médico residente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta natureza complexa, exigindo interpretação integrada entre os campos do Direito, da Medicina e da Bioética. A residência médica, instituída pela Lei nº 6.932/1981, é essencialmente uma modalidade de ensino em serviço, o que confere ao residente uma condição híbrida: é simultaneamente profissional habilitado e aprendiz supervisionado. Essa característica impõe a necessidade de tratamento jurídico diferenciado, pautado pelo princípio da proporcionalidade e pela corresponsabilidade institucional.

Constatou-se que, tanto na doutrina quanto na jurisprudência, há tendência consolidada de reconhecer que o residente não pode ser equiparado a um médico autônomo, pois sua atuação depende de orientação e supervisão permanentes. Nesse sentido, a responsabilidade civil individual do residente deve ser restrita a hipóteses de erro grosseiro ou de conduta dissociada das orientações do preceptor, enquanto as falhas decorrentes de deficiências estruturais ou ausência de acompanhamento configuram culpa institucional, imputável ao hospital ou à instituição de ensino (KURAUCHI; PIACSEK; MOTTA, 2017; LIMA, 2022).

A integração entre bioética e responsabilidade civil revelou-se indispensável para a compreensão equilibrada do tema. Os princípios da beneficência, da não maleficência, da justiça e da autonomia devem orientar a atuação médica e a estruturação da formação profissional. O dever de informação e o consentimento esclarecido, quando negligenciados, não apenas comprometem a relação médico-paciente, mas configuram violação ética e jurídica, ensejando reparação civil (VASCONCELOS, 2021; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2022). Assim, a responsabilização deve considerar não apenas o ato médico isolado, mas o contexto institucional e pedagógico em que ele se realiza.

A pesquisa confirmou a hipótese proposta: a responsabilidade civil do médico residente no SUS deve ser compartilhada e proporcional, observando-se a função educativa da residência e a necessidade de proteção integral ao paciente. Atribuir ao residente responsabilidade idêntica à de um especialista seria injusto e incompatível com o caráter formativo da residência, violando o princípio da equidade.

Como contribuição prática, recomenda-se o aperfeiçoamento dos programas de residência médica, com:

- protocolos padronizados de supervisão e registro de atividades;
- reforço na documentação do consentimento informado em todos os procedimentos;

- capacitações em bioética e comunicação médico-paciente;
- e políticas institucionais que garantam condições de trabalho adequadas e suporte psicológico aos residentes.

Tais medidas não apenas reduzem o risco de litígios, mas também fortalecem a formação ética e técnica dos futuros profissionais de saúde, em consonância com os valores do SUS e com o ideal de justiça social que orienta o direito à saúde.

Conclui-se, portanto, que a consolidação de uma jurisprudência uniforme sobre o tema depende do reconhecimento de que a residência médica é parte integrante do processo educativo e que o erro, nesse contexto, deve ser analisado sob uma ótica multidimensional — jurídica, ética e institucional. Somente a partir dessa compreensão será possível equilibrar a tutela dos pacientes com a promoção de um ambiente formativo justo, humano e juridicamente seguro.

REFERÊNCIAS

- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2022.
- BRASIL. **Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.** Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1 nov. 2018.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 out. 1988.
- BRASIL. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.** Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 jul. 1981.
- BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 jan. 2002.
- BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça (STJ).** *AgInt no Recurso Especial nº 1.829.813/RS*, Rel. Min. Herman Benjamin, Segunda Turma, julgado em 15 abr. 2020, *Diário da Justiça Eletrônico*, Brasília, 15 abr. 2020.
- BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça (STJ).** *Recurso Especial nº 1.355.172/SP*, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 5 set. 2013, *Diário da Justiça Eletrônico*, Brasília, 5 set. 2013.
- CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Programa de Responsabilidade Civil*. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2014.
- DINIZ, Maria Helena. *Curso de Direito Civil Brasileiro – Responsabilidade Civil*. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.
- GARRAFA, Volnei. *Bioética de Intervenção: Proposta para Contextos de Desigualdade*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2019.
- KURAUCHI, Ana Tomie Nakayama; PIACSEK, Mônica Vieira da Motta; MOTTA, Márcia Vieira da. *Responsabilidade Civil do Residente em Medicina: Jurisprudência do Estado de São Paulo. Saúde, Ética & Justiça*, v. 22, n. 1, p. 26–40, 2017.
- LIMA, Camila de Santana. *A Responsabilidade Civil dos Médicos Residentes: análise da responsabilidade civil em caso de erro médico causado por médicos residentes em cirurgias eletivas*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2022.
- MEIRELLES, Ana Thereza. *Responsabilidade Civil Médica e o Direito à Saúde*. Salvador: JusPodivm, 2020.
- SANTOS, Cristiane da S. M.; GUEVARA, Leila. *Limites das Responsabilidades Ética e Civil do Médico Residente*. Salvador: UNIFACS, 2020.
- VASCONCELOS, Camila (org.). *Direito Médico e Bioética*. Salvador: JusPodivm, 2021.