



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 4.156, DE 2015 **(Do Sr. Augusto Carvalho)**

Altera a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, para incluir os §§ 6º a 9º do art. 1º, para discriminar a responsabilidade civil, administrativa e penal do médico preceptor ou staff.

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (MÉRITO E ART. 54, RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. O art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981 passa a vigorar com a seguinte redação:

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 e supervisão de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

(...)

§ 6º - O médico preceptor, no período da residência médica, será responsável solidariamente pelas condutas adotadas pelos médicos residentes na esfera civil e administrativa. Na ausência do preceptor, o staff responde nas mesmas condições. (N.R.)

§ 7º A instituição de saúde, universitária ou não, será responsável pelas condutas adotadas pelos Residentes Médicos na esfera civil, solidariamente com o residente e o médico preceptor ou staff. (N.R.)

§ 8º Não haverá responsabilidade solidária se se provar que o residente adotou medidas em desacordo com aquelas repassadas pela preceptoria, causando danos ao paciente. (N.R.)

§ 9º Na esfera penal, a responsabilidade será exclusiva do preceptor ou do staff.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O curso de Medicina possui uma das mais extensas grades curriculares universitárias do Brasil, sendo 06 (seis) anos de duração com aulas teóricas e práticas.¹

Além disso, a ementa de cada disciplina é deveras extensa, cujo conteúdo necessita das chamadas "Residências médicas", conhecidas por se tratarem de especialização acadêmico-

¹ Ministério da Educação. Resolução 3, de 20 de junho de 2014. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192, acesso em 27/11/2015.

profissional com a finalidade de capacitar o profissional da Medicina ao atendimento prático, considerando a realidade da população brasileira.

Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).²

O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.³

Sabe-se, dessa forma, que médico residente é o bacharel recém-formado, em processo de aprendizagem de especialidade médica no atendimento hospitalar. Compõe a equipe médica, mas tem necessidade de orientação de um preceptor, podendo agir sem ele tão somente em casos em que for evidente a desnecessidade de sua presença.

Deste modo, no curso de formação, o jovem médico aprendiz vai percorrendo degraus sucessivos de conhecimento galgando diferentes níveis, com autonomia e interdependência com seus monitores e colegas, até atingir uma qualificação que o torna apto ao exercício da profissão, ingressando assim no mercado de trabalho.

Pensando nestas circunstâncias, o legislador editou a Lei nº 6.932/1981, que prevê no seu art. 1º que "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".

Dessa forma, nos termos legais, o residente está sob constante orientação e responsabilidade da instituição de saúde, universitária ou não, não se enquadrando na condição de garante, conforme preceitua o art. 13, § 2º, do Código Penal Brasileiro.

² Ministério da Educação. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>, acesso em 29/11/2015, às 18:37.

³ idem.ibidem.

A respeito da condição de garante, leciona o doutrinador Luiz Regis Prado⁴ que tal condição é decorrente de estreito vínculo existente entre o omitente e o bem jurídico tutelado, sendo necessário ao autor, na posição de garante, deter a capacidade de ação para evitar o resultado.

Dessarte, o médico residente, em fase de aprendizado durante a residência médica, sendo orientado por médicos com elevada qualificação, não possui capacitação técnica completa para evitar o resultado danoso ao bem jurídico protegido por lei, de modo que não pode assumir tal condição (garante) sem a preceptoria médica, conforme previsão na farta legislação existente.

Nesse sentido, acrescenta-se, ainda, o entendimento do Conselho Federal de Medicina exposto no Parecer nº 23/15⁵ sobre a responsabilidade do médico preceptor, *in verbis*:

Neste sentido, a atuação do Médico residente (sem supervisão direta do Médico supervisor), independentemente de ser R1, R2 ou R3, é aprioristicamente irregular, pois, em que pese o residente ter direito ao pleno exercício da profissão de médico, o mesmo encontra-se submetido ao regime da residência médica, assumindo ser imperito na especialidade que está aprimorando, devendo necessariamente ser supervisionado.

Saliente-se que, em estando ausente o preceptor, e ocorrendo erro Médico do residente, responderá o Médico preceptor pelos danos causados, na medida de sua culpa *in vigilando*, tendo em vista que o objetivo dos programas de residência médica é dar aperfeiçoamento Médico sob treinamento dirigido, não sendo admissível que as cirurgias sejam realizadas sem a presença do preceptor na sala cirúrgica em tempo integral.

Não obstante, os médicos orientadores/preceptores possuem o dever, sob pena de responsabilidade, de acompanhar de perto as atividades inerentes à especialidade e desenvolvidas pelo Médico residente durante o aprendizado.

Pelas razões expostas consideramos de elevada importância a participação dos nobres Parlamentares no esforço para a aprovação da presente proposição.

Sala das Sessões, 17 de dezembro de 2015

Dep. Augusto Carvalho

⁴ PRADO, Luiz Regis. Comentários ao código penal: jurisprudência, conexões lógicas com os vários ramos do direito. 10.ed.rev.atual. e ampl. São Paulo: editora Revista dos Tribunais, 2015, p. 123.

⁵ http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_pareceres&buscaEfetuada=true&pareceresUf=&pareceresNumero=23&pareceresAno=2015&pareceresAssunto=&pareceresTexto=#buscaPareceres, acesso em 30/11/2015 às 11:25.

Solidariedade/DF

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
 Seção de Legislação Citada - SELEC

LEI Nº 6.932, DE 7 DE JULHO DE 1981

Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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.

§ 1º As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 2º É vedado o uso da expressão "residência médica" para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.871, de 22/10/2013\)](#)

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.871, de 22/10/2013\)](#)

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.871, de 22/10/2013\)](#)

Art. 2º Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

.....

.....

DECRETO Nº 80.281, DE 5 DE SETEMBRO DE 1977

Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º 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.

§ 1º Os programas de Residência serão desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas: Clínica Médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Obstetrícia e Ginecologia; e Medicina Preventiva ou Social.

§ 2º Os programas de Residência terão a duração mínima de 1 (um) ano, corresponderão ao mínimo de 1.800 (hum mil e oitocentas) horas de atividade.

§ 3º Além do treinamento em serviço, os programas de Residência compreenderão um mínimo de quatro horas semanais de atividades sob a forma de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras sempre com a participação ativa dos alunos.

Arts. 2º a 5º [*Revogados pelo Decreto nº 7.562, de 15/9/2011*](#)

Art. 6º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 5 de setembro de 1977; 156º da Independência e 89º da República.

ERNESTO GEISEL

Ney Braga

Paulo de Almeida Machado

L. G. do Nascimento e Silva

Moacyr Barcellos Potyguara

DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940

Código Penal.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta a seguinte lei:

PARTE GERAL

.....

TÍTULO II
DO CRIME

Relação de causalidade

Art. 13. O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.

Superveniência de causa independente

§ 1º A superveniência de causa relativamente independente exclui a imputação quando, por si só, produziu o resultado; os fatos anteriores, entretanto, imputam-se a quem os praticou.

Relevância da omissão

§ 2º A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem:

- a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância;
- b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado;
- c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado.

[\(Artigo com redação dada pela Lei nº 7.209, de 11/7/1984\)](#)

Art. 14. Diz-se o crime:

Crime consumado

I - consumado, quando nele se reúnem todos os elementos de sua definição legal;

Tentativa

II - tentado, quando, iniciada a execução, não se consuma por circunstâncias alheias à vontade do agente.

Pena de tentativa

Parágrafo único. Salvo disposição em contrário, pune-se a tentativa com a pena correspondente ao crime consumado, diminuída de um a dois terços. [\(Artigo com redação dada pela Lei nº 7.209, de 11/7/1984\)](#)

.....

.....

PARECER CFM Nº 23, DE 17 DE JUNHO DE 2015

O médico anesthesiologista não pode realizar anestésias simultâneas em pacientes distintos, independentemente de ser preceptor ou não de médicos residentes, pois isto infringe o disposto na Resolução CFM nº 1.806/06.

DA CONSULTA

A consulente encaminha ao CFM o seguinte questionamento:

“Em relação ao exercício da anesthesiologia em centro cirúrgico com a participação de residentes, o preceptor de anesthesiologia pode se responsabilizar por mais de um procedimento cirúrgico simultâneo se houver um residente em cada sala?

Ainda é válido o Parecer CFM nº 32/95 (ementa) e como aplicar a Resolução CFM nº 1.802/06 (IV)?”.

DO PARECER:

A Resolução CFM nº 1.806/06 está vigente e estabelece no art. 1º, inciso IV: “É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anesthesias em pacientes distintos pelo mesmo profissional”.

Fica claro, de acordo com a Resolução, que o médico anesthesiologista não pode anesthesiar simultaneamente mais de um paciente.

A presença de médicos residentes em anesthesiologia não muda esta determinação, pois não existe esta ressalva na Resolução e pelo fato dos residentes estarem em programa de formação para serem especialistas – mas ainda não o são.

O que normatiza a Residência Médica no Brasil é a Lei nº 6.932/81, que estabelece no artigo 1º que: “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 e sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”.

O programa de residência médica insere o médico residente em um processo de ensino-aprendizagem exercido na prática médica, com o objetivo de formá-lo como especialista na área. Colocar o médico residente diretamente na assistência, relegando o processo de ensino-aprendizagem a um plano secundário, definitivamente não é o objetivo da residência médica. Assim, o médico residente em anesthesiologia, em obediência ao disposto na Lei nº 6.932/81, deve acompanhar o preceptor e ser por ele dirigido e orientado durante todo o ato anestésico.

Extrai-se do sítio da Sociedade Brasileira de Anesthesiologia (SBA), <http://www.sba.com.br/comunicacao/faq.asp>, resposta a esses questionamentos nos mesmos termos. Para a SBA, em caso de cirurgias, o preceptor deve sempre se fazer presente para orientar e supervisionar, evitando eventuais erros que possam ser cometidos pelos residentes.

Neste sentido, a atuação do Médico residente (sem supervisão direta do Médico supervisor), independentemente de ser R1, R2 ou R3, é aprioristicamente irregular, pois, em que pese o residente ter direito ao pleno exercício da profissão de médico, o mesmo encontra-se submetido ao regime da residência médica, assumindo ser imperito na especialidade que está aprimorando, devendo necessariamente ser supervisionado.

Saliente-se que, em estando ausente o preceptor, e ocorrendo erro Médico do residente, responderá o Médico preceptor pelos danos causados, na medida de sua culpa in vigilando, tendo em vista que o objetivo dos programas de residência médica é dar aperfeiçoamento Médico sob treinamento dirigido, não sendo admissível que as cirurgias sejam realizadas sem a presença do preceptor na sala cirúrgica em tempo integral.

Não obstante, os médicos orientadores/preceptores possuem o dever, sob pena de responsabilidade, de acompanhar de perto as atividades inerentes à especialidade e desenvolvidas pelo Médico residente durante o aprendizado.

Quanto ao acompanhamento de mais de uma cirurgia pelo Médico preceptor, informamos que o inciso IV do art. 1º da Resolução CFM nº 1.802/2006, determinou expressamente que “é ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional”, ou seja, é responsabilidade do anestesiológico a atuação em uma única anestesia, não sendo ético ou legal a sua atuação simultânea em mais de um paciente, mesmo com a presença de Médico residente, que na eventualidade de complicação não deverá ser responsabilizado sozinho pelo evento, tendo em vista que a ausência do preceptor será considerada na apuração da responsabilidade por eventual erro médico. Neste sentido, o preceptor Anestesiológico não deve assumir mais de um paciente ao mesmo tempo, em nenhuma hipótese, sob pena de colocar em risco a segurança do paciente, fato este tido como infração ética na forma prevista no Art. 1º do Código de Ética Médica, in verbis: “Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”.

CONCLUSÃO

Em resposta à consultante, esclarecemos que tanto o Parecer CFM nº 32/95 quanto a Resolução CFM nº 1.806/06 estão vigentes.

Em relação ao questionamento formulado, o fato do médico anestesiológico atuar também como preceptor de Programa de Residência Médica em anestesiologia não o autoriza a realizar anestésias simultâneas em pacientes distintos, pois esta conduta afronta o disposto na Resolução CFM nº 1.806/06.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 17 de junho de 2015

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
Conselheiro relator

FIM DO DOCUMENTO