

Conduta médica em juízo: uma década de julgamentos em Minas Gerais

Renata Bittar Britto Arantes¹, Alanna Gomes da Silva², Mônica Maria Bessa Correia¹, Guilherme Augusto Veloso³, Rui Manuel Lopes Nunes¹

1. Universidade do Porto, Porto, Portugal. 2. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil. 3. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Resumo

Este estudo analisou 1.363 processos éticos de médicos em Minas Gerais, ocorridos entre 2012 e 2022. Predominaram homens com mais de 20 anos de experiência, envolvidos em processos relacionados a responsabilidade profissional em áreas cirúrgicas. A absolvição ocorreu em 50,2% dos casos, com censura pública como penalidade mais frequente. Identificou-se a necessidade de atualizações contínuas: em documentação para médicos jovens e experientes, em publicidade para generalistas de faixa intermediária, em interação entre médicos especialistas. As denúncias, conforme o denunciante, indicaram a necessidade de estratégias fiscalizatórias mais precisas, como reforço em instituições públicas e orientação da importância da relação médico-paciente. A gravidade das sanções nos casos relativos a direitos humanos evidenciou a importância ética desse capítulo do Código de Ética Médica. Concluiu-se que, para que a regulação ética seja eficaz e aderente à realidade profissional, intervenções educativas e fiscalizatórias devem ser pautadas pelo profissional sancionado mais vulnerável e pelas infrações mais prevalentes.

Palavras-chave: Erros médicos. Denúncia de irregularidades. Códigos de ética. Ética médica.

Resumen

Conducta médica ante los tribunales: una década de juicios en Minas Gerais

Este estudio analizó 1.363 procesos éticos de médicos en Minas Gerais, ocurridos entre 2012 y 2022. Predominaron los hombres con más de 20 años de experiencia, involucrados en procesos relacionados con la responsabilidad profesional en áreas quirúrgicas. La absolución se produjo en el 50,2% de los casos, la censura pública fue la sanción más frecuente. Se identificó la necesidad de actualizaciones continuas: en la documentación para médicos jóvenes y experimentados, en la publicidad para generalistas de nivel intermedio y en la interacción entre médicos especialistas. Según el denunciante, las denuncias indicaron la necesidad de estrategias de fiscalización más precisas, como el refuerzo en las instituciones públicas y la orientación acerca de la importancia de la relación médico-paciente. La gravedad de las sanciones en los casos relacionados con los derechos humanos puso de manifiesto la importancia ética de este capítulo del Código de Ética Médica. Se concluyó que, para que la regulación ética sea eficaz y se ajuste a la realidad profesional, las intervenciones educativas y de fiscalización deben basarse en el profesional sancionado más vulnerable y en las infracciones más frecuentes.

Palabras clave: Errores médicos. Denuncia de irregularidades. Códigos de ética. Ética médica.

Abstract

Medical conduct on trial: one decade of proceedings in Minas Gerais

This study analyzed 1,363 ethical proceedings involving physicians in Minas Gerais between 2012 and 2022. The majority were men with more than 20 years of experience, involved in proceedings related to professional liability in surgical areas. Acquittal occurred in 50.2% of cases, with public censure being the most frequent penalty. The need for continuous updates was identified: in documentation for young and experienced physicians, in advertising for mid-level general practitioners and in professional interaction among specialists. The complaints, according to the complainant, indicated the need for more precise enforcement strategies, such as reinforcement in public institutions and guidance on the importance of the physician-patient relationship. The severity of sanctions in cases related to human rights highlighted the ethical importance of this chapter of the Code of Medical Ethics. It was concluded that, for ethical regulation to be effective and consistent with professional reality, educational and enforcement interventions should be guided by the most vulnerable sanctioned professionals and the most prevalent violations.

Keywords: Medical errors. Whistleblowing. Codes of ethic. Ethics, medical.

Declararam não haver conflito de interesse.

Aprovação CEP-FMUP 111/CEFMUP/2023

O aumento exponencial das queixas formais contra condução médica registradas nos últimos anos tem gerado cada vez mais processos ético-profissionais avaliados pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), cujas decisões reverberam, em muitos casos, no Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão recursal que, em levantamento feito em 2018, reportou alarmante incremento no número de casos recebidos, com predominância marcante de denúncias oriundas da região Sudeste do Brasil. Esse dado sugere a necessidade urgente de reflexão mais profunda e estratégica por parte dos conselhos de ética médica, com vistas a entender suas causas subjacentes e delinear soluções que transcendam o mero punitivismo¹.

Esse fenômeno, multifacetado na origem, encontra parte de sua explicação no fato de a região Sudeste concentrar o maior número de médicos no país, com destaque para São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, que lideram com folga o *ranking* de estados com mais profissionais da saúde. Tal fato é intensificado pela abertura indiscriminada de novas escolas de medicina e pela crescente migração de médicos para os grandes centros urbanos da região, em busca de melhores condições de trabalho e qualidade de vida. Essa concentração geográfica contribui para a saturação do mercado médico, cujo número elevado de profissionais, paradoxalmente, não se traduz necessariamente em melhoria da qualidade do atendimento prestado².

De acordo com investigações aprofundadas, a deterioração da relação médico-paciente figura entre as principais causas das queixas registradas nos conselhos de ética. Cabe ressaltar que um vínculo mais humanizado, em que o médico transite com sensibilidade pelas fragilidades e angústias dos pacientes, poderia mitigar de maneira decisiva a judicialização da medicina³. A construção de uma relação empática exige habilidades comunicativas que vão além do domínio técnico: é processo que requer não só destreza clínica, mas capacidade de ouvir e entender a humanidade do outro, e que se revela uma verdadeira arte no cotidiano da prática médica⁴.

Outro fator crucial nesse cenário é a formação médica, muitas vezes centrada na busca por perfeição e na aversão a erro. Esse modelo educacional, embora de intenções louváveis, alimenta um paradoxo: a inevitabilidade do erro, aspecto inerente à condição humana e, portanto, à própria

prática médica, é muitas vezes tratada com silenciamento, como se fosse um inimigo a ser erradicado, quando, na verdade, deveria ser entendida como uma oportunidade de aprimoramento e aprendizagem constante. O distanciamento do erro, exacerbado pela cultura da excelência inatingível, gera não só sofrimento individual para o profissional, mas também empobrecimento da prática médica como um todo, ao negar àquele a possibilidade de usar os próprios desafios para evoluir^{5,6}.

Na tentativa de mitigar tais desconcompassos, foram criados os conselhos de ética profissional e, consequentemente, o Código de Ética Médica (CEM), cuja fundamentação repousa nos princípios bioéticos de não maleficência, beneficência, autonomia e justiça⁷. O CEM, com sua estrutura normativa, desempenha papel essencial não apenas como regulador da condução médica, mas também como farol ético para o exercício da profissão, para que a prática médica seja guiada por princípios que assegurem a dignidade humana e o bem-estar dos pacientes⁸.

No entanto, é intrigante notar que, apesar da relevância incontestável desse aparato normativo e do crescente número de processos judiciais que envolvem a medicina, há significativa carência de estudos que abordem de maneira metódica e abrangente os processos éticos, especialmente no estado de Minas Gerais. Tal hiato na produção acadêmica sobre as características e os determinantes dos julgamentos ético-profissionais é, sem dúvida, um convite à reflexão e ao urgente aprofundamento nas dinâmicas que perpassam pelos casos julgados.

Com esse intuito, o presente estudo realizou uma análise inovadora dos julgamentos ético-profissionais ocorridos entre 2012 e 2022 no âmbito do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG), por meio do cruzamento inédito de variáveis sociodemográficas, contextuais-processuais e normativas dos processos. Essa abordagem permite uma leitura multidimensional e integrada dos dados, de modo que supera análises meramente descritivas e revela padrões ocultos de responsabilização ética, vulnerabilidades institucionais e lacunas na regulação profissional. O propósito da análise não se limita ao diagnóstico quantitativo do aumento de queixas, mas propõe uma leitura mais refinada e fundamentada das dinâmicas que influenciam o

comportamento ético dos médicos, sob a perspectiva de que a responsabilização disciplinar é condicionada por fatores estruturais, relacionais e formativos. Ao integrar aspectos do perfil dos denunciados, natureza dos denunciadores e contexto da infração, o estudo oferece subsídios sólidos para ações preventivas mais eficazes e situadas. Espera-se que, ao identificar associações estatísticas relevantes entre condutas, perfis profissionais e contextos institucionais, contribua-se não apenas para o aprimoramento da formação ética dos profissionais de saúde, mas também para a promoção de uma prática médica mais responsável, humanizada e coerente com a vocação essencial da medicina: cuidar e proteger a vida com dignidade.

Este estudo, ao aprofundar a compreensão dos processos ético-profissionais com base em dados reais e tratados de forma integrada, busca contribuir para o desenvolvimento de estratégias de formação e fiscalização mais eficazes e direcionadas, além de otimizar a atuação dos Conselhos Regionais de Medicina. Pretende-se, assim, fortalecer a legitimidade e a confiança social na medicina como campo de excelência técnica e compromisso ético.

Método

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo, descritivo e exploratório com dados quantitativos e qualitativos. Os dados oficiais foram fornecidos pela diretoria do CRM-MG, após solicitação formal, e extraídos do banco de dados do setor de processos da instituição, após procedimento de filtragem e exclusão de informações sensíveis, em cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018)⁹. Nenhuma informação que permitisse a identificação de pessoas físicas e jurídicas foi objeto do estudo.

Para composição dos dados, foram analisados 1.363 processos ético-profissionais (PEP), que envolviam 1.660 médicos. Foram incluídos todos os processos médicos concluídos relativos aos anos de 2012 a 2022. Foram excluídos os processos cujos dados não estavam completos ou que não tinham sido concluídos até a finalização do ano de 2022.

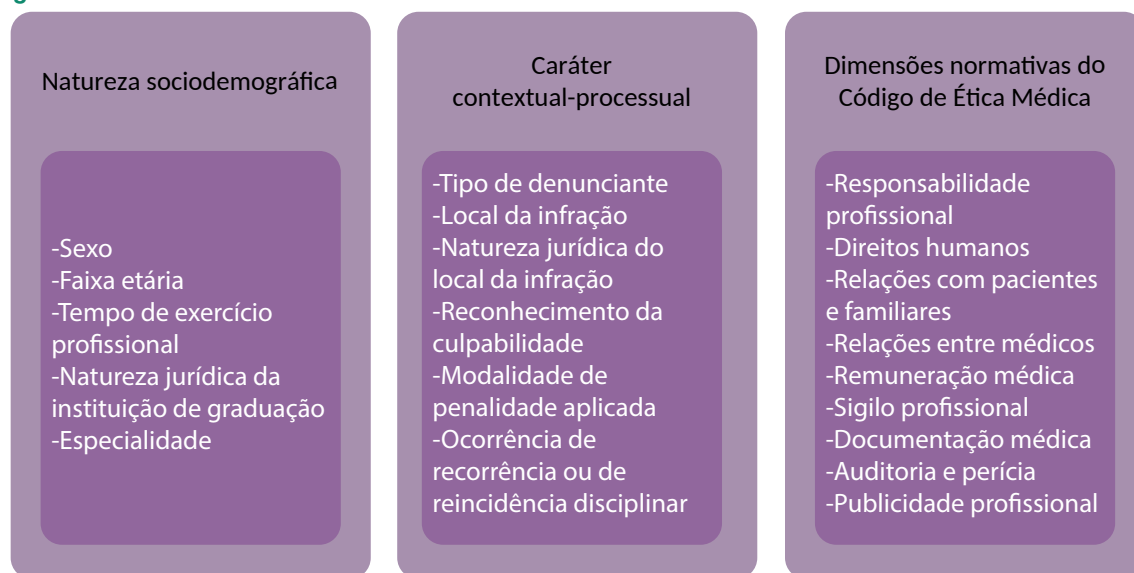
As variáveis sociodemográficas dos médicos julgados avaliadas foram: sexo (feminino ou masculino), faixa etária (≤ 30 ou 30-50 ou > 50 anos), tempo

de exercício profissional (≤ 10 ou 10-20 ou > 20 anos), natureza jurídica da instituição de graduação (privada ou pública) e especialidade (especialista ou generalista). As variáveis contextuais-processuais avaliadas foram: tipo de denunciante (CRM-MG de ofício ou pacientes e familiares ou médico ou pessoa jurídica), local da ocorrência (capital ou interior), natureza jurídica do local da ocorrência (privada ou pública), reconhecimento de culpabilidade (sim ou não), modalidade de penalidade aplicada (advertência confidencial [A] ou censura confidencial [B] ou censura pública [C] ou suspensão do exercício profissional por 30 dias [D] ou cassação [E]), ocorrência de recorrência ou de reincidência disciplinar (sim ou não) e recurso ao CFM (sim ou não e se manteve, abrandou ou agravou a penalidade). As variáveis normativas avaliadas foram: responsabilidade profissional, direitos humanos, relação com pacientes e familiares, relação entre médicos, remuneração profissional, sigilo profissional, documentos médicos, publicidade médica e auditoria e perícia médica.

A análise do comportamento das variáveis foi realizada por meio de medidas descritivas. No caso das variáveis qualitativas, foram determinadas as frequências absolutas e relativas (expressas em porcentagem). Para as variáveis quantitativas, utilizou-se a média aritmética simples como medida de tendência central.

Na sequência, procedeu-se a uma análise detalhada e abrangente das associações entre as variáveis sociodemográficas, contextuais-processuais e normativas, com o objetivo de identificar possíveis correlações estatísticas substanciais. Então foi realizado o cruzamento dessas variáveis com a ocorrência de culpabilidade, com a intenção de investigar se as características sociodemográficas e processuais influenciavam a probabilidade de um médico ser considerado culpado. Em etapa subsequente, as mesmas variáveis foram analisadas em relação à dosimetria das penalidades, a fim de avaliar se fatores sociodemográficos e contextuais-processuais interferiam na gravidade das sanções aplicadas. Finalmente, analisou-se a reincidência ou recorrência das infrações, para compreender se perfis sociodemográficos e processuais específicos estavam associados a maior tendência à repetição de transgressões éticas, de modo a formar uma visão holística e aprofundada da dinâmica das infrações no contexto da prática médica (Figura 1).

Figura 1. Variáveis analisadas



A associação entre as variáveis foi avaliada por meio do teste qui-quadrado de independência, com nível de significância de 5%, a fim de assegurar a robustez estatística dos resultados obtidos.

Aspectos éticos

O projeto de tese do qual foi extraído o presente artigo foi submetido a rigorosa análise do Comitê de Ética da Universidade do Porto, o qual emitiu parecer favorável em 29 de junho de 2023.

Resultados

Dos 1.660 médicos submetidos a julgamento, 21% eram mulheres e 79% homens, com média de idade de 46,7 anos, variando entre 24 e 79 anos. A maioria das denúncias envolveu médicos de 30 a 50 anos (49,9%), seguidos por 40,2% com mais de 50 anos, e 9,8% com menos de 30 anos. Em termos de experiência, a média de tempo de formação foi de 20,1 anos. As denúncias estavam mais associadas a médicos com mais de 20 anos de formação (48,5%), seguidos por aqueles com menos de 10 anos (28,4%) e entre 10 e 20 anos (23,1%) (dados não mostrados).

Observou-se prevalência de médicos sem especialidade registrada (32,3%), seguidos por ginecologistas/obstetras (9,1%), médicos do trabalho

(7,6%), cirurgiões gerais (6,8%), pediatras (4,3%) e clínicos (4,2%). Guadaram-se em instituições públicas 52,2% dos médicos (dados não mostrados).

As denúncias foram majoritariamente iniciadas de ofício (53,4%), seguidas por denúncias de pacientes e familiares (31,8%), de médicos (12%) e de pessoas jurídicas (2,7%). A maioria das infrações ocorreu no interior de Minas Gerais (75,9%), e as instituições públicas (53,3%) foram responsáveis por mais denúncias que as privadas (46,6%) (dados não mostrados).

As infrações envolveram os seguintes capítulos do CEM: responsabilidade profissional (42,5%), documentos médicos (14,1%), relações com pacientes e familiares (13,6%), publicidade médica (11%), remuneração profissional (7,2%), direitos humanos (4,9%), relação entre médicos (3,6%), ensino e pesquisa médica (1,6%), auditoria e perícia médica (0,8%) e sigilo profissional (0,7%) (dados não mostrados).

No tocante às penalidades, 50,2% dos casos resultaram em absolvição, e as sanções impostas, nos casos penalizados, foram, em ordem decrescente, a alínea C (censura pública), com 15,6%, seguida pelas alíneas A (advertência confidencial), com 15,1%, B (censura confidencial), com 14,8%, D (suspensão do exercício profissional por 30 dias), com 2,3%, e E (cassação), com 0,8% (dados não mostrados).

Nos recursos ao CFM, houve predominância das “não solicitações de recurso”, com 72,8%, sobre as

“solicitações de recurso”, com 25,5%. Contudo, nos casos em que o recurso foi efetivamente interposto, a tendência foi pela manutenção das penalidades (58,4%), seguida por sua redução (38,4%) e, em menor medida, por seu agravamento (2,8%). Quanto à reincidência, observou-se que 90,4% dos médicos foram processados uma única vez (dados não mostrados).

Observou-se associação entre faixa etária e infrações dos capítulos referentes a documentos médicos ($p=0,019$) e publicidade médica ($p=0,011$). No que se referia à natureza jurídica da instituição de graduação (pública ou privada), foram observadas associações significativas com os capítulos de direitos humanos ($p=0,008$), relação médico-paciente ($p=0,009$), relação entre médicos ($p=0,031$) e publicidade médica ($p=0,007$). Quanto a ser especialista ou generalista, verificou-se associação entre essa variável e os capítulos de relação entre médicos ($p=0,045$) e publicidade médica ($p<0,001$) (Tabela 1).

Observou-se associação entre o tipo de denunciante e os capítulos de responsabilidade profissional ($p=0,001$), direitos humanos ($p<0,001$), relação médico-paciente ($p=0,001$), relação entre médicos ($p<0,001$), remuneração profissional ($p=0,006$), documentos médicos ($p<0,001$) e publicidade ($p=0,019$). Com relação à variável local da infração (capital ou interior), verificou-se associação com o capítulo referente a publicidade médica ($p<0,001$). Quanto à natureza jurídica do local da infração (pública ou privada), houve associação com os capítulos de responsabilidade profissional ($p<0,001$), relação médico-paciente ($p<0,001$), relação entre médicos ($p=0,045$), remuneração profissional ($p=0,019$), sigilo profissional ($p=0,011$), documentos médicos ($p=0,048$) e publicidade médica ($p<0,001$). Com relação à dosimetria da pena, encontrou-se associação com os capítulos de responsabilidade profissional ($p<0,001$), direitos humanos ($p<0,001$), além de interações entre médico e paciente ($p<0,001$) e entre médicos ($p=0,002$) (Tabela 1).

Tabela 1. Associação entre as variáveis sociodemográficas e contextuais-processuais e os capítulos do Código de Ética Médica

Capítulos infringidos na primeira penalização de cada médico													
Variável	Categoria	Responsabilidade profissional				Direitos humanos				Relação com pacientes e familiares			
		Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p
Sexo	F	52 (19,9%)	10 (19%)	154 (19,3%)	0,828	139 (19,5%)	15 (17,6%)	154 (19,3%)	0,792	120 (20,5%)	34 (15,9%)	154 (19,3%)	0,168
	M	209 (80,1%)	435 (81%)	644 (80,7%)		574 (80,5%)	70 (82,4%)	644 (80,7%)		464 (79,5%)	180 (84,1%)	644 (80,7%)	
Faixa etária	≤30	20 (7,7%)	46 (8,6%)	66 (8,3%)	0,888	59 (8,3%)	7 (8,2%)	66 (8,3%)	0,877	42 (7,2%)	24 (11,2%)	66 (8,3%)	0,113
	(30; 50)	128 (49%)	265 (49,3%)	393 (49,2%)		349 (48,9%)	44 (51,8%)	393 (49,2%)		297 (50,9%)	96 (44,9%)	393 (49,2%)	
	>50	113 (43,3%)	226 (42,1%)	339 (42,5%)		305 (42,8%)	34 (40%)	339 (42,5%)		245 (42%)	94 (43,9%)	339 (42,5%)	
Tempo de exercício profissional	≤10	62 (23,8%)	148 (27,6%)	210 (26,3%)	0,451	190 (26,6%)	20 (23,5%)	210 (26,3%)	0,767	145 (24,8%)	65 (30,4%)	210 (26,3%)	0,204
	(10; 20)	63 (24,1%)	115 (21,4%)	178 (22,3%)		157 (22%)	21 (24,7%)	178 (22,3%)		137 (23,5%)	41 (19,2%)	178 (22,3%)	
	>20	136 (52,1%)	274 (51%)	410 (51,4%)		366 (51,3%)	44 (51,8%)	410 (51,4%)		302 (51,7%)	108 (50,5%)	410 (51,4%)	
Natureza jurídica da instituição de graduação	Privada	112 (42,9%)	254 (47,3%)	366 (45,9%)	0,275	339 (47,5%)	27 (31,8%)	366 (45,9%)	0,008	251 (43%)	115 (53,7%)	366 (45,9%)	0,008
	Pública	149 (57,1%)	283 (52,7%)	432 (54,1%)		374 (52,5%)	58 (68,2%)	432 (54,1%)		333 (57%)	99 (46,3%)	432 (54,1%)	

continua...

Tabela 1. Continuação

Capítulos infringidos na primeira penalização de cada médico													
		Responsabilidade profissional				Direitos humanos				Relação com pacientes e familiares			
Variável	Categoria	Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p
Especialidade	Especialista	159 (60,9%)	297 (55,3%)	456 (57,1%)	0,155	405 (56,8%)	51 (60%)	456 (57,1%)	0,654	338 (57,9%)	118 (55,1%)	456 (57,1%)	0,541
	Generalista	102 (39,1%)	240 (44,7%)	342 (42,9%)		308 (43,2%)	34 (40%)	342 (42,9%)		246 (42,1%)	96 (44,9%)	342 (42,9%)	
Tipo de denunciante	CRM-MG de ofício	131 (50,2%)	305 (56,8%)	436 (54,6%)	0,001	400 (56,1%)	36 (42,4%)	436 (54,6%)	<0,001	333 (57%)	103 (48,1%)	436 (54,6%)	0,001
	Médico	50 (19,2%)	50 (9,3%)	100 (12,5%)		77 (10,8%)	23 (27,1%)	100 (12,5%)		92 (15,8%)	8 (3,7%)	100 (12,5%)	
	Pacientes e familiares	72 (27,6%)	161 (30%)	233 (29,2%)		209 (29,3%)	24 (28,2%)	233 (29,2%)		135 (23,1%)	98 (45,8%)	233 (29,2%)	
	Pessoa jurídica	8 (3,1%)	21 (3,9%)	29 (3,6%)		27 (3,8%)	2 (2,4%)	29 (3,6%)		24 (4,1%)	5 (2,3%)	29 (3,6%)	
Local da infração	Capital	57 (21,8%)	117 (21,8%)	174 (21,8%)	1	155 (21,7%)	19 (22,4%)	174 (21,8%)	1	130 (22,3%)	44 (20,6%)	174 (21,8%)	0,675
	Interior	204 (78,2%)	420 (78,2%)	624 (78,2%)		558 (78,3%)	66 (77,6%)	624 (78,2%)		454 (77,7%)	170 (79,4%)	624 (78,2%)	
Natureza jurídica do local da infração	Privado	143 (54,8%)	225 (41,9%)	368 (46,1%)	<0,001	326 (45,7%)	42 (49,4%)	368 (46,1%)	0,596	297 (50,9%)	71 (33,2%)	368 (46,1%)	<0,001
	Público	118 (45,2%)	312 (58,1%)	430 (53,9%)		387 (54,3%)	43 (50,6%)	430 (53,9%)		287 (49,1%)	143 (66,8%)	430 (53,9%)	
Penalidade	A	118 (45,2%)	153 (28,5%)	271 (34%)	<0,001	253 (35,5%)	18 (21,2%)	271 (34%)	<0,001	236 (40,4%)	35 (16,4%)	271 (34%)	<0,001
	B	70 (26,8%)	179 (33,3%)	249 (31,2%)		225 (31,6%)	24 (28,2%)	249 (31,2%)		182 (31,2%)	67 (31,3%)	249 (31,2%)	
	C	63 (24,1%)	182 (33,9%)	245 (30,7%)		214 (30%)	31 (36,5%)	245 (30,7%)		149 (25,5%)	96 (44,9%)	245 (30,7%)	
	D	6 (2,3%)	20 (3,7%)	26 (3,3%)		20 (2,8%)	6 (7,1%)	26 (3,3%)		11 (1,9%)	15 (7%)	26 (3,3%)	
	E	4 (1,5%)	3 (0,6%)	7 (0,9%)		1 (0,1%)	6 (7,1%)	7 (0,9%)		6 (1%)	1 (0,5%)	7 (0,9%)	
Relação entre médicos					Remuneração profissional					Sigilo profissional			
Variável	Categoria	Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p
Sexo	F	139 (18,7%)	15 (27,3%)	154 (19,3%)	0,168	140 (19,9%)	14 (14,7%)	154 (19,3%)	0,288	153 (19,5%)	1 (7,7%)	154 (19,3%)	0,474
	M	604 (81,3%)	40 (72,7%)	644 (80,7%)		563 (80,1%)	81 (85,3%)	644 (80,7%)		632 (80,5%)	12 (92,3%)	644 (80,7%)	
Faixa etária	≤30	65 (8,7%)	1 (1,8%)	66 (8,3%)	0,134	60 (8,5%)	6 (6,3%)	66 (8,3%)	0,761	65 (8,3%)	1 (7,7%)	66 (8,3%)	0,697
	(30; 50)	361 (48,6%)	32 (58,2%)	393 (49,2%)		345 (49,1%)	48 (50,5%)	393 (49,2%)		388 (49,4%)	5 (38,5%)	393 (49,2%)	
	>50	317 (42,7%)	22 (40%)	339 (42,5%)		298 (42,4%)	41 (43,2%)	339 (42,5%)		332 (42,3%)	7 (53,8%)	339 (42,5%)	
Tempo de exercício profissional	≤10	199 (26,8%)	11 (20%)	210 (26,3%)	0,347	187 (26,6%)	23 (24,2%)	210 (26,3%)	0,862	207 (26,4%)	3 (23,1%)	210 (26,3%)	0,741
	(10; 20)	162 (21,8%)	16 (29,1%)	178 (22,3%)		157 (22,3%)	21 (22,1%)	178 (22,3%)		176 (22,4%)	2 (15,4%)	178 (22,3%)	
	>20	382 (51,4%)	28 (50,9%)	410 (51,4%)		359 (51,1%)	51 (53,7%)	410 (51,4%)		402 (51,2%)	8 (61,5%)	410 (51,4%)	

continua...

Tabela 1. Continuação

Capítulos infringidos na primeira penalização de cada médico													
		Relação entre médicos				Remuneração profissional				Sigilo profissional			
Variável	Categoria	Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p
Natureza jurídica da instituição de graduação	Privada	349 (47%)	17 (30,9%)	366 (45,9%)	0,031	316 (45%)	50 (52,6%)	366 (45,9%)	0,193	360 (45,9%)	6 (46,2%)	366 (45,9%)	0,999
	Pública	394 (53%)	38 (69,1%)	432 (54,1%)		387 (55%)	45 (47,4%)	432 (54,1%)		425 (54,1%)	7 (53,8%)	432 (54,1%)	
Especialidade	Especialista	417 (56,1%)	39 (70,9%)	456 (57,1%)	0,045	398 (56,6%)	58 (61,1%)	456 (57,1%)	0,477	448 (57,1%)	8 (61,5%)	456 (57,1%)	0,977
	Generalista	326 (43,9%)	16 (29,1%)	342 (42,9%)		305 (43,4%)	37 (38,9%)	342 (42,9%)		337 (42,9%)	5 (38,5%)	342 (42,9%)	
Tipo de denunciante	CRM-MG de ofício	413 (55,6%)	23 (41,8%)	436 (54,6%)	<0,001	371 (52,8%)	65 (68,4%)	436 (54,6%)	0,006	430 (54,8%)	6 (46,2%)	436 (54,6%)	0,292
	Médico	74 (10%)	26 (47,3%)	100 (12,5%)		89 (12,7%)	11 (11,6%)	100 (12,5%)		100 (12,7%)	0 (0%)	100 (12,5%)	
	Pacientes e familiares	228 (30,7%)	5 (9,1%)	233 (29,2%)		219 (31,2%)	14 (14,7%)	233 (29,2%)		227 (28,9%)	6 (46,2%)	233 (29,2%)	
	Pessoa Jurídica	28 (3,8%)	1 (1,8%)	29 (3,6%)		24 (3,4%)	5 (5,3%)	29 (3,6%)		28 (3,6%)	1 (7,7%)	29 (3,6%)	
Local da infração	Capital	167 (22,5%)	7 (12,7%)	174 (21,8%)	0,128	155 (22%)	19 (20%)	174 (21,8%)	0,747	170 (21,7%)	4 (30,8%)	174 (21,8%)	0,652
	Interior	576 (77,5%)	48 (87,3%)	624 (78,2%)		548 (78%)	76 (80%)	624 (78,2%)		615 (78,3%)	9 (69,2%)	624 (78,2%)	
Natureza jurídica do local da infração	Privado	335 (45,1%)	33 (60%)	368 (46,1%)	0,045	313 (44,5%)	55 (57,9%)	368 (46,1%)	0,019	357 (45,5%)	11 (84,6%)	368 (46,1%)	0,011
	Público	408 (54,9%)	22 (40%)	430 (53,9%)		390 (55,5%)	40 (42,1%)	430 (53,9%)		428 (54,5%)	2 (15,4%)	430 (53,9%)	
Penalidade	A	257 (34,6%)	14 (25,5%)	271 (34%)	0,001	237 (33,7%)	34 (35,8%)	271 (34%)	0,39	269 (34,3%)	2 (15,4%)	271 (34%)	0,511
	B	240 (32,3%)	9 (16,4%)	249 (31,2%)		224 (31,9%)	25 (26,3%)	249 (31,2%)		245 (31,2%)	4 (30,8%)	249 (31,2%)	
	C	219 (29,5%)	26 (47,3%)	245 (30,7%)		216 (30,7%)	29 (30,5%)	245 (30,7%)		239 (30,4%)	6 (46,2%)	245 (30,7%)	
	D	21 (2,8%)	5 (9,1%)	26 (3,3%)		21 (3%)	5 (5,3%)	26 (3,3%)		25 (3,2%)	1 (7,7%)	26 (3,3%)	
	E	6 (0,8%)	1 (1,8%)	7 (0,9%)		5 (0,7%)	2 (2,1%)	7 (0,9%)		7 (0,9%)	0 (0%)	7 (0,9%)	
Documentos médicos													
		Publicidade médica				Auditoria e perícia médica							
Variável	Categoria	Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p
Sexo	F	118 (19,8%)	36 (17,7%)	154 (19,3%)	0,581	125 (18,4%)	29 (24,6%)	154 (19,3%)	0,147	152 (19,4%)	2 (15,4%)	154 (19,3%)	0,995
	M	477 (80,2%)	167 (82,3%)	644 (80,7%)		555 (81,6%)	89 (75,4%)	644 (80,7%)		633 (80,6%)	11 (84,6%)	644 (80,7%)	
Faixa etária	≤30	48 (8,1%)	18 (8,9%)	66 (8,3%)	0,019	60 (8,8%)	6 (5,1%)	66 (8,3%)	0,011	66 (8,4%)	0 (0%)	66 (8,3%)	0,281
	(30; 50)	310 (52,1%)	83 (40,9%)	393 (49,2%)		320 (47,1%)	73 (61,9%)	393 (49,2%)		388 (49,4%)	5 (38,5%)	393 (49,2%)	
	>50	237 (39,8%)	102 (50,2%)	339 (42,5%)		300 (44,1%)	39 (33,1%)	339 (42,5%)		331 (42,2%)	8 (61,5%)	339 (42,5%)	

continua...

Tabela 1. Continuação

Capítulos infringidos na primeira penalização de cada médico													
Variável	Categoria	Documentos médicos				Publicidade médica				Auditoria e perícia médica			
		Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p	Não	Sim	Total	Valor p
Tempo de exercício profissional	≤10	162 (27,2%)	48 (23,6%)	210 (26,3%)	0,159	171 (25,1%)	39 (33,1%)	210 (26,3%)	0,061	209 (26,6%)	1 (7,7%)	210 (26,3%)	0,296
	(10; 20)	139 (23,4%)	39 (19,2%)	178 (22,3%)		148 (21,8%)	30 (25,4%)	178 (22,3%)		174 (22,2%)	4 (30,8%)	178 (22,3%)	
	>20	294 (49,4%)	116 (57,1%)	410 (51,4%)		361 (53,1%)	49 (41,5%)	410 (51,4%)		402 (51,2%)	8 (61,5%)	410 (51,4%)	
Natureza jurídica da instituição de graduação	Privada	278 (46,7%)	88 (43,3%)	366 (45,9%)	0,452	298 (43,8%)	68 (57,6%)	366 (45,9%)	0,007	363 (46,2%)	3 (23,1%)	366 (45,9%)	0,167
	Pública	317 (53,3%)	115 (56,7%)	432 (54,1%)		382 (56,2%)	50 (42,4%)	432 (54,1%)		422 (53,8%)	10 (76,9%)	432 (54,1%)	
Especialidade	Especialista	335 (56,3%)	121 (59,6%)	456 (57,1%)	0,459	406 (59,7%)	50 (42,4%)	456 (57,1%)	<0,001	431 (54,9%)	5 (38,5%)	436 (54,6%)	0,072
	Generalista	260 (43,7%)	82 (40,4%)	342 (42,9%)		274 (40,3%)	68 (57,6%)	342 (42,9%)		97 (12,4%)	3 (23,1%)	100 (12,5%)	
Tipo de denunciante	CRM-MG de ofício	321 (53,9%)	115 (56,7%)	436 (54,6%)	<0,001	368 (54,1%)	68 (57,6%)	436 (54,6%)	0,019	230 (29,3%)	3 (23,1%)	233 (29,2%)	0,776
	Médico	91 (15,3%)	9 (4,4%)	100 (12,5%)		81 (11,9%)	19 (16,1%)	100 (12,5%)		27 (3,4%)	2 (15,4%)	29 (3,6%)	
	Pacientes e familiares	163 (27,4%)	70 (34,5%)	233 (29,2%)		210 (30,9%)	23 (19,5%)	233 (29,2%)		361 (46%)	7 (53,8%)	368 (46,1%)	
	Pessoa jurídica	20 (3,4%)	9 (4,4%)	29 (3,6%)		21 (3,1%)	8 (6,8%)	29 (3,6%)		424 (54%)	6 (46,2%)	430 (53,9%)	
Local da infração	Capital	135 (22,7%)	39 (19,2%)	174 (21,8%)	0,348	133 (19,6%)	41 (34,7%)	174 (21,8%)	<0,001	267 (34%)	4 (30,8%)	271 (34%)	0,932
	Interior	460 (77,3%)	164 (80,8%)	624 (78,2%)		547 (80,4%)	77 (65,3%)	624 (78,2%)		245 (31,2%)	4 (30,8%)	249 (31,2%)	
Natureza jurídica do local da infração	Privado	287 (48,2%)	81 (39,9%)	368 (46,1%)	0,048	270 (39,7%)	98 (83,1%)	368 (46,1%)	<0,001	240 (30,6%)	5 (38,5%)	245 (30,7%)	0,082
	Público	308 (51,8%)	122 (60,1%)	430 (53,9%)		410 (60,3%)	20 (16,9%)	430 (53,9%)		26 (3,3%)	0 (0%)	26 (3,3%)	
Penalidade	A	203 (34,1%)	68 (33,5%)	271 (34%)	0,395	234 (34,4%)	37 (31,4%)	271 (34%)	0,843	7 (0,9%)	0 (0%)	7 (0,9%)	0,366
	B	182 (30,6%)	67 (33%)	249 (31,2%)		208 (30,6%)	41 (34,7%)	249 (31,2%)		445 (56,7%)	11 (84,6%)	456 (57,1%)	
	C	186 (31,3%)	59 (29,1%)	245 (30,7%)		211 (31%)	34 (28,8%)	245 (30,7%)		340 (43,3%)	2 (15,4%)	342 (42,9%)	
	D	17 (2,9%)	9 (4,4%)	26 (3,3%)		21 (3,1%)	5 (4,2%)	26 (3,3%)		173 (22%)	1 (7,7%)	174 (21,8%)	
	E	7 (1,2%)	0 (0%)	7 (0,9%)		6 (0,9%)	1 (0,8%)	7 (0,9%)		612 (78%)	12 (92,3%)	624 (78,2%)	

Analizou-se a relação entre as variáveis socio-demográficas e contextuais-processuais e as variáveis culpabilidade e penalidade, e foi observada presença de associação apenas entre especialidade

e culpabilidade ($p<0,001$) e entre especialidade e as penalidades ($p=0,025$) (dados não mostrados).

Subsequentemente, analisou-se a associação entre as variáveis sociodemográficas e

contextuais-processuais e reincidência/recorrência e constatou-se associação entre reincidência/recorrência e as variáveis sexo ($p=0,011$), faixa etária ($p=0,008$) e tempo de exercício profissional ($p<0,001$) (dados não mostrados).

Discussão

Dos 1.660 médicos julgados, 79% eram homens, com média de idade de 46,7 anos e 20,1 anos de experiência. As infrações mais comuns foram as relativas aos capítulos do CEM de responsabilidade profissional (42,5%) e documentos médicos (14,1%). A maioria das denúncias veio do interior de Minas Gerais (75,9%) e foi iniciada de ofício (53,4%). A absolvição ocorreu em 50,2% dos casos, e a censura pública foi a sanção mais frequente. Foram observadas associações estatísticas entre faixa etária, natureza jurídica da instituição de graduação, especialidade, tipo de denunciante, local e natureza jurídica do local da infração e penalidades com diferentes infrações éticas. Verificaram-se também associações entre culpabilidade e especialidade, entre as penalidades e especialidade e, por fim, entre reincidência/recorrência e sexo, faixa etária e tempo de exercício profissional.

As características demográficas dos médicos submetidos a julgamento, de prevalência masculina, coincidiram com as observações de estudos anteriores^{1,10-24}. A faixa etária dos profissionais, de 24 a 79 anos, com maior concentração entre 30 e 50 anos, seguiu a tendência encontrada em outras investigações^{10-12,17,19,22,23}. A experiência acumulada, com mais de 20 anos de formação, também se alinhou a resultados de pesquisas precedentes^{1,16,19,24}.

Embora a análise do perfil dos profissionais sujeitos a processos ético-profissionais revele predominância masculina nas denúncias, esse fenômeno não deve ser interpretado de forma simplista ou apressada. A desproporção entre os sexos pode refletir uma série de fatores complexos, como as características históricas e estruturais da profissão médica² e a dinâmica de poder no campo profissional. Contudo, como este estudo abrangeu apenas uma década, é prematuro tirar conclusões definitivas sobre as causas do desequilíbrio. Investigações mais aprofundadas, especialmente em períodos subsequentes, poderiam lançar mais luz sobre a questão e permitir uma reflexão mais abrangente

sobre o impacto de fatores socioculturais e institucionais no perfil dos médicos denunciados.

A faixa etária e o tempo de formação mais prevalentes poderiam ser explicados pelo fato de que a idade e a experiência acumulada ao longo dos anos de prática médica confeririam ao profissional sólida convicção de domínio sobre os procedimentos e técnicas, bem como uma sensação relativa de impunidade, decorrente do prestígio social, do sucesso financeiro e da popularidade, tanto no âmbito profissional quanto fora da comunidade médica⁵.

A marcante presença de especialização entre os médicos denunciados foi confirmada por outras investigações sobre o tema^{12,14,16,19,20,25,26}. A maior frequência de processo contra médicos de determinadas especialidades cirúrgicas, como ginecologia/obstetrícia e cirurgia geral, também foi amplamente reconhecida em estudos anteriores^{1,11,12,14,16,17,19,20,23,26,27}. O fato de as áreas cirúrgicas figurarem entre as mais processadas poderia refletir a maior complexidade dos procedimentos, os quais acabam imersos em um contexto de elevado risco de insucessos e complicações²⁸.

A predominância de médicos processados formados em instituições públicas foi igualmente identificada em pesquisas anteriores^{11,19}. Insta salientar que, independentemente da instituição formadora, o que poderia ser afirmado é que o ensino brasileiro enfrenta crise generalizada de baixos salários, carência de corpo docente qualificado, escassez de equipamentos e deficiência nas infraestruturas, entre outros¹¹. Uma possível solução seria a implementação de políticas públicas que visem ao aumento do investimento no setor educacional de modo a garantir um ambiente adequado para o aprendizado e o desenvolvimento acadêmico dos estudantes.

A significativa proporção de denúncias originadas de ofício, resultado semelhante ao encontrado na literatura^{17,19,20,25}, sugeriu que a função pedagógica e fiscalizatória desempenhada pelos conselhos de ética profissionais foi essencial para assegurar o cumprimento das normas e preservar a integridade das práticas profissionais, graças à proatividade na identificação das irregularidades, o que reforçou a transparência e a responsabilidade no exercício das atividades reguladas.

A predominância de ocorrências no interior do estado e em instituições públicas de assistência apontou para uma dinâmica específica dessas

entidades, a qual mereceria análise mais aprofundada em estudos subsequentes com vista a compreender suas particularidades e implicações.

O capítulo de responsabilidade profissional ocupou posição predominante entre os litígios, fato observado em pesquisas anteriores^{19,23}. Esse capítulo é de particular gravidade devido às consequências diretas que infrações como negligência, imperícia e imprudência podem ter na saúde e bem-estar do paciente, com danos irreversíveis a sua assistência¹¹ e prejuízos também na confiança na profissão.

O capítulo de documentos médicos, segundo colocado, evidenciou que a inadequação ou ausência de registros no prontuário pode gerar conflitos éticos e colocar em risco a segurança do paciente. A manutenção de prontuário devidamente preenchido é crucial para garantir a precisão das informações, prevenir erros no diagnóstico e tratamento, além de assegurar a continuidade do cuidado de maneira eficiente²⁹.

Já litígios relacionados ao capítulo de relação com pacientes e familiares, terceiro colocado, demonstraram que comunicação deficiente ou relação insatisfatória com pacientes e seus familiares são elementos cruciais na configuração das disputas éticas¹⁴, o que sugere a necessidade de práticas profissionais que integrem rigor técnico, clareza na documentação e sensibilidade nas interações humanas para mitigar riscos éticos.

A prevalência, em percentual ligeiramente superior à metade, de processos que culminaram em absolvição (50,2%) poderia ser atribuída à insuficiência de provas, em consonância com o princípio jurídico *in dubio pro reo*, que assegura a absolvição diante de dúvida sobre a culpabilidade do réu²². O princípio é essencial para proteger os direitos fundamentais, haja vista a garantia de que ninguém é condenado sem a devida comprovação de culpa, e reflete o compromisso com a justiça processual, em equilíbrio entre busca pela verdade e proteção da presunção de inocência.

As sanções aplicadas, em sua maioria na alínea C, parecem se relacionar à gravidade e à repercussão pública dos fatos, as quais frequentemente determinam penalidades mais severas.

A prevalência da manutenção das penalidades nos recursos interpostos, dado semelhante ao achado em outro estudo¹⁶, sugere que o rigor na validação das deliberações regionais pelo CFM se

tornou critério preponderante na orientação das decisões punitivas. E mais, que o CFM tem sido central na homogeneização e no fortalecimento das normas éticas a fim de garantir a coerência e a consistência das sanções em todo o território nacional.

O fato de que a maioria dos médicos foi processada apenas uma vez ao longo do período analisado poderia ser atribuído à eficácia das sanções aplicadas, as quais, cumprindo sua função pedagógica, acabaram se estabelecendo como mecanismos dissuasores. A efetividade das penalidades pareceu ter contribuído para a prevenção de reincidências de condutas éticas inadequadas, um efeito positivo na transformação do comportamento profissional.

Inicialmente, a análise foi conduzida com base em dados analíticos individuais, sem busca por associações entre as variáveis, o que proporcionou uma compreensão preliminar das informações de forma isolada. Esse primeiro levantamento revelou as características gerais dos médicos denunciados e dos processos ético-profissionais, sem aprofundamento nas inter-relações entre os diversos fatores envolvidos. Agora, avançaremos para uma etapa mais complexa e refinada da pesquisa, na qual se buscou explorar as associações estatísticas entre as variáveis. Ela permitiu identificar padrões e interações que, quando cuidadosamente interpretados, proporcionaram uma visão mais robusta e elucidativa sobre os fatores que regeram os processos ético-profissionais.

Foi possível observar a relação entre os capítulos do CEM e dados sociodemográficos e contextuais-processuais. Verificou-se, inicialmente, que médicos mais jovens (com menos de 30 anos) e mais veteranos (acima de 50 anos) cometeram significativo número de infrações no capítulo relacionado a documentos médicos, fenômeno que pode ser atribuído à inexperiência dos primeiros e à resistência dos segundos às novas exigências éticas. Em contrapartida, médicos na faixa etária entre 30 e 50 anos apresentaram maior incidência de infrações no capítulo de publicidade médica, o que pode ser compreendido à luz do contexto competitivo, exigente e dinâmico que marca o ápice de suas carreiras, no qual a utilização de estratégias de publicidade, muitas delas eticamente questionáveis, surge como tentativa de angariar clientela.

Observou-se também menor prevalência de infrações nos capítulos de publicidade médica e

relação médico-paciente entre médicos formados em instituições públicas, fenômeno que pode ser atribuído ao enfoque dessas instituições no atendimento universal e na promoção da equidade, que propiciaria um ambiente em que práticas de *marketing* e autopromoção seriam menos prevalentes. Já entre profissionais formados em instituições privadas observou-se menor incidência de infrações relacionadas a direitos humanos e à interação entre médicos, a qual poderia ser plausivelmente vinculada à rigorosa exigência dessas instituições de cumprimento de elevados padrões de conduta ética e interpessoal.

Além disso, a maior incidência de infrações relativas à publicidade médica entre médicos generalistas, em oposição ao maior número, entre os especialistas, de transgressões relacionadas à relação entre médicos, refletiria as distintas dinâmicas enfrentadas por cada grupo. Enquanto os médicos generalistas frequentemente se viam mais aplicados em atrair pacientes em um mercado de trabalho altamente competitivo, os especialistas, ao lidarem com as questões intrínsecas e específicas de suas respectivas áreas de atuação, enfrentavam desafios consideravelmente mais complexos, sobretudo de interação profissional.

Observou-se correlação entre os tipos de denunciadores e os capítulos mais frequentemente denunciados. Destacou-se o papel regulador e fiscalizador do CRM-MG, cuja atuação refletiu as áreas de maior incidência nas denúncias, predominantemente associadas a temas como responsabilidade profissional, remuneração, documentação e publicidade médica. As queixas registradas evidenciaram a função orientadora da entidade, cuja ação, mais do que punir, foi educar e manter os padrões éticos.

As denúncias originadas de pacientes e familiares evidenciaram uma preocupação primordial com a natureza da relação médico-paciente, o que salienta a importância de uma interação pautada pelos mais elevados princípios éticos, como dignidade, respeito à autonomia e beneficência.

Outro capítulo que gerou aumento significativo nas denúncias feitas por pacientes e familiares foi o relativo à documentação médica. A importância de fazer registros precisos e completos vai além da exigência burocrática: tais registros, fundamentais para a continuidade do tratamento e para a segurança do cuidado prestado, são reflexos diretos da responsabilidade do médico para com o paciente.

No âmbito das denúncias realizadas pelos próprios médicos, observou-se ênfase particular em questões relacionadas a direitos humanos, interação entre médicos e publicidade médica, o que sugere vigilância interna para a preservação da ética profissional e a prevenção de práticas antiéticas dentro da classe. Finalmente, as denúncias provenientes de pessoas jurídicas, com enfoque claro na publicidade médica, reforçariam a busca por um comportamento mais transparente e ético por parte das instituições de saúde. Esse conjunto de denúncias evidenciou a complexidade e a interconexão do cenário ético, com diferentes atores envolvidos na vigilância de práticas médicas, cada qual com suas próprias perspectivas sobre os princípios que deveriam guiar o exercício da medicina.

As infrações cometidas na capital, predominantemente associadas a publicidade médica, parecem ter sido fortemente influenciadas pela intensificação da concorrência nesse contexto urbano, no qual a busca por visibilidade e atratividade dos profissionais e das instituições poderia levar à adoção de práticas mais arriscadas, frequentemente à margem dos princípios éticos que regem a profissão.

As instituições privadas de assistência apresentaram prevalência menor que as públicas de infrações nos capítulos de responsabilidade profissional, relação médico-paciente e documentação médica, dado que poderia ser compreendido pelo contexto organizacional mais estruturado, com políticas internas de *compliance* que priorizam o cumprimento rigoroso das normativas éticas.

As instituições públicas, por sua vez, apresentaram prevalência inferior de infrações nos capítulos relacionados a relação entre médicos, remuneração profissional, sigilo médico e publicidade médica, o que poderia ser explicado pela natureza pública de seu financiamento e pelo foco no atendimento universal e igualitário. Nessa configuração, o modelo de gestão regulado e supervisionado geraria um ambiente no qual as normas éticas e de conduta seriam mais claramente estabelecidas e fiscalizadas.

Infrações mais severas, especialmente aquelas relacionadas a violações de direitos humanos, resultaram em substancial probabilidade de aplicação da alínea E, refletindo a gravidade das transgressões, que não apenas envolveram infrações éticas, mas também transgrediram direitos

essenciais à dignidade humana. As infrações nos capítulos de responsabilidade profissional e de relação médico-paciente também resultaram em penas mais severas, notadamente as de caráter público, com exceção da cassação, que apresentou ocorrência consideravelmente reduzida. Essa diminuição sugere que, apesar da gravidade das infrações nesses capítulos, a aplicação de medida tão extrema quanto a cassação é vista como desproporcional, sendo mais frequentemente evitada quando existem atenuantes, como o contexto específico da infração. No capítulo sobre relação entre médicos, a tendência à imposição de penalidades severas apontou para a seriedade com que a classe médica tratou as infrações nesse domínio e evidenciou a importância da preservação da ética nas relações profissionais, imprescindível para o bom funcionamento do sistema de saúde e para a manutenção da integridade da profissão.

Foi de suma importância direcionar a análise para novas variáveis que se revelaram pertinentes à compreensão dos processos ético-profissionais, as quais abrangeram “culpabilidade e especialidade”, “penalidades e especialidades”, bem como “reincidência, associada a variáveis sociodemográficas e processuais”. Tais dimensões foram fundamentais para aprofundar a investigação, pois permitiram observar os fatores que influenciaram de maneira intrínseca tanto as infrações éticas quanto suas consequências e, assim, evidenciaram comportamentos específicos dentro do campo da prática médica.

A associação entre culpabilidade e especialidade revelou que médicos generalistas apresentaram maior propensão a serem julgados culpados, o que indica particular vulnerabilidade da categoria. Tal constatação sublinha a relevância de programas direcionados de educação continuada promovidos pelo CRM-MG, com finalidade não apenas de atualização técnico-científica, mas também de aprimoramento da formação ética destes profissionais.

A dosimetria das penalidades aplicadas aos médicos, fossem especialistas ou generalistas, não apresentou regularidade substancial. A variação dificultou a identificação de tendência uniforme na aplicação das penalidades e sugere que os processos decisórios do órgão regulador estavam sujeitos a múltiplos fatores contextuais e específicos de cada caso. A ausência de padrão claro na penalização refletiu a complexidade do

campo ético, em que as infrações foram analisadas de forma individualizada, considerando-se as circunstâncias da prática médica e a gravidade da transgressão. Esse achado é consoante com a literatura especializada, que apontou para a falta de tendência consolidada nas penalidades atribuídas de acordo com a especialidade do profissional¹⁹.

Homens com mais de 50 anos e com maior tempo de exercício (resultados semelhantes aos encontrados na literatura especializada)¹⁹, já imersos, portanto, em suas práticas habituais, foram mais reincidentes, o que destaca a necessidade de reflexão contínua sobre a ética profissional. Tal quadro demonstra a urgência de efetivar estratégias direcionadas a esses profissionais, as quais não apenas se voltem ao aperfeiçoamento técnico, mas também promovam uma renovação ética capaz de acompanhar as mudanças nas exigências sociais e profissionais.

Este estudo apresentou determinadas limitações que devem ser levadas em conta na interpretação de seus resultados. Em primeiro lugar, a escassez de fontes bibliográficas atualizadas sobre o julgamento de processos ético-profissionais envolvendo médicos brasileiros representou desafio para a contextualização dos achados e a comparação com investigações anteriores. Além disso, as alterações ocorridas no CEM ao longo dos anos (1988, 2009, 2018) podem ter influenciado os critérios e a condução dos julgamentos, o que dificulta a análise longitudinal dos processos.

Considerações finais

O presente estudo cumpriu o objetivo proposto de realizar uma análise inédita, aprofundada e multidimensional dos processos ético-profissionais julgados pelo CRM-MG ao longo de uma década. Ao integrar variáveis sociodemográficas, contextuais-processuais e normativas, foi possível transcender uma abordagem meramente descritiva e delinear, com maior robustez interpretativa, os perfis, as tendências e os padrões de responsabilização disciplinar no contexto da medicina brasileira contemporânea.

A análise revelou que a maioria dos profissionais julgados era do sexo masculino, com idade média de 46,7 anos e longa trajetória na medicina — características que, longe de se traduzirem em maior maturidade ética, foram associadas à reincidência, o que indica que a experiência acumulada, por si só,

não constitui fator protetivo à conduta ética. Pelo contrário, a senioridade pode, em alguns casos, reforçar zonas de conforto profissional que dificultam a adesão às transformações ético-normativas da prática médica. Tal achado convoca os Conselhos de Medicina à formulação de estratégias formativas contínuas que contemplem não apenas os jovens médicos, mas também os profissionais em final de carreira, a fim de promover uma renovação ética ao longo de todo o ciclo profissional.

De acordo com os dados, os médicos generalistas apresentaram maior probabilidade que os especialistas de serem considerados culpados e receberem sanções éticas mais severas. Essa vulnerabilidade, também evidenciada em estudos anteriores, expõe as fragilidades estruturais e formativas da clínica geral no Brasil, marcada por menos recursos, maior carga assistencial e menor valorização social e institucional. A responsabilização ética, nesse contexto, parece refletir não apenas comportamentos individuais, mas também desigualdades sistêmicas. A bioética principialista, aqui, exige que se considerem os princípios de justiça e não maleficência na formulação de políticas públicas que fortaleçam a formação e o apoio institucional aos generalistas.

Ademais, observou-se forte relação entre os tipos de infração e as características contextuais do local da prática médica. A maior frequência de denúncias no interior de Minas Gerais, especialmente em instituições públicas, indicou um campo de vulnerabilidade que requer atenção específica. Nessas localidades, a escassez de recursos, a sobrecarga dos profissionais e a ausência de protocolos assistenciais claros podem contribuir para a ocorrência de falhas técnicas e éticas. Uma responsabilização disciplinar descolada da análise estrutural guarda o risco de reforçar desigualdades, em vez de corrigi-las. A justiça ética, portanto, demanda que os julgamentos considerem não apenas o ato, mas o contexto de sua ocorrência.

A análise dos capítulos do CEM mais frequentemente infringidos revelou a centralidade de questões relativas a responsabilidade profissional, documentos médicos e relação com pacientes e familiares. Dados evidenciaram que, mesmo após décadas de normatização ética, as infrações mais frequentes ainda são associadas a comunicação falha, negligência na documentação e ruptura da confiança médico-paciente. Tal constatação reafirma

a importância da formação ética como processo longitudinal, contínuo e integrado à prática cotidiana, e não como conteúdo estanque do currículo formal.

Ademais, os resultados demonstraram que a maioria das denúncias foi instaurada de ofício pelos próprios Conselhos de Medicina, fato que reafirma seu papel regulador e educativo no campo da ética profissional. Esse achado evidencia a importância da vigilância ética institucional como instrumento não apenas de sanção, mas à promoção da qualidade e da integridade na prática médica. Contudo, o elevado índice de absolvições (50,2%) demanda atenção interpretativa: pode refletir, legitimamente, a insuficiência de elementos probatórios conclusivos, em consonância com o princípio jurídico do *in dubio pro reo*, que assegura a prevalência da presunção de inocência diante de incerteza.

As associações estatisticamente significativas entre variáveis como sexo, idade, tempo de exercício, especialidade, tipo de denunciante e local da infração com capítulos infringidos, culpabilidade e reincidência revelaram que a responsabilização disciplinar no Brasil não se dá de forma aleatória, mas segue padrões que, embora não determinísticos, são estatisticamente consistentes. Quando interpretados sob uma lente bioética e institucional, esses padrões apontam para a urgência de políticas mais situadas e equitativas de fiscalização, formação continuada e apoio profissional.

Em síntese, este estudo contribui para o avanço da compreensão dos processos ético-profissionais no Brasil na medida em que oferece evidências empíricas para subsidiar práticas mais justas, preventivas e formativas. Ao destacar fatores que favorecem a responsabilização disciplinar e aqueles que a tornam menos provável, a pesquisa fornece aos Conselhos de Medicina subsídios técnicos e éticos para aperfeiçoar sua atuação, fortalecer a confiança da sociedade na medicina e reafirmar o compromisso do profissional médico com o cuidado digno, prudente, competente e ético. É na articulação entre os dados e os princípios, entre a norma e a realidade, que se constrói um sistema ético-disciplinar mais justo, coerente e comprometido com a saúde como direito fundamental.

Nesse horizonte, propugna-se uma ética positiva, que transcenda o enquadramento normativo e a lógica punitiva, orientada por uma cultura institucional de escuta, responsabilidade e corresponsabilidade. Trata-se de cultivar uma

ética reflexiva, que convoque os profissionais à permanente revisão do sentido de sua atuação, à leitura sensível da vulnerabilidade alheia e ao compromisso com a dignidade humana. Fundada nos princípios da beneficência, da justiça, da autonomia e da não maleficência, essa ética deve ser fomentada nos espaços de formação, reafirmada nas práticas institucionais e sustentada pelos órgãos reguladores, como parte de um

esforço coletivo pela reconstrução do pacto de confiança entre a medicina e a sociedade. O aprimoramento ético da prática médica não se realizará apenas por meio de reformas normativas, mas pela edificação de uma cultura moral compartilhada, que reconheça a vulnerabilidade como traço constitutivo da existência humana e a integridade como vocação irrenunciável do exercício profissional.

Referências

1. Gracindo GCL. Princípios bioéticos na prática médica no Brasil: construindo um perfil do profissional da medicina a partir dos processos ético-disciplinares julgados (período 2010-2016), com base no atual Código de Ética Médica [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2018 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3IP1s7Y>
2. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA *et al.* Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP; 2018 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/46HJCgh>
3. Santos MFO, Souza HHA, Fernandes MGM. Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais: Paraíba 1999 a 2009. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2011 [acesso 10 set 2024];19(3):787-97. Disponível: <https://bit.ly/47eYrHf>
4. Almeida T, Pimentel D. Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 10 set 2024];24(1):128-35. DOI: 10.1590/1983-80422016241114
5. Gomes JC, Drumond JGF, França GV. Erro médico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
6. D'Acamora AJ, Corrêa G. Erro médico, uma abordagem. Acta Cir Bras [Internet]. 1996 [acesso 10 set 2024];11(1):42-6. Disponível: <https://bit.ly/47fzyv8>
7. Alexy R. Teoria dos direitos fundamentais. 2ª ed. São Paulo: Malheiros; 2017.
8. Silva JAC, Brito MVH, Oliveira AJB, Brito NB, Gonçalves RS, Fonseca SNS. Sindicâncias e processos ético-profissionais no Conselho Regional de Medicina do Pará: evolução processual no período de 2005 a 2007. Rev Bras Clín Méd [Internet]. 2010 [acesso 10 set 2024];8(1):20-4. Disponível: <https://bit.ly/3KElq5U>
9. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 15 ago 2018 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/48hArV1>
10. Taragin MI, Wilczek AP, Karns ME, Trout R, Carson JL. Physician demographics and the risk of malpractice. Am J Med [Internet]. 1992 [acesso 10 set 2024];93(11):537-42. DOI: 10.1016/0002-9343(92)90582-v
11. Falcão MSSA. A ética médica e suas infrações: um estudo sobre os processos ético-profissionais do estado do Rio de Janeiro [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1993 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4h4JN95>
12. D'Ávila RL. O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares no período de 1958 a 1996 [dissertação] [Internet]. Florianópolis: UFSC; 1998 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4mRdR9f>
13. Boyaciyan K. O perfil e as infrações ético-profissionais dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no estado de São Paulo [tese] [Internet]. São Paulo: Unifesp; 2005 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/46ZIUK4>
14. Bittencourt AGV, Neves NMB, Neves FBCS, Brasil ISPDS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2007 [acesso 10 set 2024];31(2):223-8. DOI: 10.1590/S0100-55022007000300004

15. Gomes A. Análise comparativa entre o perfil do médico denunciado por infrações ético-profissionais no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e o ensino médico [tese] [Internet]. São Paulo: USP; 2010 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4o49cSm>
16. Santos MF. Análise dos processos éticos decorrentes de erros médicos na Paraíba de 1999 a 2009 [dissertação]. Recife: UPE; 2011.
17. Pereira Filho A. Análise das vulnerabilidades como facilitadoras da ocorrência de erros médicos no estado de São Paulo (2000-2009) julgados pelo Conselho Regional de Medicina [dissertação] [Internet]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4mRD5EF>
18. Constantino CF. Reflexão bioética e deontológica relacionada às denúncias e processos ético-profissionais envolvendo médicos que exercem pediatria no estado de São Paulo, Brasil [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2013 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/42ZTwaI>
19. Dias TMF. Perfil dos médicos julgados em processos ético-profissionais em Santa Catarina [monografia] [Internet]. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2017 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/48QVZib>
20. Ribeiro DTA. Estudo bioético das denúncias contra médicos no Conselho Regional de Medicina do estado do Acre – Brasil [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2017 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4pXk32t>
21. Araújo AOV, Araújo DD, Nogueira AHAS, Costa AKF, Andrada CP, Filgueira FSS *et al.* Julgamento ético no Rio Grande do Norte entre 2000 e 2015. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 10 set 2024];27 (4):739-46. DOI: 10.1590/1983-80422019274357
22. Mariani PC. A bioética na medicina de fim ou de meio na cirurgia plástica [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2021 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/46KG3WA>
23. Gonçalves ELN, Lima e Silva FDAC, Rego G. Performance of the professional councils concerning 966 complaints addressed to regional councils of medicine (CRM) of Minas Gerais, from 2012 to 2017. *Acta Bioeth* [Internet]. 2022 [acesso 10 set 2024];28(2):249-55. Disponível: <https://bit.ly/48rtFMB>
24. Teixeira LM, Santos Junior LA, Franco RS. Perfil de denúncias éticas contra médicos em um estado brasileiro, de 2001 a 2016. *Rev Iberoam Bioética* [Internet]. 2022 [acesso 10 set 2024];19:1-14. DOI: 10.14422/rib.i19.y2022.008
25. Marques Filho J. A pena máxima: cassação do exercício profissional médico: análise, sob o olhar da bioética, dos processos de cassação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [dissertação] [Internet]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2006 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4hc2APF>
26. Braga AD SG. Perfil da denúncia contra médicos no Conselho Regional de Medicina do estado do Piauí [dissertação]. Teresina: UFPI; 2008.
27. Silva JAC, Brito MVH, Brito NB, Gonçalves RS, Fonseca SNS, Oliveira AJB. Natureza e especialidades envolvidas nas denúncias sobre erros médicos que originaram processos ético-profissionais no Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará. *Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2010 [acesso 10 set 2024];12(2):27-30. Disponível: <https://bit.ly/48Er8if>
28. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* [Internet]. 2000 [acesso 10 set 2024];320(7237):774-7. Disponível: <https://bit.ly/46lBtZ2>
29. Garritano CRO, Junqueira FH, Lorosa EFS, Fujimoto MS, Martins WHA. Avaliação do prontuário médico de um hospital universitário. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2020 [acesso 10 set 2024];44(1):e009. DOI: 10.1590/1981-5271v44.1-20190123

Renata Bittar Britto Arantes – Doutoranda – renata.arantesufu@gmail.com

 0009-0002-5808-0210

Alanna Gomes da Silva – Doutora – alannagomessilva@gmail.com

 0000-0003-2587-5658

Mónica Correia – Doutora – mcorreia@med.up.pt

 0000-0002-9034-7029

Guilherme Augusto Veloso – Doutor – guilhermev@id.uff.br

 0000-0002-5348-3793

Rui Nunes – Doutor – ruinunes@med.up.pt

 0000-0002-1377-9899

Correspondência

Renata Bittar Britto Arantes – Avenida Tenente Virmondes, 268, bairro Centro. CEP 38400-110. Uberlândia/MG, Brasil.

Contribuições dos autores (CRediT)

Renata Bittar Britto Arantes foi responsável pela concepção e delineamento do estudo; análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; e aprovação da versão final. Alanna Gomes da Silva contribuiu com coleta e organização dos dados; redação do manuscrito; e aprovação da versão final. Mónica Correia fez análise dos dados; revisão crítica do conteúdo intelectual; e aprovação da versão final. Guilherme Augusto Veloso contribuiu com revisão crítica do conteúdo intelectual; apoio metodológico; e aprovação da versão final. Rui Nunes foi responsável pela orientação; supervisão geral da pesquisa; revisão crítica do conteúdo intelectual; e aprovação da versão final.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editora responsável: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 22.5.2025

Revisado: 4.7.2025

Aprovado: 10.7.2025