



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**PROCESSO-CONSULTA PAe Nº 000005.10/2024-CFM – PARECER CFM Nº 8/2025**

**ASSUNTO:** Autonomia médica; Cooperativas médicas; Exame diagnóstico

**RELATOR:** Cons. Marcelo Lemos dos Reis

**EMENTA:** Analisa a eticidade da adoção por parte de cooperativas, planos de saúde ou demais instituições, de mecanismos de controle baseados em parâmetros quantitativos.

**DA CONSULTA:**

O Conselho Federal de Medicina (CFM) recebeu consulta com o seguinte teor:

*“Assunto: PARECER SOBRE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADES FINANCEIRAS*

*Mensagem: Baseado no que rege a legislação, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde, o Código de Ética Médica e para que se garanta a autonomia profissional para exercer a medicina sem restrições mercadológicas, pode a Diretoria Executiva e/ou Conselho de Administração e/ou serviço de Auditoria e/ou grupo de uma determinada especialidade, composto(a) por médicos(as) de cooperativa de trabalho médico, seja em singulares, federações ou mesmo confederação, como por exemplo o sistema Unimed:*

*(a) CALCULAR, ESTABELECEER e EXPOR dando publicidade a uma MÉDIA ou MEDIANA por profissional médico(a) de solicitação e/ou execução de selecionados EXAMES proporcional ao número de consultas?*

*(b) CLASSIFICAR estes(as) médicos(as), pelo simples fato de estarem acima destas médias ou medianas calculadas, como ‘outliers’, ou seja, com valores discrepantes fora da linha na especialidade ou na cooperativa, sugerindo inclusive ameaçar a expulsão desses profissionais do quadro de cooperados?*

*(c) IMPOR PENALIDADES FINANCEIRAS e/ou SANÇÕES ADMINISTRATIVAS contra médicos(as) cooperados(as) somente porque ultrapassaram essas médias ou medianas calculadas de solicitação e/ou execução de exames proporcional ao número de consultas?*

*(d) IMPOR PENALIDADES, com uso de deflatores adicionais, quando determinados procedimentos e/ou exames combinados são executados no mesmo paciente?*



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

*(e) CRIAR TABELAS PRÓPRIAS em que a solicitação, execução e pagamento de determinados procedimentos e/ou exames são EXCLUDENTES entre si?*

*(f Finalmente, pode ser denunciado por infração ético-profissional este grupo de médicos(as) que, por votação simples, impõe penalidades financeiras contra aqueles(as) profissionais que simplesmente ultrapassam essas médias ou medianas de solicitação e/ou execução de exames proporcional ao número de consultas?"*

### **DO PARECER:**

Este parecer visa analisar a legalidade de determinadas práticas impostas por operadoras de planos de saúde, à luz da legislação vigente, das resoluções do Conselho de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde e do Código de Ética Médica.

#### **1. Autonomia profissional e liberdade técnica do médico**

A autonomia profissional do médico é um dos princípios basilares da prática médica, reconhecido tanto pelo ordenamento jurídico brasileiro quanto pelas normas deontológicas que regem a profissão. Essa autonomia é garantida, sobretudo, pelo Código de Ética Médica (CEM), materializado na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.217/2018 e suas alterações, bem como em outros dispositivos legais e normativos da área da saúde.

Trata-se de uma conquista histórica da classe médica, fundamental para garantir que as decisões sobre o cuidado com o paciente sejam tomadas com base em critérios técnico-científicos, na experiência e julgamento clínico do profissional, sempre em conformidade com o melhor interesse do paciente.

A lógica subjacente ao conceito de autonomia médica é que o médico não deve ser constrangido ou influenciado por pressões alheias à ciência, à ética e ao bem-estar do paciente, sejam elas de ordem econômica, administrativa, comercial, mercadológica ou institucional. Esse preceito encontra-se refletido em diversos artigos do CEM, entre os quais se destaca:

*Capítulo I (...)*

*VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não*



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

*deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.*

*VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.*

Nesse sentido, os incisos determinam que o médico tem o direito de exercer a medicina com autonomia, decidindo sobre os métodos, procedimentos, condutas diagnósticas e terapêuticas mais adequadas ao caso, desde que observadas a legislação vigente e a ética médica.

A partir desses dispositivos, nenhuma entidade, seja ela pública, privada, associativa ou cooperativa, pode impor protocolos rígidos baseados unicamente em indicadores estatísticos, sob pena de cercear a liberdade técnica do médico e desconfigurar o juízo clínico personalizado.

Além disso, o médico não pode se deixar influenciar por interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de qualquer natureza alheios à boa prática médica, devendo sempre priorizar o benefício do paciente.

Logo, se uma cooperativa, plano de saúde ou outra instituição cria mecanismos de controle – tais como médias, medianas, metas quantitativas de solicitação de exames – para limitar a atuação profissional do médico, torna-se evidente a ingerência de interesses econômicos ou administrativos na decisão clínica. Essa prática fere diretamente a independência profissional.

Veja-se o que o CEM ainda estabelece, em seu Capítulo I – Princípios Fundamentais:

*XVI – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente. (...)*

*É vedado ao médico:*

*Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde, interfiram na escolha dos melhores*



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

*meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.*

Dessa forma, ao analisar a questão de se estabelecer parâmetros quantitativos rígidos, como a determinação de uma média ou mediana de transações de exames por consulta, constata-se o desvio da lógica assistencial. Quando um ente gestor ou auditor (seja a Diretoria Executiva, Conselho de Administração, serviço de auditoria ou grupo especializado dentro de uma cooperativa médica) utiliza tais indicadores como balizadores para avaliar e impulsionar a conduta do médico, cria-se um cenário de padronização administrativa que ultrapassa a racionalidade clínica individualizada.

Sendo assim, a decisão médica, que deveria partir da análise do quadro clínico do paciente, das evidências científicas e da experiência do profissional, passa a ser condicionada por um referencial estatístico que não considera a complexidade dos casos, as variáveis epidemiológicas e as especificidades individuais dos pacientes.

Em outros termos, esse posicionamento do eixo decisório, da medicina centrada no paciente para uma medicina subordinada a estatísticas e custos, implica risco de subdiagnóstico, subtratamento ou mesmo constrangimento moral do profissional, que poderá se sentir sensível a evitar solicitações de exames particularmente necessários apenas para não ultrapassar as restrições impostas.

Dessa forma, tal prática vai de encontro ao princípio de personalização do cuidado, basilar na prática médica, em que cada paciente deve ser tratado como indivíduo único, não como estatística.

Em suma, a tentativa de impor tais critérios quantitativos (médias e medianas) como padrão de conduta médica representa violação direta aos princípios fundamentais e ao art. 20 do CEM.

### **2. Vedação ao cerceamento da atividade médica por aspectos mercadológicos**

Como já dito, o exercício da medicina pressupõe independência, liberdade de julgamento clínico e observância dos princípios éticos fundamentais que norteiam a relação médico-paciente. Com isso, não se admite que o ato médico seja direcionado ou limitado por considerações



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

essencialmente econômicas ou mercadológicas, que cabem por suplantar critérios técnico-científicos e o bem-estar do paciente.

A propósito, diversas normativas nacionais reforçam tal entendimento, cabendo destacar tanto as disposições emanadas do CFM quanto as diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), além da regulação exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Aliás, o próprio CEM e Resoluções do CFM deixam claro que a atuação do médico não pode ser motivada ou contida por interesses alheios à boa prática assistencial. A medicina, como profissão de natureza técnico-científica voltada à preservação e promoção da saúde, não pode ser tratada como simples mercadoria.

Desse modo, ressalta-se que o paciente não é um cliente comum, mas um ser humano em situação de vulnerabilidade, cujo cuidado exige respeito, atenção e liberdade de indicação terapêutica adequada. Dito isso, qualquer interferência que objetiva reduzir ou padronizar a prática médica para atingir metas financeiras, de redução de custos ou de controle de transferências de exames, representa uma forma velada de ingerência mercadológica na esfera mais sensível do ato médico.

Além disso, o CONSU, vinculado ao Ministério da Saúde, tem por objetivo regular o setor de saúde suplementar, estabelecendo normas para operadoras e beneficiários. Embora essas normas busquem garantir maiores transparência, qualidade assistencial e equilíbrio econômico-financeiro do sistema, não há qualquer disposição que autorize a imposição de metas quantitativas de solicitação de exames ou procedimentos como critérios punitivos ao médico. Ao contrário, as normas visam garantir a qualidade do atendimento e a proteção dos beneficiários, sem limitar a autonomia profissional.

Da mesma forma, o CFM, por meio de suas resoluções e do CEM, reforça que os médicos devem ter plena liberdade de exercer sua atividade de acordo com a ciência e a consciência, jamais podendo sofrer coerção por parte de instituições ou grupos que estabeleçam cotas numéricas para procedimentos, exames ou consultas, sob o risco de violar a natureza ética e humanística da prática médica.



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Ademais, a ANS, órgão regulador do setor de saúde suplementar, estabelece regras e diretrizes para a contratualização entre operadoras de planos de saúde e discussões de serviços, incluindo médicos, clínicas e hospitais. Porém também não autoriza, nem respalda, a criação de mecanismos punitivos baseados unicamente em indicadores quantitativos.

Portanto, embora seja legítimo que as operadoras adotem mecanismos de monitoramento, avaliação de desempenho e controle de qualidade, a regulação exige que tais critérios sejam transparentes, objetivos e que contemplem o contraditório, a ampla defesa e a contextualização clínica.

Em outras palavras, a ANS incentiva, sim, a gestão da qualidade e o uso racional dos recursos, mas não a qualquer custo, muito menos em detrimento do paciente e da autonomia médica. A Agência dispõe de normativos que obrigam a transparência na relação entre operadoras e menciona – sem, contudo, autorizar – avaliações automáticas ou pré-determinadas baseadas apenas em estatísticas descontextualizadas. O que se exige é uma análise crítica, pautada em auditorias técnicas especializadas.

Assim, transformar índices numéricos (médias, medianas, frequências de exames solicitados) em instrumentos coercitivos para constranger o médico a ajustar sua prática clínica é frontalmente contrário ao próprio espírito da legislação sanitária.

Portanto, quando se ultrapassa a linha da razoabilidade e se faz do monitoramento quantitativo uma prática para impor prejuízos, cria-se um ambiente hostil à boa prática médica, fomentando o medo, a subnotificação de casos complexos, o subtratamento e a não realização de procedimentos necessários ao paciente.

### **3. Tipificação de *outliers*<sup>1</sup> e discriminação de conduta médica**

A prática médica é, por natureza, complexa e multifatorial. Cada paciente apresenta um contexto individual de saúde, que inclui idade, gênero, histórico familiar, comorbidades, condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos regionais e culturais, bem como a prevalência de determinadas doenças em certas populações.

---

<sup>1</sup> Valor aberrante ou valor atípico, é uma observação que apresenta um grande afastamento das demais da série (que está “fora” dela), ou que é inconsistente. A existência de *outliers* implica, tipicamente, prejuízos à interpretação dos resultados dos testes estatísticos aplicados às amostras.



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Da mesma forma, a complexidade dos casos clínicos pode variar significativamente entre médicos que atuam em subespecialidades específicas ou em diferentes cenários assistenciais (como unidades terciárias de alta complexidade, ambulatórios especializados, serviços de emergência, entre outros).

Nesse sentido, a análise da conduta médica não pode se limitar a indicadores estatísticos médios ou sem qualquer consideração qualitativa. Rotular um médico como *outlier* simplesmente porque está solicitando mais exames do que a média estatística de um grupo desconsidera fatores fundamentais que influenciam a prática assistencial.

Elucidando, um médico que visita um centro de referência para doenças complexas, por exemplo, pode ter a necessidade legítima de solicitar um número maior de exames sofisticados para pacientes com condições raras ou de difícil diagnóstico. Da mesma forma, um profissional que trabalha em uma região com alta prevalência de determinada enfermidade poderá recorrer a mais exames para rastrear e diagnosticar precocemente casos suspeitos.

Inclusive, a relação médico-paciente é marcada pela personalização da atenção, pautada pelo princípio da individualização do cuidado. Não existem dois pacientes exatamente iguais; cada um requer avaliação criteriosa, escolha de exames complementares e terapias personalizadas. Ao estabelecer um parâmetro rígido de “normalidade” na solicitação de exames, avaliado por medianas ou estatísticas médias, e ao identificar profissionais que excedem tais parâmetros como “fora da curva” (*outliers*) sem analisar a qualidade assistencial ou a necessidade real clínica, cria-se um ambiente desumanizado, em que o cuidado deixa de ser orientado pelo paciente e passa a ser indicado por padrões numéricos genéricos.

Além disso, a classificação automática de médicos como *outliers* por excederem números médios ou medianos de solicitação de exames pode gerar estigmatização e discriminação injustificada. Esses profissionais poderão ser vistos como “gastadores” ou “irracionais” no emprego de recursos diagnósticos, mesmo quando motivados por cautela, necessidade clínica ou protocolos específicos de sua subespecialidade.

Isso acaba por criar um ambiente hostil e desestimulante, em que médicos podem não realizar solicitações de exames adequados por temor de ultrapassar limites arbitrários, bem como da penalização. Inclusive, como já mencionado, tal coerção estatística pode levar ao



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

subtratamento, ao retardo no diagnóstico ou até mesmo a erros médicos, já que o profissional pode hesitar em solicitar um exame importante por receber punições ou ter sua conduta questionada injustamente.

Assim, a essência da autonomia médica está em permitir que o profissional, baseado na sua formação, experiência e conhecimento científico, possa indicar o que considera mais adequado ao caso concreto. Qualquer interferência externa que use parâmetros estatísticos gerais como régua de avaliação, sem aprofundar o contexto clínico, configura violação da liberdade de julgamento do médico, princípio basilar da ética profissional.

Além disso, o CEM e os normativos do CFM ressaltam que o médico não deve sofrer pressões de ordem econômica, financeira ou estatística que o induzam a alterar sua conduta assistencial contra o melhor interesse do paciente.

#### **4. Penalidades financeiras e administrativas sem amparo técnico-científico**

A relação entre o médico e a instituição prestadora de serviços de saúde – seja ela cooperativa, operadora de plano, hospital ou qualquer outra entidade – deve ser pautada pela confiança, pela busca da qualidade assistencial e pelo respeito mútuo à autonomia e à ciência médica. Quando essa relação se desequilibra devido à imposição de deliberações financeiras ou administrativas fundadas exclusivamente em parâmetros quantitativos, e não em critérios técnico-científicos, ocorre um desvio evidente, o paciente deixa de ser centro do ato médico para ceder lugar a uma lógica mercadológica restritiva.

Uma análise meramente estatística ignora a variabilidade dos casos clínicos, o que desvirtua completamente o propósito da medicina de buscar o melhor para o paciente, de acordo com o estado da arte científica e a autonomia do médico.

Assim, o profissional médico, ao se ver sujeito a decisões baseadas em índices quantitativos, sente-se pressionado a moldar sua prática assistencial não pelas necessidades do paciente, mas pelo recebimento de avaliações. Isso configura o cerceamento indevido da autonomia profissional, que é amparado pelo CEM e reforçado pelas normativas do CFM.

Ademais, ao inverter a lógica assistencial – em que o diagnóstico e a terapia indicada são determinados pela necessidade clínica – para uma lógica puramente contábil, compromete-se a integralidade e a excelência do cuidado.



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

A regulação do setor de saúde suplementar, pautada pela ANS e outras normativas, não legitima a imposição de avaliação baseada apenas em métricas quantitativas desprovidas de contextualização clínica. Da mesma forma, o CEM e as Resoluções do CFM não autorizam o cerceamento da liberdade de prescrição médica em razão de estatísticas.

### **5. Criação de tabelas excludentes de procedimentos**

A elaboração de tabelas que restringem a combinação de exames e procedimentos de forma arbitrária, sem considerar o contexto clínico individual do paciente, afronta diretamente a lógica que norteia a prática médica.

O exercício profissional do médico baseia-se numa análise criteriosa e global do quadro clínico, do histórico do paciente, dos seus fatores de risco, da epidemiologia local e das melhores evidências científicas disponíveis. A decisão sobre quais exames solicitar ou quais procedimentos empregar não pode, portanto, ser previamente determinada por um conjunto fixo de regras excludentes, desconectadas da análise do caso concreto.

O ato médico exige personalização e flexibilidade na escolha dos recursos diagnósticos e terapêuticos. Cada paciente é um ser único, com manifestações clínicas que podem variar, mesmo em doenças aparentemente semelhantes. Ao estabelecer tabelas de regras, em que a solicitação de determinado exame impeça a realização de outro, cria-se uma espécie de “cardápio” limitador que contraria a essência da medicina personalizada.

A decisão sobre qual exame é mais seguro deve resultar de um processo reflexivo, fundamentado em conhecimento científico, diretrizes clínicas reconhecidas, experiência do profissional e a situação clínica do paciente.

Qualquer restrição prévia e inflexível prejudica a capacidade do médico de empregar o arsenal de diagnóstico mais adequado, comprometendo a qualidade do atendimento.

Ao importar tabelas excludentes, a lógica assistencial – orientada pela busca do melhor resultado clínico – é obtida por um julgamento meramente burocrático ou econômico, no qual a sequência de exames passa a ser ditada por regulamentos ou metas administrativas. Nessa situação, o médico fica impedido de solicitar, simultaneamente, exames cuja associação seja justificável do ponto de vista clínico ou cuja complementaridade ofereça uma visão mais abrangente do quadro do paciente.



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Essa limitação engessa o cálculo clínico, impedindo o profissional de considerar hipóteses diagnósticas complexas ou condições raras que podem exigir exames múltiplos concomitantes para se chegar a um diagnóstico mais seguro.

Além disso, a adoção de tabelas excludentes pode levar ao subdiagnóstico ou ao retardo no diagnóstico, já que o médico pode se ver obrigado a optar entre exames igualmente necessários, mas mutuamente excludentes, segundo a tabela. Como consequência, o paciente pode ter de retornar em outro momento para a realização dos exames excluídos, passando por maior estresse, maior tempo de espera para confirmação diagnóstica e, ocasionalmente, atraso na instituição de uma terapia adequada.

Esse retardo na definição diagnóstica e no início do tratamento não só contraria a boa prática clínica, como também pode incrementar os custos globais da assistência, ao invés de reduzi-los, pois atrasos no tratamento podem resultar em complicações mais graves e dispendiosas. Assim, as tabelas excludentes, ao pretenderem importar uma lógica de controle, podem paradoxalmente gerar mais prejuízos clínicos, financeiros e éticos.

### **6. Denúncia por infração ético-profissional**

As normas éticas que regem a prática médica visam garantir não apenas a qualidade da assistência ao paciente, mas também a harmonia e o respeito mútuo entre os profissionais da área.

Quando um grupo de médicos se organiza para impor prejuízos financeiros ou administrativos a um colega unicamente com base em critérios estatísticos – como a ultrapassagem de médias ou medianas na solicitação de exames –, sem correlacionar essas medidas a fundamentos técnico-científicos ou a análises qualitativas da prática assistencial, ocorre um grave desvio dos princípios éticos que norteiam a profissão.

Aliás, conforme já apontado, o CEM contém dispositivos que reiteram a importância do respeito e da consideração entre colegas de profissão. Ao importar avaliações sem embasamento técnico, sob a justificativa de simples discrepância quantitativa na conduta médica, o grupo infringe tais preceitos.

A decisão em assembleias, votações simples ou reuniões internas, quando desprovida de critérios assistenciais adequados, torna-se uma espécie de indenização sumária, que demonstra



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

desprezo pela autonomia profissional, pela diversidade de cenários clínicos e pela complexidade do ato médico.

Portanto, a ética médica exige que eventuais discordâncias sobre a conduta profissional de um médico sejam apreciadas com base em critérios objetivos, técnicos, científicos e considerando-se as especificações de cada caso.

### **CONCLUSÃO:**

Diante do exposto, conclui-se que a adoção, por parte de cooperativas, planos de saúde ou demais instituições, de mecanismos de controle baseados em parâmetros quantitativos – como médias, medianas ou metas de exames – e a imposição de metas financeiras e administrativas lastreadas em dados estatísticos são indevidas e se configuram em clara interferência de interesses econômicos ou econômicos administrativos na tomada de decisões clínicas pelo profissional médico. Tal conduta atenta contra a independência profissional, colidindo diretamente com os princípios éticos consagrados no Código de Ética Médica, pois viola a autonomia do profissional e o sigilo médico.

Esse é o parecer, S.M.J.

Brasília, 8 de maio de 2025

MARCELO LEMOS DOS REIS

Conselheiro Relator



## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 4 jun. 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm). Acesso em: 2 dez. 2024.
3. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, 29 nov. 2018, Seção I, p. 179. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 2 dez. 2024.