

Imperícia, imprudência e negligência: médicos no limite da ética

Renata Bittar Britto Arantes¹, Alanna Gomes da Silva², Mónica Correia¹, Guilherme Augusto Veloso³, Rui Nunes¹

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

Resumo

Imperícia, imprudência e negligência são transgressões que comprometem a segurança dos pacientes e a confiança da sociedade na medicina. Análise dos processos julgados pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais entre 2012 e 2022 revelou que, dos 1.660 médicos julgados, 29,8% foram acusados de infrações ao art. 1º do Código de Ética Médica, e 53,3% desses casos resultaram em condenação. Negligência foi a violação mais capitulada (61,8%). Houve associação significativa entre as variáveis idade ($p=0,009$), tipo de denunciante ($p<0,001$), tipo de instituição assistencial ($p<0,001$) e penalidade ($p<0,001$) e a infração ao art. 1º do Código de Ética Médica; assim como entre tipo de instituição assistencial ($p=0,002$) e penalidade ($p=0,018$) e os subitens mais infringidos do art. 1º, negligência e imprudência. Conclui-se ser imprescindível fortalecer a ética no cuidado médico por meio da educação continuada e de políticas institucionais que promovam responsabilidade e respeito à dignidade humana.

Palavras-chave: Imperícia. Imprudência. Códigos de ética. Ética médica.

Resumen

Impericia, imprudencia y negligencia: médicos al limite de la ética

Impericia, imprudencia y negligencia son infracciones que comprometen la seguridad de los pacientes y la confianza de la sociedad en la medicina. El análisis de los procesos juzgados por el Consejo Regional de Medicina de Minas Gerais entre 2012 y 2022 reveló que, de los 1660 médicos juzgados, el 29,8 % fueron acusados de infringir el art. 1º del Código de Ética Médica, y el 53,3% de esos casos resultaron en condenas. La negligencia fue la infracción más frecuente, con un 61,8%. Se observó una asociación significativa entre las variables edad ($p=0,009$), tipo de denunciante ($p<0,001$), tipo de institución asistencial ($p<0,001$) y la sanción ($p<0,001$) y la infracción del art. 1º del Código de Ética Médica; así como entre el tipo de institución asistencial ($p=0,002$) y la sanción ($p=0,018$) y los subapartados más infringidos del art. 1º, negligencia y imprudencia. Se concluye que es imprescindible fortalecer la ética en la atención médica mediante la educación continua y las políticas institucionales que promuevan la responsabilidad y el respeto a la dignidad humana.

Palabras clave: Impericia. Imprudencia. Códigos de ética. Ética médica.

Abstract

Malpractice, recklessness, and negligence: physicians on the edge of ethics

Malpractice, recklessness, and negligence are offenses that compromise patient safety and society's trust in medicine. An analysis of cases tried by the Regional Medical Council of Minas Gerais between 2012 and 2022 revealed that, of the 1,660 doctors tried, 29.8% were accused of violations of Article 1 of the Code of Medical Ethics, and 53.3% of these cases resulted in convictions. Negligence was the most common violation, at 61.8%. There was a significant association between the variables age ($p=0.009$), type of complainant ($p<0.001$), type of healthcare institution ($p<0.001$), and penalty ($p<0.001$) and violation of Article 1 of the Code of Medical Ethics; as well as between type of healthcare institution ($p=0.002$) and penalty ($p=0.018$) and the most violated sub-items of Article 1, negligence and recklessness. In conclusion, it is essential to strengthen ethics in medical care through continuing education and institutional policies that promote responsibility and respect for human dignity.

Keywords: Malpractice. Imprudence. Codes of ethics. Ethics, medical.

O erro médico, conforme estabelece o Código de Ética Médica (CEM), consiste em ação ou omissão capaz de causar dano ao paciente e classifica-se nas modalidades imperícia, imprudência ou negligência, sempre sob a égide da responsabilidade pessoal do profissional¹. Nessa perspectiva, Correia-Lima² o define como conduta – omissiva ou comissiva – atípica, irregular ou inadequada, praticada em detrimento do paciente durante o exercício da atividade médica, distinguindo-se das hipóteses dolosas. Ainda assim, a jurisprudência pátria tem reconhecido situações em que o erro médico decorre de condutas dolosas, notadamente quando a pessoa atua de forma consciente e deliberada em desacordo com os deveres ético-profissionais, ou seja, tem-se ampliado o campo interpretativo da responsabilidade civil e penal no âmbito médico².

Segundo o mesmo autor, não há juridicamente erro médico sem a ocorrência de dano ou agravo à saúde do paciente, sendo o dano elemento essencial e pressuposto indispensável à configuração da responsabilidade. A ausência de dano descaracteriza o erro, inviabilizando o dever de reparação e afastando a incidência da responsabilidade civil. Assim, se é possível admitir responsabilidade sem culpa *lato sensu*, não se pode conceber responsabilidade sem dano².

De acordo com França³, a falha profissional pode apresentar-se sob duas formas principais: erro de diagnóstico e erro de conduta. O primeiro, quando não resultante de omissão evidente, não se caracteriza, em regra, como culpa, desde que o médico tenha observado os preceitos científicos e técnicos adequados³. Já o erro de conduta demanda apreciação mais rigorosa, especialmente diante das controvérsias que envolvem a escolha e a eficácia dos métodos, técnicas e protocolos aplicados à terapêutica³.

Sob outra perspectiva, Mariani⁴ enfatiza que a responsabilidade médica é de meio, e não de fim, de modo que o profissional se obriga a empregar todos os recursos técnicos e científicos disponíveis, com zelo e diligência, sem que isso importe em garantia do resultado almejado. Essa concepção reforça a ideia de que o julgamento da conduta médica deve considerar o processo e a prudência empregados, e não apenas as consequências do ato profissional⁴.

Dadas essas concepções, torna-se pertinente aprofundar a análise das modalidades de culpa

médica que configuram o erro profissional, notadamente imperícia, imprudência e negligência. Essas categorias, embora distintas em sua natureza, convergem na violação do dever de cuidado que deve nortear o exercício da medicina². A compreensão acurada de cada uma delas é essencial não apenas para a delimitação da responsabilidade civil e ética do médico, mas também para o exame das implicações bioéticas que emergem da relação entre profissional e paciente². Nesse sentido, o estudo das manifestações da culpa médica permite articular o campo normativo da responsabilidade com os princípios da bioética e os fundamentos jurídicos que sustentam o dever de agir com diligência, perícia e prudência².

No tocante às formas concretas de expressão dessa culpa, destaca-se, inicialmente, a negligência médica, compreendida como a postura que permite a ocorrência de danos ao paciente, caracterizada por indolência, inércia e passividade do profissional responsável^{5,6}. Trata-se de conduta marcada pela omissão do dever de cuidado, em que o médico deixa de agir de modo diligente diante de situações que exigem atenção técnica e moral^{5,6}. Nessa perspectiva, ganha relevância a responsabilidade do profissional de saúde de não privar o paciente de oportunidades reais de tratamento ou recuperação, a qual encontra correspondência na teoria francesa da perda de uma chance, desenvolvida por Tunc⁷, Viney⁸ e Chabas⁹. Segundo essa concepção, o dano não se restringe a resultado adverso, mas envolve a frustração concreta de uma possibilidade legítima de cura ou de sobrevivência⁷⁻⁹. No contexto brasileiro, autores como Marinoni¹⁰, Martins-Costa¹¹ e Cavalieri Filho¹² demonstram que essa teoria passou a integrar o campo da responsabilidade civil médica de modo a reforçar o dever ético e jurídico de atuação diligente. Sob a ótica bioética, negligência constitui negação dos valores que orientam o exercício da medicina – integridade, dignidade humana, altruísmo, alteridade, dedicação e compromisso⁶ – e expressa a falha em prover cuidados necessários ao bem-estar do paciente⁵.

De modo complementar, imperícia e imprudência configuram outras manifestações da culpa médica, igualmente relevantes para a compreensão do erro profissional. Imperícia, segundo França³, corresponde à inobservância de normas técnicas em decorrência de despreparo prático, insuficiência de conhecimentos específicos ou incapacidade para o exercício adequado da profissão. O autor,

contudo, adverte que um médico legalmente habilitado não pode ser classificado como imperito, pois a habilitação profissional pressupõe o domínio das competências essenciais ao exercício da medicina³. Entretanto reconhece que todos os profissionais apresentam limitações e que aqueles que, cientes de seu despreparo, atuam de modo irresponsável em áreas para as quais não estão devidamente qualificados incorrem em imprudência³. Tal conduta, de caráter comissivo, revela-se ainda mais grave se decorrer de ação intencional e consciente³.

Imprudência médica, por sua vez, caracteriza-se pela ausência de cautela e precipitação em decisões clínicas, revelando-se em condutas marcadas por desconsideração e irreflexão³. Tal comportamento pode se manifestar no risco assumido ao realizar procedimentos sem respaldo científico ou sem observância dos protocolos de segurança, que evidencia desvio do padrão técnico e ético esperado⁵.

A relevância da análise dessas modalidades de culpa é reforçada por dados empíricos¹³. Em uma década, entre 2001 e 2011, o número de processos ético-profissionais (PEP) instaurados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) contra médicos por má prática, erro médico ou infrações ao CEM cresceu 302%, e o número de profissionais punidos aumentou 180%, superando o incremento de apenas 32% na população médica do estado de São Paulo¹³.

Embora diversos estudos apontem elevada incidência de processos éticos envolvendo danos ao paciente – especialmente os relacionados a negligência, imperícia e imprudência –, persiste uma lacuna significativa na literatura quanto à análise sistematizada dessas infrações no contexto da prática médica brasileira¹⁴⁻¹⁷, evidenciando a necessidade de investigações empíricas mais robustas que permitam compreender as dimensões bioéticas do problema.

Diante da relevância e da complexidade que permeiam tais infrações, este estudo analisa, sob a perspectiva da bioética, processos ético-profissionais julgados pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM/MG) entre 2012 e 2022 relativos a infrações de imperícia, imprudência e negligência, com o objetivo de compreender em que medida tais condutas violam os valores e princípios que orientam a prática médica e o dever de cuidado. Especificamente, pretende-se identificar

e discutir as implicações éticas e morais das condutas observadas, e avaliar o papel das instâncias deontológicas na promoção de uma cultura de responsabilidade e respeito aos direitos fundamentais do paciente.

A pertinência desta investigação torna-se ainda mais evidente quando se considera que o estado de Minas Gerais constitui o terceiro maior colégio médico da região Sudeste, com 70.835 profissionais, superado apenas por São Paulo (182.852) e Rio de Janeiro (74.107)¹⁸. Tal panorama confere ao estudo relevância adicional na medida em que este contribui para a compreensão das infrações éticas no exercício da medicina e para o preenchimento de uma lacuna substancial na literatura especializada.

Metodologia

Trata-se de estudo documental, transversal e retrospectivo, de caráter descritivo-analítico, com abordagem quantitativa (preponderante) e análise categorial dirigida aplicada ao julgamento de processos que envolvem o art. 1º do CEM. O delineamento retrospectivo decorreu do uso de registros administrativos passados (2012-2022); o recorte transversal indicou que todas as informações foram analisadas em um único momento, sem seguimento longitudinal.

O universo deste estudo abrangeu todos os 1.660 médicos julgados no âmbito do CRM/MG entre 1º de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2022, independentemente dos artigos do CEM envolvidos ou do desfecho processual.

A amostra, por sua vez, constituiu-se de médicos cujo julgamento tinha indícios de infração ao art. 1º do CEM, ou seja, enquadráveis nas modalidades de imperícia, imprudência e/ou negligência, infrações analisadas de forma isolada ou combinada. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, a amostra evidenciou 495 médicos que incorreram em situações envolvendo a aplicação do art. 1º.

Os dados utilizados foram secundários, provenientes do banco institucional do Setor de Processos Ético-Profissionais (PEP) do CRM/MG, previamente coletados e sistematizados pela equipe técnica do setor. O acesso deu-se mediante autorização formal da diretoria, após anonimização e filtragem prévia de informações sensíveis, pela equipe do CRM/MG,

conforme os critérios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei 13.709/2018)¹⁹. Assim, a amostra do estudo é composta exclusivamente de informações documentais e administrativas referentes a processos ético-profissionais concluídos até 31 de dezembro de 2022, relacionados a indícios de infração ao art. 1º, não tendo havido qualquer etapa de coleta primária ou contato direto com os profissionais julgados.

Foram incluídos todos os PEP concluídos no período 2012-2022 com denúncia envolvendo negligência, imprudência ou imperícia (individualmente ou combinadas), julgados em câmaras do CRM/MG (colegiados de 11 conselheiros) e com decisão disponível. Foram excluídos PEP incompletos (metadados/processuais essenciais ausentes) não concluídos até 31 de dezembro de 2022.

As variáveis de natureza sociodemográfica avaliadas foram: sexo (feminino ou masculino); idade do médico ao ser denunciado (≤ 30 ou 30-50 ou > 50 anos); tempo de exercício na medicina (≤ 10 ou 10-20 ou > 20 anos); especialidade (médicos que detinham título de especialista em alguma área à época dos fatos ou generalistas); natureza jurídica das escolas de graduação (privada ou pública); e unidade federativa (UF) da escola de graduação (Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo e outras).

As variáveis de caráter contextual-processual foram: tipo de denunciante (CRM/MG de ofício ou médico ou pacientes e familiares/pessoa jurídica); local da ocorrência (capital ou interior); natureza jurídica do local da ocorrência (privada ou pública); culpabilidade (não ou sim); penalidade (advertência confidencial: A; censura confidencial: B; censura pública: C; suspensão do exercício profissional por trinta dias: D; Cassação: E); e recurso ao Conselho Federal de Medicina (sim ou não e se manteve a penalidade ou ela foi abrandada ou agravada).

As variáveis normativas do CEM foram os tipos de infrações relacionadas ao art. 1º e suas combinações: negligência, imperícia e imprudência.

Foi feita análise descritiva de: frequências absolutas/relativas para variáveis categóricas, medidas de posição central e medidas de dispersão para contínuas, conforme distribuição.

Procedeu-se a uma análise minuciosa e exaustiva das interações entre as variáveis sociodemográficas e contextuais-processuais e a transgressão ao art. 1º do CEM, com o intuito de identificar

eventuais correlações estatísticas significativas. Em continuidade, procedeu-se ao cruzamento dessas variáveis com os subitens mais infringidos do referido artigo – a saber, “negligência” e “imprudência e negligência” e “imprudência” – visando à investigação das inter-relações e à exploração das nuances que pudessem emergir desse contexto. Esse procedimento foi empreendido com o propósito de aprofundar a compreensão sobre os fatores que poderiam influenciar a infração a tais preceitos éticos e realizar uma análise robusta e detalhada dos aspectos que envolveram a conduta médica à luz da ética profissional.

A associação entre as variáveis foi analisada com a aplicação do teste qui-quadrado de independência, com nível de significância de 5%, com o intuito de garantir a robustez e a validade estatística dos resultados²⁰⁻²³. Tal abordagem metodológica visou assegurar que as inferências extraídas dos dados fossem devidamente sustentadas por evidências estatísticas consistentes, reforçando a credibilidade das conclusões obtidas. Isso foi feito utilizando-se o *software* RStudio²⁴.

O delineamento retrospectivo documental é adequado para reconstruir padrões de conduta já julgados com base em evidência administrativa oficial; o recorte transversal atende ao objetivo de mapear e analisar o conjunto de casos do período. A combinação descritiva mais inferencial permite classificar as modalidades de culpa, correlacioná-las a atributos dos processos/profissionais e discutir suas implicações bioéticas – o que responde diretamente ao objetivo de examinar como tais condutas violaram os deveres do CEM e os princípios bioéticos.

Este projeto é vinculado a tese aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Porto.

Resultados

Dentre os 1.660 médicos submetidos a julgamento no estado de Minas Gerais, constatou-se que 495 (29,8%) incorreram em situações que envolveram a aplicação do art. 1º do CEM. Desses, 264 (53,3%) foram considerados culpados por transgressão efetiva ao referido dispositivo normativo. Dos médicos submetidos a julgamento pelo artigo, 20% eram mulheres e 80% homens, com média de idade de 46,3 anos, variando entre 24 e 77 anos. A maioria

das denúncias envolveu médicos de 30 a 50 anos, com 45%, seguidos por 41% com mais de 50 anos e 19% com menos de 30 anos.

Em termos de experiência, a média de tempo de formação foi de 19,8 anos. As denúncias estavam mais associadas a médicos com mais de 20 anos de formado (47%), seguidos por aqueles com menos de 10 anos (31%) e entre 10 e 20 anos (12%). Observou-se prevalência de médicos sem especialidade registrada (38%), seguidos por ginecologistas/obstetras (17%), cirurgiões gerais (12%) e médicos do trabalho (9%). Em relação à formação, 51% graduaram-se em instituições públicas e 72% no estado de Minas Gerais.

As denúncias foram majoritariamente iniciadas por pacientes e familiares/pessoa jurídica (52%), seguidas por denúncias de ofício (44%) e de médicos (4%). A maioria das infrações ocorreu no interior de Minas Gerais (77%), e as instituições públicas foram responsáveis por mais denúncias que as privadas (75%).

Quanto às infrações do art. 1º, negligência foi a mais capitulada (61,8%) do total de processos, entretanto sua comprovação se deu em apenas 49,2% das vezes. As infrações caracterizadas como “imprudência”, “negligência e imperícia” e “imperícia e imprudência” tiveram taxas de confirmação de 71,4%, 72,7% e 75% respectivamente. Já imperícia teve confirmação de infração em apenas 20% dos casos.

Com relação à decisão do CRM/MG, negligência e imperícia apresentaram maior taxa de absolvição do que de condenação, 50,8% e 80%, respectivamente, enquanto todas as outras infrações relacionadas ao art. 1º apresentaram maiores taxas de condenação do que de absolvição, sendo as maiores taxas de condenação por “negligência e

imperícia” e “imprudência”, com 72,7% e 71,4%. No que tange aos tipos de condenação, negligência (18%), imprudência (42,9%) e “negligência e imprudência” (25,6%) apresentaram o maior número de casos punidos sob censura pública. Negligência foi a infração que mais resultou em cassação, totalizando 0,9% das ocorrências.

No que concerne aos recursos interpostos no CFM, negligência apresentou taxa de 62,7% de não interposição de recurso, semelhante à maior parte das infrações do art. 1º e suas associações. Por outro lado, as infrações associadas, “imperícia e imprudência” e “negligência, imperícia e imprudência”, registraram taxas maiores de solicitação de recurso, com 62,5% e 80%, respectivamente.

No que concerne ao desfecho dos recursos interpostos no CFM, no tocante a negligência, em 66% dos casos a decisão proferida pelo CRM/MG foi mantida, semelhante ao que ocorre com a maioria das outras infrações relacionadas ao art. 1º e suas respectivas associações. Por outro lado, as infrações relacionadas a “imperícia e imprudência” e “negligência e imperícia” revelaram padrão distinto, com o CFM optando por atenuar a penalidade em 75% e 100% dos casos, respectivamente. Adicionalmente, a única infração cuja pena foi agravada foi negligência, com incidência de 6,4%.

No que concerne à associação de variáveis, observou-se associação significativa entre as variáveis faixa etária ($p=0,009$), tipo de denunciante ($p<0,001$), natureza jurídica do local da infração ($p<0,001$), penalidade ($p<0,001$) e infração ao art. 1º do Código de Ética Médica (Tabela 1).

Também foi observada associação significativa entre as variáveis natureza jurídica do local da infração ($p=0,002$) e penalidade ($p=0,018$) com os subitens mais infringidos do art. 1º (Tabela 2).

Tabela 1. Associação entre as variáveis sociodemográficas e contextuais-processuais e infração ao art. 1º

Variável	Categoria	Infração ao art. 1º			Valor p
		Não	Sim	Total	
Sexo	Feminino	110 (20,6%)	44 (16,7%)	154 (19,3%)	0,219
	Masculino	424 (79,4%)	220 (83,3%)	644 (80,7%)	
Faixa etária	≤30	36 (6,7%)	30 (11,4%)	66 (8,3%)	0,009
	(30-50)	280 (52,4%)	112 (42,4%)	392 (49,1%)	
	>50	218 (40,8%)	122 (46,2%)	340 (42,6%)	

continua...

Tabela 1. Continuação

Variável	Categoria	Infração ao art. 1º			Valor p
		Não	Sim	Total	
Tempo de exercício na medicina	≤10	139 (26,0%)	71 (26,9%)	210 (26,3%)	0,868
	(10-20)	122 (22,8%)	56 (21,2%)	178 (22,3%)	
	>20	273 (51,1%)	137 (51,9%)	410 (51,4%)	
Natureza jurídica da graduação	Privada	238 (44,6%)	128 (48,5%)	366 (45,9%)	0,332
	Pública	296 (55,4%)	136 (51,5%)	432 (54,1%)	
Estado da graduação	MG	388 (72,7%)	182 (68,9%)	570 (71,4%)	0,332
	RJ	80 (15,0%)	42 (15,9%)	122 (15,3%)	
	ES	20 (3,7%)	18 (6,8%)	38 (4,8%)	
	Outros	46 (8,6%)	22 (8,3%)	68 (8,5%)	
Especialidade	Especialista	308 (57,7%)	149 (56,4%)	457 (57,3%)	0,797
	Generalista	226 (42,3%)	115 (43,6%)	341 (42,7%)	
Tipo de denunciante	CRM-MG de ofício	313 (58,6%)	124 (47,0%)	437 (54,8%)	<0,001
	Médico	89 (16,7%)	8 (3,0%)	97 (12,2%)	
	Pacientes e familiares/pessoa jurídica	132 (24,7%)	132 (50,0%)	264 (33,1%)	
Natureza jurídica do local da infração	Privada	295 (55,2%)	70 (26,5%)	365 (45,7%)	<0,001
	Pública	239 (44,8%)	194 (73,5%)	433 (54,3%)	
Local da infração	Capital	127 (23,8%)	48 (18,2%)	175 (21,9%)	0,087
	Interior	407 (76,2%)	216 (81,8%)	623 (78,1%)	
Penalidade	A e B	369 (69,1%)	146 (55,3%)	515 (64,5%)	<0,001
	C	140 (26,2%)	107 (40,5%)	247 (31,0%)	
	D e E	25 (4,7%)	11 (4,2%)	36 (4,5%)	

Tabela 2. Associação entre as variáveis sociodemográficas e contextuais-processuais e os subitens mais infringidos do art. 1º

Variável	Categoria	Imprudência	Negligência	Negligência e imprudência	Outros	Total	Valor p
Sexo	Feminino	5 (14,7%)	30 (19,5%)	7 (11,5%)	2 (13,3%)	44 (16,7%)	0,517
	Masculino	29 (85,3%)	124 (80,5%)	54 (88,5%)	13 (86,7%)	220 (83,3%)	
Faixa etária	≤30	0 (0,0%)	19 (12,3%)	9 (14,8%)	2 (13,3%)	30 (11,4%)	0,106
	(30-50)	21 (61,8%)	58 (37,7%)	25 (41,0%)	8 (53,3%)	112 (42,4%)	
	>50	13 (38,2%)	77 (50,0%)	27 (44,3%)	5 (33,3%)	122 (46,2%)	
Tempo de exercício na medicina	≤10	11 (32,4%)	35 (22,7%)	18 (29,5%)	7 (46,7%)	71 (26,9%)	0,431
	(10-20)	8 (23,5%)	32 (20,8%)	13 (21,3%)	3 (20,0%)	56 (21,2%)	
	>20	15 (44,1%)	87 (56,5%)	30 (49,2%)	5 (33,3%)	137 (51,9%)	

continua...

Tabela 2. Continuação

Variável	Categoria	Imprudência	Negligência	Negligência e imprudência	Outros	Total	Valor p
Natureza jurídica da graduação	Privada	14 (41,2%)	79 (51,3%)	27 (44,3%)	8 (53,3%)	128 (48,5%)	0,616
	Pública	20 (58,8%)	75 (48,7%)	34 (55,7%)	7 (46,7%)	136 (51,5%)	
Estado da Graduação	MG	24 (70,6%)	100 (64,9%)	47 (77,0%)	11 (73,3%)	182 (68,9%)	0,812
	RJ	5 (14,7%)	27 (17,5%)	7 (11,5%)	3 (20,0%)	42 (15,9%)	
	ES	3 (8,8%)	11 (7,1%)	3 (4,9%)	1 (6,7%)	18 (6,8%)	
Especialidade	Outros	2 (5,9%)	16 (10,4%)	4 (6,6%)	0 (0,0%)	22 (8,3%)	0,789
	Especialista	19 (55,9%)	86 (55,8%)	37 (60,7%)	7 (46,7%)	149 (56,4%)	
Tipo de denunciante	Generalista	15 (44,1%)	68 (44,2%)	24 (39,3%)	8 (53,3%)	115 (43,6%)	0,105
	CRM-MG de ofício	14 (41,2%)	74 (48,1%)	31 (50,8%)	5 (33,3%)	124 (47,0%)	
	Médico	1 (2,9%)	2 (1,3%)	5 (8,2%)	0 (0,0%)	8 (3,0%)	
Natureza jurídica do local da infração	Pacientes e familiares/ Pessoa jurídica	19 (55,9%)	78 (50,6%)	25 (41,0%)	10 (66,7%)	132 (50,0%)	0,002
	Privada	15 (44,1%)	30 (19,5%)	17 (27,9%)	8 (53,3%)	70 (26,5%)	
Local da infração	Pública	19 (55,9%)	124 (80,5%)	44 (72,1%)	7 (46,7%)	194 (73,5%)	0,504
	Capital	7 (20,6%)	31 (20,1%)	9 (14,8%)	1 (6,7%)	48 (18,2%)	
Penalidade	Interior	27 (79,4%)	123 (79,9%)	52 (85,2%)	14 (93,3%)	216 (81,8%)	0,018
	A e B	11 (32,4%)	93 (60,4%)	32 (52,5%)	10 (66,7%)	146 (55,3%)	
	C	21 (61,8%)	55 (35,7%)	28 (45,9%)	3 (20,0%)	107 (40,5%)	
	D e E	2 (5,9%)	6 (3,9%)	1 (1,6%)	2 (13,3%)	11 (4,2%)	

Discussão

No período entre 2012 e 2022, 1.660 médicos de Minas Gerais foram submetidos a julgamento. Este valor representa 2,7% do total de médicos do estado em 2022²⁵. Desses 1.660, 29,8% (495) estiveram envolvidos em casos relacionados ao art. 1º do CEM, e 53,3% (264) desses casos resultaram em condenações, o que equivaleria a 0,8% e 0,4% do total de médicos do estado em 2022, respectivamente²⁵. A maioria dos médicos era composta por homens (80%); apesar dos dados da demografia médica no Brasil mostrarem que há maioria de médicos do sexo masculino, até 2024 a proporção de diferença entre os sexos era bem menor do que a observada neste estudo, com valores quase equiparando os dois sexos¹⁸. A idade média encontrada nos processos referentes ao art. 1º foi de 46,3 anos, com a maior parte das denúncias envolvendo médicos de 30

a 50 anos, com 47% tendo mais de 20 anos de experiência. Esse achado contrasta com o rejuvenescimento observado na demografia médica mineira e brasileira, em que cresce o número de profissionais com menos de 40 anos²⁵.

As denúncias, em sua maioria, foram iniciadas por pacientes e familiares (52%) e ocorreram principalmente em instituições públicas no interior de Minas Gerais (77%). A negligência foi a infração mais capitulada (61,8%) e teve taxa de confirmação de ocorrência em 49,2%. No CRM/MG, negligência e imperícia tiveram maior taxa de absolvição (50,8% e 80%), enquanto as demais infrações ao art. 1º tiveram mais condenações. Quanto aos recursos no CFM, a decisão do CRM/MG foi mantida em 66% dos casos de negligência, dado semelhante ao observado em relação à maioria das infrações ao art. 1º e suas respectivas associações. A pesquisa identificou associações entre fatores sociodemográficos (faixa etária)

e contextuais-processuais (tipo de denunciante, natureza jurídica do local da infração e penalidade) e infrações ao art. 1º do CEM; e entre os subitens do artigo, a natureza jurídica do local da infração e a penalidade.

As características demográficas dos médicos submetidos a julgamento, especialmente a predominância masculina, corroboram os achados de investigações anteriores^{5,6,17}. Tal assimetria, entretanto, parece refletir antes uma configuração histórica da inserção profissional na medicina do que diferenças inerentes de conduta entre os gêneros²⁶. Com efeito, dados da *Demografia médica no Brasil 2023*²⁵ indicam que, entre 2012 e 2022, persistiu a maior proporção de médicos do sexo masculino, ainda que se observe crescimento contínuo da participação feminina, que passou de 42,4% em 2012 para 48,6% em 2022, numa aproximação gradual de uma distribuição mais equitativa entre os sexos. Considerando-se a faixa etária dos profissionais apenados e o caráter paulatino da feminização da medicina, é plausível compreender essa disparidade como expressão de um legado estrutural, mais do que de uma desigualdade comportamental²⁶. Todavia, impõe-se análise mais aprofundada e interdisciplinar, capaz de apreender as nuances socioculturais e institucionais que moldam as relações de gênero no campo médico contemporâneo, e que evite interpretações simplificadoras que reduzam fenômenos complexos a meras estatísticas demográficas.

A análise etária dos profissionais sancionados evidenciou grande predominância da faixa de 30 a 50 anos (45%), com média de 46,3 anos, resultado consonante com achados anteriores que indicaram maior incidência de infrações entre médicos de 31 a 50 anos (65,8%)⁶. Conforme já dito, tal padrão etário contrasta com o rejuvenescimento observado na demografia médica contemporânea, tanto em Minas Gerais quanto no Brasil, marcado pela ampliação do contingente de profissionais com menos de 40 anos²⁵. Estudos prévios também registraram médias semelhantes, como 44 anos, com variação entre 24 e 71 anos⁵, e intervalo predominante entre 40 e 65 anos¹⁷, o que confirma a persistência desse perfil etário entre os médicos envolvidos em processos ético-disciplinares.

No que se refere ao tempo de formação, 40,7% dos médicos infratores tinham mais de 20 anos de experiência profissional, achado que diverge de

outro estudo, no qual a maior parte dos sancionados apresentava entre 11 e 20 anos de atuação⁶. De acordo com análises do CFM, a maior incidência de infrações entre profissionais mais experientes pode estar associada ao desgaste psicossocial decorrente de jornadas intensas e múltiplos vínculos laborais destes profissionais, frequentemente associados a deterioração emocional e a menor adesão a processos de atualização técnico-ética e comunicacional²⁷. Esses fatores conjugados deliniam um contexto em que a experiência acumulada, embora valiosa, pode paradoxalmente expor o profissional a maior vulnerabilidade ética na prática médica²⁷.

Autores como Klein²⁸ e Groopman²⁹ demonstram que a experiência prolongada, embora amplie a segurança técnica, favorece o desenvolvimento de automatismos cognitivos e excesso de confiança, que podem reduzir a vigilância crítica e a capacidade reflexiva diante de situações complexas. De modo semelhante, Reason³⁰ argumenta que o acúmulo de experiência não imuniza o profissional contra o erro, mas, ao contrário, pode fortalecer padrões mentais rígidos que conduzem a negligência ou imprudência, especialmente em contextos de sobrecarga.

Dos infratores, 51% graduaram-se em instituições públicas, percentual que supera significativamente a proporção de vagas públicas em Minas Gerais (27,9%)²⁵. Esse resultado deve ser interpretado à luz da história da formação médica no estado e no país, uma vez que as universidades públicas foram responsáveis, por décadas, pela formação da maioria dos médicos em atividade^{29,31}. Essas instituições, mais antigas e consolidadas, contribuíram para a qualificação das gerações que hoje compõem o grupo de profissionais com maior tempo de carreira – justamente aquele mais frequentemente envolvido em processos ético-disciplinares, nesta análise.

No que tange à formação especializada, 38% dos médicos infratores não tinham especialização formal, seguidos por 17% de ginecologistas e obstetras, 12% de cirurgiões gerais e 9% de médicos do trabalho. Ressalta-se ainda que esses resultados, encontrados nesta pesquisa, estão em consonância com estudos prévios, que identificaram proporção significativa de médicos sem especialização (27%), seguidos de ginecologistas e obstetras (24,8%) e cirurgiões gerais (9,4%)⁵. Outro estudo

indicou que 28,9% dos infratores eram especialistas em clínica médica, 23% em ginecologia e obstetrícia e 11,7% em cirurgia geral⁶, enquanto um terceiro estudo destacou a ortopedia e traumatologia e a cirurgia geral como as especialidades mais comumente envolvidas em infrações¹⁷.

Considerando que, em 2022, Minas Gerais concentrava 63,4% de médicos com título de especialista, esse perfil adquire maior expressividade quando cotejado com a estrutura de distribuição das especialidades no estado²⁵. Por exemplo, ginecologistas e obstetras, embora representassem apenas 10,3% do total de especialistas mineiros em 2022²⁵, corresponderam a 17% dos profissionais sancionados, o que sugere sobre-representação possivelmente relacionada à natureza íntima e sensível dessa área de atuação, marcada por situações de vulnerabilidade, consentimento e decisões reprodutivas.

De modo semelhante, médicos do trabalho – responsáveis por 7,1% dos especialistas em Minas Gerais em 2022²⁵ e por 9% das infrações – enfrentam dilemas éticos próprios de sua função, que exige constante mediação entre os interesses do paciente e do empregador. Cirurgiões gerais, por sua vez, mesmo não figurando entre as especialidades mais prevalentes no estado em 2022²⁵, destacaram-se entre os infratores, o que reforça a hipótese de que especialidades de natureza intervencionista, em que há elevado risco técnico e decisões de alta complexidade, configuram terreno mais propício a conflitos éticos e a infrações disciplinares⁵.

Ademais, o percentual expressivo de médicos sem especialização formal (38%) suscita preocupação, visto que 36,6% dos médicos mineiros em 2022 eram generalistas, de acordo com dados da demografia médica 2023²⁵. Esse dado sugere que a ausência de formação especializada amplia a exposição a contextos de decisão clínica crítica, sobretudo em cenários de menor suporte técnico ou institucional.

Outro aspecto relevante é a distribuição geográfica das denúncias: 77% delas foram registradas no interior do estado, proporção superior à distribuição geral dos médicos mineiros em 2022, entre os quais 64,9% atuavam fora da capital²⁵. Esse padrão de concentração no interior encontra paralelo nos achados de Pereira Filho⁶, que identificou no estado de São Paulo desigualdade na

distribuição de médicos – 49% concentrados na capital, embora 73% da população residisse no interior – e destacou que essa má distribuição poderia ser um dos fatores que contribuem para a maior vulnerabilidade da ocorrência de erro médico nas regiões interioranas. Segundo o autor, a precariedade de infraestrutura, a escassez de recursos assistenciais e a distância para os grandes centros de referência configuram condições que fragilizam a prática médica e ampliam o risco de erros e infrações éticas no interior⁶.

Por fim, no que concerne à natureza jurídica do local de infração, verificou-se que 75% dos casos foram registrados em estabelecimentos públicos. Esse resultado está alinhado com estudo que identificou percentual semelhante (80,1%) de infrações em instituições públicas⁵, embora outro estudo tenha apontado predominância de ocorrências no setor privado (66,2%)⁶. A maior incidência de infrações em unidades públicas pode ser interpretada com base em determinantes estruturais e organizacionais que caracterizam o sistema público de saúde brasileiro, já que as unidades públicas concentram a maior parte dos atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³² e o Ministério da Saúde³³, é responsável por prover assistência a cerca de 75% da população brasileira – especialmente em áreas de média e alta complexidade. Além disso, médicos que atuam em serviços públicos enfrentam uma realidade marcada por sobrecarga laboral, escassez de recursos e crescente demanda assistencial, condições que impõem intenso desgaste físico e emocional e ampliam a probabilidade de falhas éticas e técnicas^{25,29,31}.

Em ambientes onde faltam insumos, estrutura de apoio e oportunidades adequadas de atualização, a implementação de protocolos de segurança torna-se limitada, e a ocorrência de erros tende a aumentar, muitas vezes sem intenção deliberada de negligência⁵. Essa realidade não é exclusiva do contexto brasileiro, sendo descrita também em sistemas de saúde subfinanciados, nos quais o estresse ocupacional e o esgotamento profissional estão diretamente associados à incidência de erros e à perda da qualidade assistencial³⁴. Assim, as infrações éticas cometidas em ambientes públicos devem ser compreendidas à luz da complexidade estrutural e organizacional que caracteriza o

SUS, as quais mostram a necessidade de políticas voltadas à melhoria das condições de trabalho e ao fortalecimento da infraestrutura desses serviços assistenciais.

O fato de negligência ter sido a infração mais comum corrobora os resultados de pesquisa anterior, segundo a qual 67,3% das infrações estavam associadas a negligência⁵. De maneira semelhante, um segundo autor, Pereira Filho⁶, ao analisar o mesmo artigo, observou distribuição aproximada, com 54% das infrações atribuídas a negligência. Esses dados revelam a persistente prevalência de negligência como infração ética relevante, assim como a necessidade de maior foco na diligência profissional e na vigilância contínua da conduta médica, a fim de mitigar danos ao paciente e fortalecer a responsabilidade no exercício da medicina.

As infrações de imprudência, “negligência e imperícia” e “imperícia e imprudência” apresentaram taxas consideráveis de comprovação da ocorrência e taxas de absolvição relativamente baixas, o que poderia sugerir que essas infrações tenham envolvido condutas mais facilmente identificáveis e sustentadas por evidências objetivas, que tornaram menos provável a absolvição. Por outro lado, a escassa confirmação de infração no caso da imperícia poderia estar relacionada à complexidade em se estabelecer de maneira clara e inequívoca a falta de competência técnica necessária para o exercício adequado da prática médica, dado o caráter especializado e diversificado da medicina.

Negligência e imperícia, quando analisadas de forma isolada, apresentaram associação mais frequente com absolvição, o que provavelmente se deve à complexidade e à dificuldade de comprovação de culpabilidade, dada a natureza subjetiva desses conceitos, os quais, quando sujeitos a uma interpretação individual, poderiam se tornar passíveis de distintas avaliações, o que pode ter dificultado a construção de provas conclusivas e, conseqüentemente, a definição inequívoca da responsabilidade do réu. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Bitencourt e colaboradores⁵. Em contraste, “negligência e imperícia” e imprudência tiveram taxa de condenação substancialmente mais alta, o que poderia estar relacionado à gravidade dessas infrações quando associadas. A pesquisa de Bitencourt e colaboradores⁵ também encontrou dados semelhantes com relação a imprudência, e os autores destacaram

que a maior frequência de condenações de médicos denunciados por imprudência se deve à fácil comprovação desta conduta profissional inadequada nos autos de um processo ético-profissional.

O fato de negligência, imprudência e a combinação “negligência e imprudência” terem apresentado maior número de casos punidos sob a alínea de censura pública poderia ser atribuído à gravidade dessas condutas inadequadas, o que fez com que, quando comprovadas, o colegiado optasse por penalidade pública. A cassação, medida mais drástica, foi predominantemente aplicada a negligência, o que poderia sugerir que em casos mais graves dessa conduta inadequada, quando comprovada, a medida extrema tivesse sido mais frequentemente considerada necessária.

A pouca incidência de interposições de recursos nos casos de negligência, imperícia e imprudência poderia sugerir que a decisão do órgão competente foi considerada adequada pela maioria das partes. Entretanto, infrações relacionadas às associações “imperícia e imprudência” e “negligência, imperícia e imprudência” destoaram das anteriores por apresentarem maior frequência de solicitação de recurso, o que poderia indicar maior controvérsia ou insatisfação com as decisões tomadas. Isso poderia sugerir que a complexidade das infrações afeta a propensão das partes em contestar as sanções aplicadas, uma vez que as repercussões jurídicas dessas sanções acabam sendo de grande relevância.

A análise dos resultados dos recursos interpostos ao CFM revelou tendências distintas, variando conforme a natureza da infração. No que tange a negligência, bem como às outras infrações relacionadas ao art. 1º e a suas respectivas associações, a maioria das decisões proferidas pelo CRM/MG foi mantida, o que sugere que, em muitos casos, o CFM considerou adequadamente a infração. Em contrapartida, infrações caracterizadas por “imperícia e imprudência” e “negligência e imperícia” apresentaram tendência à atenuação da penalidade por parte do CFM, o que poderia estar relacionado a características específicas desses casos. Já o agravamento da sanção, observado em determinados casos de negligência, aponta para possível revisão deles, provavelmente em decorrência do acréscimo de novas evidências que justificaram a imposição de penalização mais severa. É importante ressaltar, contudo, que, neste estudo,

os casos não foram avaliados de maneira individual, e as conclusões apresentadas se fundamentam exclusivamente nos dados estatísticos. Frisa-se que cada julgamento tem características únicas, assim como as decisões do colegiado, que variam conforme as particularidades da situação.

Inicialmente, a análise foi realizada com base em dados descritivos individuais, sem busca por correlações entre as variáveis, o que possibilitou uma visão preliminar das informações de forma isolada. Esse levantamento inicial permitiu identificar as características gerais dos médicos denunciados e dos processos ético-profissionais relacionados ao art. 1º do CEM, sem, entretanto, aprofundar nas interconexões entre os diversos fatores envolvidos. A partir desse ponto, avançou-se para uma fase mais complexa e detalhada da pesquisa, na qual se procurou examinar as relações estatísticas entre as variáveis. Este novo estágio analítico permitiu a detecção de padrões e interações que, quando analisados de forma criteriosa, podem oferecer uma compreensão mais abrangente e esclarecedora dos elementos que influenciaram os processos ético-profissionais.

Com a nova abordagem, foi possível identificar associação entre o art. 1º do CEM e as variáveis sociodemográficas (faixa etária) e contextuais-processuais (tipo de denunciante, natureza jurídica do local da infração e penalidade). Verificou-se maior propensão a infração do art. 1º entre médicos com idade inferior a 30 anos e superior a 50 anos, que poderia refletir diferentes desafios enfrentados por esses grupos. Profissionais mais jovens, ainda em fase inicial de carreira, acabaram apresentando menor experiência prática e menor maturidade ética, o que os tornou mais suscetíveis a condutas caracterizadas por negligência, imperícia e imprudência. A inexperiência poderia comprometer a tomada de decisões clínicas adequadas, especialmente em situações de alta complexidade e pressão. Já médicos mais experientes, com mais de 50 anos, poderiam estar sujeitos à cristalização de hábitos profissionais que, por vezes, destoaram das atualizações éticas e melhores práticas e por isso acabaram apresentando propensão a incorrer em infrações a esse dispositivo normativo em comparação aos demais artigos²⁸⁻³⁰. Um autor que realizou análise semelhante não encontrou associação estatística entre essas variáveis³⁵.

Observou-se predominância de denúncias feitas por pacientes ou familiares e entidades jurídicas relativas a infrações ao art. 1º, o que sugere que casos envolvendo imperícia, imprudência ou negligência atraem maior atenção desses sujeitos, devido à gravidade dos impactos diretos na qualidade da assistência médica. Esse padrão poderia indicar um nível mais elevado de vigilância social sobre comportamentos que comprometem a segurança do paciente.

Houve menor participação das instituições privadas nas infrações ao art. 1º em comparação às demais infrações éticas, o que poderia estar associado a diferenças nos modelos de governança e regulação entre os setores público e privado, resultado semelhante ao obtido em outra pesquisa sobre o tema⁵. O setor privado, frequentemente mais regulamentado e sujeito a maior fiscalização interna, poderia contar com protocolos mais rígidos para mitigar riscos de erro médico. Já o setor público, caracterizado por sobrecarga assistencial e recursos limitados, poderia propiciar um ambiente mais propenso a falhas na prestação de cuidados^{29,31}.

Encontrou-se predominância da penalidade da alínea “c” nas infrações ao art. 1º, o que poderia indicar padrão mais severo de sanções devido ao dano direto ao paciente pela intencionalidade direta ou indireta de condutas relacionadas a negligência, imperícia ou imprudência. Isso poderia reforçar a gravidade atribuída às infrações desse artigo e, paralelamente, a necessidade de proteger a integridade e segurança dos pacientes no exercício da medicina. Análise semelhante não encontrou associação estatística entre essas variáveis³⁵. Esta análise também não encontrou associação estatística entre o art. 1º e o sexo, a presença ou não de especialidade e o tempo de formação³⁵, de forma semelhante à da atual pesquisa.

Ainda nesse contexto, foi de suma importância direcionar a análise para novas variáveis que se revelaram pertinentes à compreensão dos processos ético-profissionais. Tais variáveis abrangeram os subitens do art. 1º mais infringidos (“imprudência”, “negligência” e “imprudência e negligência”) e os fatores sociodemográficos e contextuais-processuais, e foi verificada associação dos subitens com a natureza jurídica do local de infração e com penalidade.

Os resultados indicaram conexão entre o ambiente institucional e o tipo de infração

cometida em relação ao art. 1º do CEM. A elevada frequência de casos de negligência em instituições públicas poderia estar relacionada às condições estruturais frequentemente desfavoráveis nesse setor, como sobrecarga de trabalho, falta de recursos e alta demanda por atendimento^{29,31}, as quais poderiam prejudicar a atenção adequada ao paciente e aumentar a probabilidade de falhas na conduta profissional.

Verificou-se menor proporção de punições por imprudência nas alíneas “a” e “b” se comparadas às demais infrações relacionadas ao art. 1º, o que sugere que imprudência estaria relacionada a condutas mais graves e, portanto, demandaria sanções mais severas, já que se caracteriza por ações impulsivas sem a devida cautela, o que poderia justificar a aplicação de penalidades mais rigorosas quando comparadas a negligência, que, muitas vezes, decorre de uma omissão que nem sempre é voluntária.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus resultados. A escassez de literatura científica nacional voltada à análise de processos ético-profissionais de médicos brasileiros, especialmente aqueles relacionados a imperícia, imprudência e negligência, constituiu um desafio para a adequada contextualização dos achados e para a realização de comparações consistentes com pesquisas anteriores. Ademais, a restrição de acesso a informações mais detalhadas sobre os processos analisados limitou a exploração das circunstâncias que culminaram nas infrações ao art. 1º do CEM.

Outra limitação refere-se à impossibilidade de obter o universo completo de profissionais médicos atuantes em Minas Gerais ao longo de todo o período de 2012 a 2022, o que levou à adoção, como parâmetro comparativo, dos dados demográficos disponíveis para o ano de 2022²⁵. Essa estratégia permitiu, ainda que parcialmente, situar os resultados do estudo em relação à estrutura e à distribuição da categoria médica no estado no último ano da série temporal considerada.

Tais limitações, embora relevantes, não comprometem a validade interna dos resultados obtidos, refletindo de maneira consistente as tendências observadas no conjunto analisado. Contudo, evidenciam a necessidade de novos estudos que aprofundem a investigação das dimensões éticas da prática médica no Brasil, os quais

poderiam favorecer análises comparativas entre regiões, períodos históricos e especialidades, e contribuir, assim, para o aprimoramento das políticas institucionais de regulação e formação ética na profissão médica.

Considerações finais

Analisando os dados de 1.660 médicos submetidos a julgamento, 495 (29,8%) incorreram em infrações ao art. 1º do CEM, dos quais 264 (53,3%) foram considerados culpados. Predominaram médicos do sexo masculino (80%), com idade média de 46,3 anos e 19,8 anos de formação. A maior parte das infrações envolveu médicos de 30 a 50 anos (45%) e com mais de 20 anos de experiência (47%). Dos denunciados, 38% não tinham especialidade registrada, e dos que a tinham a maior parte era ginecologista/obstetra (17%) e cirurgião geral (12%). As denúncias vieram principalmente de pacientes e familiares (52%) e ocorreram majoritariamente no interior de Minas Gerais (77%), com 75% das infrações sendo em instituições públicas.

Negligência foi a infração ao art. 1º mais frequentemente capitulada (61,8%), embora sua confirmação tenha ocorrido em apenas 49,2% dos casos. As associações “negligência e imperícia” e “imperícia e imprudência” apresentaram taxas de infração consideráveis de 72,7% e 75%, respectivamente, enquanto a infração por imperícia foi confirmada em apenas 20% dos casos. No que tange às decisões do CRM/MG, negligência e imperícia apresentaram maior taxa de absolvição do que de condenação, ao passo que todas as outras infrações relacionadas ao art. 1º apresentaram maiores taxas de condenação do que de absolvição, sendo as maiores taxas de condenação as relacionadas a “negligência e imperícia” e imprudência (72,7% e 71,4%, respectivamente). Censura pública foi a sanção mais comum, especialmente para negligência (18%), imprudência (42,9%) e a combinação “negligência e imprudência” (25,6%). Negligência foi a infração que mais resultou em cassação, totalizando 0,9% das ocorrências.

A maior parte dos casos de negligência não gerou recursos no CFM (62,7%). Por outro lado, infrações associadas, como as de “imperícia e imprudência” e “negligência, imperícia e

imprudência”, geraram taxas importantes de recursos, com 62,5% e 80%, respectivamente, o que demonstra que a complexidade das infrações afeta a propensão das partes em contestar as sanções aplicadas, uma vez que as repercussões jurídicas dessas sanções acabam sendo de grande relevância. Quanto a negligência, a decisão do CRM/MG foi mantida em 66% dos casos apesar de recursos. Em contraste, infrações relacionadas a “imperícia e imprudência” e “negligência e imperícia” foram frequentemente atenuadas pelo CFM, em 75% e 100% dos casos, respectivamente. A única infração cuja pena foi agravada foi negligência, com incidência de 6,4%.

A análise estatística das variáveis sociodemográficas e contextuais-processuais revelou associações importantes entre o art. 1º do CEM e fatores como faixa etária, tipo de denunciante, natureza jurídica do local da infração e penalidade. A propensão maior para infrações entre médicos com menos de 30 anos e mais de 50 anos pode refletir desafios específicos enfrentados por esses grupos. Médicos mais jovens podem apresentar menor experiência e maturidade ética, enquanto médicos mais experientes podem ter cristalizados hábitos profissionais desatualizados. Houve predominância de denúncias provenientes de pacientes e familiares, o que pode sugerir que infrações relacionadas a negligência, imperícia e imprudência geram maior vigilância social devido ao impacto direto na qualidade da assistência médica.

Infrações ao art. 1º ocorreram com maior frequência em instituições públicas (77%), possivelmente devido à sobrecarga de trabalho e recursos limitados, em comparação com o setor privado.

A predominância da alínea “c” nas infrações ao art. 1º sugere severidade nas sanções, devido à gravidade desta infração, ao produzir dano direto ao paciente.

Adicionalmente, novas variáveis foram exploradas, como os subitens mais infringidos do art. 1º, “imprudência”, “negligência” e “imprudência e negligência”. A associação entre essas infrações e a natureza jurídica do local da infração reforça a importância das condições estruturais das instituições de saúde na prevenção de erros éticos. A alta frequência de negligência em instituições públicas sugere que a sobrecarga e a falta de recursos são fatores que aumentam a vulnerabilidade a essas infrações nesses locais. Observou-se menor proporção de punições por imprudência nas alíneas “a” e “b”, em comparação às demais infrações relacionadas ao art. 1º, o que poderia sugerir que esse ato profissional inadequado está relacionado a condutas mais graves e, portanto, demanda sanções mais severas.

Do ponto de vista bioético, os resultados evidenciam que as infrações éticas analisadas não se limitam à violação de normas deontológicas, mas representam falhas na observância dos princípios bioéticos. Negligência, imprudência e imperícia emergem como expressões da tensão entre o ideal ético do cuidado e as condições concretas do exercício médico, sobretudo no SUS. O estudo revela a urgência de políticas que valorizem formação ética continuada, supervisão institucional e melhoria das condições laborais, com vista não apenas à punição dos desvios, mas à promoção de uma cultura de responsabilidade e respeito à dignidade humana no ato médico.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 179, 1 nov 2018 [acesso 30 out 2025]. Seção 1. Disponível: <https://tinyurl.com/43pzzdhw>
2. Correia-Lima FG. Erro médico e responsabilidade civil. Brasília: CFM; 2012.
3. França GV. Comentários ao Código de Ética Médica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
4. Mariani PC. A bioética na medicina de fim ou de meio na cirurgia plástica [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2021 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/46KG3WA>
5. 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 30 out 2025];31(2):223-8. DOI: 10.1590/S0100-55022007000300004


6. 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 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4tG7gTF>
7. Tunc A. La responsabilité civile: études doctrinales. Paris: Dalloz; 1961.
8. Viney G. Le dommage et sa réparation. Paris: LGDJ; 1982.
9. Chabas F. La perte d'une chance. Paris: LGDJ; 1994.
10. Marinoni LG. A responsabilidade civil pela perda de uma chance. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1998.
11. Martins-Costa J. A responsabilidade civil pela perda de uma chance: aspectos da teoria da causalidade e da função da responsabilidade civil. In: Martins-Costa J, organizadora. A reconstrução do direito privado: ensaios de direito civil contemporâneo. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2015. p. 253-78.
12. Cavalieri Filho S. Programa de responsabilidade civil. 15ª ed. São Paulo: Atlas; 2022.
13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cresce número de processos ético-profissionais contra médicos em 10 anos [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2012 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/3MsLKRO>
14. Falcão MSSA. A ética médica e suas infrações: um estudo sobre os processos ético-profissionais do estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1993.
15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Denúncias e processos relacionados ao exercício profissional da medicina no estado de São Paulo no período de 2000 a 2006. São Paulo: Cremesp; 2007.
16. 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 30 out 2025];12(2):27-30. Disponível: <https://bit.ly/4amjqtv>
17. Macri S, Goloni-Bertollo EM, Pavarino-Bertelli EC, Filho MA. Avaliação e características do erro médico na região de São José do Rio Preto. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2004 [acesso 30 out 2025];11(1):13-6. Disponível: <https://bit.ly/3MxQCF2>
18. Conselho Federal de Medicina. Observatório de demografia médica no Brasil [Internet]. Brasília: CFM; 2024 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4qJFPN>
19. Brasil. Presidência da República. 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 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/46SDIOG>
20. Fisher RA. Statistical methods for research workers. Edinburgh: Oliver and Boyd; 1925.
21. Yates F. Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. Suppl J R Stat Soc. 1934;1(2):217-35.
22. Siegel S, Castellan Jr NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
23. Zar JH. Biostatistical analysis. 5th ed. Upper Saddle River: Pearson Education; 2010.
24. RStudio Team. RStudio IDE Guide [Internet]. Middlesbrough: Posit; 2025 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://docs.posit.co/ide/user/>
25. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Miotto BA. Demografia médica no Brasil 2023. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2023.
26. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP; Cremesp; CFM; 2018 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/46HJCgh>
27. Carneiro MB, Gouveia VV. O médico e o seu trabalho: condições de vida e de trabalho dos médicos no Brasil [Internet]. Brasília: CFM; 2004 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4bSpzi9>
28. Klein JG. Five pitfalls in decisions about diagnosis and prescribing. BMJ [Internet]. 2005 [acesso 30 out 2025];330(7494):781-3. DOI: 10.1136/bmj.330.7494.781
29. Gropman J. How doctors think. Boston: Houghton Mifflin; 2007.

30. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* [Internet]. 2000 [acesso 30 out 2025];320(7237):768-70. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768
31. Machado MH, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, Vieira M, Santos MR *et al.* Perfil dos médicos e enfermeiros do Brasil: relatório final [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/3OJa8iy>
32. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2023: acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório anual de gestão 2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/46vTRUz>
34. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* [Internet]. 2018 [acesso 30 out 2025];283(6):516-29. DOI: 10.1111/joim.12752
35. Santos MFO. Análise dos processos éticos decorrentes de erros médicos na Paraíba de 1999 a 2009 [dissertação]. Camaragibe: UPE; 2011.

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 – Av. Tenente Virmondes, 268, Centro. 38400-110. Uberlândia/MG, Brasil.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram da concepção do estudo, elaboração da metodologia, coleta e análise de dados, redação do manuscrito, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo. Todos aprovaram a versão final do artigo e se responsabilizam integralmente pela integridade do conteúdo.

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

Editores responsáveis: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 22.4.2025

Revisado: 7.11.2025

Aprovado: 10.11.2025