

# Conselhos profissionais e a fiscalização da formação médica: fundamentos jurídicos e éticos

Eduardo Neubarth Trindade<sup>1,2</sup>, Tania Furlanetto<sup>1,2</sup>, Manoel Roberto Maciel Trindade<sup>1,2</sup>, Bernard Rodrigues Netto<sup>1</sup>, Juliano Lauer<sup>1</sup>, Márcia Vaz<sup>1,3</sup>

1. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil. 3. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil.

## Resumo

A expansão acelerada e desordenada dos cursos de medicina no Brasil tem gerado preocupações éticas e sociais sobre a qualidade da formação médica. Este artigo trata da atuação dos Conselhos Regionais de Medicina na fiscalização da formação médica, não como interferência na autonomia universitária, mas como exercício legítimo e necessário de sua missão institucional de proteção da sociedade pela fiscalização do ato médico privativo de ensinar disciplinas especificamente médicas. O método de pesquisa utilizado é a análise normativa. Fundamenta-se a análise na legislação brasileira, nos princípios da bioética e na teoria jurídica dos poderes implícitos. Também são analisadas as Resoluções do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul 7/2024 e 8/2025. Argumenta-se que a má formação profissional é uma forma de violência estrutural contra o paciente e compromete o próprio pacto ético da medicina.

**Palavras-chave:** Faculdades de medicina. Organização e administração. Bioética.

## Resumen

### Comités profesionales y supervisión de la formación médica: fundamentos jurídicos y éticos

La expansión acelerada y desordenada de los cursos de medicina en Brasil ha generado preocupaciones éticas y sociales sobre la calidad de la formación médica. Este artículo trata sobre la actuación de los consejos regionales de medicina en la supervisión de la formación médica, no como una interferencia en la autonomía universitaria, sino como un ejercicio legítimo y necesario de su misión institucional de proteger a la sociedad mediante la supervisión del acto médico exclusivo de enseñar disciplinas específicamente médicas. El método de investigación utilizado es el análisis normativo. El análisis se basa en la legislación brasileña, los principios de la bioética y la teoría jurídica de los poderes implícitos. También se analizan las Resoluciones del Consejo Regional de Medicina del Estado de Rio Grande do Sul 7/2024 y 8/2025. Se argumenta que la mala formación profesional es una forma de violencia estructural contra el paciente y compromete el propio pacto ético de la medicina.

**Palabras-clave:** Facultades de medicina. Organización y administración. Bioética.

## Abstract

### Professional councils and the oversight of medical training: legal and ethical foundations

The accelerated and disorderly expansion of medical courses in Brazil has raised ethical and social concerns about the quality of medical training. This article addresses the role of regional medical councils in overseeing medical training, not as interference in university autonomy, but as a legitimate and necessary exercise of their institutional mission to protect society by overseeing the exclusive medical act of teaching specifically medical disciplines. The research method used is normative analysis. The analysis is based on Brazilian legislation, the principles of bioethics, and the legal theory of implied powers. Resolutions 7/2024 and 8/2025 of the Regional Medical Council of the State of Rio Grande do Sul are also analyzed. It is argued that poor professional training is a form of structural violence against patients and compromises the very ethical pact of medicine.

**Keywords:** Schools, medical. Organization and administration. Bioethics.

Declararam não haver conflito de interesse.

Nos últimos anos, o Brasil assistiu à proliferação de cursos de medicina em municípios sem condições estruturais mínimas, impulsionada por interesses mercadológicos e políticas públicas mal calibradas. Esse fenômeno representa não apenas ameaça à qualidade da formação, mas também risco ético e bioético à sociedade, que depende do adequado preparo dos médicos. Diante desse cenário, os Conselhos Regionais de Medicina (CRM) precisam desempenhar papel fiscalizador sobre a formação médica. Tal função, embora desafiadora, encontra respaldo jurídico e ético, como se demonstrará neste artigo.

Conceitua-se política pública mal calibrada aquela que, a despeito de se alicerçar em objetivos legítimos, é implementada sem a ponderação criteriosa de dados empíricos, de sua exequibilidade operacional e de seus impactos efetivos no sistema-alvo. Essa abordagem tende a negligenciar as capacidades institucionais e as limitações estruturais dos atores envolvidos e frequentemente resulta em desequilíbrios sistêmicos, distorções funcionais e efeitos contraproducentes ou adversos aos propósitos iniciais.

No âmbito da formação médica, a proliferação de cursos desprovidos de infraestrutura hospitalar adequada e de corpo docente com a qualificação requerida ilustra uma intervenção governamental que não alinha suas metas às contingências e capacidades reais dos sistemas de saúde e educacional. Tal desalinhamento compromete a qualidade do processo formativo e, prospectivamente, a segurança da prestação de assistência médica.

A formação de profissionais médicos competentes e aptos ao exercício adequado da profissão requer, fundamentalmente, corpo docente qualificado e em número suficiente, aliado a cenários de prática clínica que ofereçam assistência médica de elevada qualidade. Tais ambientes devem contar com preceptores devidamente capacitados e com alocação de tempo específica para as atividades de ensino-aprendizagem. O estudante de medicina deve aprender muito, incluindo o desenvolvimento da capacidade de atualização contínua e aprendizado autodirigido.

Além disso, esse estudante deve trazer consigo, ao iniciar o curso, uma base pregressa de conhecimentos que o habilite a compreender os inúmeros fatores interferentes na saúde de um indivíduo ou da coletividade. Ensinar medicina não é fácil, exige

treinamento, que deve ser longo, amplo e profundo, na maioria das vezes durante atendimento médico a seres humanos, que buscam ajuda para aliviar ou resolver seu sofrimento e seu medo. Em função disso, faz-se imperativo e ético o respeito incondicional à dignidade e aos direitos dos pacientes participantes do processo educativo.

## Fundamentação jurídica

A Constituição Federal<sup>1</sup> elevou ao patamar de garantia fundamental a liberdade de exercício de qualquer profissão. Mas, para conferir efetividade à salvaguarda dos direitos fundamentais, prontamente condicionou tal liberdade à observação das qualificações profissionais que a lei estabelecer, conforme disposto na parte final do inciso XIII do seu art. 5º. É na consecução desta indispensável “qualificação profissional”, de índole constitucional, que os conselhos profissionais encontram seu primeiro fundamento de existência e de poder estatal. Em seu art. 200, inciso III, confere ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade pela ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Nesse contexto, o Conselho Federal de Medicina (CFM), como autarquia federal com personalidade jurídica de direito público, vinculada ao controle ético-profissional e à defesa da sociedade, figura como corresponsável. Sua atuação como garantidor do interesse público se manifesta ao assegurar que a formação dos futuros médicos atenda aos padrões mínimos de qualidade e segurança, contribuindo diretamente para a efetividade do próprio SUS.

O arcabouço legal da atuação do CFM inicia-se com a Lei 3.268/1957<sup>2</sup>, que estabelece, em seu art. 2º, os Conselhos como órgãos supervisores da ética profissional em âmbito nacional, incumbidos de zelar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio da profissão. Adicionalmente, o art. 15, alínea “c”, confere aos Conselhos Regionais competência para fiscalizar o exercício profissional. Essa prerrogativa fiscalizatória, inerente ao poder de polícia estatal delegado aos Conselhos, visa assegurar que a prática médica transcorra de forma ética, responsável e em estrita conformidade com as normativas técnicas e legais vigentes.

Ainda que a Lei 3.268/1957<sup>2</sup> não detalhe explicitamente a fiscalização de instituições de ensino,

a interpretação sistemática e teleológica dessas normativas, robustecida pela teoria dos poderes implícitos da administração pública<sup>3,4</sup>, é que exsurge da Constituição o fundamento para que o Estado, por seus órgãos, legitimamente alcance os fins pretendidos pela própria Constituição, conferindo poderes, ainda que não expressos no texto, indispensáveis ao objetivo perseguido. Há ressalvas a essa teoria, sobretudo quando se pretende atribuir a um órgão poderes que a Constituição explicitamente outorgou a outro. É, por exemplo, o que se viu no debate levado ao Supremo Tribunal Federal (STF) em alguns casos emblemáticos, como o julgamento acerca dos poderes investigatórios do Ministério Público.

Para a hipótese que se debate no presente artigo, é importante ressaltar que é aos Conselhos de Medicina, com exclusividade, que o sistema jurídico nacional incumbe a fiscalização da ética médica, o que, de acordo com a mencionada teoria, outorga os necessários poderes para a realização da missão constitucional de qualificação da medicina. Segundo esse postulado, ao atribuir aos Conselhos a competência precípua de zelar pelo “perfeito desempenho ético da medicina” e pela qualidade do exercício profissional, o legislador implicitamente lhes conferiu as ferramentas necessárias para a consecução efetiva dessa finalidade. Assim, a fiscalização das condições de ensino, que impactam diretamente a qualidade dos futuros profissionais e, por conseguinte, a segurança da assistência à saúde, emerge não apenas como prerrogativa, mas como dever instrumental para a realização das responsabilidades finalísticas dos Conselhos.

Corroborando essa perspectiva, a Lei 12.842/2013, conhecida como Lei do Ato Médico<sup>5</sup>, após definir os atos privativos dos médicos em seu art. 4º, estabelece no art. 5º, incisos III e IV, que o ensino de disciplinas especificamente médicas e a coordenação de cursos de graduação em medicina, programas de residência médica e cursos de pós-graduação específicos para médicos constituem prerrogativas exclusivas dessa categoria profissional. Ao definir tais atividades como privativas, a lei submete aqueles que as exercem – os médicos docentes e coordenadores – à fiscalização dos Conselhos de Medicina, o que, por extensão lógica, abrange a avaliação das condições em que esse ensino médico é ministrado e coordenado.

Com efeito, essa designação do ensino de disciplinas médicas como ato privativo sublinha o reconhecimento legal da complexidade e especificidade intrínsecas a essa atividade, que demanda *expertise* técnica e ética especializada. Consequentemente, a responsabilidade pela formação médica integral recai sobre os profissionais da área, os quais devem assegurar a transmissão fidedigna de conhecimentos e valores deontológicos fundamentais.

A conjugação dessa responsabilidade formativa com a competência fiscalizatória dos Conselhos de Medicina confere plena legitimidade a sua atuação na supervisão dos estabelecimentos de saúde que funcionam como campos de prática. Tais locais são cruciais, pois representam o cenário onde estudantes vivenciam o primeiro contato com a realidade profissional, desenvolvem habilidades interpessoais com pacientes, executam procedimentos e internalizam o processo de tomada de decisão clínica.

O Código de Ética Médica (CEM) (Resolução CFM 2.217/2018)<sup>6</sup> reforça essa responsabilidade ao enunciar, em seu princípio fundamental III, a necessidade de boas condições de trabalho para o exercício digno e honroso da medicina. Adicionalmente, o art. 19 veda ao médico em função de direção negligenciar a garantia dos direitos dos médicos e das *demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da medicina*<sup>6</sup>. No que tange às condições mínimas para tal desempenho, a Resolução CFM 2.056/2013<sup>7</sup>, que aprova o manual de vistoria e fiscalização da medicina no Brasil, especifica os parâmetros a ser observados nos estabelecimentos de saúde para assegurar a segurança do ato médico, que englobam infraestrutura física, disponibilidade de equipamentos adequados, qualificação de recursos humanos e implementação de protocolos assistenciais, entre outros.

Especificamente sobre os requisitos para as instituições de ensino médico, a Lei 12.871/2013 (Lei do Mais Médicos)<sup>8</sup>, em seu art. 3º, § 1º, inciso II, impõe a necessidade de *equipamentos públicos adequados e suficientes* integrados às redes de atenção à saúde do SUS para a viabilização dos cursos. A análise conjunta dessas normativas evidencia que o ordenamento jurídico brasileiro impõe aos estabelecimentos de saúde a obrigação de prover condições mínimas para o

exercício da medicina, tanto na esfera assistencial quanto na educacional. O inadimplemento dessa obrigação compromete a segurança do paciente e a qualidade da formação médica, legitimando, por conseguinte, a intervenção fiscalizatória dos Conselhos de Medicina.

De fato, a tutela da saúde do paciente constitui direito fundamental, hierarquicamente superior a outros interesses, incluindo a autonomia institucional das entidades de ensino. Ademais, uma formação médica deficiente resulta em profissionais tecnicamente despreparados e eleva o risco de erros médicos e eventos iatrogênicos. Destarte, a atividade fiscalizatória dos Conselhos de Medicina é crucial para assegurar a observância das normas éticas e legais, bem como para a responsabilização dos estabelecimentos inadimplentes. A garantia de que os estudantes de medicina sejam formados em ambientes que respeitem esses princípios e que ofereçam as condições adequadas para um aprendizado técnico e ético é, portanto, indissociável da missão dos Conselhos.

A atuação fiscalizatória dos Conselhos de Medicina não deve ser compreendida como manifestação de interesse corporativo, mas como expressão de sua natureza jurídica de autarquia federal com função pública delegada. Os Conselhos exercem atribuições típicas do Estado, orientadas pela proteção da sociedade e pela regulação ética das profissões. Conselhos profissionais não se confundem com entidades sindicais ou representativas de categoria, pois sua missão é assegurar que o exercício profissional ocorra dentro de padrões que garantam segurança, dignidade e os direitos dos cidadãos que utilizam os serviços regulados<sup>9</sup>.

Nesse contexto, a atividade fiscalizatória representa não apenas prerrogativa, mas dever institucional e ético dos Conselhos, especialmente diante de riscos iminentes à integridade da assistência médica. Tal atuação fundamenta-se no princípio da precaução e na responsabilidade social das instituições que formam profissionais da saúde. Age-se antes que o dano se concretize, priorizando a proteção da população, sem ferir a autonomia universitária, mas complementando-a sob a ótica da ética profissional. Ao atuar na fiscalização dos campos de prática e na responsabilização de estruturas formativas inadequadas, os Conselhos operam como instrumentos legítimos do Estado em defesa da vida e da saúde humanas.

Conclui-se, assim, que a fiscalização dos locais de aprendizado médico é uma manifestação concreta do cumprimento, pelos Conselhos, de sua corresponsabilidade na formação de recursos humanos, na medida em que estão zelando para que os futuros profissionais estejam aptos a atender às necessidades de saúde da população com competência e ética.

## Fundamentação bioética

O exercício da medicina exige habilidades complexas que somente podem ser adquiridas por meio de formação prática supervisionada. A ausência de cenários adequados de prática clínica e hospitalar configura negligência institucional, em violação ao princípio da não maleficência, um dos pilares da bioética. Segundo Beauchamp e Childress<sup>10</sup>, um aluno mal formado é um risco ao paciente futuro.

Além disso, a justiça, outro princípio bioético, é ferida quando se oferecem cursos de medicina em locais onde estudantes não têm acesso igualitário a experiências formativas qualificadas. Tais desigualdades perpetuam um ciclo de formação precária em detrimento das populações mais vulneráveis. O princípio da responsabilidade, discutido por Jonas<sup>11</sup>, também se aplica: instituições que formam médicos têm o dever moral de antecipar as consequências futuras de sua atuação sobre vidas humanas. Os Conselhos, como instâncias de responsabilidade coletiva, devem agir antes que o dano se concretize.

Conforme ressalta Rui Nunes, a responsabilidade institucional constitui componente estruturante da bioética contemporânea e exige que políticas públicas e práticas formativas sejam sistematicamente avaliadas à luz do impacto potencial sobre a segurança do paciente e a dignidade humana. O autor sustenta que *a bioética moderna não se limita ao cuidado clínico, mas inclui a responsabilidade social das instituições que formam profissionais da saúde, especialmente quando suas ações ou omissões podem gerar danos futuros à população*<sup>12</sup>.

É fundamental reconhecer os graves riscos da falta de fiscalização no ensino de disciplinas médicas, que incluem aumento da probabilidade de que condutas antiéticas de médicos docentes,

supervisores de estágio e alunos de medicina passem despercebidas e não sejam corrigidas, prejudicando seriamente a reputação da profissão e a confiança pública na medicina<sup>13</sup>.

Quando a formação médica carece de fiscalização externa e depende unicamente da autorregulação das escolas, a qualidade do ensino e dos resultados pode variar drasticamente. Isso resulta em inconsistências na aquisição de competências básicas pelos estudantes e na formação de médicos despreparados para a prática clínica, o que compromete a segurança dos pacientes e a qualidade da assistência<sup>14</sup>.

Ao buscar aumentar o número de médicos no país, é crucial lembrar que a formação médica depende de pilares como professores bem preparados e qualificados para ensinar e campos de prática com infraestrutura técnica adequada para o aprendizado do ato médico. Reconhecendo a grande importância de ter profissionais qualificados para a realização de procedimentos médicos, como professores ou preceptores de medicina, o bioeticista Paul Farmer e o generalista Joseph Rhatigan<sup>15</sup> sugeriram que médicos americanos se estabelecessem em países de baixa e média renda para ensinar medicina.

Outro fator que pode gerar desigualdade na formação médica é a bagagem intelectual prévia à entrada no curso de medicina, pois depende do acesso a boas escolas (ensino fundamental e médio) e das condições intelectuais do aluno. Evidências mostram que bom desempenho em testes de admissão, especialmente em biologia, física e raciocínio matemático, associa-se a melhor rendimento acadêmico durante todo o curso médico, tanto nas fases pré-clínicas quanto clínicas<sup>16,17</sup>. Do ponto de vista neurocientífico, o conhecimento prévio facilita a aquisição de novas informações e permite a construção de esquemas mentais que aceleram o aprendizado de dados compatíveis<sup>18</sup>.

Acreditamos que as diferenças individuais devem ser respeitadas e que jovens não devem ser submetidos a pressões excessivas que possam comprometer sua saúde. Essa responsabilidade recai sobre as escolas médicas que admitem alunos sem avaliação abrangente ou com escores baixos. Surgem as perguntas: esses alunos recebem o apoio necessário? Escolas médicas desligam os alunos que não preenchem os requisitos mínimos?

Considerando que o sistema conselhal (CFM e CRM) pode e deve fiscalizar apenas as disciplinas especificamente médicas, é urgente que os Ministérios da Educação e da Saúde se envolvam na avaliação dos alunos no final do ciclo básico de medicina. Essa medida impediria que estudantes menos capacitados iniciassem as disciplinas práticas, de modo que otimizaria o uso dos campos de estágio e protegeria a população de profissionais mal formados.

Atualmente, o Brasil apresenta realidade desigual na formação médica: de um lado, escolas de medicina (principalmente as públicas com hospitais universitários) que oferecem campos de prática de alto nível, com professores/preceptores que formam alunos competentes e geram conhecimento e ensinam espírito crítico; de outro, há locais de prática propostos por algumas escolas que ficam muito aquém do necessário para uma formação de qualidade, muitas vezes em condições eticamente duvidosas. Diante dessa disparidade, como é possível inculcar a ética médica em estudantes que vivenciam treinamento em ambientes tão inadequados? A fiscalização pode e deve contribuir para a melhora das condições éticas dos campos de prática.

Segundo Rui Nunes, a sociedade moderna adota uma postura ética plural, com diversas crenças e opiniões, o que torna essencial que o cuidado seja centrado no indivíduo. Dessa forma, a bioética deve ter como pilares a dignidade da pessoa e seu direito à autodeterminação. Isso implica, para o aluno médico, respeito à pessoa humana e seus direitos, que devem ser resguardados pelo consentimento livre e esclarecido obtido antes de estudar um paciente<sup>19</sup>. Em complemento, os princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça devem ser aplicados no trato com os pacientes, e sua efetividade depende de determinadas virtudes essenciais<sup>20</sup>.

A fiscalização rigorosa da formação médica pelos Conselhos profissionais emerge como imperativo bioético fundamental, constituindo mecanismo essencial para assegurar que os princípios da beneficência, não maleficência e autonomia sejam preservados mediante a garantia de padrões uniformes de excelência formativa, protegendo tanto a integridade profissional quanto a segurança e dignidade dos pacientes, consolidando a

responsabilidade ética das instituições reguladoras na promoção da equidade em saúde.

A atuação dos CRM requer, por vezes, o estabelecimento de normativas próprias, que materializam o entendimento ético-regulatório local frente às lacunas da legislação federal. No caso do Rio Grande do Sul, destacam-se duas resoluções recentes do Conselho Regional de Medicina do Estado (Cremers) que refletem a crescente preocupação com a qualidade da formação médica.

A Resolução Cremers 7/2024<sup>21</sup> estabelece os critérios técnicos mínimos para avaliação de campos de prática médica. Entre seus pontos principais, estão: a exigência de estrutura hospitalar com complexidade assistencial média e alta, compatível com o internato; a presença de preceptores médicos devidamente registrados no CRM; e a comprovação de vínculo formal entre as instituições de ensino e os estabelecimentos de saúde utilizados para formação. Essa norma reforça a ideia de que a simples existência de convênios não supre a ausência de estrutura real e que o Cremers, ao fiscalizar, não interfere na autonomia universitária, mas cumpre sua missão pública de proteger o paciente e o futuro profissional.

A Resolução Cremers 8/2025<sup>20</sup> regula os procedimentos de vistoria ética em instituições de ensino médico e disciplina prazos, instrumentos de apuração e eventuais medidas corretivas, como a interdição ética de atividades formativas em locais que não assegurem qualidade mínima de ensino. Essas normas demonstram o exercício legítimo da função dos Conselhos. São resultado do entendimento institucional sobre o papel fiscalizador dos Conselhos e exemplos de como a bioética pode ser operacionalizada em atos normativos para garantir justiça e não maleficência na formação médica.

Recomenda-se, portanto, que os CRM intensifiquem suas ações de fiscalização preventiva, especialmente por meio de resoluções e instrumentos normativos próprios. A atuação articulada com órgãos como Ministério Público, Tribunais de Contas e Conselhos de Saúde pode amplificar a efetividade dessas medidas. Além disso, é necessário promover debates com a sociedade civil e instituições de ensino comprometidas com ética e excelência, a fim de criar um ambiente de corresponsabilidade na formação médica. Por fim, é essencial que o CFM consolide diretrizes nacionais que amparem a atuação dos CRM,

para garantir uniformidade, respaldo jurídico e legitimidade às ações fiscalizatórias.

A interdição ética do ensino médico é um dos instrumentos previstos na atuação dos CRM. Trata-se de medida excepcional, que deve ser aplicada quando os campos de prática ou as condições de formação oferecidas por instituições de ensino colocam em risco a integridade da formação do futuro médico e, por consequência, a segurança dos pacientes. É uma sanção de natureza ética, prevista nos regimentos internos dos Conselhos e legitimada pelo entendimento de que a má formação médica aumenta os riscos de infração ética futura, tendo, assim, efeito preventivo.

Importante ressaltar que a interdição ética do ensino não extrapola as funções legais dos Conselhos, pois não se trata de interferência direta sobre a instituição de ensino, mas de proibição ética aos médicos de exercerem atividades docentes em locais que não atendam às condições mínimas exigidas para a formação médica adequada. Assim, o foco da sanção é o comportamento profissional dos médicos vinculados ao processo formativo, e não a estrutura universitária em si. O objetivo não é punir as instituições, mas proteger a sociedade contra a perpetuação de práticas formativas inadequadas.

Também tem como objetivo proteger os alunos de medicina, pois as escolas médicas, por serem passíveis de fiscalização, vão procurar se adequar aos aspectos legais e éticos envolvidos na formação médica. Outro aspecto importante deve ser lembrado: a assistência médica não deverá ser reduzida caso o ensino médico seja impedido como consequência da fiscalização, pois os estudantes de medicina não estão habilitados a prestar assistência médica.

O Código de Ética Médica<sup>6</sup> estabelece, em seu preâmbulo, que *o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano*. Permitir que profissionais mal formados ingressem no mercado é trair esse preceito. Além disso, o Conselho Nacional de Educação (CNE)<sup>21</sup> exige que os cursos tenham parcerias hospitalares consistentes e docentes médicos com experiência prática. Quando essas diretrizes são ignoradas, os CRM, como defensores da sociedade, devem agir. A atuação fiscalizatória dos Conselhos não usurpa as competências do Ministério da Educação, mas as complementa sob a ótica da ética e da proteção da sociedade. Trata-se de abordagem de fiscalização finalística,

focada no impacto real sobre o cuidado em saúde, e não apenas em requisitos burocráticos.

## Considerações finais

A fiscalização da formação médica pelos CRM não é apenas legítima; é imprescindível. Como demonstrado, há farto conteúdo normativo no ordenamento jurídico brasileiro que confia aos Conselhos de Medicina o perfeito desempenho técnico e moral da medicina. Diante do risco de ensino médico em condições inadequadas, os CRM devem exercer sua função protetora com base em fundamentos jurídicos, éticos e bioéticos. A defesa da qualidade da formação não é ato corporativo, mas imperativo de responsabilidade social. Ignorar esse dever é fechar os olhos para os erros do presente que custarão vidas no futuro.

Em suma, a legitimidade da atuação fiscalizatória dos Conselhos de Medicina decorre

simultaneamente de três pilares: o arcabouço normativo, onde a fiscalização encontra fundamento explícito na Lei 3.268/1957<sup>2</sup> e sua regulamentação (Decreto 44.045/1958)<sup>22</sup>, bem como na Lei do Ato Médico (Lei 12.842/2013)<sup>5</sup>, que submete o ato de ensinar disciplinas médicas à supervisão ética; os princípios da bioética, pois a intervenção é essencialmente guiada pela não maleficência (evitar o dano prevenindo a má formação médica, que aumenta o risco de erros médicos); e a responsabilidade institucional, já que os Conselhos, enquanto autarquias federais, agem como garantidores da segurança assistencial e da qualidade da formação médica, cumprindo sua missão de proteção da sociedade.


Portanto, a fiscalização das condições de ensino médico se configura como o exercício irrenunciável do poder de polícia outorgado aos Conselhos para assegurar que o pacto ético da medicina seja mantido desde a etapa de formação profissional, defendendo a vida e a saúde do paciente como bens jurídicos supremos.

## Referências

1. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 5 out 1988 [acesso 18 jun 2025]. Disponível: <https://bit.ly/3OambFx>
2. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 23013, 1 out 1957 [acesso 19 jun 2025]. Disponível: <https://bit.ly/46IK6IH>
3. Barroso LR. Direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 3ª ed. São Paulo: Saraiva; 2011. p. 32.
4. Casagrande CL, Barreira JH. O caso McCulloch v. Maryland e sua utilização na jurisprudência do STF. Revista de Informação Legislativa [Internet]. 2019 [acesso 23 jun 2025];56(221):247-70. Disponível: <https://bit.ly/4r4M8Vz>
5. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 1, 11 jul 2013 [acesso 20 jun 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4rtJZDf>
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 179, 1 nov 2018 [acesso 18 jun 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4r9WQdk>
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.056, 12 de novembro de 2013. Disciplina os departamentos de fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 162-3, 12 nov 2013 [acesso 19 jun 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4r3yVwa>
8. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 1, 23 out 2013 [acesso 18 jun 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4tBsZWH>

9. Trindade EN, Vaz M, Trindade MRM, Lauer J, Bortolini VS. Conselhos de fiscalização profissional e proteção da sociedade. *Rev. bioét. (Impr.)*. [Internet]. 2021 [acesso 23 jun 2025];29(3). DOI: 10.1590/1983-80422021293486
10. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 2001.
11. Jonas H. *O princípio responsabilidade*. Rio de Janeiro: Contraponto; 2006.
12. Nunes R. *Ensaio de bioética* [Internet]. Brasília: CFM; 2017 [acesso 17 dez 2025]. p. 16. Disponível: <https://bit.ly/4cWcDlo>
13. Vidal EIO, Silva VS, Santos MF, Jacinto AF, Villas Boas PJF, Fukushima FB. Why medical schools are tolerant of unethical behavior. *Annals of Family Medicine* [Internet]. 2015 [acesso 30 dez 2025];13(2):176-80. Disponível: <https://bit.ly/4al4xWY>
14. Holmboe ES, Kogan JR. Will any road get you there?: examining warranted and unwarranted variation in medical education. *Academic Medicine* [Internet]. 2022 [acesso 30 dez 2025];97(8):1128-36. Disponível: <https://bit.ly/4ckJvKz>
15. Farmer PE, Rhatigan JJ. Embracing medical education's global mission. *Acad Med* [Internet]. 2016 [acesso 30 dez 2025];91(12):1592-4. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001433
16. Merchant AAH, Afzal N, Rahim KA, Shah SA, Jamal WZ, Rahim A *et al*. Application to achievement: association between pre-admission factors, admission scores, and medical students' performance. *BMC Med Educ* [Internet]. 2025 [acesso 30 dez 2025];25(1):223. DOI: 10.1186/s12909-025-06800-z
17. Tamimi A, Hassuneh M, Tamimi I, Juweid M, Shibli D, AlMasri B, Tamimi F. Admission criteria and academic performance in medical school. *BMC Medical Education* [Internet]. 2023). 2023 [acesso 30 dez 2025];23(1):273. Disponível: <https://bit.ly/4tuL6Uk>
18. Ruiters DJ, van Kesteren MT, Fernandez G. How to achieve synergy between medical education and cognitive neuroscience? An exercise on prior knowledge in understanding. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice* [Internet]. 2012 [acesso 30 dez 2025];17:225-240. Disponível: <https://bit.ly/4ksKwSZ>
19. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Resolução nº SEI 07, 30 de setembro de 2024. Dispõe sobre condutas vedadas no exercício da medicina como docente de disciplinas especificamente médicas e coordenador de curso de medicina. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 118, 3 out 2024 [acesso 12 jun 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4a96K98>
20. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Resolução nº SEI 08, de 8 de abril de 2025. Modifica o parágrafo único do artigo 1º e os artigos 3º e 4º da Resolução Cremers nº SEI: 08/2024 e aprova as normas do Roteiro de Procedimento de Fiscalização do Ensino Médico e de deflagração e tramitação do indicativo de interdição ética parcial ou total do ensino médico. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 166-9, 11 abr 2025 [acesso 12 jun 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4ktINwN>
21. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 8-11, 23 jun. 2014 [acesso 20 jun 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4al4HO4>
22. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958. Aprova o Regulamento do Conselho Federal e Conselhos regionais de Medicina a que se refere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 12 ago 1958 [acesso 5 nov 2025]. Disponível: <https://bit.ly/3ZypCs2>

**Eduardo Neubarth Trindade** – Doutor – entrindade@hcpa.edu.br

 0000-0002-0491-0736


**Tania Furlanetto** – Doutora – taniafurlanetto@gmail.com

 0000-0002-8300-2073


**Manoel Roberto Maciel Trindade** – Doutor – manoeirmtr@gmail.com

 0000-0001-7809-8296


**Bernard Rodrigues Netto** – Mestre – bernard.netto@cremers.org.br

 0009-0001-6428-9451

**Juliano Lauer** – Especialista – julianolauer@hotmail.com

 0000-0002-0591-2952

**Márcia Vaz** – Doutora – marvaz961@gmail.com

 0000-0003-3466-9653

#### Correspondência

Eduardo Neubarth Trindade – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Rua Bernardo Pires, 415, Santana, CEP 90620-010. Porto Alegre/RS, Brasil.

#### Contribuições dos autores

Eduardo Neubarth Trindade foi responsável pela concepção do estudo, investigação, redação do manuscrito original, redação, revisão e edição. Tania Furlanetto, Manoel Roberto, Bernard Rodrigues Netto, Maciel Trindade, Juliano Lauer e Márcia Vaz foram responsáveis pela investigação, redação do manuscrito original, redação, revisão e edição.

**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:** 27.6.2025

**Revisado:** 25.11.2025

**Aprovado:** 31.12.2025