ReGeo ISSN: 2177-3246

A RESOLUÇÃO CFM Nº 2.460/2026 E A INTERMEDIAÇÃO DE PLANTÕES: OS LIMITES ÉTICOS DA RETENÇÃO DE 15% A 30% DO VALOR DO TRABALHO MÉDICO POR PLATAFORMAS DIGITAIS E COOPERATIVAS

CFM RESOLUTION NO. 2,460/2026 AND SHIFT INTERMEDIATION: THE ETHICAL LIMITS OF WITHHOLDING 15% TO 30% OF MEDICAL WORK VALUE BY DIGITAL PLATFORMS AND COOPERATIVES

LA RESOLUCIÓN CFM Nº 2.460/2026 Y LA INTERMEDIACIÓN DE GUARDIAS: LOS LÍMITES ÉTICOS DE LA RETENCIÓN DEL 15% AL 30% DEL VALOR DEL TRABAJO MÉDICO POR PLATAFORMAS DIGITALES Y COOPERATIVAS

https://doi.org/10.56238/revgeov17n9-126

Data de submissão: 07/08/2026 **Data de publicação:** 21/09/2026

Matheus Queiroz Mendes
Graduando do curso de Medicina
Instituição: Universidade para o Desenvolvimento do Estado e Região do Pantanal (UNIDERP)
E-mail: queirozmendes000@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/0897092157172240

Fernando César Carvalho de Figueiredo
Especialista em Clínica Médica
E-mail: Fernando_ccf@hotmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/9901794691721490

RESUMO

A Resolução CFM nº 2.460/2026 introduziu resposta ética específica a práticas pelas quais o acesso a vagas, escalas e vínculos médicos é condicionado à transferência de vantagem econômica. Este artigo examina os limites da retenção de 15% a 30% do valor de plantões por plataformas digitais e cooperativas, distinguindo cobrança por serviço administrativo real da devolução remuneratória usada como preço de acesso ao trabalho. Adotou-se revisão bibliográfica e documental contemporânea, com análise jurídico-ética do ato normativo, do Código de Ética Médica, da legislação cooperativista, civil, concorrencial e de proteção de dados, além de literatura sobre trabalho em plataformas, gestão algorítmica, autonomia profissional e segurança do paciente. Os resultados mostram que o percentual, isoladamente, não decide a licitude ética: importam a finalidade, a vinculação à obtenção ou manutenção da vaga, a efetividade do serviço, a transparência, a proporcionalidade, a liberdade de saída e a inexistência de favorecimento. Todavia, retenções elevadas, calculadas sobre cada plantão e impostas em contexto de dependência econômica, produzem forte indício de intermediação proibida quando não correspondem a custos e entregas demonstráveis. A exceção do art. 6º não funciona como salvo-conduto nominal para "taxas administrativas"; exige prestação real, comprovada e desvinculada de privilégios. Conclui-se que plataformas e cooperativas devem separar remuneração médica e preço de gestão, documentar custos, impedir compra de posição em escala, assegurar auditabilidade e criar canais de contestação. A resolução protege simultaneamente dignidade profissional, autonomia técnica e segurança assistencial, mas sua efetividade dependerá de critérios probatórios e fiscalização consistentes.

Palavras-chave: Ética Médica. Trabalho em Plataformas. Remuneração Médica.

ABSTRACT
CFM Resolution No. 2,460/2026 introduced a specific ethical response to practices that condition access to medical vacancies, shifts, and professional ties on the transfer of an economic advantage. This article examines the limits of withholding 15% to 30% of shift payments by digital platforms and cooperatives, distinguishing payment for a genuine administrative service from remuneration kickbacks used as the price of access to work. A contemporary bibliographic and documentary review was conducted, combining legal-ethical analysis of the resolution, the Brazilian Code of Medical Ethics, cooperative, civil, competition, and data-protection law, and literature on platform work, algorithmic management, professional autonomy, and patient safety. The findings indicate that the percentage alone does not determine ethical permissibility: purpose, linkage to obtaining or keeping a position, actual delivery, transparency, proportionality, freedom to exit, and absence of favoritism are decisive. Nevertheless, high deductions imposed on every shift in a context of economic dependence are a strong indicator of prohibited intermediation when they do not correspond to demonstrable costs and services. Article 6 is not a nominal safe harbor for "administrative fees"; it requires real and documented services unrelated to privileged access. Platforms and cooperatives should segregate medical pay from management fees, document costs, prohibit the purchase of ranking or shifts, ensure auditability, and provide contestation channels. The resolution protects professional dignity, clinical autonomy, and patient safety, although its effectiveness will depend on consistent evidentiary standards and enforcement.

Keywords: Medical Ethics. Platform Work. Medical Remuneration.

RESUMEN
La Resolución CFM nº 2.460/2026 introdujo una respuesta ética específica a prácticas por las cuales el acceso a vacantes, escalas y vínculos médicos está condicionado a la transferencia de ventaja económica. Este artículo examina los límites de la retención del 15% a 30% del valor de guardias por plataformas digitales y cooperativas, distinguiendo el cobro por servicio administrativo real de la devolución remuneratoria utilizada como precio de acceso al trabajo. Se adoptó una revisión bibliográfica y documental contemporánea, con análisis jurídico-ético del acto normativo, del Código de Ética Médica, de la legislación cooperativista, civil, concurrencial y de protección de datos, además de literatura sobre trabajo en plataformas, gestión algorítmica, autonomía profesional y seguridad del paciente. Los resultados muestran que el porcentaje, aisladamente, no decide la licitud ética: importan la finalidad, la vinculación a la obtención o mantenimiento de la vacante, la efectividad del servicio, la transparencia, la proporcionalidad, la libertad de salida y la inexistencia de favorecimiento. Sin embargo, retenciones elevadas, calculadas sobre cada guardia e impuestas en contexto de dependencia económica, producen fuerte indicio de intermediación prohibida cuando no corresponden a costos y entregas demostrables. La excepción del art. 6º no funciona como salvoconducto nominal para "tasas administrativas"; exige prestación real, comprobada y desvinculada de privilegios. Se concluye que plataformas y cooperativas deben separar remuneración médica y precio de gestión, documentar costos, impedir compra de posición en escala, asegurar auditabilidad y crear canales de contestación. La resolución protege simultáneamente dignidad profesional, autonomía técnica y seguridad asistencial, pero su efectividad dependerá de criterios probatorios y fiscalización consistentes.

Palabras clave: Ética Médica. Trabajo en Plataformas. Remuneración Médica.

1 INTRODUÇÃO

A digitalização da gestão de escalas médicas reduziu custos de busca, acelerou substituições e ampliou o alcance entre unidades de saúde e profissionais disponíveis. Aplicativos, grupos empresariais e cooperativas passaram a concentrar cadastro, credenciamento, confirmação de plantões, emissão de documentos, faturamento e repasse. Essa infraestrutura pode resolver falhas operacionais reais. Ao mesmo tempo, o agente que controla a interface também pode controlar a visibilidade da vaga, a ordem de convocação, a reputação do trabalhador e o fluxo financeiro, convertendo eficiência em poder de acesso ao mercado.

A assimetria torna-se eticamente sensível quando o médico somente ingressa ou permanece na escala se aceitar devolver parte de sua remuneração. A literatura sobre gestão algorítmica demonstra que plataformas combinam informação assimétrica, avaliação contínua e decisões opacas, produzindo autonomia formal ao lado de controle substantivo (ROSENBLAT; STARK, 2016; KELLOGG; VALENTINE; CHRISTIN, 2020). Embora esses estudos não tratem especificamente de plantões médicos brasileiros, suas categorias ajudam a identificar mecanismos de dependência, ranqueamento e contestação insuficiente.

Em 15 de junho de 2026 entrou em vigor a Resolução CFM nº 2.460/2026. O ato veda valores, vantagens ou benefícios destinados a influenciar contratação, manutenção de vínculo ou favorecimento em escala, bem como a intermediação e a devolução de parte da remuneração. A norma alcança expressamente cooperativas, empresas intermediadoras e plataformas digitais, mas ressalva remuneração contratual por serviços administrativos ou de gestão reais e comprovados, desde que não vinculados a privilégios no acesso a vagas (CFM, 2026a). Essa combinação entre regra proibitiva e exceção funcional desloca a análise do nome da cobrança para sua causa econômica.

O problema de pesquisa é: em que condições a retenção de 15% a 30% sobre o valor de plantões deixa de remunerar gestão legítima e passa a configurar vantagem econômica proibida pela Resolução CFM nº 2.460/2026? A faixa percentual integra o recorte analítico proposto e aparece como hipótese de prática contratual; não constitui alíquota fixada pela resolução. O esclarecimento é indispensável porque a norma não cria teto numérico, nem declara ilícita toda cobrança proporcional.

A investigação justifica-se pela relevância distributiva e assistencial do tema. Um desconto aparentemente privado pode repercutir na escolha de jornadas excessivas, na rotatividade, na disposição para recusar condições inseguras e na independência clínica. Revisões sistemáticas associam burnout médico a maior risco de incidentes de segurança, baixa qualidade e menor satisfação dos pacientes, ainda que causalidade e heterogeneidade das medidas recomendem prudência

interpretativa (HALL *et al.*, 2016; PANAGIOTI *et al.*, 2018). A proteção da remuneração não é, portanto, apenas corporativa: pode integrar a governança da qualidade.

O objetivo geral é analisar os limites éticos da retenção de 15% a 30% por plataformas digitais e cooperativas à luz da Resolução CFM nº 2.460/2026. São objetivos específicos: interpretar a estrutura normativa e a exceção do art. 6º; diferenciar modelos de intermediação, gestão e cooperação; propor critérios para aferir finalidade, proporcionalidade e transparência; estimar o impacto econômico da faixa estudada; e identificar lacunas regulatórias e probatórias. A hipótese é que a licitude ética depende menos do rótulo organizacional e mais da correspondência verificável entre cobrança e serviço, somada à ausência de compra de acesso ou favorecimento.

2 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, estruturada como revisão bibliográfica e documental com análise jurídico-ética. A unidade principal de interpretação foi a Resolução CFM nº 2.460, de 21 de maio de 2026, incluindo sua exposição de motivos. O texto foi confrontado com a Resolução CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica), a Lei nº 3.268/1957, a Constituição Federal, o Código Civil, a Lei nº 5.764/1971, a Lei nº 12.690/2012, a Lei nº 12.529/2011, o Marco Civil da Internet e a Lei Geral de Proteção de Dados.

A busca bibliográfica foi realizada de 17 a 21 de setembro de 2026 em PubMed, SciELO, Google Scholar, DOAJ e mecanismos de descoberta de Scopus e Web of Science. Utilizaram-se combinações, em português e inglês, de: “ética médica”, “remuneração médica”, “plantão médico”, “plataformas digitais”, “trabalho em plataforma”, “gestão algorítmica”, “cooperativas médicas”, “kickback”, “fee splitting”, “physician payment”, “gig work”, “algorithmic management”, “professional autonomy” e “patient safety”. Também foi feita busca dirigida nos sítios da Revista REGEO, da Revista ARACÊ, da Lumen et Virtus e do Boletim de Conjuntura (BOCA). Não foram identificados, até a data de corte, artigos dessas quatro revistas que examinassem diretamente a Resolução CFM nº 2.460/2026 ou retenções sobre plantões; por isso, seus nomes não são usados como referências substantivas.

Foram incluídos atos normativos e documentos oficiais vigentes ou historicamente necessários; estudos revisados por pares sobre trabalho em plataformas, assimetria informacional, autonomia profissional, condições de trabalho e segurança do paciente; e relatórios institucionais com autoria e endereço verificáveis. Priorizou-se o período de 2016 a 2026, admitindo-se textos anteriores quando fundamentais para o regime cooperativista ou para a teoria contratual. Excluíram-se publicidade

comercial, postagens sem método, conteúdos duplicados, textos sem autoria identificável e materiais cujo vínculo com o problema fosse apenas nominal.

A análise ocorreu em quatro etapas: extração dos comandos normativos; classificação dos arranjos econômicos; construção de matriz de indicadores; e síntese crítica por convergência, divergência e lacuna. Os cálculos dos gráficos são cenários aritméticos transparentes, não estimativas de prevalência. Adotou-se plantão bruto de R$ 1.000 apenas como base comparável e dez plantões mensais para demonstrar acumulação; qualquer outro valor pode ser recalculado proporcionalmente. Essa opção evita apresentar como evidência empírica uma faixa para a qual não foi localizado levantamento nacional representativo.

A revisão tem limitações. A resolução era recente na data de corte, inexistindo jurisprudência ético-disciplinar consolidada e estudos de implementação. Bases fechadas podem restringir acesso integral a alguns registros. Além disso, contratos privados e regras de ranqueamento raramente são públicos, o que limita a mensuração da frequência real das retenções. Os resultados, portanto, oferecem interpretação fundamentada e modelo de auditoria, não prevalência nacional nem juízo definitivo sobre contratos concretos.

3 MARCO NORMATIVO E ÉTICO

3.1 ESTRUTURA DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.460/2026

O art. 1º emprega cadeia ampla de verbos — exigir, solicitar, impor, oferecer, pagar, repassar, devolver, compensar, ratear, receber e conceder — para impedir que a proibição seja contornada pela posição formal do agente. O foco é a condição ou contrapartida que tenha finalidade ou efeito de influenciar contratação, vínculo ou escala. Assim, tanto quem cobra quanto o médico que paga ou aceita participar podem ingressar no campo ético-disciplinar, respeitados devido processo, responsabilidade pessoal e prova.

O art. 2º aplica primazia da substância ao mencionar taxa administrativa, comissão, bonificação, premiação, compensação indireta, intermediação, contribuição para grupo ou plataforma digital. Nenhuma dessas categorias é proibida de modo absoluto; tornam-se infração quando dissimulam compensação que condiciona relação profissional ou decisão assistencial. O art. 4º torna mais nítida a linha vermelha: são vedados acordos que prevejam devolução de parte da remuneração ou pagamento para obtenção de vaga ou favorecimento profissional (CFM, 2026a).

O alcance organizacional é deliberadamente neutro. Pessoa jurídica, cooperativa e plataforma não funcionam como escudo, e médicos em direção técnica, coordenação de escala ou gestão podem responder quando viabilizam, beneficiam-se ou permitem a prática. Todavia, o CFM reconhece, na

exposição de motivos, que não regula a organização empresarial nem resolve, por si, contratos civis ou trabalhistas. A resolução define dever ético de médicos; consequências societárias, restitutórias, trabalhistas ou concorrenciais dependem de normas e autoridades próprias.

O art. 6º contém a chave para evitar leitura excessiva. Serviços administrativos ou de gestão podem ser remunerados quando contratados com pessoa física ou jurídica regularmente constituída, efetivos e comprováveis, e não vinculados a privilégio de acesso. Logo, faturamento, escala, suporte tecnológico, seguro, cobrança, contabilidade ou credenciamento podem ter preço. O teste não é "há taxa?", mas "o que foi entregue, como se formou o preço e o não pagamento elimina injustificadamente o acesso ao trabalho?".

Quadro 1. Conteúdo normativo e implicações operacionais da Resolução CFM nº 2.460/2026

Dispositivo	**Núcleo**	**Implicação para plataformas e cooperativas**
Art. 1º	Veda vantagem que influencie contratação, vínculo ou escala.	Não vender acesso, prioridade, permanência ou ampliação de plantões.
Art. 2º	Alcança dissimulações sob taxas, comissões e contribuições.	O nome contratual não substitui prova de causa e entrega.
Arts. 3º–4º	Proíbe intermediação subordinada a vantagem e devolução de remuneração.	Segregar honorário médico e preço de serviço; impedir kickback.
Art. 5º	Inclui facilitação, benefício e omissão de gestores médicos.	Criar controles, registro de decisões e responsabilização interna.
Art. 6º	Ressalva gestão real, comprovada e sem privilégio.	Contrato, evidência de execução, preço explicável e acesso não favorecido.
Art. 7º	Vigência na publicação: 15 jun. 2026.	Revisar contratos e práticas a partir da entrada em vigor.

Fonte: Elaboração própria com base em CFM (2026a).

3.2 CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E NÃO MERCANTILIZAÇÃO

A resolução densifica princípios já presentes no Código de Ética Médica. O Código afirma que a medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio; que o trabalho médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro; que o médico deve receber remuneração justa; e que escolhas profissionais e assistenciais devem preservar independência (CFM, 2019). A nova norma não elimina a atividade empresarial na saúde, mas impede que o acesso individual ao trabalho ou a decisão clínica seja convertido em mercadoria negociável.

Há uma distinção necessária entre lucro por inovação organizacional e renda extraída de posição de porteiro. Uma plataforma pode gerar valor reduzindo faltas, conciliando disponibilidade e demanda, verificando registros e antecipando pagamentos. Nessa hipótese, remunera-se uma prestação identificável. Diversamente, se o intermediário controla a escala e exige percentual apenas porque pode excluir o profissional, a cobrança aproxima-se de renda de acesso. A mercantilização eticamente problemática está na venda do favorecimento, não em toda tecnologia ou administração.

A autonomia protegida é técnica e profissional. Ela não significa imunidade a protocolos, supervisão ou contratos; significa que critérios econômicos ocultos não devem determinar quem trabalha nem como decide. Em mercados de plataforma, assimetrias sobre preço, avaliação e distribuição de tarefas podem restringir a autonomia mesmo sem ordens tradicionais (WOOD *et al.*, 2019; VALLAS; SCHOR, 2020). Em saúde, esse risco ganha dimensão adicional porque o paciente não participa do acordo de intermediação, embora possa sofrer seus efeitos.

3.3 COMPETÊNCIA ÉTICA, CONTRATOS E OUTRAS ESFERAS

A Lei nº 3.268/1957 confere aos Conselhos de Medicina função de supervisão da ética profissional. Isso sustenta a disciplina da conduta do médico, mas não transforma o CFM em regulador geral de preços. A resolução deve ser interpretada dentro dessa competência e em harmonia com o livre exercício profissional e a valorização do trabalho humano previstos na Constituição (BRASIL, 1988): ela não tabelou taxas, não fixou margem máxima e não declarou que 15%, 20% ou 30% são automaticamente ilícitos. O ilícito ético emerge do nexo entre vantagem e contratação, escala, favorecimento ou decisão assistencial.

No plano civil, boa-fé objetiva, função social e equilíbrio informacional exigem clareza de objeto e execução coerente (BRASIL, 2002). Cláusula que chama uma devolução de "gestão" pode ser examinada por sua finalidade concreta. No plano concorrencial, controle de acesso, exclusividade, troca de informações e discriminação podem ser relevantes sob a Lei nº 12.529/2011, mas somente análise de mercado e efeitos autoriza conclusão antitruste. No plano trabalhista, subordinação, pessoalidade, habitualidade e onerosidade dependem de fatos; a forma digital ou cooperativa não resolve previamente a qualificação.

A coexistência de esferas evita dois erros. O primeiro é supor que autorização civil elimina infração ética: um contrato assinado pode continuar incompatível com dever profissional. O segundo é inferir que toda infração ética gera, automaticamente, vínculo empregatício, nulidade civil ou ilícito concorrencial. Cada consequência exige fundamento, competência e prova próprios.

4 MODELOS DE INTERMEDIAÇÃO DE PLANTÕES

4.1 PLATAFORMA TECNOLÓGICA

Plataformas variam de simples mural eletrônico a gestores completos. O modelo leve publica oportunidades e permite contato direto; o transacional recebe pagamentos e desconta comissão; o gerencial define credenciamento, ranqueamento, substituições, sanções e repasses. Quanto mais funções decisórias acumula, maior sua capacidade de vincular remuneração à permanência na escala.

A governança deve corresponder ao poder real, e não à autodescrição como mera empresa de tecnologia.

A opacidade algorítmica amplia risco quando o profissional desconhece por que deixou de receber ofertas, quais avaliações contam, se pagamentos extras alteram visibilidade ou como contestar erro. Kellogg, Valentine e Christin (2020) descrevem algoritmos como instrumentos de direção, avaliação e disciplina. Aplicado ao plantão, isso recomenda trilhas de auditoria, critérios públicos de priorização e revisão humana, especialmente quando exclusão pode comprometer renda e continuidade assistencial.

O preço pode ser assinatura fixa, taxa por uso, comissão sobre cada plantão ou cobrança da unidade. A comissão percentual é simples e acompanha volume, mas perde vínculo com custo marginal quando se repete indefinidamente. Uma retenção de 30% pode remunerar pacote oneroso e comprovado; também pode apenas comprar acesso. Por isso, a análise exige decomposição de custos, riscos assumidos, capital antecipado, suporte prestado e margem.

4.2 COOPERATIVA MÉDICA

A cooperativa é sociedade de pessoas orientada à prestação de serviços aos associados, com singularidades previstas na Lei nº 5.764/1971. Rateios, sobras, fundos e despesas administrativas integram lógica distinta da comissão de um intermediário externo. Essa diferença institucional, porém, não imuniza práticas concretas. O art. 4º, § 2º, da resolução menciona cooperativas expressamente, reafirmando que forma jurídica não legitima pagamento por vaga.

Em uma cooperativa genuína, a contribuição deve ser deliberada segundo regras estatutárias, contabilizada, transparente e conectada a custos e serviços comuns. O cooperado deve poder acessar demonstrações, participar das decisões e receber tratamento isonômico. Retenção uniforme pode ser legítima para custear faturamento, tributos, equipes e infraestrutura; torna-se problemática se parte retorna a quem controla a escala, financia favorecimento ou não possui prestação demonstrável.

A Lei nº 12.690/2012 reforça valores de autonomia, gestão democrática e não precarização nas cooperativas de trabalho, observadas suas regras de incidência (BRASIL, 2012). Para a análise ética, o ponto central é material: há participação real e rateio explicável ou apenas uso do nome cooperativo para intermediar mão de obra e transferir renda? A resolução induz documentação capaz de responder essa pergunta.

Quadro 2. Comparação de arranjos de intermediação

Dimensão	Plataforma legítima	Cooperativa genuína	Arranjo de alto risco
Objeto	Tecnologia/gestão descrita e mensurável.	Serviços comuns e rateio deliberado.	Venda de acesso, posição ou permanência.
Preço	Claro, previsível e justificável.	Contábil, estatutário e auditável.	Percentual opaco ou variável por favorecimento.
Escala	Critérios técnicos e contestáveis.	Isonomia entre cooperados.	Prioridade para quem paga ou devolve mais.
Governança	Logs, revisão humana e canal de recurso.	Assembleia, contas e participação.	Decisão informal de coordenador ou algoritmo secreto.
Evidência	Relatórios de entrega e custos.	Demonstrações, atas e rateios.	Ausência de serviço separável da própria vaga.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (1971, 2012), CFM (2026a) e Kellogg, Valentine e Christin (2020).

5 RETENÇÃO DE 15% A 30%: TESTE DE LICITUDE ÉTICA

5.1 PERCENTUAL NÃO É CRITÉRIO ÚNICO

A leitura literal e sistemática da resolução impede criar um teto que o CFM não escreveu. Uma cobrança de 15% pode ser antiética se for preço puro da vaga; uma cobrança de 30% pode, em situação excepcional, remunerar serviços robustos e riscos efetivos, desde que comprovados e desvinculados de favorecimento. Ainda assim, o peso econômico do percentual é relevante como indício: quanto maior e mais recorrente, maior a necessidade de justificar custos, entregas e alternativas.

Devem ser combinados sete elementos: finalidade; base de cálculo; correspondência com serviço; transparência prévia; liberdade de adesão e saída; neutralidade da escala; e destino financeiro. Nenhum elemento é meramente formal. Contrato detalhado sem entrega real falha; serviço real associado à compra de prioridade também falha; deliberação cooperativa não corrige distribuição secreta a coordenadores.

O teste causal pergunta se o médico teria a mesma oportunidade de trabalho se contratasse apenas os serviços indispensáveis ou se recusasse a vantagem sem relação com a gestão. Se a resposta for não e a diferença decorrer do pagamento, há forte nexo com favorecimento. O teste contrafactual é útil para auditorias: compare profissionais equivalentes, controle qualificação e disponibilidade e verifique se contribuição econômica altera convocações.

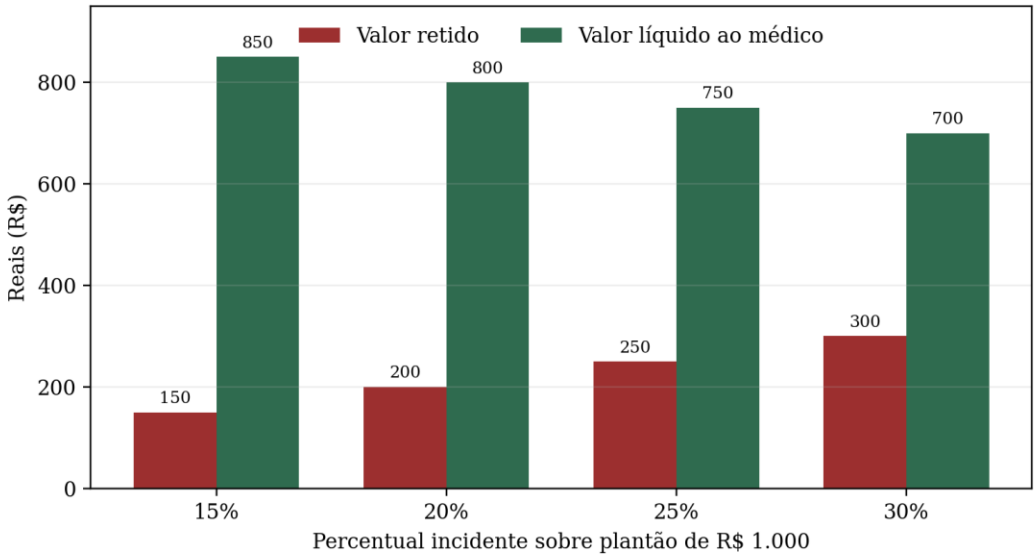
Tabela 1. Efeito de retenções sobre um plantão bruto de R$ 1.000

Retenção	Valor retido	Valor líquido	Perda líquida por ponto percentual
15%	R$ 150,00	R$ 850,00	R$ 10,00
20%	R$ 200,00	R$ 800,00	R$ 10,00
25%	R$ 250,00	R$ 750,00	R$ 10,00
30%	R$ 300,00	R$ 700,00	R$ 10,00

Fonte: Elaborada pelos autores

A Tabela 1 evidencia que a diferença entre as extremidades reduz em R$ 150 o valor líquido de cada plantão de R$ 1.000. O cálculo não demonstra abuso, mas torna visível a materialidade da cláusula. Avaliação ética responsável deve acrescentar documentos sobre o que o intermediário entrega em troca e se o pagamento influencia acesso.

Gráfico 1. Valor retido e líquido por plantão, segundo a faixa analisada



Fonte: Elaboração própria com base em plantão hipotético de R$ 1.000 e percentuais do recorte de pesquisa.

O Gráfico 1 separa a parcela retida da remuneração líquida. A visualização não transforma 15% em presunção de validade nem 30% em presunção absoluta de infração. Ela serve como instrumento de transparência: contratos deveriam apresentar ao médico, em reais, a remuneração bruta, cada dedução, o serviço correspondente, tributos e valor líquido antes da aceitação.

5.2 SERVIÇO REAL, PROVA E PROPORCIONALIDADE

A expressão "real e comprovada", constante do art. 6º, impõe ônus documental qualificado. Devem existir contrato, descrição do escopo, evidências de execução, notas fiscais ou documentos equivalentes, registros de atendimento, critérios de preço e segregação contábil. A mera disponibilidade de aplicativo não comprova que todos os serviços anunciados foram prestados nem que justificam incidência sobre toda a remuneração.

Proporcionalidade não é sinônimo de equivalência matemática estrita. Empresas podem ter custos fixos, riscos e margem. Entretanto, uma taxa percentual crescente com o valor do plantão, sem aumento correspondente de trabalho administrativo, exige explicação adicional. Alternativas como

assinatura, tarifa por transação ou cobrança ao contratante ajudam a testar se o percentual é funcional ou apenas captura renda por controle de acesso.

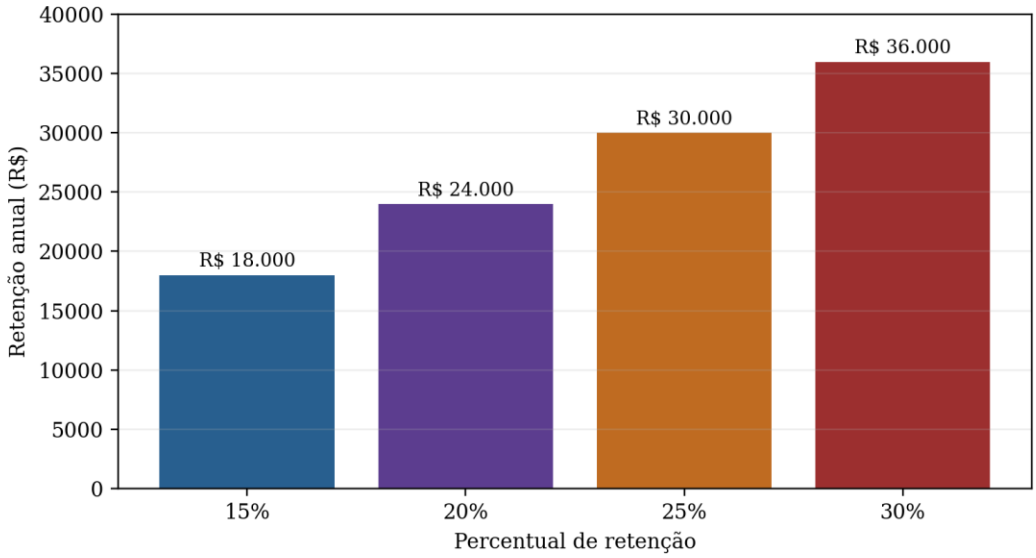
Antecipação garantida de pagamento pode justificar preço maior porque transfere risco de inadimplência e custo financeiro. Seguro, cobertura de substituição e suporte 24 horas também possuem valor. Em contraste, simples inclusão em grupo, promessa vaga de oportunidades ou ausência de prestação após o credenciamento dificilmente satisfazem o art. 6º quando a retenção é condição da escala.

5.3 CONSENTIMENTO, DEPENDÊNCIA E LIBERDADE DE SAÍDA

O consentimento contratual é necessário, mas insuficiente. Em contexto de escassez local de vagas, concentração de unidades ou endividamento de recém-formados, aceitar desconto pode refletir dependência, não preferência genuína. A exposição de motivos da resolução identifica vulnerabilidade de jovens médicos e mercado assimétrico (CFM, 2026a). Logo, auditoria deve examinar alternativas reais e possíveis represálias, não apenas caixa de aceite digital.

Cláusulas de exclusividade, multa desproporcional, retenção de credenciais, atraso de repasse ou bloqueio sem contraditório elevam o poder do intermediário. O Marco Civil da Internet e a LGPD acrescentam deveres de transparência, segurança e tratamento adequado de dados; decisões baseadas em perfil ou avaliação exigem governança compatível com direitos do titular (BRASIL, 2014, 2018). Mesmo quando a decisão não é inteiramente automatizada, explicabilidade e revisão são boas práticas.

A liberdade de saída deve incluir portabilidade de documentos do profissional, acesso ao histórico de plantões e quitação tempestiva. Uma plataforma que retém dados ou pagamentos para impedir migração cria custo de saída que pode reforçar a condição econômica combatida pela resolução.



Fonte: Elaboração própria.

No cenário do Gráfico 2, a retenção anual varia de R$ 18 mil a R$ 36 mil. O efeito acumulado mostra por que a análise não deve tratar percentuais como irrelevantes. Ao mesmo tempo, os valores não podem ser generalizados sem conhecer remuneração, frequência e pacote de serviços. A transparência recomendável inclui demonstrativo mensal e anual, permitindo avaliar custo efetivo da intermediação.

6 AUTONOMIA, SEGURANÇA DO PACIENTE E CONFLITOS DE INTERESSE

6.1 DA REMUNERAÇÃO À DECISÃO CLÍNICA

A resolução une contratação e indicação assistencial porque ambos podem ser distorcidos por vantagem econômica. Se o médico compra acesso a escala, pode buscar compensar a perda com jornadas adicionais ou aceitar ambiente sem suporte. Se recebe incentivo por encaminhamento, pode alterar decisões clínicas. Os mecanismos diferem, mas compartilham conflito entre interesse econômico e critério técnico.

A literatura não permite afirmar que uma comissão específica cause evento adverso. Contudo, evidências agregadas mostram associação entre burnout e segurança do paciente (HALL *et al.*, 2016; PANAGIOTI *et al.*, 2018). Condições organizacionais, carga de trabalho e cultura institucional interferem no desempenho. A retenção deve ser compreendida como componente possível de um sistema de trabalho, não como explicação isolada.

A proteção ao paciente exige credenciamento baseado em competência, experiência, registro profissional, disponibilidade e adequação da equipe. Quando o pagamento altera a fila, o mecanismo

pode selecionar capacidade financeira em vez de qualidade. A resolução busca bloquear essa substituição.

6.2 TRANSPARÊNCIA E CONFLITO DE INTERESSES

Transparência não se resume a informar "taxa de 20%". É preciso revelar beneficiário final, destino, serviços, período, base de cálculo, tributos e condições de alteração. Quando coordenador médico ou empresa relacionada recebe parcela, o conflito deve ser declarado e submetido a controle independente. A documentação permite distinguir remuneração de gestão de comissão pela vaga.

Políticas de conflito de interesses devem vedar metas baseadas em encaminhamentos, pagamentos por recrutamento de colegas, bonificações secretas e venda de posições. Denúncias precisam de canal protegido, investigação e preservação de registros. Retaliação algorítmica — redução silenciosa de convites após reclamação — deve ser monitorada por comparação de dados e justificativas.

A transparência também protege entidades legítimas. Sem registros, uma cooperativa pode ser confundida com intermediadora abusiva; com contas, atas e métricas de serviço, demonstra a razão do rateio. A resolução, portanto, cria incentivo para profissionalização da governança.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 SÍNTESE DOS ACHADOS

O primeiro resultado é normativo: a Resolução CFM nº 2.460/2026 adota teste finalístico e antissimulação. A infração não depende de porcentagem mínima, forma jurídica ou denominação da cobrança. O núcleo é a vantagem que condiciona ou influencia acesso, manutenção, ampliação ou favorecimento. Essa estrutura converge com a literatura de plataformas ao privilegiar poder e efeito sobre rótulos contratuais (VALLAS; SCHOR, 2020).

O segundo resultado é que o art. 6º preserva mercado legítimo de gestão. A exceção evita proibir tecnologia, cooperativismo e serviços administrativos. Contudo, seus requisitos são cumulativos: regularidade do prestador, serviço real, comprovação e ausência de vínculo com privilégio. A divergência prática estará na definição de prova e proporcionalidade, ainda não detalhada pelo CFM.

O terceiro resultado é econômico: na base ilustrativa, 15% a 30% equivalem a R$ 150–R$ 300 por plantão e R$ 18 mil–R$ 36 mil ao ano em dez plantões mensais. O intervalo é relevante para avaliar dependência e justificativa, mas não permite concluir ilicitude. A ausência de dados nacionais sobre taxas, modelos e prevalência é lacuna central.

O quarto resultado é institucional: cooperativas e plataformas devem ser avaliadas por funções. A cooperativa possui justificativa própria para rateio, participação e retorno de sobras; a plataforma pode cobrar por tecnologia e risco. Ambas violam a norma se transformarem cobrança em preço de vaga. Ambas podem cumpri-la se separarem acesso e serviço, adotarem critérios técnicos e mantiverem prova.

O quinto resultado é assistencial: a exposição de motivos conecta precarização, vulnerabilidade e segurança do paciente. A literatura sobre burnout oferece plausibilidade, mas não valida causalidade específica. A resolução tem fundamento preventivo; futuras avaliações devem medir jornada, atraso, rotatividade, incidentes e qualidade antes e depois da implementação.

Quadro 3. Matriz de decisão para auditoria ética

Pergunta	Evidência esperada	Sinal de conformidade	Sinal de risco
O pagamento compra acesso?	Regras de escala e comparação entre médicos.	Critérios técnicos independentes do pagamento.	Prioridade, permanência ou vaga condicionada.
Há serviço separável?	Contrato, relatórios, chamados, faturamento.	Entrega identificável e mensurável.	A única "entrega" é a própria vaga.
O preço é explicável?	Planilha de custos, risco, margem e deliberação.	Método estável e previamente informado.	Percentual arbitrário, secreto ou negociado por poder.
Há liberdade real?	Regras de saída, portabilidade e alternativas.	Cancelamento sem retaliação e repasse tempestivo.	Bloqueio, multa ou perda de escala.
A decisão é auditável?	Logs, critérios, revisão e canal de recurso.	Justificativa verificável e revisão humana.	Ranqueamento opaco e impossível de contestar.

Fonte: Elaboração própria com base em CFM (2026a), Rosenblat e Stark (2016) e Kellogg, Valentine e Christin (2020).

7.2 CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS

Há convergência entre o Código de Ética, a nova resolução e estudos sobre plataformas quanto ao risco de assimetria. O controle de informação e acesso permite impor condições mesmo sem relação formal de emprego. Também converge a necessidade de critérios transparentes e mecanismos de contestação. A Diretiva (UE) 2024/2831, embora não aplicável diretamente ao Brasil, ilustra tendência comparada de exigir transparência na gestão algorítmica e proteção de trabalhadores em plataformas (UNIÃO EUROPEIA, 2024).

A principal divergência é sobre como precificar intermediação legítima. A ética médica enfatiza independência e não mercantilização; a economia de plataformas admite comissões proporcionais para remunerar rede, risco e investimento. A resolução não escolhe modelo de preço. Sua solução é funcional: permite serviço real, mas proíbe vantagem ligada a favorecimento. O desafio é impedir que essa abertura se torne brecha retórica.

Outra tensão envolve cooperativismo. Retenção percentual pode ser componente normal do custeio comum, enquanto em empresa intermediadora pode representar comissão. Tratar ambos de modo idêntico ignoraria governança e propriedade; presumir licitude cooperativa ignoraria falsos

arranjos. O critério adequado combina identidade do beneficiário, processo decisório, prestação de contas e destino das sobras.

Também há diferença entre autonomia formal e material. O médico pode escolher aceitar cada plantão, mas depender economicamente de um único canal. Estudos de gig work relatam flexibilidade acompanhada de insegurança e controle por avaliações (WOOD *et al.*, 2019). A aplicação ao setor médico demanda pesquisa específica, pois qualificação, responsabilidade clínica e regulação profissional diferenciam esse mercado de transporte ou microtarefas.

7.3 LIMITAÇÕES E LACUNAS CIENTÍFICAS

A lacuna mais evidente é empírica. Não há, nas fontes recuperadas, pesquisa nacional representativa que estime quantas escalas cobram percentuais, quais serviços incluem, como variam por região e especialidade ou quem recebe os valores. A faixa de 15% a 30% deve ser tratada como hipótese de análise, não estatística populacional.

Faltam estudos de implementação da resolução: denúncias, decisões, padrões de prova, efeitos sobre oferta de plantões e adaptações contratuais. Publicação de dados anonimizados pelos conselhos permitiria avaliar efetividade sem expor processos. Também seria útil comparar cooperativas participativas, empresas de terceirização e marketplaces tecnológicos.

Há lacuna sobre segurança do paciente. Estudos devem testar mediação por carga de trabalho, atraso de pagamento, rotatividade, suporte e burnout. Sem desenho longitudinal, correlações podem refletir instituições já precárias que simultaneamente cobram taxas e oferecem pior assistência.

Por fim, é necessário pesquisar discriminação algorítmica. Critérios de reputação podem reproduzir vieses de gênero, raça, idade, origem institucional ou disponibilidade familiar. A LGPD oferece direitos e princípios, mas auditorias setoriais precisam definir métricas, documentação e governança compatíveis com escalas médicas.

8 PROPOSTA DE GOVERNANÇA E CONFORMIDADE

8.1 SEPARAÇÃO FINANCEIRA E CONTRATUAL

O contrato deve separar três fluxos: remuneração bruta do trabalho médico; retenções legais ou tributárias; e preço de serviços administrativos. Cada item precisa de beneficiário, fundamento, base, periodicidade e documento. A unidade contratante deve confirmar o valor total do plantão, impedindo diferença oculta entre o que paga e o que o médico conhece.

Cobrança por pacote deve permitir identificação de componentes. Se serviços são opcionais, sua recusa não pode reduzir prioridade de escala. Se indispensáveis, a entidade deve justificar por que

e demonstrar isonomia. Alterações de preço precisam de aviso e aceite prospectivo, sem afetar remuneração já adquirida.

Cooperativas devem publicar critérios de rateio, demonstrações, deliberações e destinação de sobras. Plataformas devem informar política de comissão e conflitos. Em ambos os casos, pagamento a coordenadores por captação, permanência ou percentual de colegas deve ser proibido.

8.2 GOVERNANÇA DE ESCALA E ALGORITMO

Critérios de escala devem ser objetivos: habilitação, competência, experiência pertinente, disponibilidade, continuidade, carga horária e regras de rodízio. Pesos e exceções relevantes precisam ser documentados. Não é necessário divulgar código-fonte, mas deve ser possível explicar uma decisão concreta e reproduzir seus fatores principais.

Logs devem registrar publicação, candidaturas, critérios, seleção, alterações e responsável. Auditoria periódica pode comparar taxas de convocação entre grupos e detectar relação indevida com pagamentos. Suspensão ou exclusão exige motivo, comunicação e recurso, salvo risco imediato, quando revisão posterior rápida é necessária.

A proteção de dados requer minimização, segurança, base legal e definição de controladores e operadores. Dados de saúde do profissional não devem ser usados além da finalidade legítima. Avaliações subjetivas devem possuir canal de correção.

8.3 FISCALIZAÇÃO E EVIDÊNCIA

Para processos éticos, a prova pode combinar contratos, extratos, mensagens, áudios licitamente obtidos, regras de escala, logs e comparação temporal. Percentual elevado é contexto, não prova autônoma. O nexo deve mostrar que a vantagem condicionou ou influenciou a oportunidade ou ocultou devolução.

Hospitais e clínicas, ainda que não sejam disciplinados como médicos em todos os aspectos, devem cooperar com controles, sobretudo quando direção técnica participa da escala. Contratos com intermediários podem incluir cláusula de integridade, direito de auditoria, proibição de subcomissões e dever de preservar registros.

Uma agenda regulatória prudente poderia incluir nota técnica do CFM com exemplos, sem tabelamento; modelo de demonstrativo de remuneração; parâmetros mínimos de comprovação; e publicação anual de dados agregados. Diálogo com autoridades trabalhistas, concorrenciais e de proteção de dados reduziria decisões contraditórias.

Tabela 2. Programa mínimo de conformidade

Medida	Responsável principal	Periodicidade	Indicador
Demonstrativo bruto, deduções e líquido	Financeiro	Cada plantão	100% dos repasses discriminados
Revisão de contratos e serviços	Jurídico/compliance	Semestral	Escopos com prova de entrega
Auditoria de alocação de escalas	Gestão médica/auditoria	Trimestral	Ausência de correlação indevida com pagamento
Prestação de contas cooperativa	Administração/conselho fiscal	Conforme estatuto e anual	Rateios e sobras deliberados
Canal de contestação e não retaliação	Ouvidoria/compliance	Contínua	Prazo de resposta e reversões justificadas
Avaliação de dados e algoritmo	DPO/TI/auditoria	Anual e em mudanças	Logs, vieses e revisão humana

Fonte: Elaboração própria a partir da síntese normativa e bibliográfica.

9 CONCLUSÃO

A Resolução CFM nº 2.460/2026 estabelece limite ético claro: o acesso ao trabalho médico e a decisão assistencial não podem ser condicionados à transferência de vantagem econômica. A norma alcança devoluções, comissões, taxas dissimuladas e intermediação por plataformas ou cooperativas, mas preserva remuneração por serviços administrativos ou de gestão reais, comprovados e desvinculados de favorecimento.

A questão de pesquisa foi respondida por um teste material. A retenção de 15% a 30% ultrapassa o limite ético quando funciona como preço da vaga, da permanência ou da prioridade; quando não possui serviço separável e demonstrável; quando seu destino é oculto; ou quando dependência e retaliação esvaziam a liberdade do médico. O percentual sozinho não decide o caso, porque a resolução não criou teto. Contudo, sua magnitude e recorrência aumentam o dever de justificativa e transparência.

Os objetivos específicos foram atendidos ao interpretar a norma, diferenciar modelos, estimar o impacto da faixa e propor matriz de auditoria. As simulações mostram perda potencial relevante, mas não foram apresentadas como dados de prevalência. Cooperativas precisam demonstrar participação, rateio e contas; plataformas, serviços, critérios de escala, preços e decisões auditáveis. Em ambos os modelos, deve haver separação entre honorário e gestão, vedação de compra de prioridade, liberdade de saída e recurso contra decisões.

A principal limitação é a novidade da resolução e a ausência de dados nacionais sobre contratos e taxas. A agenda científica deve medir prevalência, efeitos sobre jornada, renda, burnout, rotatividade e segurança do paciente, além de acompanhar decisões éticas. Até que essa evidência amadureça, a aplicação mais consistente combina proteção firme contra favorecimento com análise individualizada de serviços legítimos, evitando tanto a normalização de kickbacks quanto a proibição indiscriminada de inovação administrativa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 21 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011. Estrutura o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12529.htm. Acesso em: 21 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a organização e o funcionamento das Cooperativas de Trabalho. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12690.htm. Acesso em: 21 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm. Acesso em: 21 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm. Acesso em: 21 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 21 set. 2026.

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, Brasília, DF, 1 out. 1957. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm. Acesso em: 21 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo e institui o regime jurídico das sociedades cooperativas. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5764.htm. Acesso em: 21 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 21 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.460, de 21 de maio de 2026. Veda o pagamento, recebimento ou concessão de vantagem econômica vinculada à contratação de médicos ou à indicação de serviços assistenciais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 109, seção 1, p. 200, 15 jun. 2026a. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2026/2460_2026.pdf. Acesso em: 21 set. 2026.

HALL, Louise H. *et al.* Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. PLOS ONE, v. 11, n. 7, e0159015, 2016. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015.

KELLOGG, Katherine C.; VALENTINE, Melissa A.; CHRISTIN, Angèle. Algorithms at work: the new contested terrain of control. Academy of Management Annals, v. 14, n. 1, p. 366–410, 2020. DOI: https://doi.org/10.5465/annals.2018.0174.

PANAGIOTI, Maria *et al.* Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine, v. 178, n. 10, p. 1317–1331, 2018. DOI: https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713.

ROSENBLAT, Alex; STARK, Luke. Algorithmic labor and information asymmetries: a case study of Uber's drivers. International Journal of Communication, v. 10, p. 3758–3784, 2016. Disponível em: https://ijoc.org/index.php/ijoc/article/view/4892. Acesso em: 21 set. 2026.

UNIÃO EUROPEIA. Directive (EU) 2024/2831 of the European Parliament and of the Council of 23 October 2024 on improving working conditions in platform work. Official Journal of the European Union, 11 nov. 2024. Disponível em: https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2024/2831/oj. Acesso em: 21 set. 2026.

VALLAS, Steven; SCHOR, Juliet B. What do platforms do? Understanding the gig economy. Annual Review of Sociology, v. 46, p. 273–294, 2020. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-soc-121919-054857.

WOOD, Alex J. *et al.* Good gig, bad gig: autonomy and algorithmic control in the global gig economy. Work, Employment and Society, v. 33, n. 1, p. 56–75, 2019. DOI: https://doi.org/10.1177/0950017018785616.