
Nota Técnica IBIM nº 01/2026

Retaliação Institucional contra Médicos Denunciantes na Saúde Suplementar Brasileira
Março de 2026

EMENTA

Análise do fenômeno da retaliação institucional contra médicos cooperados e credenciados que denunciam irregularidades no ambiente da saúde suplementar brasileira. O documento examina o conceito jurídico de retaliação, suas modalidades documentadas, a extensão do dano à população e ao sistema assistencial, a lacuna de proteção no ordenamento nacional e o papel estrutural da omissão regulatória no silenciamento de denunciantes. Apresenta recomendações institucionais imediatas e os pilares do marco legislativo pelo qual o IBIM milita. Conclui que a ausência de proteção efetiva ao médico denunciante não é falha regulatória acidental — é condição de funcionamento do modelo.

I. O Problema que Ninguém Nomeia

Há um pressuposto não declarado que organiza o mercado médico na saúde suplementar brasileira: quem denuncia paga. O médico que questiona a operadora, que resiste à interferência no ato clínico, que registra formalmente uma irregularidade — esse médico aprende, pelos meios mais concretos possíveis, que a denúncia tem preço. Perde o vínculo. Perde o acesso a pacientes. Perde a região.

Esse mecanismo não opera por acidente. Ele opera porque funciona. Cada médico retaliado que desaparece do mercado envia uma mensagem a dezenas de colegas que observam em silêncio: calar é racional, falar é arriscado. A retaliação não precisa ser ubíqua para ser eficaz — precisa ser crível. E no Brasil de 2026, ela é.

O dano não para no médico. Ele se propaga pelo sistema inteiro. Quando a voz clínica é silenciada, o paciente perde o profissional que prescrevia o que era necessário — não o que era conveniente para a margem de lucro da operadora. A retaliação ao médico denunciante é, em última análise, uma política de gestão assistencial que mata.

II. Do Conceito Jurídico de Retaliação Institucional

Retaliação institucional é a resposta punitiva de uma organização a um ato de denúncia praticado por alguém em posição de dependência ou vulnerabilidade em relação a ela. Na saúde suplementar, o médico cooperado ou credenciado ocupa exatamente essa posição: sua capacidade de exercer a profissão na região depende, em grau determinante, do acesso à rede que a operadora controla.

A distinção entre retaliação e conflito contratual legítimo não é semântica — é jurídica e factual. O conflito contratual legítimo pressupõe motivação técnica documentada, processo avaliativo regular e decisão fundamentada. A retaliação se caracteriza por três elementos que a distinguem com precisão: **nexo temporal imediato** entre a denúncia e a punição; **ausência de motivação técnica autônoma** que justifique a medida independentemente da denúncia; e **velocidade de execução incompatível** com qualquer processo avaliativo sério.

Quando um médico é desligado no dia seguinte à sua denúncia, quando prontuários são bloqueados antes de qualquer decisão administrativa formal, quando um edital de cooperação suprime uma especialidade inteira sem estudo de demanda — não há avaliação. Há resposta. A velocidade é, ela mesma, a prova.

III. Das Modalidades Documentadas

A retaliação institucional médica opera por modalidades que se apresentam isoladamente ou em combinação crescente de gravidade. O IBIM documenta as seguintes formas principais:

(a) Exclusão do quadro de cooperados. A forma mais severa e mais frequente. O médico cooperado — vinculado à operadora por relação associativa, não empregatícia — é desligado do quadro sem motivação técnica, utilizando cláusulas estatutárias de exclusão que, na prática, equivalem à rescisão unilateral sem contraditório efetivo. A natureza cooperativista da relação é instrumentalizada como escudo: não há vínculo empregatício a proteger, não há CLT a invocar, não há reintegração a requerer.

(b) Manipulação de edital de cooperação. Supressão artificial de especialidades no edital de cooperação — o único mecanismo legítimo de ingresso na cooperativa —, seguida de contratação paralela dos mesmos profissionais por credenciamento. A distinção é juridicamente relevante: o credenciamento de médico por cooperativa é via que a própria entidade reconhece como incompatível com sua natureza jurídica. Ao fechar o edital para o denunciante e abrir o credenciamento para o alinhado, a cooperativa usa uma via que ela própria considera ilícita — e o faz seletivamente, em favor de quem colaborou com a

retaliação. Isso transforma irregularidade administrativa em elemento de dolo.

(c) Bloqueio de prontuários e descontinuidade assistencial. Impedimento ao acesso do médico a registros clínicos de pacientes sob seus cuidados e obstrução ao acompanhamento pós-operatório. Além do dano direto ao profissional, essa modalidade expõe pacientes a risco assistencial imediato e documentável — tornando-a a mais grave sob o aspecto ético e a mais utilizável sob o aspecto probatório.

(d) Isolamento regional por pressão sobre terceiros. Comunicação informal ou formal a hospitais, clínicas e outros empregadores para que não admitam o médico denunciante. Essa modalidade transforma a retaliação individual em exclusão regional: o profissional não perde um vínculo — perde o acesso ao mercado inteiro. Em regiões onde uma única operadora concentra mais de 80% da saúde suplementar, o isolamento regional equivale ao fim da carreira local.

(e) Glosa como punição e retenção de remuneração condicionada. Uso estratégico de glosas — não pagamento de procedimentos realizados — para sufocar financeiramente o médico que questiona auditorias ou denuncia irregularidades. Em casos documentados, o pagamento de valores devidos é condicionado à assinatura de distrato ou instrumento que implique renúncia a direitos ou silêncio sobre as irregularidades denunciadas.

(f) Algoritmos de perfilamento e direcionamento negativo. Prática emergente: uso de sistemas de pontuação por custo assistencial para reduzir encaminhamentos a médicos "indesejados" dentro das plataformas de agendamento das próprias operadoras. A retaliação torna-se invisível, algorítmica e juridicamente difícil de nomear — mas seus efeitos sobre a receita do profissional são tão concretos quanto um desligamento formal.

(g) Ameaça velada e pressão institucional. Comunicações que, sem constituir ameaça explícita, sinalizam consequências graves ao denunciante caso persista. Por sua natureza informal, é a modalidade mais difícil de documentar — e, por isso, a que mais depende de registro imediato com data certa por parte do médico.

IV. Da Extensão do Dano: além do médico

A narrativa que enquadra a retaliação como problema do médico é parte do problema. O dano ao profissional é a ponta visível de um fenômeno cujos efeitos se propagam pelo sistema assistencial inteiro — e atingem diretamente a população.

A OMS estima que quase um em cada dez pacientes sofre danos na atenção à saúde e que mais da metade desses danos é evitável. Sistemas de segurança do paciente dependem da detecção precoce de riscos e eventos adversos. Quando existe uma cultura de medo e retribuição, a OMS é direta: o resultado é perda de aprendizado, porque os profissionais deixam de reportar ou reportam "pela metade". Sem a voz do médico, o sistema fica cego.

A evidência é consistente. Estudos publicados no *Journal of the American Medical Association* e na literatura de segurança do paciente documentam que o medo de retaliação é preditor real de silêncio — não paranoia. Uma revisão integrativa sobre voz e silêncio em saúde identificou que intervenções para estimular denúncias internas frequentemente falham porque a cultura organizacional não apoia quem fala. Pesquisa com residentes e cirurgiões revelou que 60% tendem ao silêncio quando eventos de segurança envolvem figuras de autoridade — e que o medo de retaliação é fator determinante.

O efeito mais grave não é individual — é sistêmico. Cada médico silenciado retira do sistema uma fonte de informação sobre falhas, riscos e irregularidades que nenhuma auditoria interna substituirá. Cada retaliação bem-sucedida confirma aos demais que o silêncio é a única estratégia racional. O sistema aprende, progressivamente, a não aprender.

Há ainda o efeito sobre a distribuição de especialistas. A retaliação sistêmica em regiões dominadas por uma única operadora cria o que a literatura chama de "exílio econômico do especialista": o profissional competente que recusa a submissão migra — para outra região, para o setor público, para o exterior. A população que permanece perde acesso ao médico que prescrevia o que era necessário, não o que era conveniente para a planilha de custos da operadora.

V. Da Lacuna de Proteção no Ordenamento Brasileiro

O Brasil não dispõe de mecanismo legal específico de proteção a whistleblowers médicos. A Lei nº 13.608/2018, que trata da proteção ao denunciante de irregularidades, é voltada ao âmbito da administração pública e não alcança relações entre médicos cooperados e operadoras privadas. A Lei nº 9.656/1998, que regula os planos de saúde, não contém nenhum dispositivo de proteção ao profissional denunciante. A Lei nº 5.764/1971, que rege as cooperativas, não prevê qualquer salvaguarda para o cooperado que denuncia irregularidades da própria entidade.

O Código de Ética Médica assegura a liberdade profissional e veda a submissão a interesses que comprometam a dignidade do ato médico. CFM e CRMs têm, portanto, base normativa para agir diante de retaliação documentada. A realidade revela sistematicamente o oposto: os conselhos regionais enquadram retaliação estrutural como conflito contratual bilateral — subtraindo da análise exatamente o elemento que a caracteriza como retaliação: o nexo com a denúncia.

O resultado prático dessa lacuna é uma assimetria estrutural e deliberada: o médico que denuncia enfrenta punição imediata e certa, sem qualquer garantia de proteção durante o tempo em que a denúncia tramita — que se mede em meses ou anos. O retaliador opera sem obstáculo. O denunciante opera sem rede.

O direito comparado há muito superou esse ponto. A Diretiva Europeia 2019/1937 estabelece proibição ampla de retaliação, presunção de nexo causal a favor do denunciante, inversão do ônus da prova e medidas provisórias imediatas — reconhecendo que a justiça lenta destrói o denunciante antes do mérito ser julgado. O UNODC publicou diretrizes específicas para o setor saúde definindo confidencialidade, mecanismos de prevenção e sanções contra retaliação como componentes não negociáveis de qualquer sistema sério. O NHS britânico estruturou a política "Freedom to Speak Up" sobre o princípio de que falar não pode custar nada — e que cuidado de qualidade depende dessa garantia. O Brasil está décadas atrás.

VI. Da Omissão Regulatória como Elemento Constitutivo do Sistema

A omissão dos órgãos reguladores diante de retaliação documentada não é falha isolada. É padrão. E padrão tem explicação estrutural.

Conselhos de medicina dependem, para sua legitimidade corporativa, de não confrontar as estruturas econômicas que organizam o mercado de trabalho médico. A ANS tem mandato voltado à relação operadora-beneficiário — não à proteção do profissional médico. O Ministério Público, quando acionado, frequentemente enquadra a retaliação como litígio privado bilateral, afastando a dimensão coletiva e institucional do fenômeno. A Polícia Civil, quando depende de autoridade com conflito de interesse estrutural, paralisa.

Cada arquivamento sem fundamentação técnica, cada indeferimento que enquadra retaliação estrutural como "questão contratual", cada sindicância paralisada cumpre uma função sistêmica precisa: confirma ao médico que considera denunciar que não há proteção

disponível. O efeito dissuasório não depende de coerção ativa — depende da certeza, sedimentada por casos anteriores, de que denunciar significa perder.

A omissão regulatória não é exterior ao sistema de silenciamento. É parte constitutiva dele. O IBIM documenta essa omissão com a mesma precisão com que documenta a conduta retaliadora — porque ambas produzem o mesmo resultado: o médico calado e o sistema intacto.

VII. Diagnóstico, Recomendações e Horizonte Legislativo

O fenômeno da retaliação institucional médica na saúde suplementar brasileira apresenta as seguintes características estruturais, consolidadas pelo IBIM:

A retaliação não é resposta a má conduta profissional — é resposta a denúncia. O alvo é o médico que questiona, não o médico que erra. Isso inverte a lógica disciplinar que deveria reger as relações no setor.

A retaliação opera com velocidade incompatível com qualquer processo regular. Essa velocidade não é descuido — é premeditação. A estrutura retaliadora estava preparada para agir.

A omissão regulatória em cascata não é coincidência. É o padrão esperado quando as denúncias ameaçam estruturas com poder de influência sobre essas mesmas instituições.

O efeito mais grave recai sobre a população. Pacientes que perdem o médico. Regiões que perdem especialistas. Um sistema que perde a capacidade de se corrigir porque silenciou as vozes que o fariam aprender.

Recomendações Institucionais Imediatas

O IBIM recomenda, no plano institucional imediato, as seguintes medidas:

Ao CFM e CRMs: estabelecer protocolo específico para casos de denúncia seguida de retaliação, distinguindo-os formalmente de conflitos contratuais bilaterais. A velocidade entre denúncia e punição deve ser critério objetivo de análise — não elemento ignorado. Sindicâncias em que o denunciado tem influência sobre o conselho regional devem ser avocadas pelo CFM como regra, não como exceção.

À **ANS**: ampliar o mandato de fiscalização para incluir a relação operadora-médico cooperado como variável de qualidade assistencial. Operadoras que sistematicamente excluem médicos no período imediato a denúncias devem ser objeto de fiscalização extraordinária — independentemente de provocação.

Ao CADE: reconhecer que o fechamento de mercado médico por retaliação é infração à ordem econômica com efeito coletivo dissuasório. A Súmula nº 7 do próprio CADE já oferece o enquadramento adequado. Arquivamentos que ignoram esse precedente devem ser revistos de ofício.

Ao MPF e MPs estaduais: tratar a retaliação a médico denunciante como fenômeno de dimensão coletiva — não como litígio privado bilateral. O dano à população e ao sistema assistencial é interesse difuso que justifica atuação ministerial independente de provocação individual.

Horizonte Legislativo

O IBIM milita pela aprovação de marco legislativo específico de proteção ao médico denunciante na saúde suplementar. A experiência internacional converge em torno de pilares inegociáveis, sem os quais qualquer proteção é simbólica:

Presunção de retaliação. Demonstrado nexos temporal entre denúncia e punição, o ônus de provar que a medida não decorreu da denúncia é integralmente do retaliador — não do médico. Esse é o elemento que a Diretiva Europeia 2019/1937 e o Conselho da Europa identificam como a peça central de qualquer sistema que funcione na prática.

Medida provisória imediata. O médico retaliado precisa de proteção antes do trânsito em julgado — não depois. Um processo que dura anos enquanto o profissional não consegue trabalhar na região não é proteção: é a retaliação com nome diferente. A lei precisa prever suspensão imediata dos efeitos da retaliação como medida cautelar de direito.

Confidencialidade estrutural. A identidade do denunciante não pode depender da boa-fé do órgão que recebe a denúncia. Precisa ser protegida por design — com sanção para qualquer revelação não autorizada.

Sanção pessoal ao retaliador. Sem punição ao gestor que retalia, a mensagem institucional é inequívoca: quem manda aqui é quem cala você. A responsabilidade não pode ser apenas

da pessoa jurídica — precisa alcançar a pessoa física que tomou a decisão.

Canal externo independente. A denúncia que passa exclusivamente pelo canal interno da entidade que retalia não é proteção — é armadilha. A lei precisa garantir acesso direto a canal externo independente, com prazo de resposta obrigatório e consequência para o silêncio institucional.

O IBIM está em interlocução com atores do Legislativo federal para a construção desse marco. Médicos, juristas e organizações da sociedade civil que queiram contribuir com essa construção podem contatar o Instituto pelo canal institucional.

VIII. Conclusão

Denunciar irregularidades na saúde suplementar não é ato de heroísmo — é dever profissional. Transformá-lo em ato suicida do ponto de vista econômico e profissional é uma política. Uma política que o sistema adotou, que os órgãos reguladores toleraram e que a população paga com a degradação silenciosa da assistência que recebe.

O IBIM foi constituído para nomear esse problema com precisão, documentá-lo com rigor e enfrentá-lo com os únicos instrumentos que produzem mudança estrutural: expedientes que órgãos precisam responder, evidência que não pode ser ignorada e pressão institucional que não desaparece com o silêncio.

O médico que denuncia não pode continuar sendo o único a pagar pelo sistema que todos usam.

Balneário Camboriú, março de 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE INTEGRIDADE MÉDICA