



Artigo

O Médico Generalista como Arquiteto da Sustentabilidade em Saúde: Uma Análise Aprofundada da Interface com a Auditoria Médica

Por Sergio Antonio Dias da Silveira Júnior

Resumo

Objetivo: Analisar o papel estratégico do médico generalista na promoção da sustentabilidade dos sistemas de saúde, com foco na sua interface com os processos de Auditoria Médica.

Método: Revisão narrativa e analítica baseada em diretrizes de sociedades médicas nacionais e internacionais, resoluções de órgãos reguladores, literatura acadêmica sobre gestão e valor em saúde, e dados recentes do cenário brasileiro, enriquecida por cenários clínicos e dados quantitativos.

Resultados: A prática do generalista alinhada a evidências é um vetor central na racionalização de recursos, mitigando desperdícios classificados como overuse, misuse e underuse. A Auditoria Médica, reconhecida como Ato Médico e competência clínica avançada, legitima a boa prática e a segurança do paciente. Dados brasileiros indicam que a maior parte dos custos assistenciais está associada a internações e exames, reforçando a necessidade da gestão criteriosa pelo generalista.

Conclusão: O médico generalista, ao dominar a interface com a auditoria, evolui de um mero provedor de cuidados para um arquiteto do Valor em Saúde, posicionando-se como agente central na construção de sistemas de saúde mais seguros, eficientes e equitativos.

1. Introdução: A Crise de Sustentabilidade e a Centralidade da Atenção Primária

Os sistemas de saúde enfrentam uma crise global de sustentabilidade. No Brasil, essa realidade é quantificável: em 2021, as despesas com saúde atingiram R\$ 872,7 bilhões, equivalendo a 9,7% do PIB, com os serviços privados representando 63,7% do gasto das famílias [1]. O setor suplementar, por sua vez, atendia 52,2 milhões de beneficiários no início de 2025 e movimentou R\$ 256,8 bilhões em despesas assistenciais em 2024 [2]. Vetores como tratamentos oncológicos, terapias para doenças raras, judicialização e a contínua incorporação de novas tecnologias elevam os custos e a complexidade do sistema [2, 3].

Essa “tempestade perfeita” — onde o envelhecimento populacional e as doenças crônicas encontram a inovação tecnológica — ameaça a sustentabilidade dos modelos assistenciais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que a simples injeção de mais recursos é insuficiente, sendo necessária uma reorientação estratégica para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) [4]. A APS, coordenada pelo médico generalista, é reconhecida por seus atributos de acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, que se associam a melhores indicadores de saúde e custos globais mais baixos [5, 6]. Dados indicam que, enquanto 71% da população brasileira realizou uma consulta médica no último ano, as hospitalizações, eventos de maior custo, ocorreram em 10% dos casos, evidenciando o papel central da APS na gestão da demanda por serviços de saúde [7].

2. Desmistificando a Auditoria Médica: De Ferramenta de Controle a Aliada da Qualidade

A pergunta “Quem gosta de ser auditado?” [3] revela uma barreira cultural. A auditoria é frequentemente vista como um processo fiscalizatório e punitivo. Contudo, essa percepção ignora sua verdadeira finalidade. Como afirma A. M. Malik, “Quem tem medo da auditoria não sabe para o que ela serve... ou tem pouco interesse em qualidade.” [8]. A auditoria moderna é uma ferramenta de governança clínica essencial para a segurança do paciente e a gestão responsável [9]. O Parecer CRM-PR nº 2844/2021 a define como um “instrumento de cidadania que viabiliza a assistência médica de qualidade, a um valor justo, baseada na melhor evidência disponível” [3].

O Conselho Federal de Medicina (CFM) caracteriza a auditoria como um ato médico [10], pois exige conhecimento técnico integrado e está sob a égide do Código de Ética. Sua importância foi consolidada com o reconhecimento da Auditoria Médica como Área de Atuação pela Resolução CFM nº 2.330/2023, um marco que formaliza a profissionalização e a relevância estratégica dessa função no sistema de saúde [11].

Finalidade	Descrição
Necessidade clínica	Avaliar se o procedimento é clinicamente indicado e necessário.
Pertinência e eficiência	Verificar a adequação e a relação custo-benefício do cuidado prestado.
Qualidade e segurança	Garantir que o atendimento seja baseado nas melhores evidências e seguro para o paciente.

3. A Interface Crítica: O Ato Médico Generalista e o Combate ao Desperdício

Cada consulta na Atenção Primária representa uma encruzilhada decisória com potencial para otimizar ou onerar todo o sistema de saúde. É na prática diária do médico generalista que a teoria da sustentabilidade se materializa, principalmente através do combate ativo ao desperdício. Segundo o Institute of Medicine, o desperdício em saúde pode ser categorizado de forma a guiar a análise da boa prática [12]:

Overuse (Uso Excessivo): A utilização de serviços de saúde cujo risco de dano supera o benefício potencial. Leva à iatrogenia, ansiedade no paciente e custos diretos desnecessários.

Underuse (Subutilização): A falha em prover serviços de saúde com benefício comprovado. Resulta em morbidade evitável, progressão de doenças e, paradoxalmente, custos futuros mais elevados.

Misuse (Mau Uso): A ocorrência de um erro evitável na prestação de um cuidado, que pode causar danos ao paciente. Gera eventos adversos, falhas terapêuticas e mina a confiança no sistema.

Os atributos essenciais da Atenção Primária, inerentes à atuação do generalista, funcionam como antídotos naturais a essas falhas. A longitudinalidade permite a “espera vigilante” (watchful waiting), combatendo o overuse de exames em quadros autolimitados. A integralidade da abordagem previne o misuse de tratamentos que poderiam ser inadequados considerando as comorbidades do paciente. E a coordenação do cuidado é a principal ferramenta contra a fragmentação que leva tanto ao overuse (exames repetidos) quanto ao underuse (lacunas na assistência). Os cenários a seguir ilustram essa dinâmica.

Cenário 1: Overuse na Solicitação de Exames em Lombalgia Aguda

O overuse de exames de imagem em lombalgia aguda é um exemplo clássico. A conduta baseada em evidências, defendida por diretrizes internacionais como as do American College of Physicians (ACP) [13] e espelhada no Brasil pela diretriz “Dor Lombar Aguda” da AMB/CFM [14], desaconselha a realização rotineira desses exames. A decisão de não solicitar um exame desnecessário está amparada no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), que veda o uso de meios não reconhecidos cientificamente como benéficos (Art. 32), prevenindo a iatrogenia de “incidentalomas” e honrando o princípio de atuar sempre em benefício do paciente [15]. O registro claro deste raciocínio no prontuário — “paciente sem sinais de alarme, optado por tratamento conservador conforme diretrizes” — transforma-se na principal peça de comunicação com o médico auditor, validando a conduta e evitando glosas desnecessárias.

Cenário 2: Misuse na Polifarmácia em Idosos

A polifarmácia em idosos é um campo fértil para o misuse. A ferramenta internacional para guiar a “desprescrição” são os Critérios de Beers [16]. No Brasil, a referência é o “Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos (CBMPI)” [17]. O generalista, ao utilizar o CBMPI para “desprescrever” fármacos de risco, realiza uma intervenção de alta complexidade e valor [18], alinhada ao princípio ético fundamental de atuar sempre em benefício do paciente e evitar danos (Capítulo I, Inciso XIII) [15]. Novamente, o prontuário é fundamental: documentar a revisão da farmacoterapia, a justificativa para cada ajuste e o plano de monitoramento demonstra um cuidado proativo e de alta qualidade, perfeitamente auditável e defensável.

Cenário 3: Underuse da Capacidade Coordenadora na Dispepsia

O encaminhamento precoce e não criterioso pode levar a um underuse da capacidade resolutiva da APS e iniciar uma custosa “cascata de investigações” [19]. A abordagem racional, recomendada pela diretriz “Dispepsia” da AMB/FBG [20], é a estratégia de “testar e tratar” o *H. pylori*. Esta abordagem escalonada reflete a responsabilidade ética do médico de requisitar exames apenas quando “necessários” (Capítulo II, Art. 7º) [15]. Ao documentar essa abordagem passo a passo, o generalista não apenas presta um cuidado mais eficiente, mas também cria um registro lógico e transparente que demonstra à auditoria (especialmente a retrospectiva) um uso criterioso e racional dos recursos do sistema.

4. Elevando a Prática: Do Gerenciamento de Custos à Geração de Valor em Saúde (VBHC)

O modelo de remuneração tradicional predominante, o fee-for-service (pagamento por procedimento), embora simples, gera um incentivo perverso ao volume de serviços, muitas vezes desassociado da qualidade ou do resultado final para o paciente. É nesse contexto que emerge o conceito de Valor em Saúde (Value-Based Healthcare – VBHC), proposto por Michael Porter, como uma mudança de paradigma fundamental para a sustentabilidade [21]. A premissa é simples e poderosa: o sistema de saúde deve ser organizado, medido e remunerado com base no valor que gera para os pacientes. O valor, nesta perspectiva, é expresso pela equação:

O grande diferencial do VBHC está na definição de “desfechos”. Eles não são apenas marcadores laboratoriais ou a simples realização de um procedimento, mas sim os resultados que realmente importam para a vida do paciente, organizados em uma hierarquia:

Nível 1: Sobrevida e grau de recuperação. Atingir o controle de uma doença crônica ou a cura de uma condição aguda.

Nível 2: Tempo e qualidade da recuperação. Reduzir eventos adversos, complicações e o tempo para o retorno à normalidade.

Nível 3: Sustentabilidade da saúde. Prevenir recorrências, novas doenças e garantir a manutenção da qualidade de vida a longo prazo.

O médico generalista, ao coordenar o cuidado de um paciente diabético, por exemplo, gera valor não apenas ao controlar a hemoglobina glicada (Nível 1), mas ao evitar uma internação por cetoacidose (Nível 2) e, crucialmente, ao prevenir complicações como retinopatia e nefropatia (Nível 3). Ele atua no numerador (desfechos) e também no denominador (custos), pois gerencia o custo total do ciclo de cuidado, e não apenas o preço da consulta. Dados brasileiros confirmam a urgência dessa abordagem:

Tabela 1. Evolução da Despesa Média por Evento (Brasil, 2019-2024)

Tipo de Despesa	Crescimento Relativo (%)
Internações	+25% a +30%
SADT (exames e terapias)	+20% a +25%
Consultas médicas	+5% a +10%

Fonte: Adaptado de Priszkulnik G. [2]

Esses números demonstram que o maior impacto na sustentabilidade vem da gestão inteligente dos eventos de alto custo, como internações e exames complexos — exatamente onde a atuação preventiva e coordenadora do generalista é mais eficaz.

Essa mudança de paradigma exige também uma evolução da auditoria. A auditoria tradicional, focada em conformidade, pergunta: “Este procedimento foi autorizado e realizado corretamente?”. A Auditoria Baseada em Valor, por outro lado, pergunta: “Esta linha de cuidado, como um todo, entregou os melhores desfechos possíveis para o paciente da forma mais eficiente?”. Ela passa a avaliar a jornada do paciente, a adesão a protocolos de valor e os resultados obtidos, tornando-se uma ferramenta essencial para medir e fomentar a verdadeira geração de valor no sistema.

5. Conclusão: O Generalista como Agente de Transformação

A sustentabilidade do sistema de saúde depende mais de inteligência na gestão do cuidado do que de aumento de recursos. O médico generalista, ao dominar a interface com a Auditoria Médica, torna-se líder clínico e agente de transformação. A auditoria, vista como diálogo técnico e educativo, fortalece a integração entre assistência e regulação, essencial para sistemas de saúde equitativos e eficientes. No contexto da transformação digital e da análise de dados, o generalista que pratica medicina baseada em evidências e registra seu raciocínio claramente é o verdadeiro arquiteto do Valor em Saúde.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conta-Satélite de Saúde 2021. Agência IBGE de Notícias [Internet]. 2022 Dez 16 [citado 2025 Jul 14]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35829-em-2021-despesas-com-saude-chegam-a-r-872-7-bilhoes-9-7-do-pib>

2. Prizskulnik G. Auditoria Médica Sustentabilidade das Operadoras de Planos de Saúde [Apresentação em PowerPoint]. Goiânia; 2025.

3. Farinhaki IO. A Relação do Médico Auditor com a Prática Médica e a Sustentabilidade do Sistema de Saúde [Apresentação em PowerPoint]. 2024.

4. World Health Organization (WHO). A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2018. Report No.: WHO/HIS/HGF/18.1.

5. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.

6. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2003;81(3):457-502.

7. Silva AM, Giatti L, de Moura L, Malta DC. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: uma revisão sistemática com metanálise. *Rev Saude Publica.* 2017; 51:30.

8. Malik AM. Prefácio. In: Gonçalves VF, editor. *Fronteiras da Auditoria em Saúde*. Vol II. São Paulo: RTM; 2009. p. 25-36.

9. Salles A, Santos L. Auditoria em Saúde: Aspectos Práticos e Jurídicos. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2021.

10. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM Nº 2.313, de 14 de abril de 2022. Define a auditoria médica como ato médico e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 abr 2022. Seção I, p. 235.*

11. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM Nº 2.330, de 03 de março de 2023. Homologa a Portaria CME nº 1/2023, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 mar 2023. Seção I, p. 112.*

12. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA.* 2012;307(14):1513-6.

13. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017;166(7):514–30.

14. Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes: Dor Lombar Aguda. São Paulo; 2011.

15. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 nov 2018. Seção I, p. 179.*

16. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(7):2052-81.

17. Oliveira MG, Amorim VCSA, Oliveira CRB, Coimbra MVT, Neto AP, Bezerra MC, et al. Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos. *Geriatr Gerontol Aging.* 2016;10(4):168-85.

18. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015;175(5):827-34.

19. Kassirer JP. The use and abuse of practice profiles. *N Engl J Med.* 1994;330(9):634-6.

20. Federação Brasileira de Gastroenterologia; Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes: Dispepsia. São Paulo; 2004.

21. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev.* 2013;91(10):50-70.

SERGIO ANTONIO DIAS DA SILVEIRA JUNIOR

Serviço de Dermatologia, Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.