

Formação custo-consciente do médico: análise ética

Miriam Pinillos Marambaia¹, Liliane Lins-Kusterer², Mary Gomes Silva¹, Carolina Villa Nova Aguiar¹, Dilton Rodrigues Mendonça¹, Marta Silva Menezes¹

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador/BA, Brasil. 2. Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil.

Resumo

O desperdício em saúde é uma preocupação de âmbito mundial. A campanha Choosing Wisely (“escolher com sabedoria”) propõe discutir custos desnecessários na assistência à saúde, aspecto ético relevante na formação médica. O objetivo deste estudo é analisar a percepção do docente médico de fatores que interferem na formação custo-consciente do estudante de medicina. Trata-se de estudo qualitativo, realizado com docentes médicos do internato. Os dados foram submetidos à técnica de análise temática. Responderam ao questionário 64 professores. Emergiram as categorias: formação médica precária, medicina defensiva/medo, influência da indústria e do consumo, falta de conhecimento/comprometimento com a gestão dos serviços de saúde, acesso do paciente a informações médicas na web e ausência do cuidado na atenção à pessoa. Os docentes, enquanto potenciais formadores, apresentam lacunas na formação ética e humanística profissional que dificultam a aplicabilidade da campanha de conscientização em relação a custos pelo médico.

Palavras-chave: Ética médica. Custos de cuidados de saúde. Corpo docente de medicina. Bioética.

Resumen

Formación médica consciente de los costos: análisis ético

El desperdicio en salud es una preocupación a nivel mundial. La campaña Choosing Wisely (“elegir sabiamente”) propone discutir costos innecesarios en la atención sanitaria, un aspecto ético relevante en la formación médica. El objetivo de este estudio es analizar la percepción del docente médico sobre los factores que interfieren en la formación consciente de los costos del estudiante de medicina. Se trata de un estudio cualitativo, realizado con docentes médicos del internado. Los datos se sometieron a la técnica de análisis temático y 64 profesores respondieron al cuestionario. Surgieron las categorías: formación médica deficiente, medicina defensiva/miedo, influencia de la industria y del consumo, falta de conocimiento/compromiso con la gestión de los servicios de salud, acceso del paciente a información médica en la web y ausencia de cuidado en la atención a la persona. Los docentes, como potenciales formadores, presentan lagunas en la formación ética y humanística profesional que dificultan la aplicabilidad de la campaña de concienciación médica respecto a los costos.

Palabras-clave: Ética médica. Costos de la atención en salud. Docentes médicos. Bioética.

Abstract

Cost-conscious training of the physician: ethical analysis

Waste in health is a global concern. The Choosing Wisely campaign proposes to discuss unnecessary costs in health care, a relevant ethical aspect in medical education. The objective of this study is to analyze the perception of medical professors of factors that interfere in the cost-conscious education of medical students. This is a qualitative study, carried out with medical professors of an internship program. The data were subjected to the thematic analysis technique. In total, 64 professors answered the questionnaire. The following categories emerged: poor medical training, defensive medicine/fear, influence of industry and consumption, lack of knowledge/commitment to the management of health services, patients' access to medical information online, and deficient patient care. Professors, as potential trainers, have gaps in professional ethical and humanistic training that hinder the applicability by the physician of the awareness campaign regarding costs.

Keywords: Ethics, medical. Health care costs. Faculty, medical. Bioethics.

Declararam não haver conflito de interesse.

Aprovação CAEE 57164216.1.0000.5544

O pensamento custo-consciente – e o que ele representa na formação do profissional médico – tem sido cada vez mais presente nas discussões médicas¹. É responsabilidade ética e profissional de médicos e outros profissionais de saúde evitar o uso excessivo e indevido de cuidados que não beneficiam os pacientes. Há um conflito crucial entre a busca por prestação de cuidados de saúde de qualidade e a necessidade de controlar os custos crescentes².

A questão não se resume à gestão de custos, mas também ressalta a importância de uma abordagem ética e responsável por parte de profissionais de saúde na tomada de decisões relacionadas ao uso de recursos de saúde, desde a formação dos referidos profissionais². Estudos internacionais na área de ética do cuidado em saúde e economia apontam que, nas últimas três décadas, o aumento exponencial de tecnologias em saúde incorporadas aos processos de trabalho nos serviços de saúde se associa tanto à queda na mortalidade quanto ao crescimento do volume de conhecimento e informação produzido e ao custo da assistência médica. A análise das fontes de melhorias na saúde e na eficácia dos tratamentos pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de abordagens mais precisas e eficientes na gestão da saúde e, assim, para o aprimoramento da assistência e da alocação de recursos com vista a melhorar a qualidade de vida e promover a longevidade da população³.

Os conteúdos de ética ministrados durante a formação de médicos e demais profissionais da saúde precisam ser trabalhados de forma vertical e horizontal, e a prática deve ser pautada nas diretrizes éticas⁴. É necessário criar condições mais favoráveis para a saúde das populações pelo emprego de novas tecnologias e distribuição justa dos recursos em saúde. Na gestão eficiente de sistemas de serviços de saúde, há o reconhecimento de potencial conflito entre ética da saúde e ética econômica. Profissionais prescritores são considerados pilares na responsabilidade da gestão em saúde, uma vez que a solicitação de exames e as prescrições encontram-se sob seu controle. Apesar de esses profissionais discordarem de que a prática clínica possa ser definidora de gastos excessivos em saúde, eles concordam que é sua responsabilidade tentar contê-los^{5,6}.

O aporte da ética e bioética na educação, entendida como processo contínuo da formação,

deve contribuir para formar profissionais médicos conscientes da necessidade de adotar um comportamento guiado por decisões sábias na prática clínica^{7,8}. A formação médica se relaciona com múltiplos contextos e fatores em determinado tempo, como macroestruturas, tendências econômicas e políticas, conceitos de saúde e de necessidade de saúde, assim como com a organização dos serviços e políticas de saúde e, particularmente, a prática médica⁷.

Para reafirmar os princípios e valores do profissionalismo médico, surgiu nos Estados Unidos, em 2012, a campanha Choosing Wisely (CW), que em português significa “escolher com sabedoria”, lançada pela American Board of Internal Medicine (ABIM). Trata-se de proposta de discussão e conscientização de médicos e pacientes sobre custos desnecessários em cuidados da saúde^{1,2}. Com o sucesso, em 2014 a iniciativa foi implantada no Canadá e difundida em várias partes do mundo¹.

Uma aprendizagem bem-sucedida sobre custo-consciência ocorre por três processos: 1) a comunicação efetiva do conhecimento da economia geral da saúde e dos preços dos serviços de saúde, das evidências científicas sobre diretrizes clínicas e benefícios e malefícios dos cuidados de saúde, e dos valores pessoais e preferências do paciente⁹; 2) mediação de uma prática reflexiva para fornecer *feedback* sobre a práxis do estudante, com acompanhamento de seu desenvolvimento; e 3) criação de um ambiente de apoio no qual a organização do sistema de saúde e a presença de professores médicos e profissionais de saúde que sirvam como modelos no cuidado custo-consciente estabeleçam uma cultura institucional que facilite ao estudante atingir esse objetivo⁹.

Com o entendimento que estudantes de medicina aprendem também pela observação de seus professores, a proposta deste estudo foi analisar a percepção do docente médico sobre fatores que interferem na formação ética custo-consciente do estudante de medicina.

Método

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa que teve como critério de inclusão professores que compõem o quadro de docentes do período do

internato, 5º e 6º anos, respectivamente, de um curso de medicina de uma instituição privada localizada em Salvador, Bahia, Brasil.

Os dados foram obtidos pela aplicação de questionário composto por duas sessões: a primeira, com perguntas sobre características pessoais do docente, tempo e local de formação, pós-graduação ou não, atuação como profissional e como docente no curso de medicina; a segunda continha uma pergunta aberta que buscava compreender a percepção dos principais fatores que podem dificultar ou impedir a adoção de comportamento ético custo-consciente pelo médico.

Os dados obtidos da questão aberta foram submetidos a análise temática, do método análise de conteúdo teorizado por Bardin¹⁰, que adota três fases básicas – organização do material, classificação dos dados e análise final –, realizadas por três avaliadoras, separadamente. Ao final da análise, buscou-se consenso das categorias estabelecidas entre as avaliadoras.

Na primeira fase, organizou-se todo o material oriundo das questões abertas. Na segunda, os dados foram sistematizados de modo a identificar as percepções relacionadas ao objetivo da pesquisa. Inicialmente, foi realizada leitura horizontal e exaustiva das respostas obtidas e, posteriormente, foram selecionadas as unidades de registro (UR) que deram origem aos núcleos de sentido. Os participantes foram identificados pela letra “P”, seguida de numeração correspondente à ordem de recebimento dos questionários respondidos. Uma vez realizado o processo classificatório, foi possível identificar conexões entre as UR e proceder à categorização a fim de compreender e interpretar a relevância e a representatividade dos dados adquiridos. Na terceira fase, foram realizadas a análise final, interpretação e discussão com literatura científica pertinente.

O projeto da pesquisa foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética e Pesquisa, conforme os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012¹¹.

Resultados e discussão

Do total de 84 professores do internato na ocasião do estudo, 64 responderam ao questionário. Como características, destacam-se a

predominância do sexo feminino, com média de idade de 49 anos e aproximadamente 24 anos de formados. As características gerais dos docentes, escola médica de origem e titulação máxima são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos docentes do internato médico que participaram da pesquisa (Salvador/BA, 2019)

Características gerais dos docentes (n = 64)	
Feminino, n (%)	33 (51,6)
Masculino, n (%)	31 (48,4)
Idade, M±DP*	49,6 ± 11,33
Tempo de formação, M±DP*	24,5 ± 11,63
Escola médica de origem	
EBMSP, n (%)	26 (40,6)
UFBA, n (%)	29 (45,3)
Outras, n (%)	9 (14,1)
Maior titulação	
Residência, n (%)	25 (39,1)
Mestrado, n (%)	24 (37,5)
Doutorado, n (%)	12 (18,8)
Não informada, N (%)	3 (4,7)

* M±DP = média ± desvio padrão

Dos docentes, 59 atuam também como médicos assistentes. Os locais de atuação estão descritos na Tabela 2. A análise do campo de atuação dos docentes é fundamental para compreender os fatores que podem interferir em seu comportamento custo-consciente. A maioria atua também em serviços de saúde de atendimento privado, de modo que é importante refletir sobre conflitos de interesse na prática médica e sua possível influência na indicação de exames e procedimentos pelos profissionais em contrariedade a sua real necessidade¹². Ressalta-se também a necessidade de mudança nos modelos de gestão, incluindo-se neles as instituições formadoras^{13,14}. A percepção dos docentes sobre o comportamento custo-consciente e o comportamento potencial de desperdício em suas atividades permitiu delinear estratégias que contribuem para a formação ética continuada deles, que assim exercem influência mais positiva no comportamento de estudantes de graduação.

Tabela 2. Locais de atuação no curso dos docentes que participaram da pesquisa (Salvador/BA, 2019)

Local de atuação	n (%)
Ambulatório	
Público	24 (37,5)
Privado	48 (75,0)
Hospital	
Público	29 (45,3)
Privado	37 (57,8)
Emergência	
Público	6 (9,3)
Privado	8 (12,5)
Serviço de atenção básica	14 (21,9)

A modelagem de papéis é uma potente estratégia de ensino^{15,16}, principalmente para emular comportamentos profissionais específicos, sendo que cerca de 90% dos estudantes, na vida profissional, se lembram dos modelos que moldaram suas atitudes profissionais. A literatura identifica características e comportamentos que discentes almejam emular no futuro desempenho de suas profissões, tais como: adquirir base sólida de conhecimento; demonstrar empatia, respeito e compaixão genuínos pelos pacientes; ter ampla compreensão do currículo acadêmico formativo na graduação; conectar os conhecimentos com ensino e aprendizagem mais qualificados; e realizar interações respeitadas com os demais profissionais de saúde¹⁶. O ensino do profissionalismo como aporte da ética médica deve incluir a integração longitudinal de material durante todo o *continuum* educacional. Ressalta-se a importância de estabelecer a formação de identidade profissional apropriada para a prática atual da medicina¹⁷. O Código de Ética Médica (CEM)¹⁸ apresenta um conjunto de princípios de conduta dos profissionais da área médica, crucial para assegurar a integridade, a responsabilidade e o respeito no exercício da medicina. A compreensão e a internalização desses princípios pelo estudante de medicina devem ocorrer progressivamente, desde os primeiros anos de formação.

A formação ética do estudante de medicina visa não apenas fornecer conhecimentos técnicos, mas também cultivar uma consciência moral sólida, promovendo empatia, dignidade e comprometimento com o bem-estar do paciente. Corroborando

o ensino da ética médica, a campanha Choosing Wisely tem sido utilizada mundialmente como instrumento de aprendizagem, com o objetivo de promover o uso sábio de recursos na saúde levando em conta os princípios do profissionalismo¹⁹, que estão em consonância com os fundamentos do CEM¹⁸.

Os dados obtidos da questão aberta, ao serem submetidos a análise de conteúdo temática, deram origem às categorias temáticas descritas na Tabela 3, com suas respectivas unidades de registro.

Tabela 3. Categorias e números de unidades de registro obtidas da análise temática do conteúdo das respostas dos professores (Salvador/BA, 2019)

Categoria	Unidades de registro (n=66)
1. Formação médica precária	24
2. Medicina defensiva/medo	17
3. Influência da indústria e do consumo	9
4. Falta de conhecimento/comprometimento com a gestão dos serviços de saúde	7
5. Acesso do paciente a informações médicas na web	5
6. Ausência de cuidado na atenção à pessoa	4

As categorias emergidas apontam fatores que podem interferir na atitude custo-consciente do médico. Formação médica precária foi a categoria mais frequente. Respostas sobre a percepção dos docentes com relação à precariedade na formação médica são apresentados a seguir: “*Falta de comunicação eficaz e conhecimento sobre relação custo-consciente e custo benefício ao paciente e ao sistema de saúde*” (P7); “*Falta de conhecimento sobre o tema e os vícios da prática e da rotina do atendimento*” (P8); “*Má formação médica que leva a uma medicina protecionista*” (P30); “*A priorização da tecnologia em detrimento do bom senso clínico*” (P41); “*Falta de prática no desenvolvimento do raciocínio clínico baseado em probabilidades*” (P49).

No ponto de vista dos docentes, a falta de conhecimento sobre o tema custo-consciência pode estar relacionada com o impedimento à adoção de atitude custo-consciente. A abordagem desse tema ao longo do curso médico, de forma aplicada e transversal, com integração entre disciplinas como ética médica, bioética, saúde coletiva e clínica, é fundamental para a atuação profissional

custo-consciente do futuro médico. A atuação discente no cenário de prática deve atender às demandas da comunidade e do serviço²⁰. Não se deve perder de vista que, no atual cenário de ensino, a ampliação do conhecimento científico e o apelo tecnológico de exames e tratamentos podem comprometer o processo formativo, o entendimento básico clínico, a coleta adequada de informações, o exame clínico e o uso sábio dos recursos na saúde por parte dos envolvidos no processo do cuidado, sejam docentes ou discentes¹⁶.

Apesar de as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)²¹ orientarem uma formação médica generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética que capacite os discentes para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, ainda no século XXI existe um descompasso na formação médica para atender às principais necessidades de saúde da população. Parte desse descompasso tem relação com o processo histórico de elaboração de currículos, frequentemente descontextualizados, fragmentados e focalizados na técnica. O ensino da ética está imbricado com as DCN, desde o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde como boas práticas profissionais, nos âmbitos individual e coletivo, até a responsabilidade social e o compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana e da saúde integral do ser humano²¹.

A formação médica de má qualidade pode induzir exagerada solicitação de exames e/ou procedimentos. Assim, é importante incorporar nos componentes curriculares de ética médica, de maneira longitudinal, a elaboração de prescrição médica planejada, abrangendo diversos contextos de formação. As prescrições devem estar alinhadas com a realidade socioeconômica dos pacientes e com as capacidades de atendimento oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)²². Com isso em mente, a campanha Choosing Wisely poderia ser realizada em diferentes fases da formação médica^{8,23}.

Outro aspecto destacado pelos docentes foi expresso na categoria medicina defensiva/medo, como fica evidenciado nos trechos a seguir: “Acredito que a judicialização da medicina faz com que muitos médicos exagerem em pedidos de exames” (P13); “Existe a crença de se estar mais respaldado com mais exames. Pressão dos pacientes, familiares e da própria sociedade” (P44); “Receio do erro diagnóstico” (P24).

Sobre a litigância e a judicialização da prática médica, o CEM, no Capítulo II, que trata dos direitos dos médicos, inciso II, reforça que o profissional da medicina tem o direito de *indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas*¹⁸. O respectivo direito médico tem, em certa medida, a função de respaldar a boa prática médica, mesmo em contextos de pressão familiar ou de pacientes pela solicitação de exames complementares ou por prescrição medicamentosa desnecessária. Nos serviços de emergência, é comum que exames variados, dispendiosos e desnecessários sejam solicitados, principalmente como medida de autoproteção dos médicos contra possíveis processos administrativos ou judiciais. A medicina defensiva tem sido prática frequente, especialmente entre profissionais mais jovens, que buscam uma sensação ilusória de segurança²⁴.

A categoria denominada influência da indústria e do consumo foi a terceira categoria mais frequente. Trechos que evidenciam essa influência são apresentados a seguir: (...) “*interesses financeiros, influência da mídia para adoção de exames caros/ sofisticados*” (P26); (...) “*a ideia de que sempre é necessário fazer exames, se esquecendo do diagnóstico clínico*” (P14); (...) “*cultura de quanto mais exames melhor assistência*” (P33); (...) “*muitos médicos têm um viés de receber produtividade e às vezes executar exames que eles mesmos solicitam*” (P54).

A cultura do consumo é permeada por conflitos de interesses, fator apontado pelos docentes que compromete a prática profissional custo-consciente. Fica evidente a necessidade de abordagem curricular sobre profissionalismo transversal na formação médica. A implementação curricular por si só não é suficiente para lidar adequadamente com questões associadas aos conflitos de interesses na medicina; é importante promover, também, atividades e amplos debates sobre a interação da indústria e a prática médica, bem como mudanças estruturais que restrinjam as influências comerciais em ambientes educacionais e de pesquisa⁴.

O CEM veda a comercialização da medicina e estabelece o dever de zelar pelo bem-estar do paciente, tido como fim em si mesmo em sua dignidade humana. É vedada também a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens

materiais oferecidas por laboratórios ou empresas de equipamentos de uso na área médica, assim como é vedado proferir palestras ou escrever artigos divulgando produtos farmacêuticos ou equipamentos sem declarar os agentes financeiros que patrocinam os estudos¹⁹.

Tendo em vista o enfrentamento desse cenário que vem ganhando força nas últimas décadas, destaca-se o primeiro princípio da carta sobre profissionalismo médico no novo milênio^{25,26}: o princípio da prioridade do bem-estar do paciente, que recomenda atenção a forças do mercado, pressões sociais e exigências administrativas, as quais não podem comprometer a segurança do paciente e seu bem-estar^{7,8,27}.

Na categoria falta de conhecimento/comprometimento com a gestão dos serviços de saúde, emergiram expressões que apontam que a falta de conhecimento na área por parte dos profissionais e a ausência de comprometimento dos serviços com a assistência são fatores que podem contribuir para o comportamento custo-consciente inadequado, conforme se verifica nos recortes das falas que se seguem: (...) *“pouco comprometimento com sustentabilidade do sistema único e também na saúde suplementar”* (P28); *“A falta de visão de gestão no processo de trabalho e o não envolvimento do profissional nas questões de custo-efetividade”* (P31); *“Desestruturação do sistema de saúde público associada a má gestão e sobrecarga de trabalho”* (P34); *“Acredito que seja a falta de costume do médico em adotar condutas custo-efetivas, principalmente se este trabalha em um serviço privado que tem maior facilidade na realização de exames”* (P51); *“Ausência de conhecimento de gestão em saúde”* (P52).

A formação médica deve incluir atividades de gestão de serviços de saúde, assim como possibilitar o desenvolvimento de habilidades e competências na área de liderança²⁸. A formação médica também deve contemplar a aproximação sistematizada dos discentes aos aspectos econômicos e trabalhistas da profissão²⁸. O tema custo-consciente também não se faz presente no conteúdo programático dos projetos político-pedagógicos dos cursos de medicina no Brasil. Além disso, existem outras questões envolvendo estudantes de medicina, residentes e médicos assistentes do campo de prática que contribuem para a formação da cultura de *overdiagnosis* e *overtreatment*^{14,29}.

No tocante à desestruturação dos serviços de saúde, diversos são os desafios enfrentados pelo SUS, como escassez de recursos, baixa remuneração, demanda reprimida, entre outros. Nesse cenário, o centro das atenções não está no usuário, e sim nos recursos diagnósticos, o que compromete a qualidade da assistência. É necessário implementar melhorias no financiamento e na gestão dos recursos do SUS³⁰, incluindo educação custo-consciente de profissionais e gestores. A aprendizagem na prestação de cuidados de saúde de alto valor e consciente dos custos pode ser promovida com base em três elementos principais: transmissão eficaz de conhecimento, prática reflexiva e ambiente de apoio. Além da educação custo-consciente, diretrizes clínicas, valores dos pacientes, uso de *feedbacks* e criação de uma cultura institucional favorável, alicerçada em ambiente de apoio, são fundamentais para a formação de médicos, residentes e estudantes^{9,31}.

Na categoria acesso do paciente a informações médicas na *web*, é retratada a absorção, pela população, de conhecimento científico em meios de comunicação, o que gera uma fonte extra de pressão sobre o médico. Essa percepção está representada nas declarações dos docentes que se seguem: *“O paciente que chega com informações já pesquisadas e quer determinado exame, especialidade ou procedimento”* (P11); *“O conhecimento dos pacientes via internet”* (P33); *“Desconhecimento da população, que por achar que sempre está desassistida solicita, muitas vezes de forma agressiva, exames e medicamentos por vezes desnecessários”* (P34). Deve-se considerar também que a informação em saúde na contemporaneidade é disponibilizada pelos meios de comunicação de massa, como internet, televisão, rádio, entre outros.

Ressalta-se que a ideia equivocada dos pacientes de que, quanto mais numerosos forem os exames, melhor será o cuidado acaba pressionando médicos a solicitarem mais exames sem explicarem sua necessidade. Ademais, a prática, cada vez mais comum, de consultas rápidas, com incentivo financeiro proporcional ao volume de atendidos, e não à qualidade do atendimento, só perpetua esse comportamento¹³. A tomada de decisões por parte dos profissionais deve atender aos melhores interesses dos pacientes, diante das pressões dos custos da assistência médica.

A categoria ausência de cuidado na atenção à pessoa trata da valorização do paciente como protagonista nas decisões sobre sua saúde. Essa está representada nas UR que se seguem: “*Uma medicina não centrada no usuário*” (P1); “*Pouco tempo para estar com o paciente*” (P2); “*Falta de tempo*” (P26).

A sobrecarga de trabalho do médico pode contribuir, em parte, para que não seja construído um vínculo de confiança com o paciente, além de intensificar o estresse moral e o *burnout* naquele³². Existe a necessidade de implementar modelos de decisão compartilhada que possibilitem maior autonomia ao paciente³³. Os princípios para o profissionalismo médico no novo milênio, publicados em carta pela ABIM, constituem responsabilidades profissionais que os médicos devem ter para garantir o cuidado na atenção ao paciente, quais sejam: o princípio da prioridade do bem-estar do paciente, a autonomia do paciente e a justiça social ou equidade^{19,25}. Esses princípios também devem guiar o processo formativo de médicos.

O princípio da prioridade do bem-estar do paciente é baseado na dedicação para atender às necessidades do paciente. O altruísmo deve contribuir para a relação médico-paciente. Forças do mercado, pressões sociais e exigências administrativas não podem comprometer esse princípio. O princípio da autonomia do paciente propõe que o médico deve ser honesto com os pacientes e promover seu empoderamento, para que possam tomar decisões conscientes sobre o tratamento, desde que não vão de encontro à prática ética nem levem a cuidados inapropriados. O princípio da justiça social recomenda que o médico promova justiça na utilização do sistema de cuidado da saúde, com distribuição justa de recursos da saúde. Para tanto, deve trabalhar ativamente para eliminar a discriminação no cuidado da saúde, seja ela decorrente de raça, gênero, situação econômica, religião, etnia etc¹⁹.

Analisar o campo de atuação dos docentes foi importante para divisar fatores que podem interferir em seu comportamento custo-consciente e influir

no processo formativo de médicos. Os resultados mostram diversas oportunidades em que a formação custo-consciente pode ser trabalhada e estimulada graças ao potencial transformador do docente enquanto modelo para a formação. O presente artigo traz contribuições para a bioética ao destacar a importância de integrar, de forma transversal, os princípios éticos na formação médica, especialmente na prática custo-consciente. Ao evidenciar que fatores como a formação médica precária, a medicina defensiva, a influência da indústria e a ausência de cuidado centrado na pessoa podem comprometer decisões responsáveis na alocação de recursos, o estudo reforça a necessidade de repensar e aprimorar os currículos médicos com abordagem que valorize tanto a gestão ética dos serviços de saúde quanto a humanização do atendimento.

Considerações finais

Os docentes identificaram os seguintes fatores que dificultam a adoção do comportamento custo-consciente na formação médica: formação médica precária, medicina defensiva/medo, influência da indústria e do consumo, falta de conhecimento/comprometimento com a gestão dos serviços de saúde e ausência de cuidado na atenção à pessoa, destacadamente o pouco tempo para estar com o paciente durante a formação.

As reflexões que emergiram desta pesquisa permitem traçar a percepção do docente e seu potencial formador, assim como fatores que dificultam a atuação custo-consciente do médico e, consequentemente, lacunas a serem preenchidas na formação médica. Como perspectivas futuras de pesquisa, o artigo aponta para o desenvolvimento de indicadores de perfil de docentes e do impacto das intervenções pedagógicas, bem como para estudos longitudinais que verifiquem os efeitos dessas mudanças na prática clínica, de modo a contribuir para a construção de um modelo sustentável e socialmente justo no cuidado à saúde.

Referências

1. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. ‘Choosing Wisely’: a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2015 [acesso 31 mar 2025];24(2):167-74. DOI: 10.1136/bmjqs-2014-003821

2. Hood VL, Weinberger SE. High value, cost-conscious care: An international imperative. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2012 [acesso 31 mar 2025];23(6):495-8. DOI: 10.1016/j.ejim.2012.03.006
3. Cutler DM, McClellan M. Is technological change in medicine worth it?. *Health Aff* [Internet]. 2001 [acesso 31 mar 2025];20(5):11-29. DOI: 10.1377/hlthaff.20.5.11
4. Sanchez THB, Fraiz IC. Ética médica e formação do médico. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2022 [acesso 31 mar 2025];30(2):284-99. DOI: 10.1590/1983-80422022302525pt
5. Tilburt JC, Wynia MK, Sheeler RD, Thorsteinsdottir B, James KM, Egginton JS *et al.* Views of US physicians about controlling health care costs. *JAMA* [Internet]. 2013 [acesso 31 mar 2025];310(4):380-8. DOI: 10.1001/jama.2013.8278
6. Buist DSM, Chang E, Handley M, Pardee R, Gundersen G, Cheadle A, Reid RJ. Primary care clinicians' perspectives on reducing low-value care in an integrated delivery system. *Perm J* [Internet]. 2016 [acesso 31 mar 2025];20(1):41-6. DOI: 10.7812/TPP/15-086
7. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. *Interface – Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2002 [acesso 31 mar 2025];6(11):139-42. DOI: 10.1590/S1414-32832002000200018
8. Mendonça DR, Aguiar CVN, Lins-Kusterer L, Correia LCL, Vieira AVA, Menezes MS. Implementation of the choosing wisely campaign at a medical clinic internship. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2020 [acesso 31 mar 2025];44(3). DOI: 10.1590/1981-5271v44.3-20190277.ing
9. Stammen LA, Stalmeijer RE, Paternotte E, Oudkerk Pool A, Driessen EW, Scheele F, Stassen LPS. Training physicians to provide high-value, cost-conscious care. *JAMA* [Internet]. 2015 [acesso 31 mar 2025];314(22):2384-400. DOI: 10.1001/jama.2015.16353
10. Mendes RM, Miskulin RGS. A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cad Pesqui* [Internet]. 2017 [acesso 31 mar 2025];47(165):1044-66. DOI: 10.1590/198053143988
11. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 13 jun 2013 [acesso 2 abr 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4m2bMYb>
12. Souza RP, Rapoport A, Dedivitis RA, Cernea CR, Brandão LG. Conflitos de interesses na pesquisa médico-farmacológica. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 31 mar 2025];30(2):325-36. DOI: 10.1590/S1983-80422013000200006
13. Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat?: Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [acesso 31 mar 2025];30(11):2263-81. DOI: 10.1590/0102-311X00021314
14. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [Internet]. 2004 [acesso 31 mar 2025];14(1):41-65. DOI: 10.1590/S0103-73312004000100004
15. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modelling-making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ* [Internet]. 2008 [acesso 31 mar 2025];336(7646):718-21. DOI: 10.1136/bmj.39503.757847.BE
16. Burgess A, Goulston K, Oates K. Role modelling of clinical tutors: a focus group study among medical students. *BMC Med Educ* [Internet]. 2015 [acesso 31 mar 2025];15:17. DOI: 10.1186/s12909-015-0303-8
17. Buss L, Hurst JR. Choosing wisely Canada: integrating stewardship in medical education. *Clin Med* [Internet]. 2015 [acesso 31 mar 2025];15(5):499. DOI: 10.7861/clinmedicine.15-5-499
18. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 31 mar 2025]. Disponível: <https://bit.ly/40oksjb>
19. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* [internet]. 2002 [acesso 31 mar 2025];136(3):243-6. DOI: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012
20. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TS, Arcuri MB, Siqueira-Batista R. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Rev Bras Educ Med* [internet]. 2012 [acesso 31 mar 2025];36(4):541-9. DOI: 10.1590/S0100-55022012000600014

21. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 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, 23 jun 2014 [acesso 31 mar 2025]. Disponível: <https://bit.ly/44OVPNT>
22. Wanderley VE, Maia JA, Vilela RQB. A prescrição medicamentosa ambulatorial no internato: formação e prática. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2010 [acesso 31 mar 2025];34:216-26. DOI: 10.1590/S0100-55022010000200005
23. Mendonça DR, Aguiar CVN, Lins-Kusterer L, Oliveira RI, Menezes MS. Choosing wisely in pediatric internship. Glob Pediatr Heal [Internet]. 2019 [acesso 31 mar 2025];6:1-8. DOI: 10.1177/2333794x19848869
24. Perea-Pérez B, Garrote Díaz JM, Hernández Gil Á, Martínez Hernández S, García Martín ÁF, Santiago-Sáez A. Defensive medicine in hospital emergency services. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2021 [acesso 31 mar 2025];95:1-10. Disponível: <https://bit.ly/4kR2IKb>
25. Fajardo Castañeda JA. Learning to teach and professional identity: images of personal and professional recognition. Profile Issues Teach Prof Dev [Internet]. 2014 [acesso 31 mar 2025];16:49-65. DOI: 10.15446/profile.v16n2.38075
26. Giovanela L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2009 [acesso 22 jul 2024];14:783-94. DOI: 10.1590/S1413-81232009000300014
27. Mendonça DR, Aguiar CVN, Lins-Kusterer L, Correia LCL, Costa LMT, Menezes MS. Implementação do Programa Choosing Wisely no internato de cirurgia geral. Acta Med Port [internet]. 2021 [acesso 31 mar 2025];34(2):95-102. DOI: 10.20344/amp.12948
28. Maisonneuve CD, Martins JO. Public spending on health and long-term care: a new set of projections. OECD Econ Policy Pap [Internet]. 2013 [acesso 31 mar 2025];6:39. DOI: 10.1787/5k44t7jwwr9x-en
29. Kenny NP, Mann K V, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. Acad Med [Internet]. 2003 [acesso 31 mar 2025];78(12):1203-10. DOI: 10.1097/00001888-200312000-00002
30. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Estud Avançados [Internet]. 2017 [acesso 31 mar 2025];32:47-61. DOI: 10.5935/0103-4014.20180005
31. Stammen LA, Driessen EW, Notermans CCVI, Scheele F, Stassen LPS, Stalmeijer RE. How do attending physicians prepare residents to deliver high-value, cost-conscious care? Acad Med [Internet]. 2020 [acesso 2 abr 2025];95(5):764-70. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003051
32. Locke A, Rodgers TL, Dobson ML. Moral distress as a critical driver of burnout in medicine. Glob Adv Integr Med Health [Internet]. 2025 [acesso 2 abr 2025];14. DOI: 10.1177/27536130251325462
33. Cook DA, Hargraves IG, Stephenson CR, Durning SJ. Management reasoning and patient-clinician interactions: Insights from shared decision-making and simulated outpatient encounters. Med Teach [Internet]. 2023 [acesso 2 abr 2025];45(9):1025-37. DOI: 10.1080/0142159X.2023.2170776

Miriam Pinillos Marambaia – Mestre – mmarambaia@bahiana.edu.br

 0000-0002-6484-9439

Liliane Lins-Kusterer – Livre Docente – lkusterer@gmail.com

 0000-0003-3736-0002

Mary Gomes Silva – Doutora – mgsilva@bahiana.edu.br

 0000-0001-9145-868X

Carolina Villa Nova Aguiar – Doutora – carolinaaguiar@bahiana.edu.br

 0000-0002-8213-3100

Dilton Rodrigues Mendonça – Doutor – diltonmendonca@bahiana.edu.br

 0000-0002-2761-7794

Marta Silva Menezes – Doutora – martamenezes@bahiana.edu.br

 0000-0001-7713-518X

Correspondência

Liliane Lins-Kusterer – Rua Oito de Dezembro, 204, apartamento 1001, Graça. CEP 40150-000. Salvador/BA, Brasil.

Participação dos autores

Miriam Pinillos Marambaia, Liliane Lins-Kusterer e Marta Silva Menezes participaram da concepção, delineamento, resultados, discussão e redação do manuscrito. Mary Gomes Silva participou do delineamento, resultados, discussão e elaboração do manuscrito. Carolina Villa Nova Aguiar participou da elaboração dos resultados e revisão crítica do conteúdo. Dilton Rodrigues Mendonça participou da concepção, delineamento e revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

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: 4.1.2024

Revisado: 31.3.2025

Aprovado: 30.5.2025