

Declaração de Interesses

Atividade Assistencial: como Médico Reumatologista desde 1977.

Atividade Acadêmica: Hospital das Clínicas FMUSP desde 1982 – Instituto do Coração desde 1988, onde orienta alunos de pós-graduação e desenvolve projetos de pesquisa financiados pela FAPESP e CNPq.

Consultoria pela Cognos – Educação em Saúde para a AMB e CFM no controle metodológico do Projeto Diretrizes de 2000 a 2009.

Outras Instituições de Ensino e Cooperativas Médicas: atividades de consultoria e cursos de capacitação em MBE e Epidemiologia Clínica.

Indústria Farmacêutica, de Equipamentos e Reagentes Biomédicos: entre 1981 e 2011 não manteve qualquer tipo de vínculo, nem recebeu qualquer remuneração direta ou indireta. Participou nos últimos 8 anos de palestras e treinamentos internos da Novartis, AbbVie, Janssen, Biogen, UCB e Cardinal Health, sobre epidemiologia clínica e análise crítica da literatura científica.

Editoria: DynaMed EBSCO e International Journal of Health Governance.

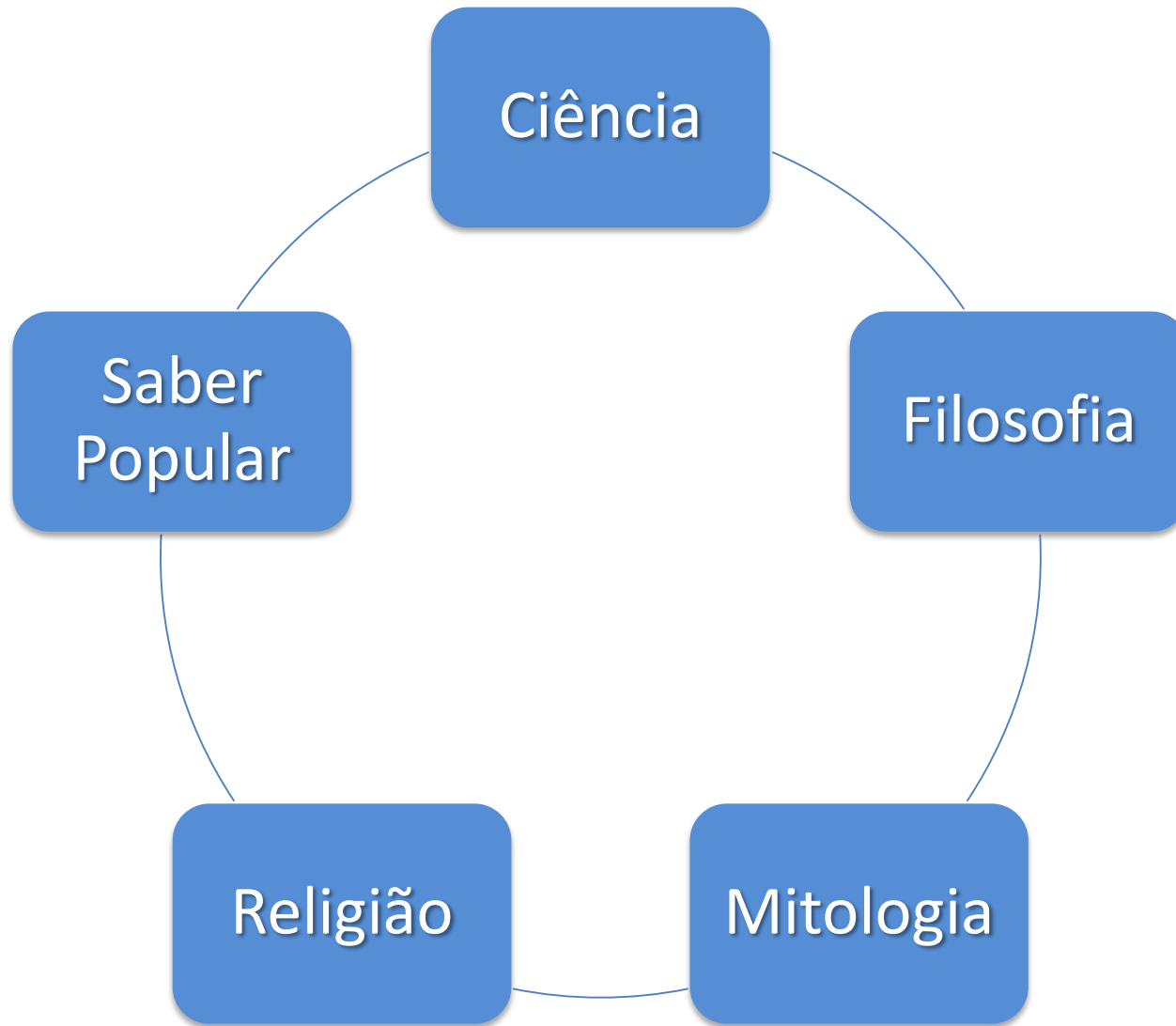
Ação judicial contra a Editora Campus—Elsevier e o Laboratório Pfizer Ltda por uso indevido de obra intelectual.

Moacyr Roberto Cuce Nobre

Atendimento Centrado no Paciente: como Envolver o Profissional de Saúde

Formas de Interpretar

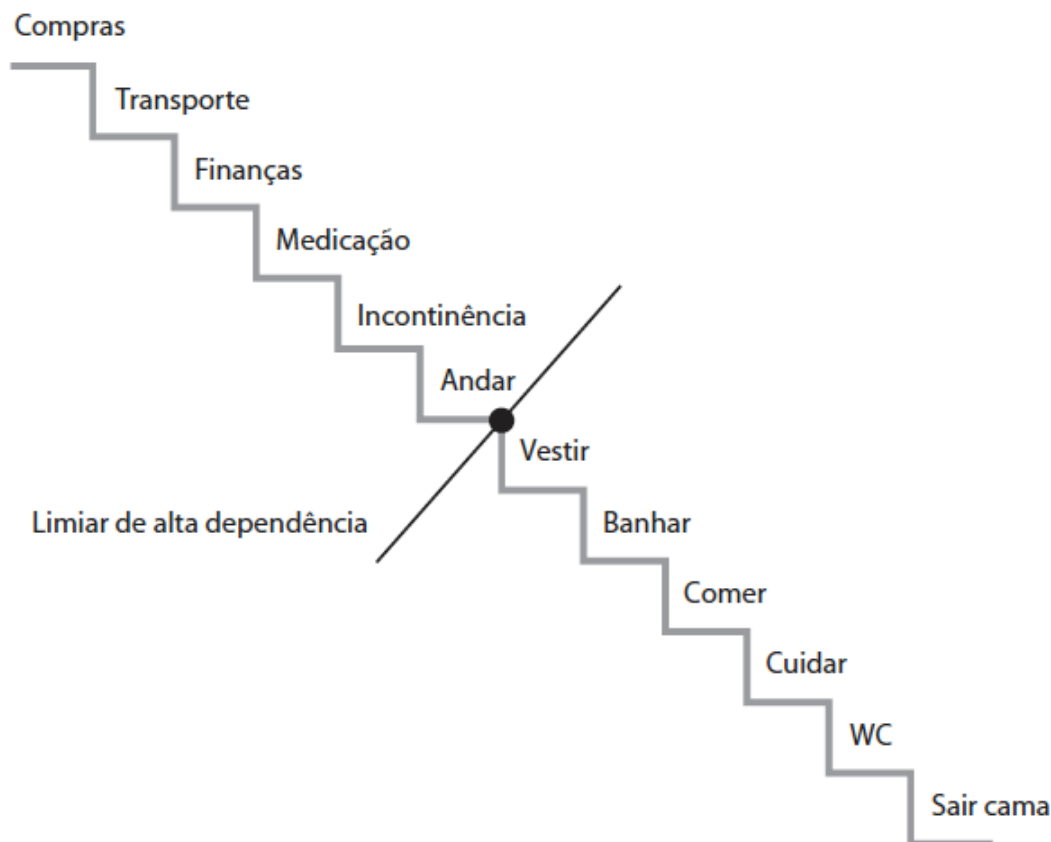
O mundo que nos cerca



Depende dos Valores do Indivíduo



Os valores mudam com o Doença



Quadro 8. Hierarquização das incapacidades para realizar as Atividades de Vida Diária (AVDs) | Ramos, Veras e Kalache | *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 1993

Cultura da Crença prevalece sobre a Aceitação da Incerteza



A tendência humana é acreditar em coisas estranhas como abduções alienígenas ou varinhas mágicas. Ao contrário do que muitos pensam, a tendência de prejudicar é senso comum, fortemente incorporada na evolução do cérebro humano como resposta adaptativa para proteger do perigo os nossos ancestrais pré-históricos.

Acreditamos em Tratamentos que não Funcionam

David H. Newman, M.D NYT April 2, 2009.

O tratamento baseado em idéias e mecanismos que justificam a presença a doença são sedutores.

A verdade incômoda é que os procedimentos sustentados por esses princípios usualmente são invasivos e caros, com benefícios menores do que os efeitos adversos que são potencialmente perigosos.

Acreditamos em Tratamentos que não Funcionam

David H. Newman, M.D NYT April 2, 2009.



Médicos e pacientes preservam a autoridade do profissional, se apegam à tradição, cedem a imposição de que algo deve ser feito ou prescrito, e rejeitam o WW. O meio, e não o fim, torna se mais importante.

WW = Observar e Esperar

A medicina no caminho do diálogo de Galileu sobre os dois principais sistemas mundiais

Richard Lehman



A medicina no caminho do diálogo de Galileu sobre os dois principais sistemas mundiais

Richard Lehman



O sistema centrado no laboratório, novos medicamentos, anticorpos monoclonais, teste genômico, pesquisa translacional e terapia personalizada, onde o paciente gira em órbita distante em torno desta fonte resplandecente de luz dourada.

A medicina no caminho do diálogo de Galileu sobre os dois principais sistemas mundiais

Richard Lehman

Em contraste o sistema onde a atenção gira em torno do usuário, no qual a medicina está centrada nos valores e preferências do paciente, sendo a decisão compartilhada com ele.



Prática Clínica Centrada no Paciente

1. Admitir a dúvida e aceitar a incerteza inerente
2. Observar as características individuais do paciente
3. Reconhecer as evidências disponíveis
4. Informar riscos do paciente
5. Tomar a decisão de forma compartilhada com ele
6. Cuidados de saúde baseados em valor agredado



Prática Clínica Baseada em Evidências

Paciente informado



Informação Qualificada

Fontes qualificadas de informação sobre saúde

Evidência clínica

Comunicação de risco

Qualidade da Informação ?



meio copo cheio ou meio copo vazio?

Documentos prontos são confiáveis?



Consenso dos
Especialistas

VS



Diretrizes Baseadas
em Evidências

São as Diretrizes e Protocolos Instrumentos adequados?



Comportamento das Partes Interessadas

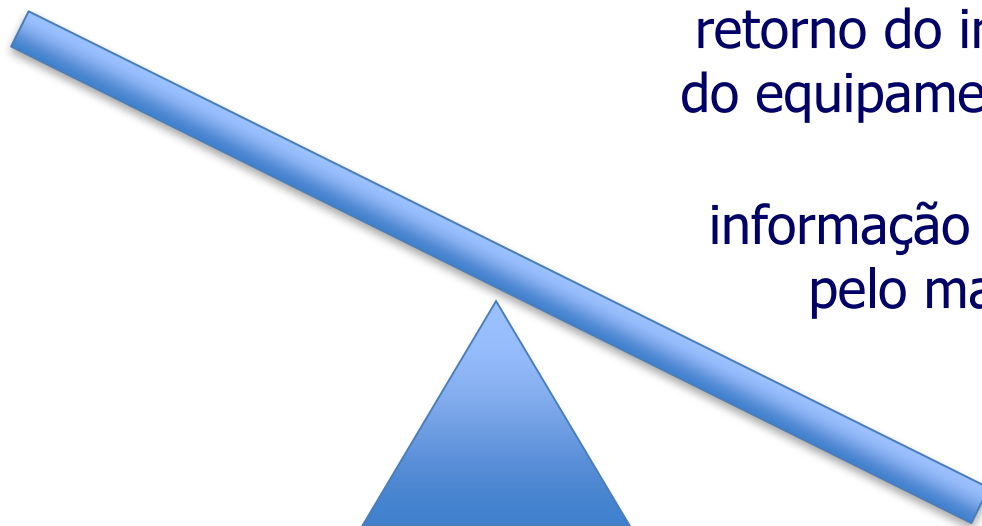
medicina baseada naquela
velha opinião formada sobre tudo

uso racional
dos recursos incorporados

cultura do consumo do
melhor é o mais novo e mais caro

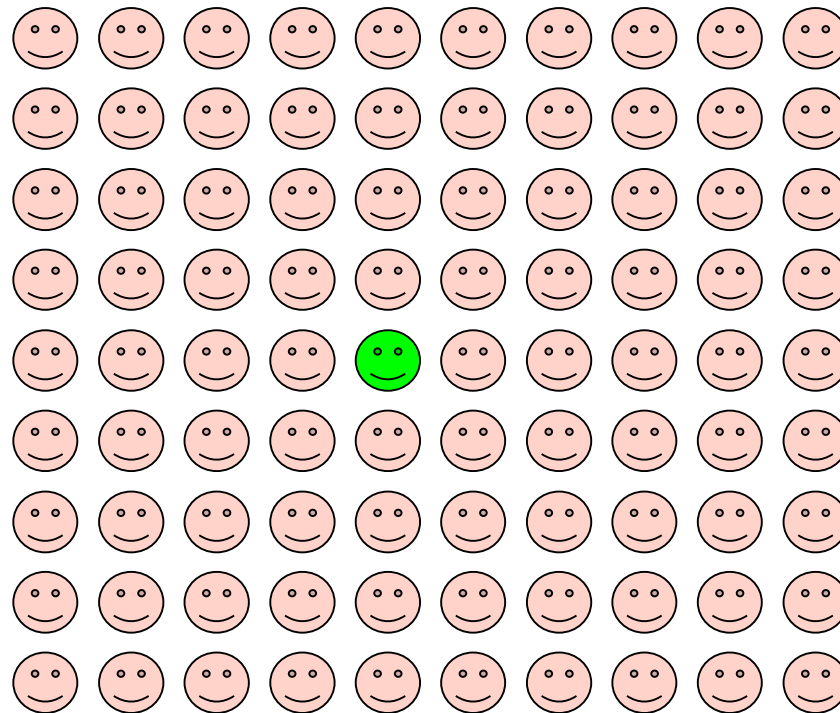
retorno do investimento
do equipamento instalado

informação manipulada
pelo marketing

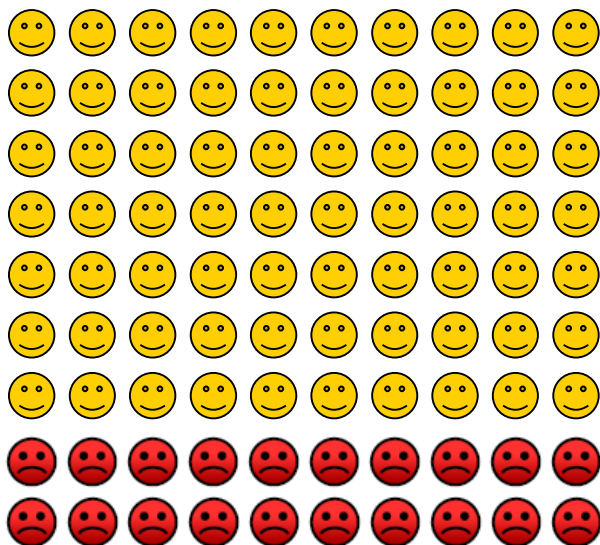


Aplicação em um determinado paciente

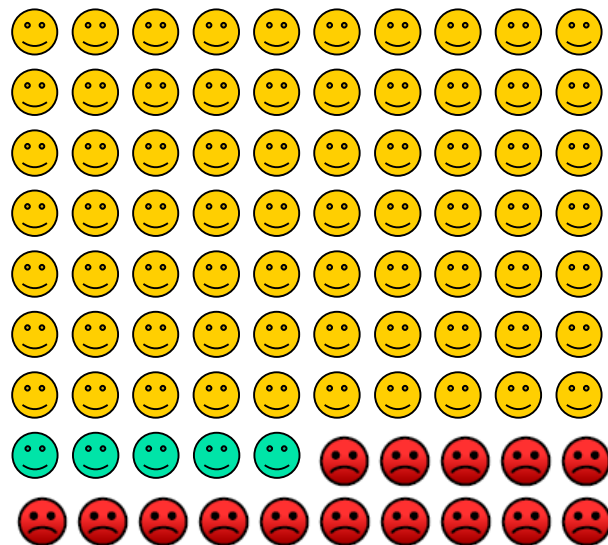
Atendimento ajustado ao risco individual



Desfecho: IAM, AVC, CABG em 10 anos



20 em 100 Grupo Controle



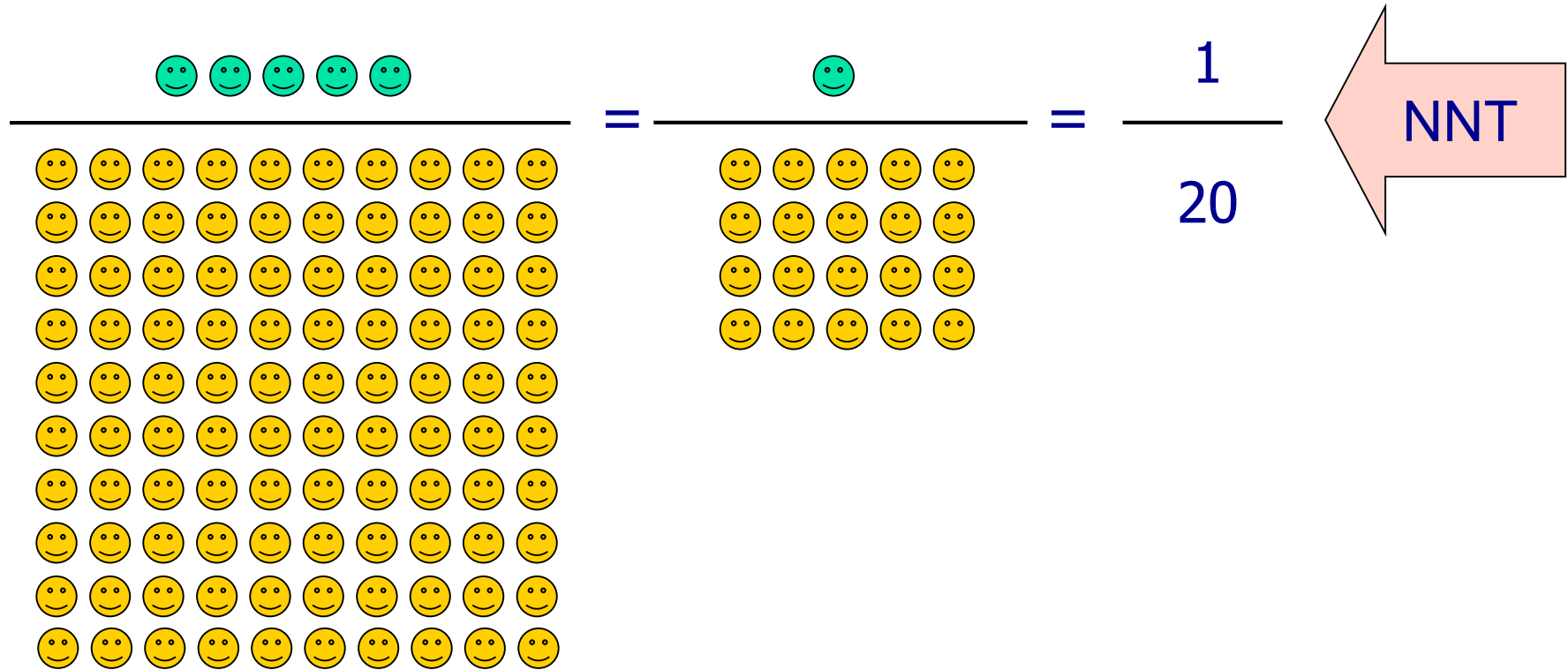
15 em 100 Grupo Estatina

 livre do desfecho sem ou com o tratamento

 livre do desfecho devido ao tratamento

 com o desfecho sem ou com o tratamento

NNT para evitar 1 desfecho em 10 anos



😊 tratados com estatina durante 10 anos

😊 livre do desfecho devido ao tratamento

The Absolute CVD Risk/Benefit Calculator

Framingham

Heart attacks + angina/coronary insufficiency +
heart failure + strokes + intermittent claudication

QRISK[®]2-2014

Heart attacks + strokes

ACC/AHA ASCVD

CHD death + nonfatal heart attacks
+ fatal/nonfatal strokes

Total Cholesterol

3 mmol/L

Cholesterol should be prior to drug treatment

3 mmol/L is used for baseline risk.

[Click to change to mg/dL.](#)

HDL Cholesterol

1,3 mmol/L

HDL should be prior to drug treatment

1.3 mmol/L is used for baseline risk.

Family History of Early CHD

0 %

The amount of additional risk (relative increase in risk) conferred from a family member to a patient depends on: (1) how close a relative, (2) age of a relative, (3) number of affected family members.

If mother (< 65 yrs) increase risk 60%

If father (< 55 yrs) increase risk 75%

Age

50 years

Gender

Male ☒ Female

Smoker

Yes ☒ No

CVD risk is reversed after 5-10 years of no smoking

Diabetes

Yes ☒ No

Systolic Blood Pressure

120 mmHg

Enter present blood pressure regardless of treatment

120 mmHg is used for baseline risk

On treatment for BP

Yes ☒ No

Click YES if taking blood pressure medication

Only applies if SBP is greater than 120 mmHg

The Absolute CVD Risk/Benefit Calculator

Framingham

Heart attacks + angina/coronary insufficiency +
heart failure + strokes + intermittent claudication

QRISK®2-2014

Heart attacks + strokes

ACC/AHA ASCVD

CHD death + nonfatal heart attacks
+ fatal/nonfatal strokes

Relative Benefit: 0%

Benefit often has *nothing* to do with the effect on
the surrogate marker. At present, you can only
select one intervention at a time.

Physical Activity

Mediterranean Diet vs Low fat

Vitamin/Omega-3 supplements

BP meds (not atenolol/doxazosin)

Low-mod intensity statins

High intensity statins

Fibrates

Niacin

Ezetimibe

Metformin

Sulfonylureas

Insulins

Glitazones

GLPs

DPP-4s

Meglitinides

SGLT2

Smoking Cessation

ASA

[Benefit Estimate Details](#)

The Absolute CVD Risk/Benefit Calculator

Framingham

Heart attacks + angina/coronary insufficiency +
heart failure + strokes + intermittent claudication

QRISK[®]2-2014

Heart attacks + strokes






ACC/AHA ASCVD

CHD death + nonfatal heart attacks
+ fatal/nonfatal strokes

Risk Time Period

10 years



	97.9%	No event
	2.1%	Total with an event
	0.0%	Number who benefit from treatment
NNT	∞	Number needed to treat
	2.1%	Baseline events using baseline factors alone
	0.0%	Additional events "caused" by risk factors

As with all risk calculators, calculated risk numbers are +/- 5% at best. [More information.](http://chd.bestsclencemedicine.com/calc2.html)

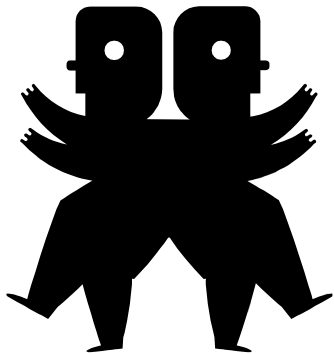
Comunicação



A capacidade de comunicação requer o reconhecimento das necessidades do paciente, seus valores e preferências

Preferências & Valores

A autonomia do paciente é a pedra angular da ética contemporânea da prática clínica, reforçado o direito do paciente fazer escolhas sobre os cuidados com a sua saúde, mesmo quando essas escolhas entram em conflito com as recomendações médicas



tomada de decisão compartilhada com o paciente



Workshop Diálogo / i9SHARE

- Entrevista empática com foco no cliente;
- Evidência clínica em fontes qualificadas de informação;
- Estratégias para comunicar os riscos de doença;
- Obter a participação e a aderência ao tratamento;
- Reconhecer o conhecimento, valores e preferências do paciente;
- Compartilhar com o paciente a decisão sobre o tratamento;
- Reduzir o desperdício e aumentar a eficiência do sistema de saúde.

Compartilhe sua Linguagem com os Valores do Paciente para mudar a Cultura da Saúde



Agradecimento

Moacyr Nobre



www.linkedin.com/moacynobre

(11) 99133-1009

XXIX SUERJ

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

