



Valor
em saúde:
do conceito
à prática.

29°
SUESPAR

▶ Quando Menos pode ser Mais em Saúde

Guilherme Brauner Barcellos
Choosing Wisely Brasil®

Unimed 
Paraná



@choosewiselybr



@ChooseWiselyBR



@choosingwiselybrasil



DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE



Há pelo menos uma década não possuo nenhum tipo de relação direta com indústrias de medicamentos ou dispositivos de uso direto em pacientes.

Enquanto coordenador nacional da *Choosing Wisely Brasil* sou regulado na relação com fontes pagadores da saúde:
<https://www.choosingwisely.com.br/coipolicies>



A Campanha *Choosing Wisely*[®]: Base teórica e desdobramentos no Brasil



 @choosewiselybr

 @ChooseWiselyBR

 @choosingwiselybrasil

**É UMA INICIATIVA, HOJE MULTINACIONAL,
PARA AJUDAR MÉDICOS E ENGAJAR PACIENTES
EM DIÁLOGOS SOBRE EXCESSOS EM INTERVENÇÕES,
COLABORANDO PARA ESCOLHAS SÁBIAS EM SAÚDE.**



CW: Como Surgiu?

Perspective FREE PREVIEW

Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform — The Top Five List

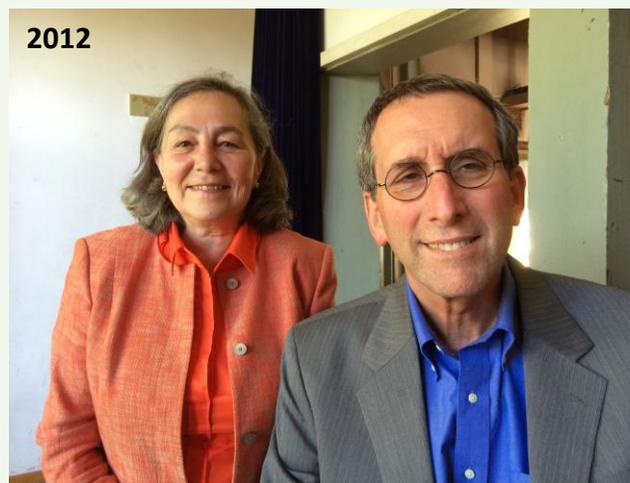
Howard Brody, M.D., Ph.D.

2010

“... se nos restringirmos às boas e flagrantes causas de desperdícios, podemos demonstrar a um público cético que estamos genuinamente protegendo os interesses dos pacientes e não simplesmente racionando os cuidados de saúde, para fins de redução de custos”.



FOUNDATION



Wendy Levinson e Daniel Wolfson

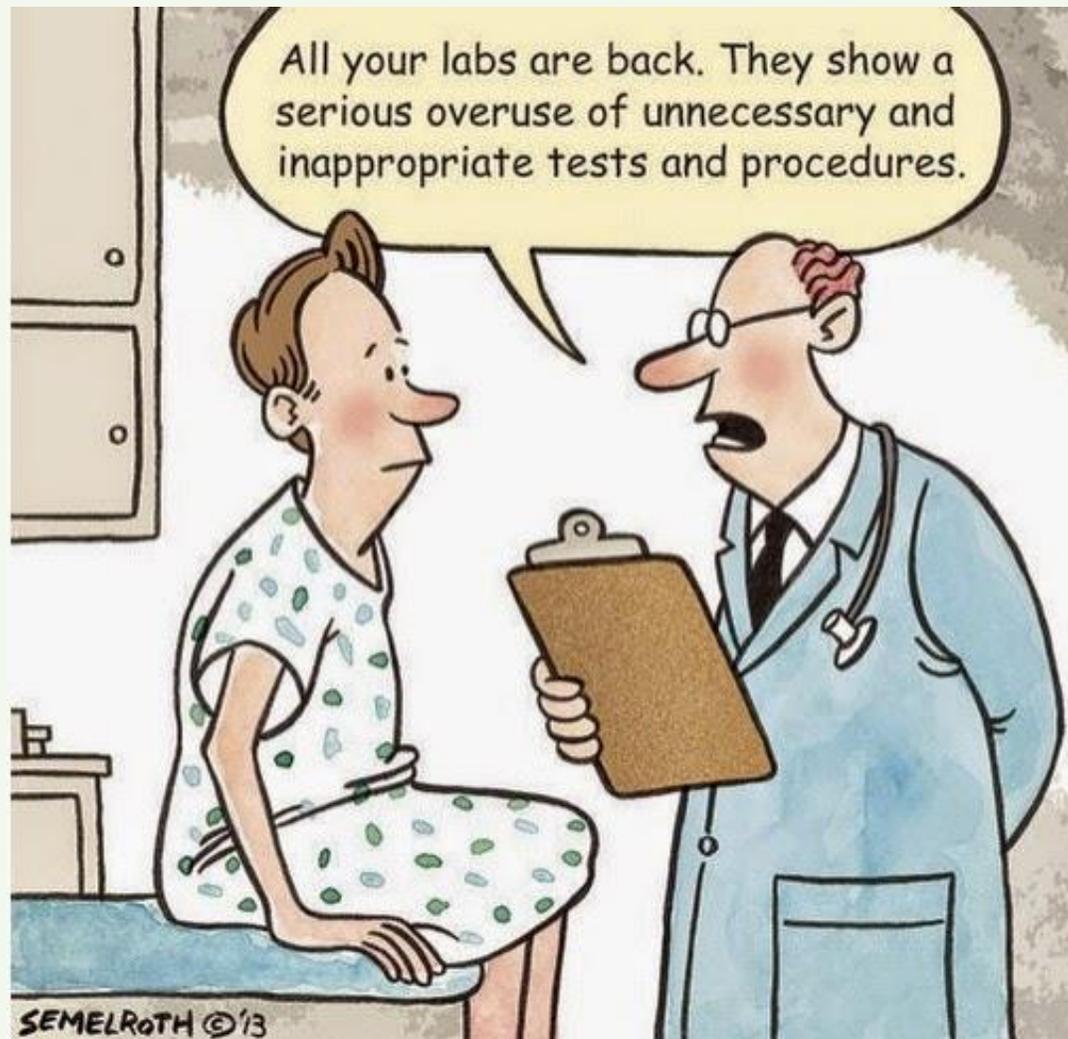


Princípios Universais

Choosing Wisely Brasil: Princípios Gerais	
Princípio	Considerações
Liderança por profissionais da saúde	<p>Em oposição à liderança por agências governamentais, planos de saúde ou operadoras (fontes pagadoras em geral)</p> <p>Em hospitais ou clínicas, pode e deve ser apoiada pela gestão, mas as recomendações técnicas devem partir dos profissionais da ponta (abordagem <i>bottom-up</i>).</p>
Visão centrada no paciente	
Foco em qualidade, segurança e equidade	Custo-redução não é objetivo primário
Embasamento em evidências	Isto vale para as terapias ditas alternativas ou complementares, que devem ser avaliadas pela mesma lente científica, e um olhar atento para custo-efetividade e hierarquização responsável dos sempre limitados recursos (não apenas financeiros) disponíveis para o setor saúde.
Transparência	<p>O processo de desenvolvimento das recomendações deve ser público.</p> <p>Todos os conflitos de interesse devem ser declarados.</p>

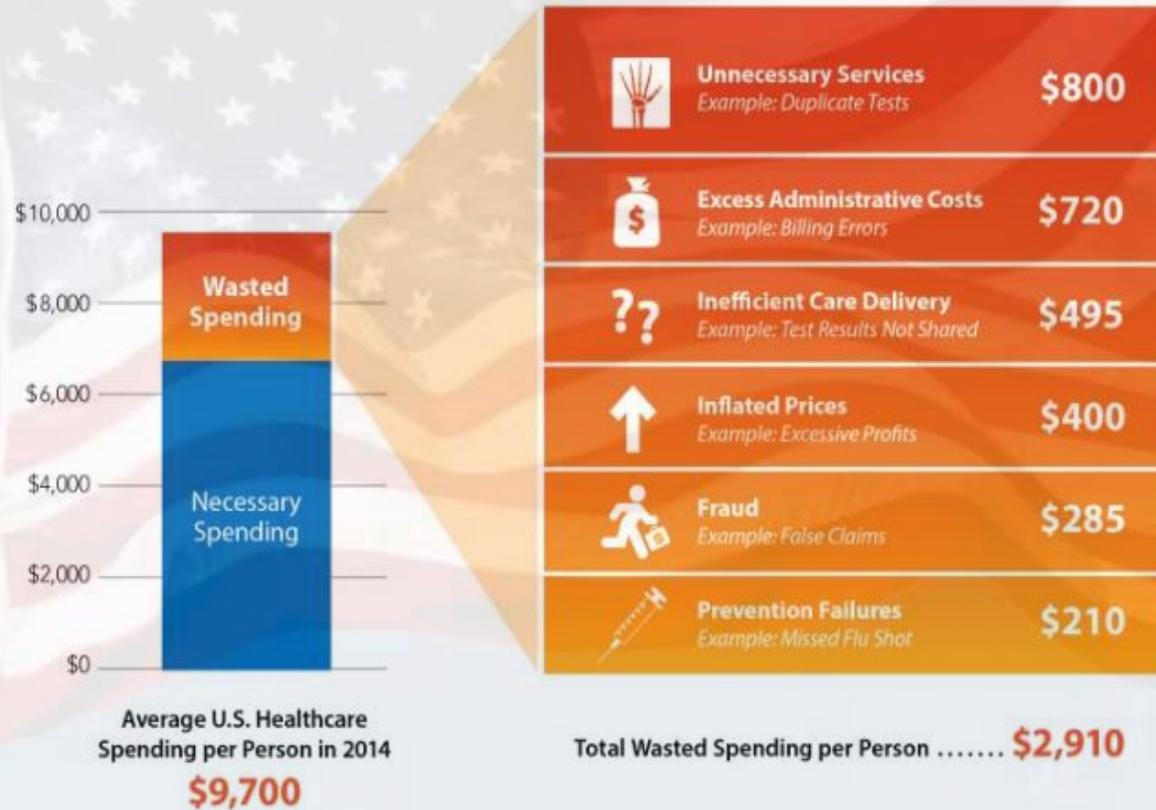


CW: Por que surgiu?





Approximately 1 in 3 Health Care Dollars is Waste Can We Afford This?

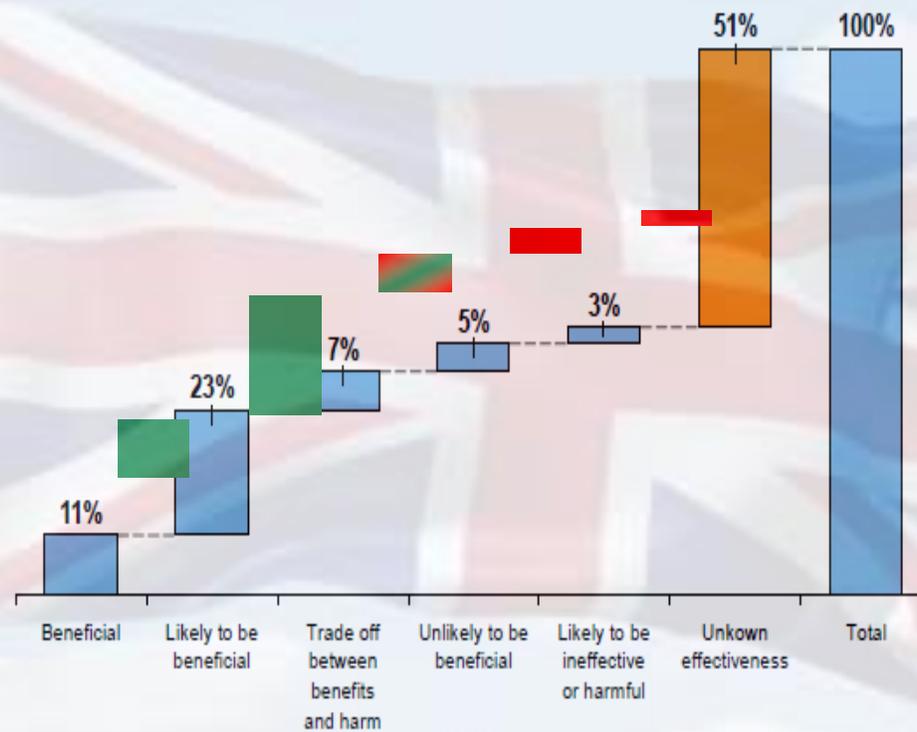


<http://consumersunion.org/outrageous-health-costs/waste/>



UK EXAMPLE

51% of ~ 3,000 commonly used treatments in the UK was of unknown effectiveness
Rating by a team of advisors, peer reviewers, experts, information specialists & statisticians



Note: Study based on ~3,000 treatments
Source: Clinical Evidence website 2011, How much of orthodox medicine is evidence based? 2007, Booz & Company analysis

Unnecessary care in Canada tops 1 million tests and treatments a year

1st national picture emerges of unnecessary scans in hospitals, heavy prescribing to kids for insomnia

By Amina Zafar, CBC News | Posted: Apr 06, 2017 8:00 AM ET | Last Updated: Apr 07, 2017 12:05 AM ET



Overcrowding in emergency departments could contribute to potentially needless medical tests. (Jessica Rinaldi/Reuters)

Stay Connected with CBC News



Mobile



Facebook



Podcasts



Twitter



Alerts



Newsletter

ADVERTISEMENT

An advertisement for a video. The word "SAVE" is written in large, bold, white letters, with each letter filled with smaller text related to health and medicine. Below it, the text "BETTER LAUGH WHILE YOU STILL CAN" is visible. At the bottom, there is a blue button that says "WATCH NOW" with a right-pointing arrow. The background is dark with some light effects and the CBC logo in the bottom right corner.

WATCH NOW ▶

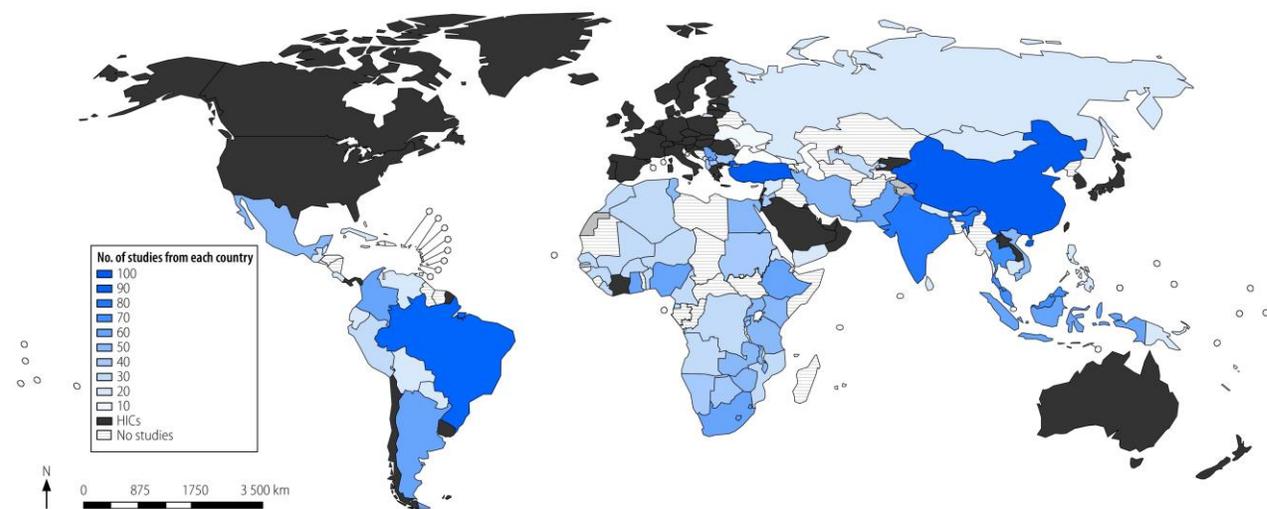


Systematic reviews

Overuse of medications in low- and middle-income countries: a scoping review

Loai Albarqouni,^a Sujeewa Palagama,^a Julia Chai,^b Priatharsini Sivananthajothy,^b Thanya Pathirana,^c Mina Bakhit,^d Morteza Arab-Zozani,^d Respati Ranakusuma,^e Magnolia Cardona,^a Anna Scott,^a Justin Clark,^a Claire Friedemann Smith,^f Emmanuel Effa,^g Eleanor Ochodo^h & Ray Moynihan^a & the Overdiagnosis and Overuse of Healthcare Services in LMICs Network

Objective To identify and summarize the evidence about the extent of overuse of medications in low- and middle-income countries, its drivers, consequences and potential solutions.



Müsken JLM, Kool RB, van Dulmen SA, Westert GP. Overuse of diagnostic testing in healthcare: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2022 Jan;31(1):54-63. doi: 10.1136/bmjqs-2020-012576. Epub 2021 May 10. PMID: 33972387; PMCID: PMC8685650.



“Até pode existir sobreutilização de recursos em países menos desenvolvidos, mas a questão chave neles é subutilização!”



Afirmção acima é bastante frequente e ignora uma interdependência bem documentada entre os dois fenômenos (*overuse & underuse*);

Bem como que interdependentes também são as soluções: para combater gargalos de acesso e subutilização de recursos na saúde é imprescindível gerenciar sobreutilização e desperdícios.





Interdependência entre *overuse* & *underuse*

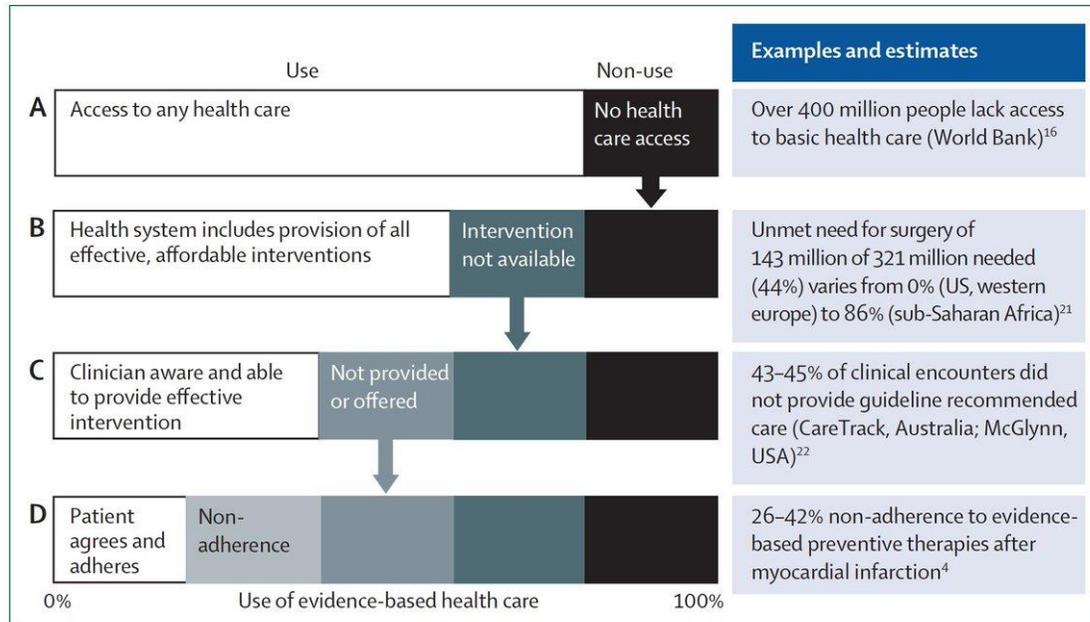


Figure 2: Underuse can accumulate over four stages of care, from access to adherence

Se vc somente consegue oferecer um número limitado de “portas de entrada” no sistema, escolhas erradas (sejam através de portas de baixo valor, seja através de um critério que determine muitas entradas para o “tamanho da porta”) fará com que a aleatoriedade (em lugar do julgamento técnico) determine quem terá acesso ao sistema e quem não terá:

No SUS, infartado espera 48 horas sentado

Paciente em Aracaju foi dispensado, sofreu segundo infarto e só conseguiu fazer cateterismo na semana seguinte

Service público não oferece medicação e exige encaminhamento prévio, o que piora prognóstico

DE JOÃO CARLOS

Mais de 48 horas infartado e esperando vaga em hospital especializado do SUS para se submeter a intervenção de emergência, o paciente João Carlos Oliveira, 79, de Aracaju, aguarda vaga em um dos leitos de emergência de um hospital especializado em cardiologia para se submeter a intervenção de emergência. Ele chegou ao hospital em Aracaju no domingo, 17 de dezembro, após sofrer um primeiro infarto. Desde então, aguarda vaga para se submeter a intervenção de emergência. Ele chegou ao hospital em Aracaju no domingo, 17 de dezembro, após sofrer um primeiro infarto. Desde então, aguarda vaga para se submeter a intervenção de emergência.



João Carlos, 79, espera 48 horas sentado por vaga no SUS

particular. Conseguiu atendimento e, após repetir o exame, o médico decidiu que o paciente deveria se submeter a intervenção de emergência. Ele chegou ao hospital em Aracaju no domingo, 17 de dezembro, após sofrer um primeiro infarto. Desde então, aguarda vaga para se submeter a intervenção de emergência. Ele chegou ao hospital em Aracaju no domingo, 17 de dezembro, após sofrer um primeiro infarto. Desde então, aguarda vaga para se submeter a intervenção de emergência.

Como se resolveu o problema? O paciente João Carlos Oliveira, 79, de Aracaju, aguarda vaga em um dos leitos de emergência de um hospital especializado em cardiologia para se submeter a intervenção de emergência. Ele chegou ao hospital em Aracaju no domingo, 17 de dezembro, após sofrer um primeiro infarto. Desde então, aguarda vaga para se submeter a intervenção de emergência.



Interdependência entre *overuse* & *underuse*

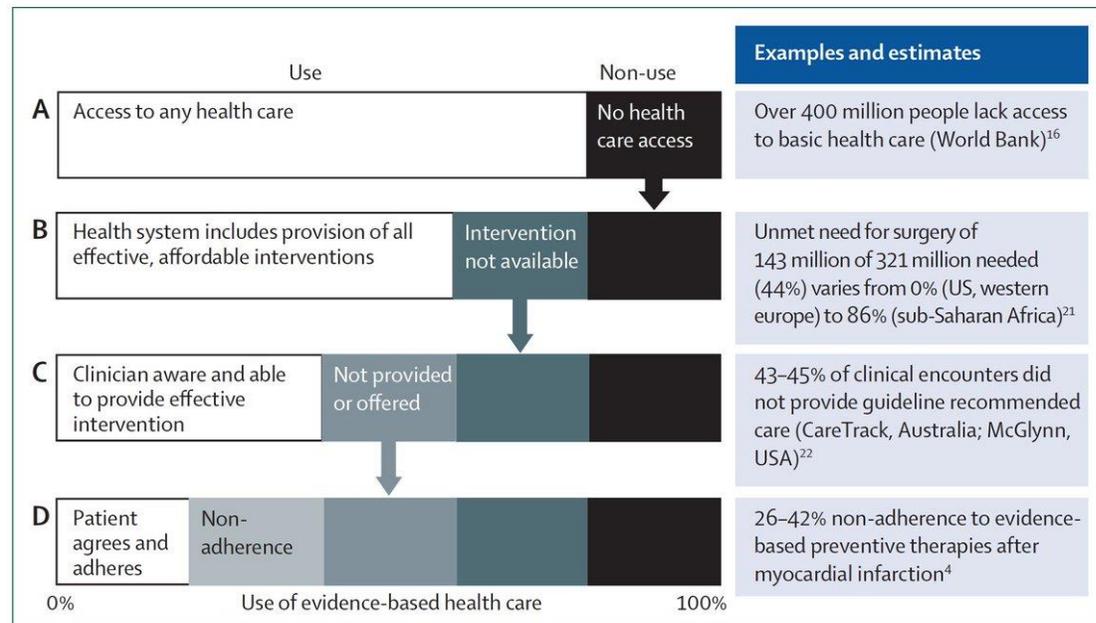


Figure 2: Underuse can accumulate over four stages of care, from access to adherence

Qual é a doença do mês? Campanhas disputam espaço no calendário

GABRIEL ALVES
PHILLIPPE WATANABE
DE SÃO PAULO

23/10/2016 © 02h03

Compartilhar

OUVR O TEXTO

Mais opções

Outubro é rosa, novembro é azul, dezembro é laranja, mas também vermelho. Sociedades de médicos e pacientes e ONGs se acotovelam na disputa por um espaço no calendário para promover os chamados meses de conscientização de algumas doenças.

leia também

'Não sou seu filho, sou sua vítima', diz jovem ao pai que o infectou com HIV

Deficientes visuais usam maquiagem para marcar independência

Projeto cria músicas sobre vida do paciente para tentar frear Alzheimer

Edição impressa

SAÚDE RESPONDE

GOMAS / NOTÍCIA

Momento ideal para procurar um geriatra é a partir dos 40 anos; entenda

Primeira consulta com especialista no atendimento do idoso e também nas questões relativas ao envelhecimento deve ocorrer antes do que muitos imaginam

16/05/2023 - 16M45min

Atualizado em 18/05/2023 - 18M26min

COMPARTILHE

LARISSA ROSO

Ver Perfil Enviar Email



O envelhecimento do organismo, após atingir o auge da performance, pode começar ainda

MAIS LIDAS

CAMISA 9

A mudança de Suárez em meio à novela com Grêmio





CW: Uma Síntese por Wendy Levinson





Choosing Wisely EUA: <http://www.choosingwisely.org>

The screenshot shows the homepage of the Choosing Wisely website. At the top left is the logo, which consists of three vertical bars in green, blue, and purple, followed by the text "Choosing Wisely" and "An initiative of the ABIM Foundation" below it. To the right of the logo is a search bar with the word "Search" and a magnifying glass icon. Below the logo and search bar are five navigation buttons: "About" (yellow), "Lists" (green), "In Action" (teal), "Resources" (blue), and "Videos" (purple). The main content area features a large banner with a photograph of a pen writing on a checklist. To the right of the photograph is a green box with the text "Lists" and "See which tests and procedures should be questioned". To the right of the banner are social media icons for Facebook, Twitter, Google+, Email, and a plus sign. Below the banner is a row of five small white circles. At the bottom left, there is a paragraph of text about the initiative and a "Latest news:" section with a bullet point. At the bottom right, there is a "UPDATES FROM THE FIELD" section with a sign-up form and a "NEWS FEED" section.

Choosing Wisely
An initiative of the ABIM Foundation

Search

About Lists In Action Resources Videos

Lists
See which tests and procedures should be questioned

Choosing Wisely is an initiative of the ABIM Foundation in partnership with Consumer Reports that seeks to advance a national dialogue on avoiding wasteful or unnecessary medical tests, treatments and procedures. [Read more about the campaign.](#)

Latest news:

- Five years after initiating work to redesign continuous cardiac telemetry ordering, Christiana Care Health System has [sustained ordering levels](#) that reflect evidence-based guidelines.

UPDATES FROM THE FIELD

Monthly updates on organizations advancing *Choosing Wisely*.

Email **SIGN UP**

NEWS FEED



CW Canada: <http://www.choosingwiselycanada.org>

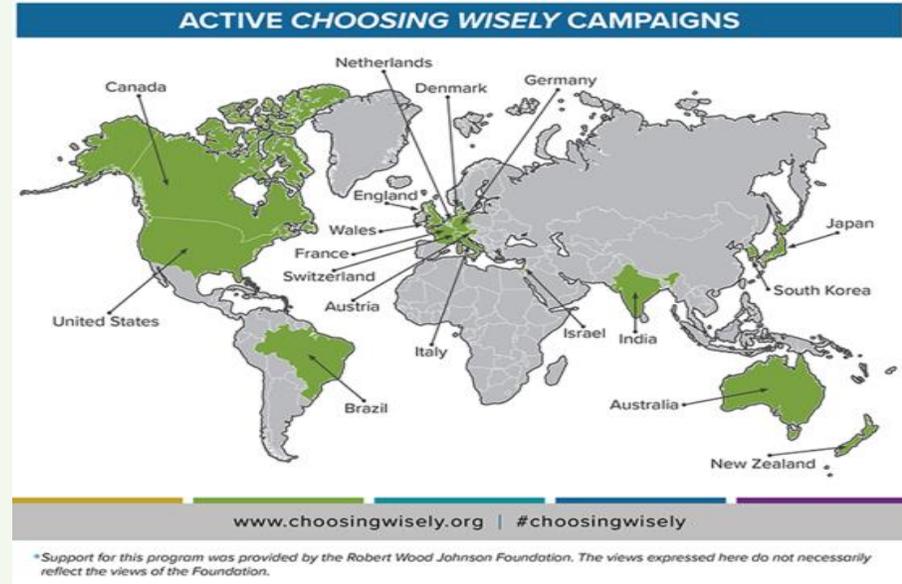
The screenshot shows the homepage of the Choosing Wisely Canada website. At the top right, there are two buttons: "FRANÇAIS" and "PATIENT SITE". The main header features the "Choosing Wisely Canada" logo on the left and a search bar with the text "SEARCH" and a magnifying glass icon on the right. Below the header is a teal navigation bar with the following menu items: "ABOUT", "THE LISTS", "PATIENT PAMPHLETS", "IN ACTION", "MED ED", and "RESOURCES". The main content area has a white background with a teal border. It features a central text block: "Choosing Wisely Canada is a campaign to help clinicians and patients engage in conversations about unnecessary tests, treatments and procedures." Below this is a large pink banner for a "Talks" event. The banner text reads: "Behavioural Sciences 101: How Behavioural Insights Can Help Reduce Unnecessary Care", "Speaker: Meera Paleja, Ph.D.", and "Thursday May 4th 12 PM ET". There is a "Sign Up" button on the left side of the banner. The banner also includes illustrations of a brain, a lightbulb, and a clock, and logos for the "Association Médicale Canadienne" and "Canadian Medical Association". On the right side of the banner, there is a vertical stack of social media icons: Facebook, Twitter, Email, Print, and a plus sign for more options.



Choosing Wisely International



Londres 2015



Choosing Wisely Italy
Doing more does not mean doing better

Slow Medicine
Sobria
Rispettosa
Giusta

Search ...

Rome 2016



3rd International Roundtable on Choosing Wisely - May 11-12-13, 2016 - Rome Italy



CHOOSING WISELY WALES
DEWIS DOETH CYMRU

無駄な医療をやめよう
Choosing Wisely

目的: 患者の健康と安全を確保し、医療費の削減を図る。

無駄な医療とは

- 不必要な検査や処置
- 重複した検査や処置
- 最新の医療技術の過剰な使用
- 患者の負担を過度に増やす医療

患者: 十分な情報に基づいて意思決定を行う

医師: 患者の利益を最優先にする

参加する学会: ABIM財団

本国の医療費: 医療費の削減



-  **Não solicite exame de imagem para a dor lombar nas primeiras seis semanas, a menos que sinais de alerta ("red flags") estejam presentes.**
-  **Não prescreva rotineiramente antibióticos para sinusite aguda leve a moderada, a menos que os sintomas durem sete dias ou mais, ou os sintomas piorem após uma melhora clínica inicial.**
-  **Não use benzodiazepínicos ou outros sedativos-hipnóticos em idosos como primeira escolha para insônia, agitação ou delírium.**
-  **Não mantenha terapia com inibidores de bomba de prótons (IBPs) a longo prazo para sintomas gastrointestinais, sem uma tentativa de suspender ou reduzir IBPs pelo menos uma vez por ano, na maioria dos pacientes.**
-  **Não realize testes cardíacos de rastreamento para doença coronária na ausência de sintomas, a não ser que marcadores de alto risco estejam presentes.**
-  **Não use antipsicóticos como primeira escolha para tratar sintomas comportamentais e psicológicos da demência.**
-  **Não realize exames pré-operatórios de rotina antes de procedimentos cirúrgicos de baixo risco.**
-  **Não use antimicrobianos para tratamento de bacteriúria em idosos, a menos que existam sintomas específicos do trato urinário.**
-  **Não utilize ou mantenha sondas vesicais de demora para incontinência, conveniência ou monitoramento em pacientes com doença não-crítica.**
-  **Não realize testes de imagem cardíaca de estresse como parte de rotina anual em pacientes assintomáticos.**

**Metodologia de confecção da lista: Revisão por membros da Choosing Wisely Internacional de recomendações comuns a vários países, geradas por sociedades médicas locais.*



Choosing Wisely Brasil®: Principais Braços da Iniciativa

- Conversas entre profissionais da saúde
 - Projeto STARS (*Students and Trainees Advocating for Resource Stewardship*)
- Conversas com potenciais pacientes e familiares;
- Implantação e mensuração: desenvolvimento de iniciativas multimodais para “colocar em prática”;
- Educação em Saúde Baseada em Evidências, muito amparada no conteúdo gratuito de <http://medicinabaseadaemevidencias.blogspot.com>.

www.choosingwisely.com.br



Conversas entre profissionais da saúde



Recomendações Choosing Wisely Brasil da SBGG sobre escolhas sensatas em saúde do idoso

1 NÃO PRESCREVER UM NOVO MEDICAMENTO SEM ANTES REALIZAR UMA REVISÃO DOS MEDICAMENTOS EM USO

Pacientes idosos usam mais medicamentos prescritos e não-prescritos que pacientes mais jovens, sendo a polifarmácia um risco independente para Reações Adversas a Medicamentos como quedas, sangramentos, declínio cognitivo e funcional. A revisão periódica da prescrição faz parte de estratégia de assistência otimizada ao idoso, permitindo identificar ativamente de forma preventiva potenciais interações farmacológicas, presença de medicamentos desnecessários ou cujos regimes de administração e dose estejam inadequados. A revisão periódica de medicamentos é um indicador de qualidade de prescrição a idosos vulneráveis.

2 NÃO PRESCREVER RASTREIO, TRATAMENTO OU INTERVENÇÃO INVASIVA SEM ANTES CONSIDERAR: (1) O ESTADO FUNCIONAL; (2) A EXPECTATIVA DE VIDA; E (3) O COMPARTILHAMENTO DA DECISÃO COM O PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Diante do envelhecimento populacional e das peculiaridades físicas, psíquicas e sociais que permeiam a saúde do idoso, a tomada de decisões se torna um grande desafio aos profissionais da área da saúde. Em virtude da heterogeneidade das trajetórias de envelhecimento e seus distintos espectros de vulnerabilidade e a ocorrência de múltiplas doenças crônicas, recomenda-se fortemente que não sejam indicados exames diagnósticos, tratamentos ou intervenções invasivas sem que antes haja entendimento sobre o estado funcional, a expectativa de vida, as preferências e as prioridades do paciente ou seu representante legal durante o processo de decisão compartilhada. Para tanto, sugere-se que tais entendimentos e a tomada de decisões sejam apoiados pelos resultados da "Avaliação Geriátrica Ampla".

3 NÃO MANTENHA SONDAGEM VESICAL DE DEMORA EM PACIENTES COM ESTABILIDADE CLÍNICA QUANDO A SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO FOR UMA ALTERNATIVA PLAUSÍVEL OU QUANDO A INDICAÇÃO CLÍNICA INICIAL ESTÁ EM RESOLUÇÃO

A sondagem vesical de demora tem importante papel na clínica médica através de indicações precisas, entretanto potenciais efeitos adversos, sobretudo em idosos, devem ser considerados. Tal procedimento aumenta o risco de bacteriúria significativa e infecção do trato urinário, bem como contribui para redução da mobilidade, desconforto e aumento do risco de delírium, visto que a permanência da sonda vesical é considerada um fator precipitante independente. Evidências demonstram que protocolos sistematizados que promovem a retirada precoce de SVD, reduzem substancialmente o risco de infecção do trato urinário. Portanto, sempre que a sondagem vesical de alívio for possível ou a sondagem urinária não tiver mais indicação clínica clara, não a mantenha.

4 NÃO PRESCREVER POLIVITAMÍNICOS, REPOSIÇÃO VITAMÍNICA OU HORMONAL EM IDOSOS ASSINTOMÁTICOS

Evidências científicas demonstram não haver benefício clínico do uso de polivitamínicos, suplementação vitamínica ou hormonal em indivíduos assintomáticos e sem doenças específicas causadas por deficiências clínicas de tais vitaminas ou hormônios. Não existem evidências de que tais condutas tenham ação anti-envelhecimento ou de que auxiliem o envelhecimento bem-sucedido. Além disso, alguns dos componentes desses referidos suplementos e hormônios podem causar efeitos adversos significativos, incluindo aumento da mortalidade. À luz dos conhecimentos atuais é evidente que pesquisas mais extensas são necessárias para confirmar eficácia e segurança dos suplementos em pessoas idosas assintomáticas.

* Metodologia: Lista original foi desenvolvida em 2018. Na época, uma força-tarefa gerou 18 possíveis recomendações. 10 foram finalmente selecionadas após votação aberta a todos os membros da SBGG. O conteúdo foi revisado e atualizado pelo grupo de trabalho em dezembro de 2020.

Recomendações baseiam-se em imprescindível raciocínio probabilístico e no comportamento médio dos resultados das intervenções. Em decisão compartilhada com profissional de confiança, devem ser recalibradas, considerando condição clínica específica, valores e preferências do paciente.



TOP FIVE ABMH
Recomendações
Choosing Wisely Brasil da
Academia Brasileira de
Medicina Hospitalar
Revisão: Dezembro de 2019



1 NÃO INDIQUE OU MANTENHA SONDA VESICAL DE DEMORA EM PACIENTES INTERNADOS SEM INDICAÇÃO ESPECÍFICA

Pacientes na terapia intensiva muitas vezes necessitam de dispositivos invasivos, como sonda de demora. Seu uso, mesmo quando indicado, está associado a infecções de trato urinário e morbidade significativa. Durante internação em enfermaria, a indicação e permanência de sonda vesical de demora deve ser diuturnamente questionada e sua retirada deve ser realizada o mais precoce possível.

2 NÃO SOLICITE EXAMES LABORATORIAIS OU MÉTODOS DE IMAGEM SERIADOS "DE ROTINA" EM PACIENTES HOSPITALIZADOS ESTÁVEIS CLINICAMENTE

Não há um conjunto de exames que deva ser solicitado de rotina para pacientes internados. Coletas repetitivas de exames laboratoriais em pacientes hospitalizados ocorrem frequentemente e estão associadas a efeitos adversos como anemia iatrogênica e dor. Esta prática também está associada a resultados falsos-positivos e sobrediagnósticos que podem levar a exames desnecessários adicionais, aumento do tempo de internação e do custo da internação.

3 NÃO TRANSFUNDA CONCENTRADO DE HEMÁCIAS COM BASE EM LIMIARES ARBITRÁRIOS DE HEMATÓCRITO OU HEMOGLOBINA NA AUSÊNCIA DE SINTOMAS, DOENÇAS CORONARIANA ATIVA, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA OU AVC

A decisão para transfundir deve ser baseada numa avaliação criteriosa de cada paciente individual, incluindo fatores de risco, estado clínico e causa de anemia. Há evidências de boa qualidade demonstrando ausência de benefício (até dano, em alguns casos) quando transfunde-se para atingir um limiar arbitrário. Além da falta de benefícios, há os riscos associados à transfusão que incluem alergia, febre, infecções, hemólise e sobrecarga volêmica. Desta forma, recomenda-se transfundir apenas em situações de real necessidade e o mínimo de unidades necessárias, ao invés de estratégia mais liberal.

4 NÃO UTILIZE BENZODIAZEPÍNICOS OU OUTROS SEDATIVOS-HIPNÓTICOS EM IDOSOS COMO PRIMEIRA ESCOLHA PARA INSÔNIA, AGITAÇÃO OU DELÍRIUM

Durante hospitalizações, queixas de insônia e dificuldades com o sono são extremamente comuns em pacientes idosos. As causas são multifatoriais, e uma abordagem ampla e integral dos distúrbios do sono durante hospitalizações deve ser realizada. A prescrição rotineira e acrítica de sedativos-hipnóticos, particularmente os benzodiazepínicos, pode produzir desfechos negativos. Há boas evidências de aumento da incidência de delírium e quedas intra-hospitalares. Além disso, mais de um terço dos pacientes hospitalizados sem história prévia de insônia tem alta com uma prescrição de sedativo-hipnótico.

5 NÃO PRESCREVA MEDICAÇÕES (INIBIDOR DE BOMBA DE PRÓTONS OU BLOQUEADOR H2) PARA PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE PARA PACIENTES INTERNADOS SEM UMA INDICAÇÃO PRECISA

Profilaxia de úlcera de estresse (com inibidores de bomba de prótons ou bloqueador H2) não está indicada, de uma forma geral, para pacientes hospitalizados fora do ambiente de terapia intensiva. Entretanto, o uso indiscriminado de medicações para supressão ácida gástrica é extremamente comum e sem suporte de evidências (chega a 71%).

* Metodologia: uma força-tarefa da Academia Brasileira de Medicina Hospitalar (ABMH) elencou 26 recomendações iniciais a partir das iniciativas de Choosing Wisely (CW) das sociedades de medicina interna e medicina hospitalar do Canadá, Estados Unidos da América, Austrália e Inglaterra, além de outras fontes da literatura e experiência pessoal dos membros da força-tarefa. Após análise crítica todos os membros puderam votar através de questionário eletrônico (Google Form). Contato: info@abmh.med.br

Recomendações baseiam-se em imprescindível raciocínio probabilístico e no comportamento médio dos resultados das intervenções. Em decisão compartilhada com profissional de confiança, devem ser recalibradas, considerando condição clínica específica, valores e preferências do paciente.



1

**NÃO PRESCREVER UM NOVO
MEDICAMENTO SEM ANTES
REALIZAR UMA REVISÃO DOS
MEDICAMENTOS EM USO**



2

**NÃO PRESCREVER RASTREIO, TRATAMENTO OU
INTERVENÇÃO INVASIVA SEM ANTES CONSIDERAR:
(1) O ESTADO FUNCIONAL; (2) A EXPECTATIVA DE
VIDA; E (3) O COMPARTILHAMENTO DA DECISÃO
COM O PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL**



3

**NÃO MANTENHA SONDAGEM VESICAL DE DEMORA
EM PACIENTES COM ESTABILIDADE CLÍNICA
QUANDO A SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO FOR
UMA ALTERNATIVA PLAUSÍVEL OU QUANDO A
INDICAÇÃO CLÍNICA INICIAL ESTÁ EM RESOLUÇÃO**



4

**NÃO PRESCREVER POLIVITAMÍNICOS,
REPOSIÇÃO VITAMÍNICA OU HORMONAL
EM IDOSOS ASSINTOMÁTICOS**





Conversas entre profissionais da saúde

ASSOCIAÇÕES PROFISSIONAIS QUE JÁ GERARAM RECOMENDAÇÕES:

Sociedade Brasileira de Cardiologia
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (duas edições)
Academia Brasileira de Medicina Hospitalista
Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – Departamento de Tireoide
Sociedade Brasileira de Mastologia (duas edições)
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial (duas edições)
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (duas edições)
Sociedade Brasileira de Nefrologia
Federação Brasileira de Gastroenterologia
Associação de Medicina Intensiva Brasileira
Sociedade Brasileira de Infectologia
Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica (três edições)
Sociedade Brasileira de Hepatologia – Departamento de Hepatites Virais
Sociedade Brasileira de Dermatologia

EM PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO:

Sociedade de Anestesiologia do Estado de Santa Catarina
Associação Brasileira de Estomaterapia
Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial



Atualização Julho 2023



Conversas com potenciais pacientes e familiares - conteúdo para público leigo -

Choosing Wisely
An initiative of the ABIM Foundation

ConsumerReportsHealth
AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS
ABIM FOUNDATION

Imaging tests for lower-back pain

You probably do not need an X-ray, CT scan, or MRI

Xrays, CT scans, and MRIs are called imaging tests because they take pictures, or images, of the inside of the body. You may think you need one of these tests to find out what is causing your back pain. But these tests usually do not help. Here's why:

The tests do not help you feel better faster. Most people with lower-back pain feel better in about a month, whether or not they have an imaging test.

People who get an imaging test for their back pain do not get better faster. And sometimes they feel worse than people who took over-the-counter pain medicine and followed simple steps, like walking, to help their pain.

Imaging tests can also lead to surgery and other treatments that you do not need. In one study, people who had an MRI were much more likely to have surgery than people who did not have an MRI. But the surgery did not help them get better any faster.

Imaging tests have risks. X-rays and CT scans use radiation. Radiation has harmful effects that can add up. It is best to avoid radiation when you can.



We can talk about End of Life Care later, right?

Let's think again.
The right time is now.



Have a healthy conversation about medical tests, treatments and procedures with your patient.

Learn more about how to have a healthy conversation about medical tests, treatments and procedures.

Choosing Wisely Canada
St. Joseph's Healthcare Hamilton



A stuffed up nose and headache are no fun.
But, antibiotics *rarely* work for a cold.

Find out more at:
HealthInsight.org/choose

Choosing Wisely
An initiative of the ABIM Foundation



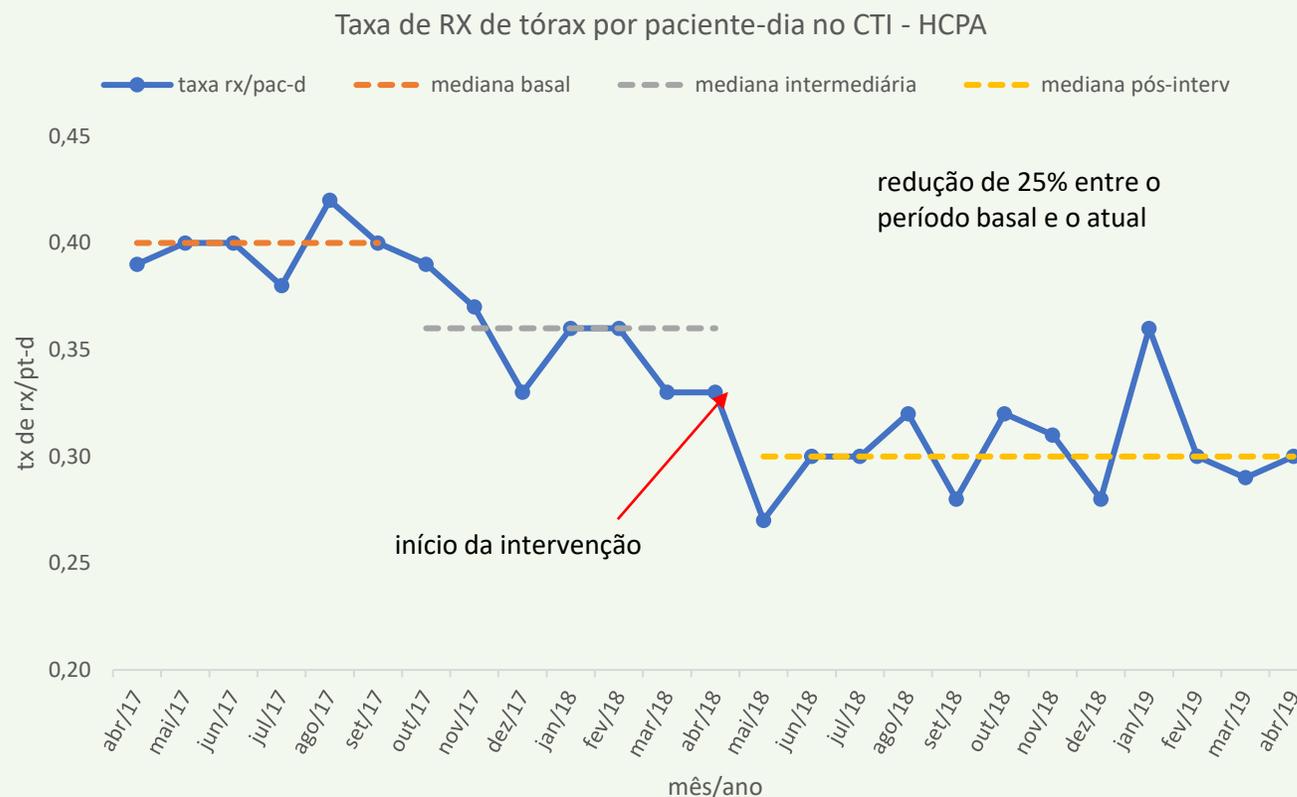
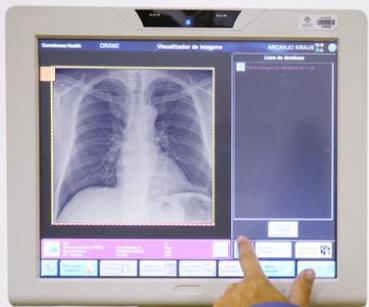
Implantação e mensuração: “colocando CW em prática”

Choosing Wisely
escolhas sensatas em saúde

Qualidade
É PENSAR NO
PACIENTE. ✓

NO CTI, SOLICITE RAIOS X DE TÓRAX SOMENTE QUANDO FOR NECESSÁRIO RESPONDER A UMA QUESTÃO CLÍNICA ESPECÍFICA.

A solicitação rotineira de radiografias não reduz mortalidade, tempo de ventilação mecânica ou de permanência no hospital. Por outro lado, pode aumentar o número de remoções não planejadas de dispositivos invasivos, piora da oxigenação e exposição a radiações.





Dificuldades, desafios e oportunidades

- O que NÃO é *Choosing Wisely*, e muitas vezes a atrapalha!
- Grupamentos profissionais desviam de recomendações que impactam em remuneração ou prestígio, entre outros conflitos de interesse;
- Heurísticas e vieses, a mentalidade do médico ativo, o politicamente correto, e a conspiração da boa intenção;
- Campanhas informativas e educação, isoladamente, mudam pouco comportamento;
- Reduzir cuidados de baixo valor / valorizar cuidados de alto valor dependem de ações múltiplas e abrangentes, além de confiança entre players do sistema.



Choosing Wisely NÃO é...

- Trilho! SBE não é trilho! Ciência não é trilho!

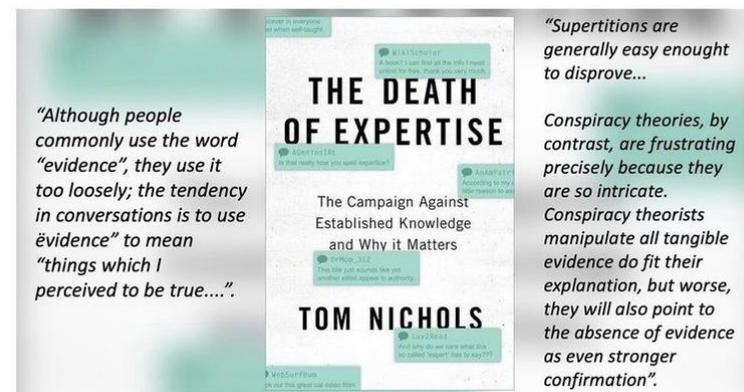
Protocolos das Unimed não deveriam ser trilho!

São uma espécie de bússola para identificação de Norte.
Outras vezes uma iluminação para reconhecimento do terreno
e das vantagens e desvantagens entre caminhos possíveis.



Recomendações baseiam-se em imprescindível raciocínio probabilístico e no comportamento médio dos resultados das intervenções.
Em decisão compartilhada com profissional de confiança, devem ser recalibradas, considerando condição clínica específica, valores e preferências do paciente.

- Apologia ao Natureba
- Apologia cega ao Minimalismo
- Movimento *anti-establishment* ←→





Grupamentos profissionais desviam de recomendações que impactam em remuneração ou prestígio

- Apenas 20% das recomendações impactam em intervenções geradoras de renda e, dessas recomendações, a maioria é voltada para não membros.

Zadro, J.R., Farey, J., Harris, I.A. et al. Do choosing wisely recommendations about low-value care target income-generating treatments provided by members? A content analysis of 1293 recommendations. BMC Health Serv Res 19, 707 (2019).

- Experiência brasileira

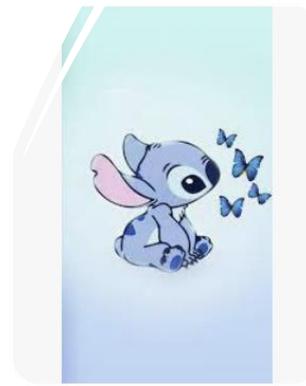
A Mentalidade do Médico Ativo

O ‘Viés de Ação’ - o incentivo psicológico para fazer alguma coisa, qualquer coisa, mesmo que seja bobagem, é muito forte na Saúde, onde intuições na linha de “sempre melhor prevenir do que remediar” e “por via das dúvidas” são extremamente comuns.

Espera-se do profissional que *faça alguma coisa*, que reafirme seu conhecimento e sua autoridade com ações (exames e receitas), mesmo que representem tiros no escuro. O que está em jogo neste tipo de circunstância é menos o resultado final e mais como ao profissional é *visto* — pelos outros e, também, por si mesmo.



Apego ao emocionalmente agradável ou confortável



Pxfuel
Papel de parede fof...



Pinterest
Foto para perfil Vanellopeh...



iStock
Vetores de Coisas Fofas Para Adesiv...

1 Don't perform routine pre-operative hemostatic testing (PT, aPTT) in an otherwise healthy child with no prior personal or family history of bleeding

- Preoperative hemostatic screening in healthy pediatric patients with no personal or family history of excessive bleeding does not effectively identify those who will have unexpected surgical bleeding
- Artifacts or disorders that do not affect bleeding risk may be identified, such as factor XII deficiency or an infection-associated, transient lupus anticoagulant
- Hemostatic testing adds cost and may introduce additional stress, either due to blood sampling or if a child has "abnormal" results



wnload ...



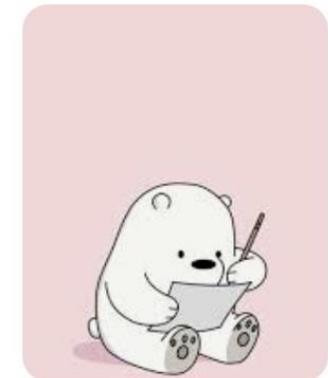
Elo7
Papel de Parede Infantil - ...



Pinterest
Resultado de imagem ...



Quizur
Fotos kawaii muito fofas para p...

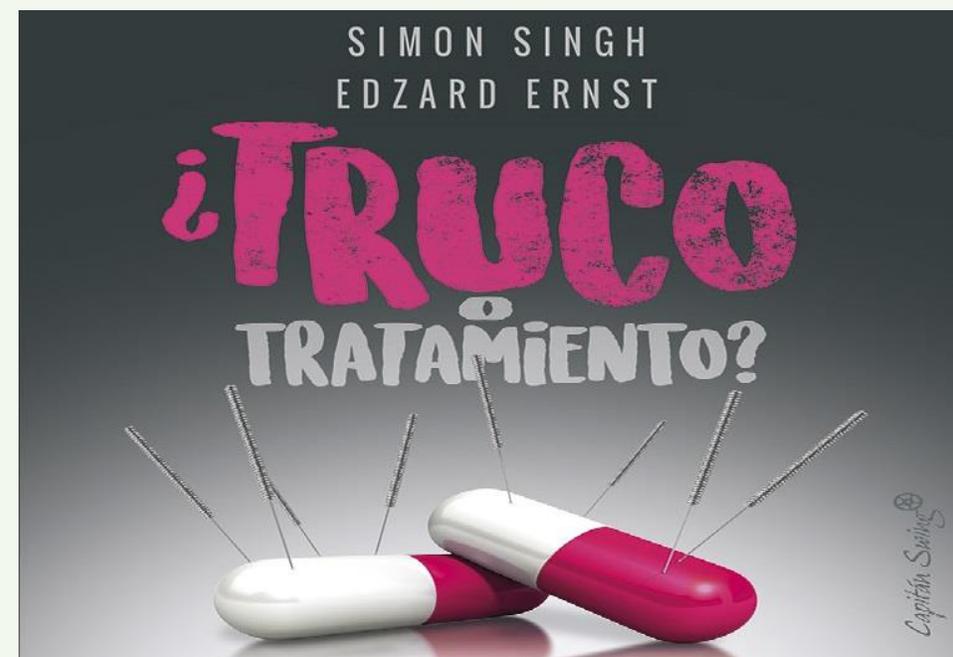




A conspiração da boa intenção

“Alegações exageradas sobre a eficácia de um tratamento raramente são resultado de uma intenção deliberada de enganar.

Geralmente são o resultado de uma conspiração benevolente onde todos têm as melhores intenções: o paciente quer melhorar, seu médico deseja que a terapia recomendada deixe o paciente melhor, e a indústria farmacêutica também quer que essa melhora aconteça. O ensaio clínico randomizado é uma tentativa de escapar [dessa conspiração da boa intenção]”.





Exemplo Clínico #1 de Politicamente Correto - Rastreamentos em Geral -



A População Adooooora
“Prevenção”!



VS



O NNT, a Redução de Risco Esperada e o Rastreamento Absolutamente Universal

Países com piores desempenhos em indicadores globais de saúde e mais pobres devem investir mais em rastreios!

✓ ou ✗ ?



Exemplo Clínico #1 de Politicamente Correto - Rastreamentos em Geral -

Mais de 60% dos pacientes com câncer no Brasil são diagnosticados tardiamente

ANÁLISE 20/07/2023



Mais da metade dos casos de **câncer** do Sistema Único de Saúde (**SUS**) iniciam seus tratamentos já nos estágios avançados ou metastáticos. É o que mostram os dados do Ministério da Saúde, compilados e analisados pelo Instituto Oncoguia, organização sem fins lucrativos que atua na defesa dos direitos dos pacientes com câncer. Todas as informações estão **disponíveis** na plataforma Radar do Câncer, mantida e atualizada pela instituição.

Considerando dados levantados entre 2008 e 2021, o SUS atendeu cerca de 2,7 milhões de pacientes com câncer, com uma média de 192 mil novos casos por ano. Ainda que o sistema público tenha conseguido expandir sua rede de cuidado e abarcar cada vez mais pessoas no tratamento oncológico, esse atendimento vem sofrendo atrasos e um baixo investimento, o que impacta diretamente no prognóstico dos pacientes.

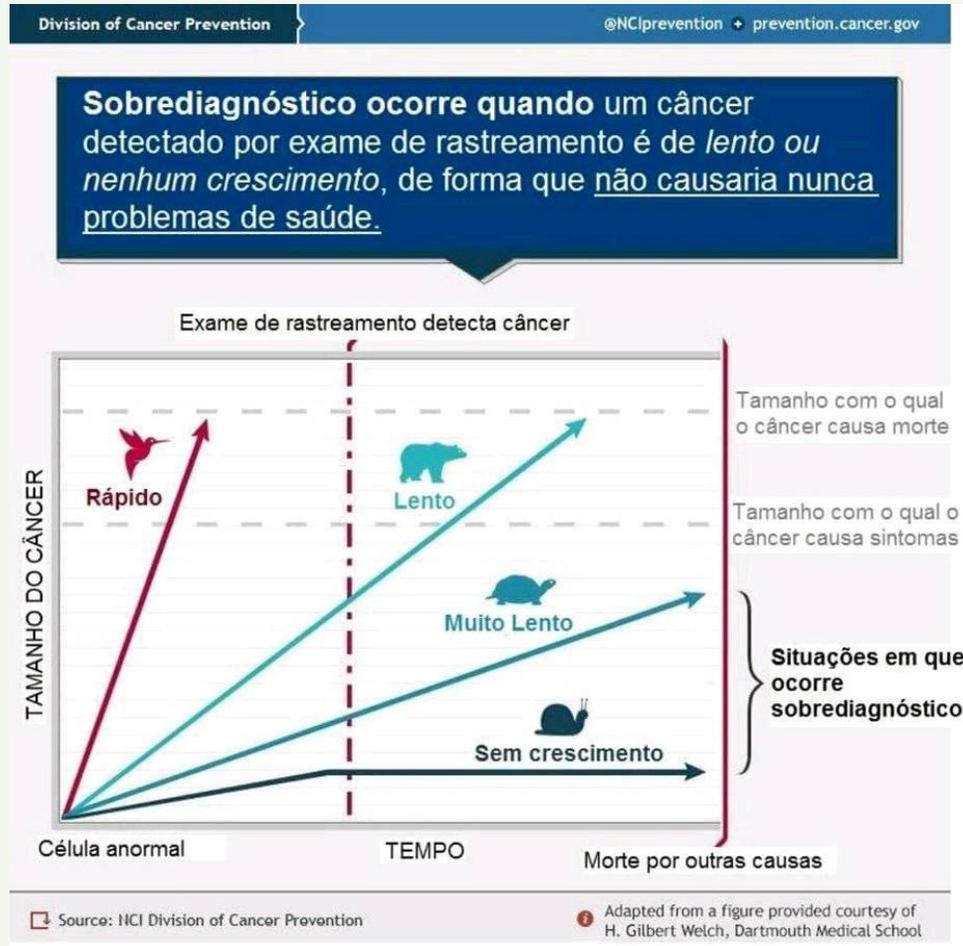
Nos 13 anos de dados disponíveis, em média, 58% dos pacientes iniciam seus tratamentos (quimioterápico e/ou radioterápico) com o câncer nos estágios avançados ou metastáticos. O estadiamento refere-se a avaliação da extensão da doença. A necessidade de se classificar os casos de câncer em estágios baseia-se na constatação de que as taxas de cura são diferentes quando a doença está restrita ao órgão (inicial), quando está no órgão e em linfonodos regionais (localmente avançado) ou quando já está disseminado para outros órgãos (avançado/metastático).

Implantar e manter um bom programa de rastreamento de doenças requer capacidade adequada e, habitualmente, ampliação da rede. Requer fortes investimentos em recursos humanos. Não bastasse, programas de rastreamento podem determinar realocação de recursos, o que pode afetar negativamente outras áreas ou setores. Administradores da saúde precisam planejar com muita atenção para minimizar questões dessa natureza, evitando o atalho tentador do populismo em saúde. É quando os recursos já são escassos que programas de rastreio costumam perder valor, e não o contrário.





Exemplo Clínico #2 de Politicamente Correto - Rastreamento de Cânceres -



Com base nas características dos diversos cânceres, acurácia dos testes diagnósticos, taxas de sobrediagnósticos, benefícios e riscos das abordagens, e valores e preferências dos pacientes, discute-se caminhos possíveis:

Nem sempre prevenir a qualquer custo é o melhor remédio! Nem todo rastreio é igual!

Chart 1 Summary of the guidelines from the entities recommending the screening for prostate cancer.

Entity and reference	American Cancer Society ⁷	American College of Physicians ⁸	American Urological Association ⁹	Canadian Urological Association ¹⁰	European Association of Urology ¹¹	Sociedade Brasileira de Urologia ¹⁵	National Comprehensive Cancer Network ¹⁴
Year	2010	2013	2013	2011	2014	2011	2015
Should SPCa be performed?	Yes, for men with a life expectancy greater than 10-15 years, who require it following an informed decision process						Yes, after a discussion about risk and benefit
Mass campaigns	Recommends against	Recommends against	Recommends against	NC	Recommends against	NC	Recommends against



Exemplo Clínico #3 de Politicamente Correto - Rastreamento de Doença Coronária -

Jamais esqueça: o valor preditivo é uma propriedade do indivíduo submetido ao exame, não do exame em si.

- O problema dos testes diagnósticos não necessariamente está em suas propriedades intrínsecas. Lembre que o valor preditivo é uma propriedade do indivíduo submetido ao exame, não do exame em si. Se a probabilidade de doença for muito alta, qualquer método terá limitado valor preditivo negativo.
- Se tivermos um paciente de 70 anos com dor torácica típica para angina, sua probabilidade pré-teste é 90%. Se ele fizer uma cintilografia miocárdica cujo resultado for negativo, a probabilidade pós-teste cairá para 62%. Ou seja, apesar do teste negativo, ainda é mais provável que o indivíduo seja doente do que saudável. Portanto, a cintilografia não é útil neste caso, pois não vamos acreditar no resultado negativo. E se fosse positiva não seria novidade.



menos é mais.

choosewiselybr • [Seguir](#) ...

 **joaoricardopintolopes** Excelente postagem. Informações como essa podem ajudar a reduzir a frequência de overuse médico.
159 sem [Responder](#)

 **drsebastiaoneuro** 🙌
159 sem [Responder](#)

 **nalubarcelos @vitorhgocm**
159 sem [1 curtida](#) [Responder](#)

♡ 💬 📌

157 curtidas
JULHO 7, 2020

[Entrar para curtir ou comentar.](#)



Jamais esqueça: o valor preditivo é uma propriedade do indivíduo submetido ao exame, não do exame em si.

- O problema dos testes diagnósticos não necessariamente está em suas propriedades intrínsecas. Lembre que o valor preditivo é uma propriedade do indivíduo submetido ao exame, não do exame em si. Se a probabilidade de doença for muito baixa, qualquer método terá limitado valor preditivo positivo.
- Um exemplo clássico é a realização indiscriminada de teste ergométrico em pacientes assintomáticos (check-up). De acordo com modelos probabilísticos validados variados, a maioria das pessoas assintomáticas tem baixa probabilidade de doença coronariana obstrutiva. No entanto, na rotina do consultório cardiológico, é quase garantido que o paciente em avaliação anual saia com pedido de teste ergométrico. Então, se um paciente tiver 5% de probabilidade pré-teste, um teste ergométrico positivo vai resultar em probabilidade pós-teste de 14%. Ou seja, apesar do teste positivo, o paciente continua muito mais para não ter a doença do que para ter a doença. Deveríamos continuar pensando o mesmo que achávamos antes, ou seja, o paciente é saudável. O bom teste, na situação específica, não mudaria nosso pensamento. Não seria útil.



Choosing Wisely
Australia

4. Don't screen asymptomatic, low-risk patients (<10% absolute 5-year CV risk) using ECG, stress test, coronary artery calcium score, or carotid artery ultrasound.

Major risk factors for vascular disease include older age, male sex, hypertension, smoking, dyslipidaemia and diabetes. Calculators using cardiovascular risk factors are widely available to determine a patient's individual risk for a vascular event. The additional information obtained by screening asymptomatic adults at low risk for a vascular event, via a resting ECG or stress test, is very unlikely to alter risk stratification or reduce overall events related to coronary artery disease. The potential harms of these tests have been found to equal or exceed the potential benefits in this population.

In the absence of clinical trial data demonstrating an overall benefit, screening asymptomatic patients also not recommended. The American Heart Association (AHA) and the American College of Cardiology (ACC) also do not recommend routine screening of asymptomatic patients. The National Prevention Alliance (NPDPA) guidelines.

Similarly, screening with carotid duplex ultrasound in low-risk patients results in many more false-positive than true-positive results. This in turn leads to a significant number of unnecessary angiographies or surgical procedures, with the attendant risks of stroke, myocardial infarction and death.

Recommendation released April 2015

CHOOSINGWISELY.ORG.AU

Esteira + risco 6 de julho

Cardiology

Seven Tests and Treatments to Question

by
Canadian Cardiovascular Society
Last updated: July 2022

- 1 Don't perform stress cardiac imaging or advanced non-invasive imaging in the initial evaluation of patients without cardiac symptoms unless high-risk markers are present.
- 2 Don't perform annual stress cardiac imaging or advanced non-invasive imaging as part of routine follow-up in asymptomatic patients.

CHOOSINGWISELYCANADA.ORG

Esteira + risco 6 de julho

ANMCO
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Don't perform exercise stress test as screening of ischemic heart disease in asymptomatic patients at low cardiovascular risk

Type of practice
Cardiological tests

Age
Adult, Geriatric

Topic Area
Cardiology

CHOOSINGWISELYITALY.ORG

CASE STUDY / MARCH 21, 2019

Don't Perform Annual Stress Cardiac Imaging as Part of Routine Follow-Up in Asymptomatic Patients

Choosing Wisely Recommendation 10

Choosing Wisely

RECOMMENDATION

10

COMMONWEALTHFUND.ORG

7.1. Follow-Up Plan and Testing in Stable Patients

Recommendations for Follow-Up Plan and Testing in Stable Patients
Referenced studies that support the recommendations are summarized in the [Supplemental Appendix](#).

COR	LOE	Recommendations
2b	B-R	1. In stable patients with CCD and with previous ACS or coronary revascularization, referral to telehealth programs, community-based programs, or both for lifestyle interventions may be reasonable as an adjunct to usual care to improve management of cardiovascular risk factors. ¹⁻⁷
3: No benefit	B-R	2. In patients with CCD without a change in clinical or functional status on optimized GDMT, routine periodic testing with coronary CTA or stress testing with or without imaging is not recommended to guide therapeutic decision-making. ⁸⁻¹⁰
3: No benefit	B-R	3. In patients with CCD without a change in clinical or functional status, routine periodic reassessment of LV function is not recommended to guide therapeutic decision-making. ^{1,12}
3: Harm	B-NR	4. In patients with CCD without a change in clinical or functional status, routine periodic invasive coronary angiography should not be performed to guide therapeutic decision-making. ¹³⁻¹⁷

JACC.ORG

Choosing Wisely

An initiative of the ABIM Foundation

AMERICAN SOCIETY OF NUCLEAR CARDIOLOGY

ASNC Joins Choosing Wisely® Campaign

An initiative of the ABIM Foundation, Choosing Wisely is focused on encouraging physicians, patients and other health care stakeholders to think and talk about medical tests and procedures that may be unnecessary, and in some instances can cause harm.

As part of the campaign, ASNC developed the following evidence-based recommendations that should be discussed to help make wise decisions about the most appropriate care based on a patient's individual situation.

- 1 Don't perform stress cardiac imaging or coronary angiography in patients without cardiac symptoms unless high-risk markers are present.

Asymptomatic, low-risk patients account for up to 45 percent of inappropriate stress testing. Testing should be performed only when the following findings are present: diabetes in patients older than 40 years old, peripheral arterial disease, and greater than 2 percent yearly coronary heart disease event rate.

ASNC.ORG

The US Preventive Services Task Force (USPSTF) recommends **AGAINST** routine screening with ECG, ETT, or EBCT scanning for coronary calcium for either the presence of severe coronary artery stenosis or the prediction of CHD events in adults at **low risk** (10-year CHD risk < 10%) for CHD events.

- Routine screening in adults at low risk is not recommended because the evidence suggests that the harms of screening outweigh the benefits.

USPREVENTIVESERVICESTASKFORCE.ORG

BEST PRACTICES IN CARDIOLOGY: RECOMMENDATIONS FROM THE CHOOSING WISELY CAMPAIGN

Recommendation	Sponsoring organization
Do not perform stress cardiac imaging or advanced noninvasive imaging in the initial evaluation of patients without cardiac symptoms unless high-risk markers are present.	American College of Cardiology
Do not perform cardiac imaging for patients who are at low risk.	American Society of Nuclear Cardiology
Avoid using stress echocardiography on asymptomatic patients who meet low-risk scoring criteria for coronary disease.	American Society of Echocardiography
Avoid cardiovascular stress testing for patients undergoing low-risk surgery. Patients who have no cardiac history and good functional status do not require preoperative stress testing before noncardiac thoracic surgery.	Society for Vascular Medicine Society of Thoracic Surgeons
Do not obtain baseline diagnostic cardiac testing or cardiac stress testing in asymptomatic stable patients with known cardiac disease (e.g., coronary artery disease, valvular disease) undergoing low- or moderate-risk noncardiac surgery.	American Society of Anesthesiologists
Do not perform routine annual stress testing after coronary artery revascularization.	Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging

Source: For more information on the Choosing Wisely Campaign, see <http://www.choosingwisely.org>. For supporting citations and to search Choosing Wisely recommendations relevant to primary care, see <http://www.aafp.org/afp/recommendations/search.htm>.



É tentador se perceber mais preocupado com a saúde alheia que sociedades profissionais diversas, mas faz sentido?

menos é mais. choosewiselybr • Seguir ...

Choosing Wisely American Medical Society for Sports Medicine



Don't perform stress cardiac imaging or coronary angiography in patients without cardiac symptoms unless high-risk markers are present.

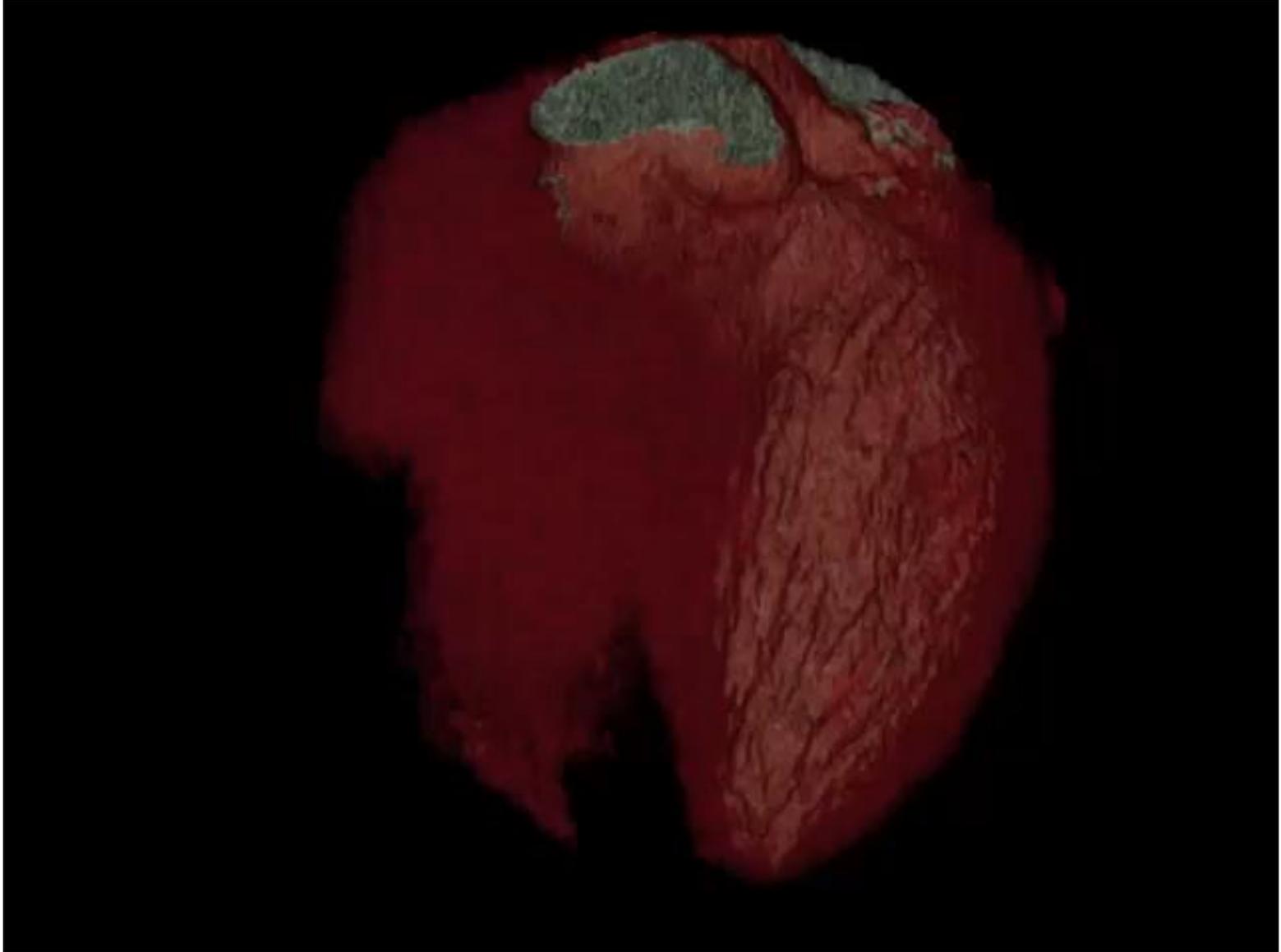
- If you have had cardiac or respiratory symptoms while at rest or during activity, your doctor may further discuss about cardiac stress testing or coronary angiography as coronary artery disease (CAD) can cause these symptoms.
- If you do not have any cardiac or respiratory symptoms and no high risk markers, it is recommended by the Choosing Wisely® campaign that you do not need to undergo a cardiac stress test or coronary angiography.

menos é mais. choosewiselybr São mesmo necessários tantos exames antes de iniciar atividade física?
<https://youtu.be/UBQtJYgCRsA> Link temporariamente na Bio.

157 sem

94 curtidas
JULHO 17, 2020

Entrar para curtir ou comentar.





Como o Sistema Unimed tem contribuído com cuidados de baixo valor?

Cuidado+ Solidariedade

Durante o período de 21 de junho a 30 de julho de 2023, trazendo **01 kg de alimento não perecível** no Laboratório Unimed Varginha você paga **APENAS:**

R\$50,00 no Check-UP

Exames: Hemograma, Ureia, Creatinina, Glicose, Colesterol Total, HDL, LDL, Triglicérides, TSH, T4 livre, TGO, TGP, Gama GT

LABORATÓRIO Unimed Varginha
Praça Getúlio Vargas, 123 - Centro (35) 3690-7111

Unimed Varginha

CHECK-UP do homem

CONFIRA

- Hemograma
- Glicose
- Calosaral total e frações
- Triglicérides
- Tipo
- Ureia
- Creatinina
- Ureia livre
- Prostatite e Prostatectomia
- Testosterona total e Testosterona livre

Consulte seu médico para solicitar em indivíduos e especializadas.

LABORATÓRIO Unimed Sul do Pará

VS

Using Labs Wisely - CW Canada



Unbundling AST/ALT

- ALT is a more specific indicator of hepatic inflammation or injury.
- Reduce unnecessary AST tests through unbundling of AST/ALT.



Unbundling urea/creatinine

- Creatinine is a more reliable measure of glomerular filtration rate.
- Reduce unnecessary urea tests through unbundling of urea/creatinine.

Em muitos cenários, e neste cenário, quem sabe TGP apenas?

Em muitos cenários, e neste cenário, quem sabe apenas creatinina?

Quality of Care NL
October 2016

Blood urea test in general practice

Practice Points:

Although blood urea provides a measure of kidney function, it is not necessary to evaluate stable kidney function.

Serum creatinine and estimated GFR (eGFR) is sufficient to evaluate stable kidney function.

In acute kidney injury blood urea may be useful to assess the cause. Urea that is disproportionately high compared to the rise in creatinine may be seen in conditions where there is volume depletion, hypercatabolism or bleeding into the upper GI tract.

Test results for out-patients
1 April 2015 - 31 March 2016

In general practice, blood urea is usually ordered with serum creatinine, and is unnecessary in stable patients.

Creatinine, eGFR, and Urea Test Results, Separately

Test	Number of Tests	Abnormals
Creatinine	228,205	198,858
eGFR	223,594	180,845
Urea	217,916	165,191

Result Status:
Elevated (red)
Low (orange)
Elevated (red)
Abnormals: X
B Urea > 7 mmol/L: 24%
St. Creatinine High: 13%
eGFR < 60 ml/min: 19%

eGFR vs Urea for out-patients
1 April 2015 - 31 March 2016

High blood urea with normal eGFR in stable patients creates unnecessary diagnostic confusion.

Urea Status	eGFR Status	Number of Tests
Both Abnormal		27,358
Both Normal		146,495
Urea High, eGFR Normal		25,192
Urea Normal, eGFR Low		15,131

Blood Urea in out-patients with normal eGFR
1 April 2015 - 31 March 2016

Number of Urea Tests

Urea Result Ranges

15.8% of people with normal eGFR have elevation in blood urea, but rarely above 10 mmol/L

Top 20 general practitioners by volume of blood urea test
1 April 2015 - 31 March 2016

Physicians Ranking	Number of Tests
1	3,141
2	2,792
3	2,647
4	2,191
5	2,176
6	2,163
7	2,069
8	1,841
9	1,701
10	1,700
11	1,679
12	1,658
13	1,632
14	1,615
15	1,604
16	1,594
17	1,538
18	1,477
19	1,464
20	1,433



Como o Sistema Unimed tem contribuído com cuidados de baixo valor?

Cuidado+ Solidariedade

Durante o período de 21 de junho a 30 de julho de 2023, trazendo **01 kg de alimento não perecível** no Laboratório Unimed Varginha você paga **APENAS:**

R\$50,00
no Check-UP

Exames: Hemograma, Ureia, Creatinina, Glicose, Colesterol Total, HDL, LDL, Triglicérides, TSH, T4 livre, TGO, TGP, Gama GT

Dia de Cooperar

LABORATÓRIO
Unimed Varginha
Praça Getúlio Vargas,
123 - Centro
(35) 3690-7111

Unimed
Varginha

SBPC ML
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial

“Não solicite múltiplos exames na avaliação inicial de pacientes com suspeita de doença tireoidiana. Solicite o Hormônio Tireoestimulante (TSH) e, se anormal, prossiga com avaliação adicional ou tratamento, dependendo dos achados”

CHOOSING WISELY BRASIL

RACGP
Royal Australian College of General Practitioners

First do no harm: A guide to choosing wisely in general practice
For GPs – Management of subclinical hypothyroidism

VS

CHECK-UP do homem

CONFIRA

- Hemograma
- Glicose
- Calorimetria total e frações
- Triglicérides
- Tipo
- Tipo
- Ureia
- Creatinina
- Ureia livre
- Prostatite e Prostatectomia
- Testosterona total e Testosterona Livre

Consulte seu médico para solicitar em indivíduos e especializadas.

LABORATÓRIO

Unimed
Sul do Pará

Urology

Five Things Clinicians and Patients Should Question
by Canadian Urological Association
Last updated: November 2020

Choosing Wisely Canada
The International Society of Urology

2

Don't order serum testosterone in men without symptoms of hypogonadism.

In the evaluation of men with erectile dysfunction, testosterone should only be ordered if there are signs and/or symptoms of hypogonadism.

The management of subclinical primary hypothyroidism in non-pregnant adults

RACGP position

- Avoid routine thyroid function testing in non-pregnant women and well adults.
- Avoid routine treatment of subclinical hypothyroidism where the thyroid stimulating hormone (TSH) is raised (4–10 mIU/L) and the T4 is normal.¹
- Where there is acute illness, delay the testing.

Traffic lights

RED

Do not take this action

- Do not screen for thyroid dysfunction in asymptomatic non-pregnant adults²



Campanhas informativas e educação,
isoladamente, mudam pouco comportamento;

Reduzir cuidados de baixo valor / valorizar
cuidados de alto valor dependem de
pensamento sistêmico, além de confiança entre
players do sistema.

Choosing Wisely Brasil[®] sozinha pouco
impactará em cultura médica!



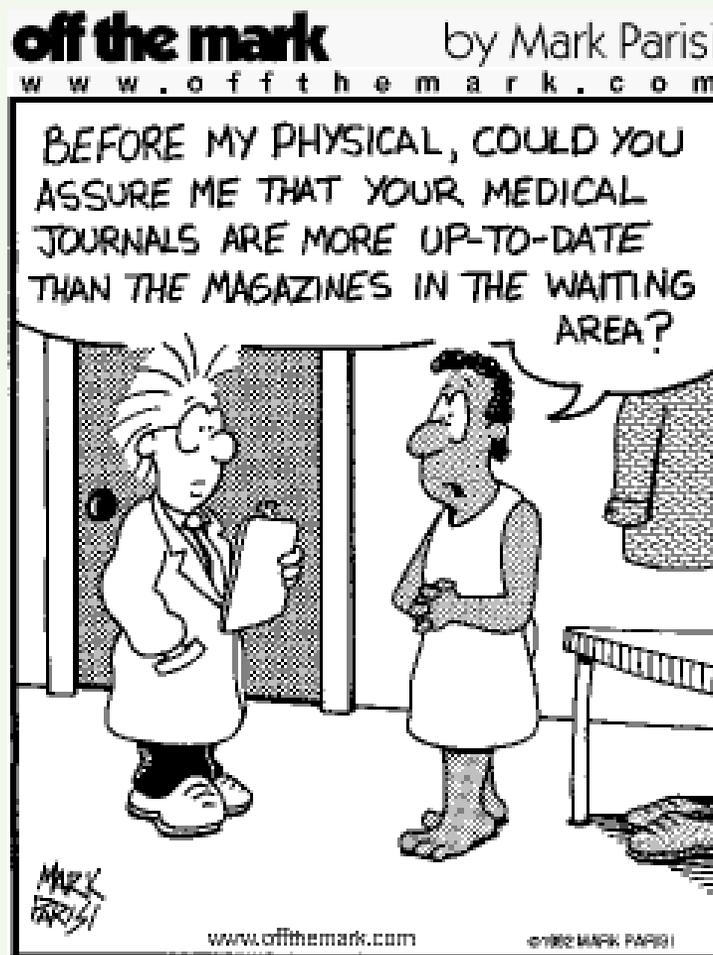
Apenas **INFORMAÇÃO** não muda realidade

Muitas vezes, demoramos de uma década para resultados científicos em prática médica...

Balas, 2001; Institute of Medicine, 2003b

...e, a partir disso, o conhecimento de forma completamente correta – 60% das vezes.

McGlynn, et al: The quality of health care delivered to adults in the United States. NEJM 2003; 348: 2635-2645





Capacitação teórica em IMPLEMENTAÇÃO é a peça faltante da equação!
Agora fechou!

DOCE ILUSÃO!

***Melhoria da qualidade
não é nunca uma
questão puramente
técnica, é também
social e emocional!***



Professor Mary
Dixon-Woods

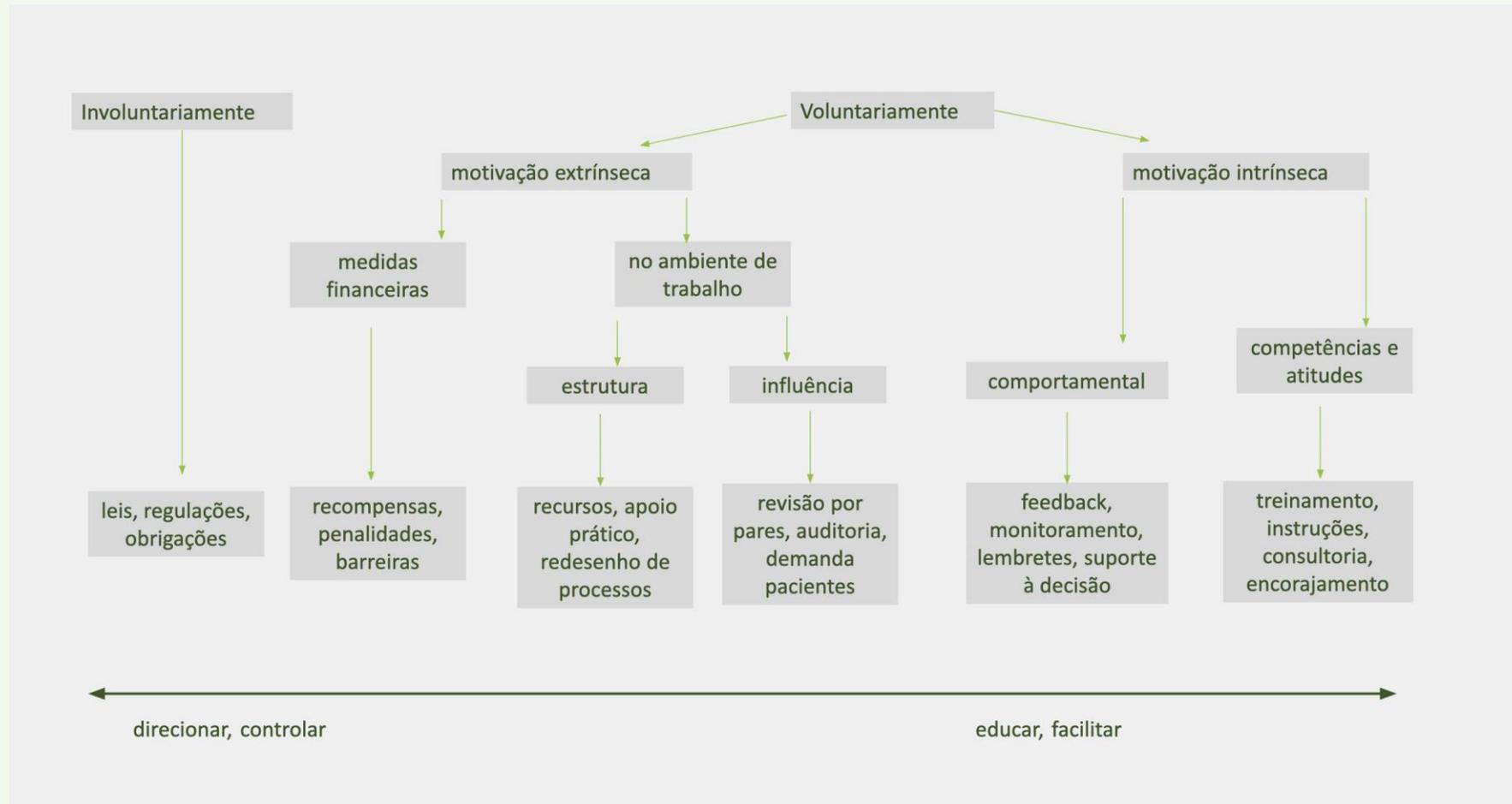
Research into practice I

From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care

“Mudança de comportamento é possível, mas esta mudança geralmente requer abordagens abrangentes em diferentes níveis (médico, prática de equipe, hospital, ambiente mais amplo), direcionada para contexto e públicos específicos”



O Lado Humano e Social da Mudança



Como um pai atucanado para sair e chegar ao seu destino final, e que descobre somente no estacionamento da escola que deixou o filho em casa, estamos arriscando deixar para trás nosso movimento em prol de Valor, se falharmos em assegurar que todos estão a bordo enquanto nos apressamos em direção ao futuro?



Nunca se falou tanto em 'engajamento médico'.

Curioso que embora o termo ganhe destaque cada vez maior, que apesar de nunca termos sido expostos a tantas maneiras de promover o tal alinhamento,

as estatísticas envolvendo burnout e suas consequências negativas sobre qualidade e segurança do paciente só crescem.

Nos hospitais, médicos e enfermeiros têm se sentido cada vez desmoralizados e pessimistas! Muitos planejam aposentadoria precoce! Não é possível que não enxerguemos que algo está na direção errada!

Burnout é coisa obviamente do corner oposto de 'engajamento médico'.



Forbes

Healthcare Worker Burnout Is Rampant- Here's What Should Be Done

Healthcare workers are burning out in alarming numbers. According to a study in Mayo Clinic Proceedings, more than 3 in 5 physicians...

8 de mar. de 2023



Atlanta Journal-Constitution

Burnout. Exhaustion. Low pay. Why public health workers are quitting

Three years into the pandemic, the loss of workers continues, but the rate of worker departures has slowed, according to data obtained by...

6 de mar. de 2023



American Medical Association

Reducing physician burnout must be an urgent national priority

Our country's physicians are a precious resource, and we must fix what's wrong with the U.S. health system to protect them from burnout.

15 de dez. de 2022





Origens da Epidemia de Burnout

- Burocratização excessiva da prática;
- Pressões descabidas por eficiência;
- Protocolos rígidos e que ignoram a complexidade do ato médico e demonstram total desconhecimento do que seja MBE;
- Perda de autonomia (adequada, e inadequada);
- Ausência de cadeira nas mesas das negociações maiores. Fora delas, médicos não veem sequer o compartilhamento de resultados obviamente comuns 🖱️

Médicos perguntam: -- Cadê a nossa fatia?

Se os médicos estão ajustando suas decisões para economizar dinheiro ou sendo pressionados nesse sentido, não estão vendo nada ou muito pouco do retorno...

É feita a pejetização, e não vem a nossa parte...

Abraça-se a DRG, e não vem a nossa parte...

Escolhe-se sabiamente (*choose wisely*),
e não vem a nossa parte...





Quando são oferecidas contrapartidas, em média, estamos presos a incentivos simplórios, quando não tacanhos...

Hospitais premiam médicos que indicam mais exames



Prática tem sido questionada por especialistas em ética e gestão

CLÁUDIA COLLUCCI
DE SÃO PAULO

26/02/2017 © 02h00

[Compartilhar](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#) [Email](#) [Ouvir o texto](#) [Mais opções](#)

Hospitais privados do país adotam programas de benefícios que, entre outros critérios, premiam médicos pelo volume de exames, cirurgias e internações que realizam.

Concertos Candlelight
Músicos ao vivo

leia também

Páginas do Facebook usam fotos de crianças doentes por cliques e dinheiro

Entidade em tributo a Amy Winehouse ajuda dependentes químicas

Dez porções diárias de frutas, verduras e legumes ajudam a viver mais

Edição impressa

SAÚDE RESPONDE
Devo colocar sal na papinha do bebê?

Saúde responde
Envie suas dúvidas

MINHA
HISTÓRIA
COM O CÂNCER...

Leia depoimentos de pessoas que venceram ou enfrentam a doença

Leia especial sobre o combate ao câncer

[envie sua notícia](#)

É claro que, antes do P4P, o profissionalismo por si só não foi suficiente para melhorar o atendimento, e muitos pacientes receberam e continuam recebendo muito, pouco ou através de qualidade insuficiente. Entretanto, os incentivos atuais também não alcançaram muito e podem inclusive estar impedindo progresso.

Os atuais programas de incentivos têm várias falhas fundamentais. Enfatizam incentivos financeiros pontuais em detrimento a recompensas não financeiras mais compreensivas, e contam com seu centro de avaliação muito distante e centralizado, ao invés de valorizar cultura local e responsabilidade setorial. Devem evoluir para formas de capitalizar o profissionalismo do médico, enfatizando recompensas não financeiras e oferecendo os recursos necessários para melhoria da qualidade, aprendizado contínuo, metas pactuadas localmente e cultura organizacional.

A maioria dos programas atuais oferece incentivos individuais, que podem estimular a competição e o interesse próprio em detrimento da colaboração e do aprendizado em equipe. Como os cuidados médicos são cada vez mais prestados em equipes...

Professionalism, Performance, and the Future of Physician Incentives // JAMA December 18, 2018 Volume 320, Number 23



Novos modelos e o “princípio do balão”...



Academia
Brasileira de
Medicina
Hospitalar

ABMH - Médicos Hospitalistas @medhospitalista · 9 de ago ...

Pelo “princípio do balão”, se você aperta uma parte do sistema, a outra expande. 📍

Se você então aperta o quanto paga por dia, deixam simplesmente correr o “taxímetro do tempo de permanência”.



1



1



Academia
Brasileira de
Medicina
Hospitalar

ABMH - Médicos Hospitalistas @medhospitalista · 9 de ago ...

Você traz a DRG, e existem também formas de driblar o sistema (upcoding, altas hospitalares indevidamente precoces, aeaweb.org/articles?id=10..; economics.mit.edu/sites/default/.....).

Já reconhecemos caminhos em média bem sucedidos no controle de custos focais... Mas segue inacabado o desafio global...

Para o “balão de saúde”, isso significa que você não deve simplesmente limitar os gastos em apenas uma ou algumas áreas de serviço; você precisa atuar no todo. Senão o ganho de um acaba sendo inexoravelmente com a perda do outro...

Se você quiser realmente um balão de tamanho menor, não deveria apertá-lo; seria preciso deixar o ar sair... Mas não muito do ar sair, ou você não terá mais exatamente um 📍. Ou Qualidade, na tal equação do “Valor”.

A “terra prometida da saúde” que resolverá a questão da caneta do médico, ideia comprada amplamente pelas Unimed nos últimos anos: *the integrated delivery network*

- A partir da década de 90, surgiu a “terra prometida da saúde” e com ela algumas ondas de verticalização;
- Kaiser virou o grande benchmark;
- Houve o boom dos consultores, dos *case studies*, das entrevistas estruturadas e *surveys*, e dos MBA’s com disciplinas alicerçadas em evidências de baixa qualidade e viés de publicação;
- VERTICALIZAÇÃO, EM MÉDIA: Preços globais seguem aumentando, qualidade permanece estável (The High Cost of Health Care in America, Danid Dravone & Lawton Burns)



ID	DESCR.	QTY	PRICE	AMOUNT
1024511	VIVAMUS	1	11.04	11.04
1245786	NEC CURS.	1	11.04	11.04
2584859	NISI	2	10.52	11.04
1245789	ETIAM	7	1.10	7.70
2326524	FINIBUS	2	5.20	10.40
9584511	DIG. NISL.	3	5.55	16.65
0012457	DAPIS	2	9.99	19.98
1250045	ID ENIM	1	19.98	19.98
2245041	EGET	6	19.98	119.88
9654005	QUISQUE	1	6.58	6.58
9957840	VENENATIS	2	10.05	20.10
1245226	FELIS	2	3.30	6.60
0124502	AC ALIQUAM	2	7.45	14.90
2545874	DONEC	2	5.45	10.90
1259801	ALIQUAM	1	3.75	3.75
1254589	CONVALLIS	1	5.70	5.70
3605942	NUNC NEC	2	1.55	3.10
2154890	PELLENTESQUE	1	0.75	0.75
0025448	NAM. VENENAT.	3	0.25	0.75
1120459	EUISMOD	6	0.05	0.30
3365847	DIGNISSIM	2	8.80	17.60
1124589	VIVARRIS	1	6.35	6.35
5250124	EX AUGUE	1	12.25	12.25
2201215	LAC. NON	1	18.28	18.28
	ALIIQUAM	1	8.75	8.75

<https://www.saudebusiness.com> > eventos > estrategias-... :

As estratégias da Central Nacional Unimed para a Saúde ...

16 de set. de 2019 — Fusões, aquisições, verticalização, aposta em novos serviços, adoção de tecnologias disruptivas.



Integração vertical como saída para o ‘alinhamento/engajamento médico’?

Os defensores da verticalização geralmente trabalham com um modelo causal implícito no qual a integração formal médico-hospital/clínica promove o alinhamento do profissional com a organização que, por sua vez, ajuda a promover esforços colaborativos para melhorar a qualidade e reduzir custos.

Tudo parece tão fácil!

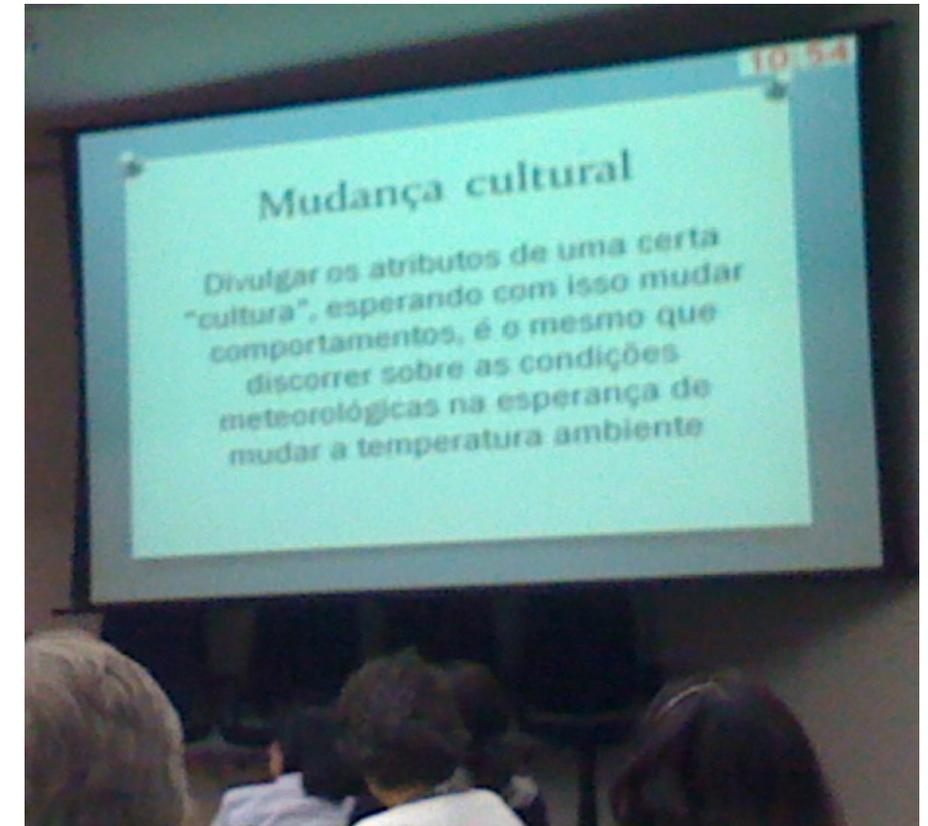
O problema é que ninguém parece saber o que exatamente é alinhamento (ou não concordam com a definição), **ninguém consegue mostrar que a integração promove o tal alinhamento** e ninguém é capaz de demonstrar que o tal alinhamento leva a melhor qualidade ou custos mais baixos. **Fora isto, o modelo causal faz muito sentido!**

DAVID DRANOVE e LAWTON BURNS 2021

Nada disso é exatamente novidade no mundo dos negócios. Cabe lembrar o exemplo da indústria automotiva: por décadas, a General Motors abraçou a integração vertical, enquanto empresas europeias e japonesas adotaram outra abordagem, preferindo redes semiautônomas e fornecedores independentes. Ambas as formas de fazer deram certo. E também deram errado. Talvez o segredo do tal engajamento esteja em questão terceira...

Algumas Soluções Sistêmicas

- Aprimorar o relacionamento entre executivos/lideranças e profissionais da linha de frente em busca de 'estabilidade da gestão' e melhores formas de trabalharmos juntos, de forma verdadeiramente construtiva:
 - Escritórios de qualidade ou de inovação como facilitadores, não como catalisadores principais da mudança;
 - **Bottom-Up Change** (o contrário tem falhado em larga escala). Até mesmo mudanças cuja pretensão é facilitar o profissional no trabalho diário devem ser confirmadas com eles próprios;
 - *Top-Down* deve ser exceção com características bem peculiares (como para o tratamento de violações a serem inegociáveis e universais);
 - Promoção de “autonomia clínica responsável”; Protocolos negociáveis!
 - Confiança e cultura devem ser contruídas, não se resolvem nos contratos;
 - O sistema de avaliação e recompensas deve melhorar: aproveitamento de métricas que importem também para os médicos (queremos facilitar trabalho cognitivo e tempo com o paciente, por exemplo).





----- Forwarded message -----

De: [REDACTED]
Date: ter., 4 de abr. de 2023 às 10:43
Subject:
To: [REDACTED]

Caros....

Antes de trazer a questão por trás desta mensagem, gostaria de parabenizar a Unimed [REDACTED] pelo programa de avaliação de desempenho médico e incentivos para melhores práticas. Uma busca por maior uniformidade no cuidado, com foco em qualidade assistencial, é desafio inarredável para a medicina contemporânea. Outro é a minimização ou, pelo menos, controle dos custos, e para tal se faz necessário mesmo premiar bons resultados, incentivar práticas de alto valor e desestimular as de baixo valor. Nestes pontos, estamos em plena sintonia e reforço meus parabéns às lideranças do Programa de Valorização do Cooperado.

Assim como qualidade assistencial é uma grande iniciativa de avaliação e gestão do que fazemos na linha da frente da prática médica, buscando aprimoramento permanente, com revisão constante dos métodos, o programa de avaliação de desempenho médico e incentivos para melhores práticas merece o mesmo olhar. Depois de um período razoável sendo avaliada, percebi claramente que o critério 'consulta em Emergência até 15 dias após a cirurgia' merece sua própria reavaliação. Em recente revisão dos meus casos, identifiquei que um significativo percentual dessas consultas em Emergência subsequentes a procedimentos cirúrgicos que fiz não possuem qualquer relação causal com a cirurgia em si, sendo grande parte por viroses. Avaliando a literatura pertinente ao tema, observa-se que, diferente da menos controversa utilização de retorno ao hospital como indicador de qualidade em pacientes adultos, em Pediatria a questão é mais complexa(1,2). Reconhecidamente, minha especialidade (otorrinolaringologia pediátrica) e procedimentos que executo (tonsillectomy/adenoidectomy, myringotomy/tympanostomy) contam, ao menos na literatura pertinente aos EUA, como causas comuns de retorno às Emergências. De modo que minha sugestão não necessariamente é abandono da métrica, mas que seja feita uma análise sistematizada do indicador em pediatria, buscando checar sua validade local através de avaliação de itens como causalidade, potencial evitabilidade do retorno, entre outros. É muito possível que a métrica necessite apenas de algum ajuste ou aprimoramento. Acredito ainda que a existência e promoção de métricas justas será fundamental para fortalecimento do Programa de Valorização do Cooperado.

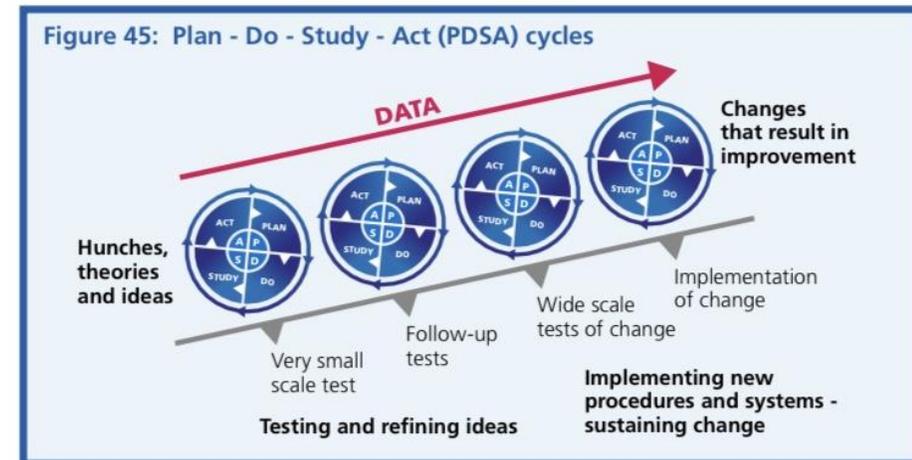
1. Bardach NS, Vittinghoff E, Asteria-Peñaloza R, Edwards JD, Yazdany J, Lee HC, Boscardin WJ, Cabana MD, Dudley RA. Measuring hospital quality using pediatric readmission and revisit rates. *Pediatrics*. 2013 Sep;132(3):429-36. doi: 10.1542/peds.2012-3527. Epub 2013 Aug 26. PMID: 23979094; PMCID: PMC3876751.

2. Cameron DB, Graham DA, Milliren CE, Serres S, Glass CC, Goldin AB, Rangel SJ. Do all-cause revisit rates reflect the quality of pediatric surgical care provided during index encounters? *J Pediatr Surg*. 2017 Jun;52(6):1050-1055. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2017.03.034. Epub 2017 Mar 18. PMID: 28389080.

Algumas Soluções Sistêmicas

- A resposta para os problemas na área da saúde pode não residir em encontrarmos grandes inovações disruptivas (se é que já emplacou alguma, desde o livro clássico de Clayton Christensen), mas sim na soma de várias pequenas;
- Também pode não residir em todo mundo fazendo tudo igual (padronização baseada em formulismos). É preciso um 'onde se quer chegar' comum (em especial quando se fala em qualidade assistencial), mas não devemos impedir localmente que novos jeitos de fazer sejam experimentados e, especialmente, que adaptações não possam existir.

- Talvez não deva existir novo modelo remuneratório e sim novos modelos remuneratórios:
 - Pacotes para determinados procedimentos cirúrgicos;
 - *Capitation* para doenças crônicas.
- Novos modelos de remuneração não devem ser o ímpeto para redesenhar o cuidado, devem seguir e encorajar esses esforços.



- Viabilizar velhas promessas tecnológicas (como bons prontuários eletrônicos e interoperabilidade) e novas (como IA) sem que prevaleçam consequências negativas não intencionais.



29°
SUESPAR

▶ Guilherme Brauner Barcellos
gbbarcellos@gmail.com



@choosewiselybr



@ChooseWiselyBR



@choosingwiselybrasil

Apoio



Realização

