

Instituto Brasileiro de Direito do Paciente -IBDPAC
(Organizador)

TEMAS ATUAIS EM DIREITO DO PACIENTE

Volume I

 **Atena**
Editora
Ano 2021

 **IBDPAC**
Instituto Brasileiro de Direito do Paciente

Instituto Brasileiro de Direito do Paciente -IBDPAC
(Organizador)

TEMAS ATUAIS EM DIREITO DO PACIENTE

Volume I

 **Atena**
Editora
Ano 2021

 **IBDPAC**
Instituto Brasileiro de Direito do Paciente

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Temas atuais em direito do paciente – volume I

Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizador: Instituto Brasileiro de Direito do Paciente - IBDPAC

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T278 Temas atuais em direito do paciente – volume I /
Organizador Instituto Brasileiro de Direito do Paciente -
IBDPAC. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-373-3

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.733210508>

1. Pacientes - Direitos fundamentais. 2. Direito do
paciente. 3. Cuidados em saúde. 4. Mediação clínica. I.
Instituto Brasileiro de Direito do Paciente - IBDPAC
(Organizador). II. Título.

CDD 342.81085

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

O Instituto Brasileiro de Direito do Paciente – IBDPAC tem como missão precípua disseminar uma nova cultura nos cuidados em saúde baseada na parceria entre os profissionais de saúde e o paciente. Essa cultura visa promover a participação do paciente, a empatia terapêutica e a construção compartilhada de decisões. Assim, o IBDPAC realiza pesquisas fundamentadas em fontes internacionais e nacionais, com o intuito de fornecer material de consulta e de estudo, atualizados e conectados com essa nova visão acerca dos cuidados em saúde e do papel desempenhado pelos participantes do encontro clínico. Esta primeira obra da coleção “Temas Atuais em Direito do Paciente” abarca a sistematização das pesquisas realizadas pelas Diretoras do IBDPAC em cinco campos:

Empatia nos Cuidados em Saúde, Tomada de Decisão Compartilhada, Ajudas Decisionais do Paciente, Mediação Clínica e Plano Avançado de Cuidado. Os capítulos desta obra têm o escopo de apresentar ao leitor as temáticas e os seus conceitos centrais, com o intuito de divulgá-los de modo mais amplo, haja vista que são temas ainda implementados na prática clínica. O IBDPAC está certo de que o Direito do Paciente, como campo novo de conhecimento, ainda se encontra em processo de consolidação e que tem um papel fundamental nesse processo.

Uma de suas funções é concorrer para a produção de estudos acadêmicos de acesso fácil, fundamentados em investigações e experiências internacionais. Espero que esta obra seja de grande utilidade para pacientes, familiares e profissionais do Direito e da Saúde, ao proporcionar-lhes uma leitura agradável e instigante.

Brasília, 10 de julho de 2021.

Aline Albuquerque

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
EMPATIA NOS CUIDADOS EM SAÚDE	
Aline Albuquerque	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7332105081	
CAPÍTULO 2	16
TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA: UMA NOVA FORMA DE TOMAR DECISÕES EM SAÚDE	
Kalline Eler	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7332105082	
CAPÍTULO 3	31
AJUDAS DECISIONAIS PARA O PACIENTE	
Cintia Maria Tanure Bacelar Antunes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7332105083	
CAPÍTULO 4	39
MEDIÇÃO CLÍNICA: NOVO OLHAR SOBRE A RESOLUÇÃO ADEQUADA DE CONFLITOS ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PACIENTES E FAMILIARES	
Mariana Menegaz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7332105084	
CAPÍTULO 5	53
PLANO AVANÇADO DE CUIDADO	
Nelma Maria de Oliveira Melgaço	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7332105085	
SOBRE O ORGANIZADOR	67

TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA: UMA NOVA FORMA DE TOMAR DECISÕES EM SAÚDE

Data de aceite: 03/05/2021

Kalline Eler

1 | INTRODUÇÃO

A relação que se estabelece entre o paciente e o profissional de saúde pode ser considerada uma das mais complexas relações interpessoais existentes, pois envolve uma interação, entre duas pessoas em posições assimétricas que irão abordar questões de vital importância, exigindo, por conseguinte, estreita cooperação. Historicamente, essa relação pode ser compreendida a partir de três modelos: paternalista, consumerista e da mutualidade¹.

No modelo paternalista, predominante nos Estados Unidos até a década de setenta e ainda vigente no Brasil, o profissional de saúde adotava um papel de autoridade que se julgava no direito de decidir e definir os melhores interesses do paciente que, por sua vez, era relegado a uma postura passiva². O modelo consumerista, apesar de reconhecer o paciente como titular de direitos, em especial o direito à autodeterminação concretizado por

meio do consentimento informado, concebe uma relação contratual entre paciente-consumidor e profissional de saúde-provedor, na qual o profissional, assumindo o papel de consultor especialista, fornece informações ao consumidor que, então, faz suas escolhas e toma suas decisões sobre cuidados em saúde livre da interferência paternalista. Este modelo traz uma representação inadequada do paciente ao colocá-lo como um agente racional e autossuficiente que faz escolhas de consumo das opções de tratamento, pois negligencia a condição vulnerável e emocionalmente afetada na qual se encontra o paciente. Por fim, o modelo da mutualidade pode ser explicado pelo referencial de Montreal ou a Parceria do Cuidado³ que reconhece o paciente como membro da equipe de saúde cujo status baseado na experiência lhe confere legitimidade e poderes para engajar-se em todos os aspectos dos cuidados. Esse modelo fundamenta-se na noção de parceria aplicada aos cuidados em saúde e no engajamento contínuo do paciente em termos de cocriação e coliderança, ou seja, os pacientes são admitidos em posição de igualdade com os profissionais de saúde para buscar as soluções e as medidas aptas a aprimorar a qualidade e os cuidados em saúde,

1. ELWYN G, EDWARDS A. *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford University Press, 2009.
2. ANNAS, George J. *The rights of patients*. Nova Iorque: New York University, 2004.
3. POMEY, Marie-Pascale, et. al. *Patient Engagement: How Patient-provider Partnerships Transform Healthcare Organizations*. Palgrave Macmillan, 2019.

o que permite um compartilhamento de responsabilidade entre todos os atores.

Uma das abordagens na qual se assenta o Modelo de Montreal é a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC), difundida a partir dos anos oitenta, que consiste em um processo colaborativo no qual o paciente e o profissional de saúde atuam conjuntamente deliberando acerca das alternativas dos cuidados em saúde a partir das melhores evidências científicas disponíveis, sendo consideradas as necessidades, vontade e preferências do paciente⁴. Durante o processo, são destacados os riscos e os benefícios das opções existentes, incluindo a opção de não adotar nenhuma ação.

A TDC aplica-se ao contexto das decisões denominadas de “preferências sensíveis”, ou seja, diante das incertezas científicas quanto às alternativas apresentadas, a melhor decisão será aquela que refletir as necessidades, vontade e preferências do paciente.

A TDC tem sido cada vez mais entendida como a melhor forma para envolver os pacientes no processo de decisão sobre seus cuidados em saúde, quando mais de uma opção clinicamente razoável está disponível. Assim, tendo sido incluída nos serviços de saúde do Reino Unido, Austrália, Canadá, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Suíça e Estados Unidos⁵. Nessa linha, o Conselho Geral de Medicina do Reino Unido⁶ enunciou que qualquer que seja o contexto em que as decisões sejam tomadas, o médico deve trabalhar em parceria com o paciente para garantir um bom cuidado em saúde. Assim, o médico deve ouvir e respeitar as opiniões do paciente; discutir acerca do diagnóstico, do prognóstico e, dos tratamentos; compartilhar as informações que os pacientes desejam ou precisam para tomar decisões; maximizar oportunidades, promover a autonomia pessoal do paciente, bem como sua capacidade decisional; e, por fim, respeitar a decisão que for tomada.

Contudo, a despeito do amplo reconhecimento internacional, a TDC ainda não se encontra amplamente implementada na prática clínica⁷. Algumas razões explicam as dificuldades de sua implementação, a saber: a crença dos profissionais de que os pacientes não desejam participar da tomada de decisão sobre sua saúde; o julgamento de que o paciente fará a escolha errada ou de que é impossível compartilhar determinado tipo de decisão e, ainda, o mito de que a TDC aumenta o tempo da consulta⁸. Alguns estudos trazidos por Coulter e Collins⁹ também revelaram que os profissionais de saúde comumente acreditam que compartilham decisões e concordam que os pacientes devem fornecer seu consentimento antes de receber qualquer tratamento invasivo. Entretanto, isso

4. ELWYN G, EDWARDS A. *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford University Press, 2009

5. ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito do Paciente*. Belo Horizonte: CEI, 2020.

6. COULTER, Angela; COLLINS, Alf. *Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me*, London: The King's Fund 2011.

7. ELWYN G. et al. *A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process* BMJ 2017;359:j4891. Disponível em: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/a-three-talk-model-for-shared-decision-making-multistage-consulta>. Acesso em 06 jan. 2021.

8. LEGARÉ, F.; THOMPSON-LEDUC, P. *Twelve myths about shared decision making*. Patient Education and Counseling, v. 96, n. 3, p. 281-286, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25034637/>. Acesso em 11 jan. 2021.

9. COULTER, Angela; COLLINS, Alf. *Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me*, London: The King's Fund 2011.

não significa que os pacientes tenham suas necessidades informacionais atendidas ou que sejam incentivados a expressar sua vontade e preferências, fazendo-se necessário adotar na prática clínica uma forma de tomar decisões em saúde que efetivamente considere o paciente como um protagonista do seu próprio cuidado.

Nesse sentido, considerando a relevância da TDC para garantir o Cuidado Centrado no Paciente e, diante das dificuldades que permeiam o âmbito da sua aplicação, especialmente no contexto brasileiro, no qual o direito do paciente de participar da tomada de decisão ainda não se encontra amplamente assegurado por lei, este estudo, a partir do estudo teórico e documental, objetiva fornecer um panorama geral da TDC.

21 TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA: BREVE HISTÓRICO E DEFINIÇÕES

A expressão “compartilhamento da tomada de decisão” foi usada pela primeira vez, em 1972 por Veatch¹⁰ em seu artigo “Modelos para a Ética Médica na Era Revolucionária: Quais papéis desempenhados pelo médico e pelo paciente promovem uma relação mais ética?” e, desde a década de oitenta, vários autores passaram a defender o uso da TDC no encontro clínico. Não obstante, foi apenas a partir do final da década de noventa que o conceito de TDC se estruturou na literatura, notadamente, com o artigo de referência intitulado “Tomada de Decisão Compartilhada no encontro clínico: o que isso significa? (Ou: é necessário pelo menos dois para dançar tango)”¹¹. Neste artigo, os autores buscaram esclarecer os aspectos distintivos da TDC a partir da sua aplicação no contexto das doenças que ameaçam a continuidade da vida, para as quais existem várias opções de tratamento com diferentes resultados possíveis e uma incerteza substancial evidente quanto ao sucesso de cada um dos tratamentos disponíveis.

Assim, inicialmente a TDC foi definida a partir da presença de quatro elementos que não excluem a existência de outros, mas que são essenciais para sua caracterização, quais sejam: o envolvimento de pelo menos dois participantes – o profissional de saúde e o paciente; o compartilhamento mútuo de informações; a adoção de medidas por ambas as partes para participar do processo de tomada de decisão; e, por fim, o acordo quanto à terapêutica a ser implementada.

No que diz respeito em especial ao paciente, a pesquisa sublinhou que suas preferências não são uniformes, mas variam amplamente e são, na maioria das vezes, diferentes das preferências dos profissionais. Por essa razão, um dos pontos distintivos da TDC é justamente o compartilhamento das preferências do paciente, para além do

10. STIGGELBOUT AM, PIETERSE AH, DE HAES JC. *Shared decision making: Concepts, evidence, and practice*. Patient Educ Couns. 2015 Oct;98(10):1172-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26215573/>. Acesso em 02 jan. 2021.

11. CHARLES, C., GAFNI A., WHELAN T. *Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)*, Soc. Sci. Med. 44 (1997) 681–692. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9032835/>. Acesso em 02 jan. 2021.

compartilhamento de informações sobre prós e contras dos tratamentos apresentados. Com efeito, sendo as preferências dos pacientes diversas, cabe ao profissional um papel mais ativo na sua elucidação, não podendo presumir o almejado pelo paciente apenas conforme sua condição de saúde. Igualmente, a TDC requer do paciente uma pré-disposição para se engajar no processo de tomada de decisão revelando suas preferências, elaborando perguntas, avaliando e sopesando as alternativas, em suma, assumindo a responsabilidade na formulação de uma preferência.

Outro ponto destacado no artigo foi o fato de que a concordância do paciente e do profissional de saúde quanto à melhor decisão não corresponde necessariamente à opção inicialmente preferida pelo profissional. Dessa forma, o relevante na TDC é que ambas as partes endossem a decisão tomada como parte de um acordo no qual as necessidades, vontade e preferências do paciente ganham primazia. Nesta interação, profissional de saúde e paciente compartilham as responsabilidades pela decisão final, sendo essa uma característica importante que ajuda a distinguir o modelo da mutualidade, no qual se insere a TDC, de outros modelos de relação profissional de saúde e paciente, como os modelos paternalistas e baseados no consentimento informado, nos quais a tomada de decisão e a responsabilidade final pela decisão são atribuídas, respectivamente, ao profissional ou ao paciente.

Embora Charles et al.¹² tenham sido os primeiros autores a buscar uma definição mais precisa quanto à TDC, nos anos seguintes surgiram outras definições e modelos. A partir de uma revisão sistemática de artigos sobre TDC, publicados entre os anos de 1997 e 2019, Bomhof-Roordink et al.¹³ identificaram a existência de 12 modelos gerais em torno da temática e 28 modelos específicos de TDC desenvolvidos para determinados contextos de cuidados em saúde, por exemplo, cuidados em saúde primários, cuidados emergenciais, cuidados em internação, cuidados em triagem, e para grupos de pacientes como crianças, pacientes idosos, pacientes com doenças graves, pacientes com doenças crônicas e pacientes com transtornos mentais e com deficiência mental.

Os autores também identificaram 24 componentes recorrentes na definição da TDC, sendo a descrição das opções de tratamento, o que inclui a apresentação das evidências, dos riscos, dos benefícios e da viabilidade das opções; o componente mais presente na maioria nos modelos. Outros componentes frequentes em mais da metade dos modelos estudados foram: a tomada de decisão, as preferências do paciente, a personalização das informações, a deliberação, o aprendizado sobre o paciente e a criação de uma consciência quanto à existência de alternativas, sendo sublinhado que o paciente tem mais de uma opção para decidir, incluindo a opção de não fazer nada. Além disso, constatou-se que,

12. CHARLES, C., GAFNI A., WHELAN T. *Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)*, Soc. Sci. Med. 44 (1997) 681–692. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9032835/>. Acesso em 02 jan. 2021.

13. BOMHOF-ROORDINK H, et al. *Key components of shared decision making models: a systematic review*. BMJ Open 2019;9:e031763. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/12/e031763>. Acesso 28 dez. 2020.

na maioria dos modelos, o profissional de saúde e o paciente devem chegar a um acordo quanto à decisão final, embora não precisem concordar com todas as questões do cuidado.

A pesquisa apresentada é relevante pois demonstra que a TDC não se encerra em uma única definição, existindo vários modelos que enfatizam determinados componentes conforme o contexto de cuidados em saúde no qual a TDC é aplicada. Dessa forma, a existência de vários modelos sobre TDC não configura um problema em si, pois permite a escolha do modelo que melhor se ajusta ao caso clínico em questão, sendo útil aos propósitos pretendidos pelo profissional de saúde e pelo paciente. Não obstante, é desejável estabelecer um consenso quanto aos elementos essenciais da TDC para que os profissionais de saúde recebam a capacitação adequada e implementem em sua prática clínica essa nova forma de tomar decisões em saúde.

Neste artigo, adota-se o modelo de TDC proposto por Elwyn¹⁴ por ser o que melhor incorpora os componentes anteriormente citados. Este modelo é um dos mais antigos e, além de ter influenciado significativamente outros modelos sobre TDC, e continua sendo atualizado e amplamente difundido. Assim, compreende-se a TDC como um processo colaborativo no qual o paciente e o profissional de saúde atuam conjuntamente deliberando acerca das alternativas dos cuidados em saúde a partir das melhores evidências científicas disponíveis, sendo considerado as necessidades, a vontade e as preferências do paciente. Durante o processo, são destacados os riscos e os benefícios das opções existentes, incluindo a opção de não adotar nenhuma ação.

A TDC corresponde a uma nova forma de tomar decisões em saúde sendo sua aplicação mais apropriada para as situações de incerteza, quando as evidências e a experiência clínica sugerem que há mais de uma alternativa clinicamente razoável; quando a evidência científica está ausente ou insuficiente ou, ainda, quando diferentes estudos apontam para conclusões conflitantes¹⁵. Além disso, considerando que os riscos e os benefícios relativos a determinado tratamento são estimados tendo em vista um grupo populacional como todo e que os dados globais obtidos do cálculo de risco não podem ser aplicados indistintamente aos pacientes, para garantir a qualidade do cuidado em saúde, manifesta-se imprescindível investigar as necessidades, vontade e preferências do paciente, o que torna desejável a implementação da TDC na prática clínica.

A TDC evita que a estimativa do risco, ou seja, que um dado puramente estatístico sem capacidade preditiva sobre um determinado indivíduo se torne um instrumento para forçar escolhas terapêuticas e de vida e para impor certo tratamento apenas com base em dados “objetivos”¹⁶. Assim, a TDC é adequada para as circunstâncias nas quais há

14. ELWYN G, EDWARDS A. *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford University Press, 2009.

15. LÉGARÉ, France; WITTEMAN, Holly O. *Shared Decision Making: Examining Key Elements And Barriers To Adoption Into Routine Clinical Practice*. *Health Affairs* 32, n. 2 (2013): 276–284. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2012.1078>. Acesso em 30 dez.2020.

16. BOBBIO, Marco. *O doente imaginado*. São Paulo: Bamboo Editorial, 2014.

uma série de opções que levam à resultados diferentes, e a decisão “certa” dependerá do conjunto particular de necessidades, vontade e preferências do paciente.

A TDC reconhece explicitamente o direito do paciente de tomar decisões sobre seus cuidados em saúde, garantindo que ele seja plenamente informado sobre as opções disponíveis, sendo também considerada um componente-chave para o Cuidado Centrado no Paciente, pois garante que o paciente seja apoiado para tomar decisões com base em suas necessidades, vontade e preferências.

Na TDC, o paciente e o profissional de saúde discutem e avaliam conjuntamente as opções de tratamento, construindo um consenso que melhor reflete as concepções pessoais do paciente. A TDC, assim, não tem como objetivo apresentar opções para que o paciente faça uma escolha, transferindo-lhe a responsabilidade pela decisão final. O profissional de saúde tem responsabilidade com o cuidado e com a segurança do paciente, por isso, o foco da TDC está na escuta empática^{5r} do paciente, sendo necessário ouvir suas preocupações; entender o peso do significado que os riscos e os benefícios representam para ele; motivá-lo e engajá-lo no próprio cuidado.

O objetivo da TDC é ajudar o paciente a desenvolver uma preferência informada, ou seja, permitir que o paciente tome decisões em saúde conforme suas necessidades, vontade e preferências após considerar as evidências. Em síntese, a TDC busca customizar a decisão para atender às prioridades de vida do paciente.

A TDC ao conferir relevância para as necessidades, vontade e preferências do paciente reconhece que o paciente é especialista naquilo que é mais importante para a sua vida, naquilo que é primordial e que tem valor para si. O profissional de saúde, por sua vez, é o especialista na evidência científica, tem experiência com opções de tratamento, prognose, diagnose, probabilidade dos resultados e tecnologias em saúde^{17,18}.

Conclui-se que a TDC é um processo dinâmico e deliberativo que conjuga a opinião do profissional, baseada em sua experiência, o conhecimento científico disponível e as preferências do paciente, não havendo, portanto, predeterminação quanto a melhor decisão a ser tomada. Observa-se que a TDC extrapola o modelo de tomada de decisão baseado na mera transferência de informações sobre benefícios e riscos dos tratamentos disponíveis, sendo, portanto, uma abordagem bastante distinta do consentimento informado que visa obter a autorização do paciente para que o profissional de saúde possa realizar determinado procedimento.

3 | DISTINÇÕES ENTRE TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA E CONSENTIMENTO INFORMADO

O consentimento informado corresponde a uma exigência ética e legal que se

17. ELWYN G, EDWARDS A. *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford University Press, 2009.

18. COULTER, Angela; COLLINS, Alf. *Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me*, London: The King's Fund 2011.

assenta no reconhecimento do direito do paciente à autodeterminação diante de questões envolvendo a sua saúde. Trata-se de um contraponto ao modelo paternalista no qual o profissional de saúde se arrogava no direito de decidir pelo paciente e, segundo Beauchamp e Childress¹⁹, pode ser construído a partir de três blocos: 1. Elementos preliminares: constituídos pela capacidade e pela voluntariedade; 2. Elementos de informação que incluem a divulgação da informação, a recomendação do profissional e a compreensão do paciente; 3. Elementos de consentimento: correspondem à decisão e à autorização do paciente para que o profissional execute o plano terapêutico.

O consentimento informado, geralmente, envolve apenas o fornecimento de informações básicas sobre um único tratamento e visa, sobretudo, obter a assinatura do paciente em um formulário como prova da sua concordância. Neste processo, o paciente ocupa uma posição passiva, pois é o receptor das informações trazidas pelo profissional de saúde.

Embora o consentimento informado represente um avanço no processo histórico de luta contra o paternalismo médico e de reconhecimento dos direitos do paciente, este modelo está atrelado à lógica do consumo na qual o paciente é tratado como um consumidor e o profissional de saúde como um fornecedor de informações que, para se resguardar de eventual ação judicial, transmite informações sobre riscos e benefícios de um determinado tratamento ou procedimento. Nesse sentido, o consentimento informado tornou-se uma comunicação unilateral com o objetivo de o profissional de saúde, na posição de consultor especialista, informar o paciente e obter dele a autorização para uma ação recomendada.

Com efeito, o consentimento informado não possibilita uma tomada de decisão centrada no paciente porque, primeiramente, a informação transmitida, comumente, é aquela considerada significativa do ponto de vista profissional, assim, podem ser trazidas ao processo decisório informações irrelevantes e inconsistentes com as necessidades, vontade e preferências do paciente. O consentimento informado também não se preocupa com a literacia em saúde do paciente, antes, centraliza-se na assinatura do documento, muitas vezes em um momento crítico com pouco tempo para autorreflexão ou para a busca de uma segunda opinião de familiares ou de outros profissionais²⁰. Diante disso, considerando que a troca de informações é unilateral e que não há um real engajamento do paciente no seu cuidado, desde a década de oitenta, tem-se defendido a substituição do consentimento informado pela TDC^{21,22}.

A TDC enfatiza a importância das necessidades, vontade e preferências do paciente para o processo decisório, proporcionando um envolvimento verdadeiro do paciente nas deliberações sobre seus cuidados em saúde. Há, então, uma mudança expressiva no

19. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. London: Oxford: University Press; 2012

20. ELWYN, G. *Shared Decision Making and Interprofessional Collaboration in Health Care*. Disponível em: <https://www.edx.org/course/shared-decision-making-and-interprofessional-colla>. Acesso em: 18 maio 2020

21. ELWYN G, EDWARDS A. *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford University Press, 2009

22. STIGGELBOUT AM, PIETERSE AH, DE HAES JC. *Shared decision making: Concepts, evidence, and practice*. *Patient Educ Couns*. 2015 Oct;98(10):1172-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26215573/>. Acesso em 02 jan. 2021.

relacionamento que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente, pois este passa a ser reconhecido como alguém que compartilha com o profissional informações sobre si, tão relevantes quanto as evidências científicas. Essa forma de enxergar o paciente como um especialista daquilo que é mais importante para a sua vida aumenta sua confiança e seu envolvimento no próprio cuidado²³. No contexto da TDC, as interações entre paciente e profissional de saúde também são mais dinâmicas, pois o profissional de saúde trabalha com o paciente de modo que ele compreenda as evidências, considerando todos os ângulos a partir dos seus valores pessoais. Isso significa que o profissional não apenas transmite informações sobre riscos e benefícios, como ocorre no processo de consentimento informado, mas verifica a compreensão do paciente quanto as alternativas e o impacto de cada uma delas no âmbito da sua vida.

Assim, a TDC fundamenta-se no diálogo mútuo em que o paciente, diante de dilemas ou de incertezas quanto às opções de tratamento, é auxiliado a identificar suas preferências, pois são elas que irão definir a melhor decisão para aquele paciente individualmente. A abordagem de consentimento informado, por outro lado, mostra-se inadequada para promover a participação do paciente nas tomadas de decisão sobre sua saúde, pois, aqui, o papel do paciente é o de receber a informação, concordando ou discordando com a ação recomendada.

Uma vez apresentadas as concepções em torno da TDC, bem como sua distinção do consentimento informado, o próximo item discute seus benefícios, apresentando as razões pelas quais essa forma de tomar decisões em saúde deve se tornar a abordagem padrão dos profissionais de saúde nas consultas envolvendo preferências sensíveis.

4 | BENEFÍCIOS DA TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA

O uso da TDC está ligado a inúmeros benefícios para os pacientes, como a redução da ansiedade e depressão, melhorias na qualidade de vida e o aumento na satisfação com o tratamento e com a atuação dos profissionais responsáveis pelos seus cuidados^{24,25}. A TDC, ao desafiar o papel passivo tradicionalmente ocupado pelos pacientes, fomentando o seu engajamento nas decisões sobre sua saúde, oferece, assim, um caminho diferente para alcançar melhores resultados. Uma série de estudos^{26,27} concluiu que, mesmo entre

23. COULTER, Angela; COLLINS, Alf. *Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me*, London: The King's Fund 2011.

24. GARRIDO, Padilla N et. al. *Physicians' awareness and assessment of shared decision making in oncology practice*. Rev. Esp. Salud Publica vol.93 Madrid 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31594916/>. Acesso em 02 jan. 2021.

25. SHAY, L.A. LAFATA J.E., *Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes*, Med. Decis. Making 35 (2015) 114–131. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25351843/>. Acesso em 02 jan. 2021.

26. HACK TF, et al. *Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer*. Psychooncology. 2006;15(1):9–19. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15669023/>. Acesso em 02 jan. 2021.

27. KIESLER DJ, AUERBACH SM. *Optimal matches of patient preferences for information, decision-making, and inter-*

os pacientes que preferem adotar um papel mais passivo, aqueles que são estimulados a participar das tomadas de decisão obtêm benefícios clínicos mais duradouros, melhorando sua qualidade de vida, especialmente, em face das doenças mais graves.

Estudos apresentados por Coulter e Collins²⁸ também confirmaram que a TDC, do ponto de vista do paciente, pode melhorar: a participação no processo decisório; a qualidade da sua relação com o profissional de saúde; a satisfação quanto às decisões tomadas, o conhecimento sobre sua condição de saúde, tratamentos disponíveis e percepção acurada do risco; a aderência ao tratamento e às recomendações sobre recuperação da sua saúde; a compreensão quanto às suas necessidades, vontade e preferências; o sentimento de confiança; a resiliência para lidar com a doença e o uso consciente dos serviços de saúde. Por sua vez, do ponto de vista do profissional de saúde, a TDC melhora a qualidade da relação com o paciente; diminui o conflito decisional; aumenta a satisfação do paciente com o tratamento e com o seu trabalho; facilita o trabalho de conscientização do paciente quanto a sua condição de saúde e tratamentos; torna o encontro clínico mais empático e diminui a judicialização em saúde.

A TDC incorporada na prática clínica pode, também, aumentar o uso de evidências pertinentes pelos profissionais de saúde²⁹. Por essa razão, a TDC é considerada um elemento da Medicina baseada em Evidências³⁰. Além disso, o envolvimento do paciente no processo decisório permite ao profissional perceber que a melhor decisão corresponde àquela na qual o paciente está preparado para se comprometer. A TDC, dessa forma, influencia positivamente o comportamento do profissional, modificando o processo e a dinâmica de poder das tomadas de decisão em saúde. Com efeito, essa nova forma de tomar decisões reduz a assimetria da relação e promove a colaboração entre as partes, contribuindo, por exemplo, para a prevenção de conflitos sobre medicação ou adesão ao tratamento. Nessa linha, resultados de uma revisão sistemática³¹ quanto aos impactos da TDC nos cuidados em saúde demonstraram que, no contexto das doenças crônicas, a TDC pode ser um método eficaz para se chegar a um acordo sobre o plano terapêutico, o que repercute diretamente na adesão do paciente.

Acrescenta-se, ainda, que os pacientes que recebem informações específicas e imparciais sobre suas opções de tratamento recorrem a serviços de saúde de menor complexidade em comparação aos pacientes que não recebem as informações adaptadas

personal behavior: evidence, models, and interventions. Patient Educ Couns. 2006;61(3):319–41. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16368220/>. Acesso em 02 jan. 2021.

28. COULTER, Angela; COLLINS, Alf. *Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me*, London: The King's Fund 2011.

29. LÉGARÉ, France; WITTEMAN, Holly O. *Shared Decision Making: Examining Key Elements And Barriers To Adoption Into Routine Clinical Practice*. Health Affairs 32, n. 2 (2013): 276–284. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2012.1078>. Acesso em 30 dez.2020.

30. NICE. *Medicines Optimisation: The Safe and Effective Use of Medicines to Enable the Best Possible Outcomes*. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2015

31. JOOSTEN EA, et al. *Systematic review of the effects of shared decisionmaking on patient satisfaction, treatment adherence and health status*. Psychother Psychosom. 2008;77(4):219–26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18418028/>. Acesso em 04 jan. 2021.

às suas necessidades. Sob essa ótica, vários estudos^{32,33,34,35} que investigaram os impactos financeiros gerados pela TDC constataram que pacientes que participaram ativamente do processo decisório sobre seus cuidados tiveram menos intervenções cirúrgicas e admissões hospitalares. A título de exemplo, um ensaio³⁶ randomizado nos Estados Unidos concluiu que as mulheres com câncer de mama de baixa severidade que participaram do tratamento, compartilhando decisões com os médicos, preferiram não realizar as terapias adjuvantes, comumente adotadas no tratamento do câncer.

A TDC, assim, otimiza os resultados em saúde, mas, para sua efetivação, é necessário que os pacientes sejam convidados e preparados para participar ativamente dos seus cuidados. A participação do paciente é fundamental para o êxito da TDC, pois essa forma de tomar decisões em saúde é aplicada, principalmente, no contexto das decisões denominadas de “preferências sensíveis”, pressupondo, para tanto, elucidação e incorporação das necessidades, vontade e preferências do paciente na decisão final. No que tange a esse ponto, algumas pesquisas^{37,38} apontam que uma maioria crescente de pacientes tem revelado o desejo de se envolver ativamente nas decisões sobre sua saúde. Os pacientes desejam saber mais sobre sua condição de saúde e tratamentos disponíveis do que os profissionais de saúde comumente imaginam. A relutância atribuída aos pacientes em participar do processo de tomada de decisão reflete, não uma verdadeira falta de interesse quanto ao envolvimento, mas o medo de uma reação negativa do profissional de saúde e de ser taxado como um “paciente difícil”, o que poderia resultar no recebimento de cuidados em saúde inferiores³⁹.

Além da participação do paciente, para que os benefícios da TDC se tornem perceptíveis, igualmente, os profissionais de saúde precisam dominar as habilidades necessárias para implementá-la. Assim, o próximo tópico aborda uma das formas de

32. HIBBARD JH, GREENE J. *What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs*. Health Aff. 2013;32(2):207–214. 35. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23381511/>. Acesso em 04 jan. 2021.

33. GREENE J, HIBBARD JH. *Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes*. J Gen Intern Med. 2012;27(5):520–526. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22127797/>. Acesso em 04 jan. 2021.

34. STACEY D et al. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Database Syst Rev. 2011 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24470076/>. Acesso em 04 jan. 2021.

35. VEROFF, David et. al. *Enhanced Support For Shared Decision Making Reduced Costs Of Care For Patients With Preference-Sensitive Conditions*. HEALTH AFFAIRS 32, NO. 2 (2013): 285–293. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2011.0941>. Acesso em 04 jan. 2021.

36. PEELE PB, et al. *Decreased use of adjuvant breast cancer therapy in a randomized controlled trial of a decision aid with individualized risk information*. Med Decis Making 2005;25(3):301-7. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0272989X05276851>. Acesso em 04 jan. 2021.

37. STIGGELBOUT AM, PIETERSE AH, DE HAES JC. *Shared decision making: Concepts, evidence, and practice*. Patient Educ Couns. 2015 Oct;98(10):1172-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26215573/>. Acesso em 02 jan. 2021.

38. COULTER, Angela; COLLINS, Alf. *Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me*, London: The King's Fund 2011.

39. LÉGARÉ, France; WITTEMAN, Holly O. *Shared Decision Making: Examining Key Elements And Barriers To Adoption Into Routine Clinical Practice*. Health Affairs 32, n. 2 (2013): 276–284. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2012.1078>. Acesso em 30 dez.2020.

implementação da TDC na prática clínica.

51 IMPLEMENTAÇÃO DA TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA NA PRÁTICA CLÍNICA

A TDC, como apresentada nos tópicos anteriores, reúne várias definições, no entanto, a despeito disso, constata-se que poucos são capazes de fornecer instrumentos para sua aplicação na prática clínica. Há, assim, um debate contínuo sobre a implementação da TDC por meio de capacitações e ferramentas tanto para profissionais quanto para pacientes⁴⁰. Destaca-se, nesse sentido, o modelo de três etapas proposto, em 2012, por Elwyn et al.⁴¹ e revisto em 2017 a partir de uma ampla consulta que contou com estudiosos de TDC internacionalmente reconhecidos, profissionais de saúde, em especial, médicos de especialidades diversas⁴², e membros de diferentes organizações interessadas em TDC, incluindo grupos de pacientes.

O modelo revisado transmite os princípios fundamentais da TDC e desdobra-se em três etapas de diálogos, quais sejam: diálogo de equipe, diálogo sobre opções e diálogo sobre a decisão.

Os diálogos sobre TDC devem começar pela construção da empatia e da confiança, enfatizar a parceria e o apoio, além de esclarecer que há uma decisão a ser tomada. Assim, no *diálogo de equipe*, o profissional de saúde, desde o início, reconhece o paciente como um parceiro, explica sua intenção de colaborar e de apoiar as deliberações e o convida para participar do processo de tomada de decisão. No *diálogo sobre opções*, o profissional de saúde, a partir da sua experiência e conhecimento, apresenta detalhadamente as alternativas, comunicando riscos e benefícios e seus possíveis impactos na vida do paciente, como custos financeiros, inconveniências e interferências nas funções diárias e redução da qualidade de vida. Nessa etapa, o profissional de saúde deve verificar o conhecimento do paciente; listar as opções, que inclui a opção de aguardar e observar, bem como a opção de não fazer nada; descrever as opções, explorar preferências; explicitar prós e contras das opções; podendo, para tanto, empregar as Ajudas Decisionais; e certificar a compreensão do paciente através do método *teach back*.

Observa-se que o compartilhamento de informações sobre as opções de tratamento em geral corresponde a um elemento essencial da TDC. O paciente depende das informações fornecidas pelo profissional de saúde para que se sinta capaz de efetivamente participar

40. STIGGELBOUT AM, PIETERSE AH, DE HAES JC. *Shared decision making: Concepts, evidence, and practice*. Patient Educ Couns. 2015 Oct;98(10):1172-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26215573/>. Acesso em 02 jan. 2021.

41. ELWYN G. et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*, v. 27, n. 10, p. 1361-7, 2012. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>. Acesso em 06 jan. 2021.

42. ELWYN G. et al. *A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process* BMJ 2017;359:j4891. Disponível em: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/a-three-talk-model-for-shared-decision-making-multistage-consulta>. Acesso em 06 jan. 2021.

do processo de tomada de decisão, no entanto, a mera transmissão de informações não assegura que o paciente estará apto a participar da TDC, sendo necessário empreender esforços para que o paciente compreenda o conteúdo das informações e os impactos em sua vida.

Destaca-se, neste ponto, o papel das Ajudas Decisionais que objetivam auxiliar o paciente a tomar decisões a partir de informações isentas de viés e baseadas em evidências de pesquisas de alta qualidade. As Ajudas Decisionais não são diretivas, isto é, não visam direcionar o paciente para nenhuma opção e apresentam um design visual que favorece a compreensão do paciente sobre as questões concernentes ao seu cuidado e contribuem para que a decisão tomada seja consistente com seus valores pessoais. As Ajudas Decisionais, dessa forma, não se confundem com a exacerbação de informações, pois os instrumentos são estruturados de forma a facilitar a visualização das diversas opções e a compreensão do paciente sobre si e sua condição de saúde⁴³.

Pacientes que usam as Ajudas Decisionais conseguem participar melhor dos seus cuidados, adquirem maior conhecimento e são mais propensos a ter expectativas realistas, bem como, a escolher uma opção que esteja de acordo com aquilo que eles mais valorizam⁴⁴. Em resumo, as Ajudas Decisionais aumentam o letramento em saúde do paciente, promovem uma compreensão do risco mais acurada, facilitam a comunicação com o profissional de saúde; otimizam o tempo de consulta, aumentam a consciência da escolha, reduzem o conflito, facilitam a tomada de decisão compartilhada e o alcance de uma decisão mais congruente com as preferências do paciente⁴⁵.

Por fim, a etapa do *diálogo sobre a decisão* corresponde ao momento de tomar uma decisão que reflita as preferências informadas do paciente. Nessa etapa, o profissional de saúde deve explorar e obter as preferências do paciente. Após a elucidação das preferências, o profissional deve encaminhar o paciente para tomar uma decisão, verificando se é necessário adiá-la, podendo, assim, oferecer mais tempo para que o paciente reflita melhor sobre suas necessidades, vontade e preferências. Igualmente, o profissional de saúde precisa possibilitar a revisão do que foi deliberado para confirmar a decisão final.

Considerando que as três etapas anteriormente apresentadas dizem respeito às conversas que o profissional de saúde precisa estabelecer com o paciente, imprescindível que a comunicação entre as partes seja empática. A comunicação empática do profissional de saúde tem o condão de evitar conflitos e outros desafios gerados pela comunicação impessoal ou unidirecional⁴⁶. Além disso, a comunicação empática transcende a abordagem

43. No site <https://decisionaid.ohri.ca/> há um inventário internacional de ajudas decisionais.

44. COULTER, Angela; COLLINS, Alf. *Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me*, London: The King's Fund 2011.

45. STACEY D. et al. *Decision aids to help people who are facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD001431. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD001431/COMMUN_decision-aids-help-people-who-are-facing-health-treatment-or-screening-decisions. Acesso em 30 dez. 2020.

46. KIRKSCEY, Russell. *Bioethical communication: shared decision-making and relational empathy*, Journal of Commu-

clássica do encontro clínico que se concentra na formulação do diagnóstico a partir de perguntas e respostas e permite a abertura do paciente, tornando-o mais propenso a participar do processo de tomada de decisão e a falar sobre suas necessidades, vontade e preferências⁴⁷. Isso pressupõe ausência de julgamentos por parte do profissional de saúde e a superação do distanciamento de modo que o paciente se sinta confiante para externar suas aspirações, temores e aquilo que é mais importante para sua vida.

Conclui-se que o modelo proposto por Elwyn et al.⁴⁸ consiste na simplificação do processo complexo e dinâmico que é a TDC. Todavia, como reconhecem os próprios autores, é justamente a simplicidade deste modelo que pode contribuir para a efetiva implementação da TDC na prática clínica.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TDC é uma abordagem na qual o profissional de saúde e o paciente tomam decisões conjuntamente, compartilhando as melhores evidências disponíveis de cada opção, sendo os pacientes apoiados para alcançar suas preferências informadas. Neste processo colaborativo, o papel do profissional é assegurar que o paciente disponha daquilo que é necessário para tomar uma decisão de acordo com suas necessidades, vontade e preferências.

Dessa forma, o objetivo da TDC é servir de instrumento para que o paciente chegue à decisão mais adequada conforme os seus objetivos de vida, sendo, imprescindível envolvê-lo efetivamente no processo de tomada de decisão.

A TDC tem sido defendida por razões éticas por mais de 40 anos e apresenta inúmeros benefícios para pacientes e profissionais de saúde, contudo, ainda não é amplamente implementada na prática clínica, demandando esforços educacionais e de capacitação dos profissionais e pacientes. Sob essa ótica, resultados de uma pesquisa realizada pela Cochrane⁴⁹ quanto às intervenções para melhorar a adoção da TDC sugerem que tanto a capacitação dos profissionais de saúde em TDC quanto o desenvolvimento de intervenções mediadas pelo paciente, como as Ajudas Decisionais, são fatores fundamentais para sua implementação satisfatória. Sinaliza-se, dessa forma, a necessidade de formulação de políticas públicas e a adoção de incentivos no âmbito organizacional para tornar conhecida a TDC e estimular sua incorporação pelos profissionais de saúde.

Conforme mencionado por Elwyn⁵⁰, para superar os desafios na implementação da

nication in Healthcare, 2018.

47. KIRKSCEY, Russell. *Bioethical communication: shared decision-making and relational empathy*, Journal of Communication in Healthcare, 2018.

48. ELWYN G. et al. *A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process* BMJ 2017;359:j4891. Disponível em: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/a-three-talk-model-for-shared-decision-making-multistage-consulta>. Acesso em 06 jan. 2021.

49. Legare F, Ratte S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. *Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals*. Cochrane Database Syst Rev 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20464744/>. Acesso em 02 jan. 2021

50. ELWYN, G. *Shared Decision Making and Interprofessional Collaboration in Health Care*. Disponível em: <https://www>.

TDC, essencialmente, o coração e a mente dos profissionais precisam ser mudados a ponto de perceberem e internalizarem a importância de estabelecer conversas significativas com o paciente de modo que suas necessidades, vontade e preferências não sejam negligenciados no processo decisório, mas tomados como primazia para se alcançar o que pode ser considerado a melhor decisão.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito do Paciente*. Belo Horizonte: CEI, 2020.

ANNAS, George J. *The rights of patients*. Nova Iorque: New York University, 2004.

COULTER, Angela; COLLINS, Alf. *Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me*, London: The King's Fund 2011.

ELWYN, G. *Shared Decision Making and Interprofessional Collaboration in Health Care*. Disponível em: <https://www.edx.org/course/shared-decision-making-and-interprofessional-colla>. Acesso em: 18 maio 2020

ELWYN G, EDWARDS A. *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford University Press, 2009.

ELWYN G. et al. *A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process* BMJ 2017;359:j4891. Disponível em: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/a-three-talk-model-for-shared-decision-making-multistage-consulta>. Acesso em 06 jan. 2021.

ELWYN G. et al. *Shared decision making: a model for clinical practice*. *J Gen Intern Med*, v.27, n. 10, p. 1361-7, 2012. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>. Acesso em 06 jan. 2021.

GARRIDO, Padilla N et. al. *Physicians' awareness and assessment of shared decision making in oncology practice*. *Rev. Esp. Salud Publica* vol.93 Madrid 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31594916/>. Acesso em 02 jan. 2021.

GREENE J, HIBBARD JH. *Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes*. *J Gen Intern Med*. 2012;27(5):520–526. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22127797/>. Acesso em 04 jan. 2021.

HACK TF, et al. *Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer*. *Psychooncology*. 2006;15(1):9–19. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15669023/>. Acesso em 02 jan. 2021.

HIBBARD JH, GREENE J. *What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs*. *Health Aff*. 2013;32(2):207–214. 35. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23381511/>. Acesso em 04 jan. 2021.

[edx.org/course/shared-decision-making-and-interprofessional-colla](https://www.edx.org/course/shared-decision-making-and-interprofessional-colla). Acesso em: 18 maio 2020

JOOSTEN EA, et al. *Systematic review of the effects of shared decisionmaking on patient satisfaction, treatment adherence and health status*. *Psychother Psychosom*. 2008;77(4):219–26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18418028/>. Acesso em 04 jan. 2021.

KIESLER DJ, AUERBACH SM. *Optimal matches of patient preferences for information, decision-making, and interpersonal behavior: evidence, models, and interventions*. *Patient Educ Couns*. 2006;61(3):319–41. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16368220/>. Acesso em 02 jan. 2021.

KIRKSCEY, Russell. *Bioethical communication: shared decision-making and relational empathy*, *Journal of Communication in Healthcare*, 2018.

LEGARÉ, F.; THOMPSON-LEDUC, P. *Twelve myths about shared decision making*. *Patient Education and Counselling*, v. 96, n. 3, p. 281-286, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25034637/>. Acesso em 11 jan. 2021.

LÉGARÉ, France; WITTEMAN, Holly O. *Shared Decision Making: Examining Key Elements And Barriers To Adoption Into Routine Clinical Practice*. *Health Affairs* 32, n. 2 (2013): 276–284. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2012.1078>. Acesso em 30 dez.2020.

Legare F, Ratte S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. *Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals*. *Cochrane Database Syst Rev* 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20464744/>. Acesso em 02 jan. 2021

NICE. *Medicines Optimisation: The Safe and Effective Use of Medicines to Enable the Best Possible Outcomes*. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2015

POMEY, Marie-Pascale, et. al. *Patient Engagement: How Patient-provider Partnerships Transform Healthcare Organizations*. Palgrave Macmillan, 2019.

PEELE PB, et al. *Decreased use of adjuvant breast cancer therapy in a randomized controlled trial of a decision aid with individualized risk information*. *Med Decis Making* 2005;25(3):301-7. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0272989X05276851>. Acesso em 04 jan. 2021.

SHAY, L.A. LAFATA J.E., *Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes*, *Med. Decis. Making* 35 (2015) 114–131. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25351843/>. Acesso em 02 jan. 2021.

STACEY D et al. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24470076/>. Acesso em 04 jan. 2021.

STIGGELBOUT AM, PIETERSE AH, DE HAES JC. *Shared decision making: Concepts, evidence, and practice*. *Patient Educ Couns*. 2015 Oct;98(10):1172-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26215573/>. Acesso em 02 jan. 2021.

VEROFF, David et. al. *Enhanced Support For Shared Decision Making Reduced Costs Of Care For Patients With Preference-Sensitive Conditions*. *HEALTH AFFAIRS* 32, NO. 2 (2013): 285–293. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2011.0941>. Acesso em 04 jan. 2021.

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

TEMAS ATUAIS EM DIREITO DO PACIENTE

Volume I


Ano 2021

 **IBDPAC**
Instituto Brasileiro de Direito do Paciente

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

TEMAS ATUAIS EM DIREITO DO PACIENTE

Volume I


Ano 2021

 **IBDPAC**
Instituto Brasileiro de Direito do Paciente