

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 |

CAPÍTULO 1

EMPATIA NOS CUIDADOS EM SAÚDE

Data de aceite: 03/05/2021

Aline Albuquerque

INTRODUÇÃO

A empatia passou a ser considerada uma capacidade fundamental na esfera dos cuidados em saúde, notadamente em razão do seu impacto na relação profissional-paciente, e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados em saúde¹ e na melhoria do ambiente de trabalho². Pesquisas apontam para a importância de se educar estudantes de Medicina em habilidades empáticas³, de forma a contribuir para que a relação com os pacientes seja mais horizontal e a tomada de decisão leve em consideração necessidades, vontade e preferências dos pacientes. Por outro lado, há um movimento global no sentido de se repensar

a Medicina sob uma perspectiva humanista. Esse movimento decorre da constatação de que avanços biotecnológicos na área médica e a redução do tempo de consulta⁴, além de outros fatores, provocaram um distanciamento entre o profissional de saúde e o paciente.⁵ Assim, Halpern assinala que a pressão do tempo de consulta e demandas burocráticas concorreram para transformar a relação profissional-paciente em secundária nos cuidados em saúde⁶. Tal movimento se expressa por meio da Medicina baseada na Empatia e no Cuidado Centrado no Paciente, que, por sua vez, integra a empatia implícita ou explicitamente em seu arcabouço teórico⁷. Define-se, então, a empatia e a conexão humana como fatores determinantes da condição de saúde do paciente. Com efeito, esses estudos lançaram luz sobre o fato de que o relacionamento profissional de saúde-paciente é o coração dos cuidados em saúde.⁸

A aceção de que a empatia é nodal para a relação profissional de saúde-paciente é desafiada pela visão que sustenta o

1. PARO, Helena BSM et al. Brazilian version of Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. *Medical Education*, v. 12, n. 73, 2012.

2. HOJAT, Mohammadreza. *Empathy in health professions education and patient care*. London: Springer, 2016.

3. HOJAT, Mohammadreza. *Empathy in health professions education and patient care*. London: Springer, 2016.

4. REES, S.; HOWICK, J. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 110, n. 9, p. 352-357, 2017.

5. UHRIG, Adam. *Exploring empathy in Medical Narratives*. All NMU Master's Theses. 560, 2018. Disponível em: <https://commons.nmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1580&context=theses>. Acesso em: 16 jan. 2021.

6. HALPERN, Jodi. *From detached concern to empathy*. Oxford: Oxford, 2001.

7. HOWICK, Jeremy. The friendly relationship between therapeutic empathy and person-centred care. *European Journal of Person Centred Healthcare*, 2019.

8. REES, S.; HOWICK, J. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 110, n. 9, p. 352-357, 2017.

distanciamento entre ambos no encontro clínico. O distanciamento é baseado na ideia de que pelo fato de o médico ter que lidar com o sofrimento do paciente é necessário que se proteja do esgotamento emocional. Além disso, argumenta-se que um médico emocionalmente desengajado se encontra livre para discernir e atender às necessidades dos pacientes.⁹ Contudo, pesquisas demonstram a importância de certo nível de engajamento emocional dos médicos em sua prática clínica, tanto para resultados positivos em saúde, como para o bem-estar do próprio profissional. Por exemplo, Halpern propõe que a empatia pode ser cultivada de modo a propiciar a conexão dos médicos com seus próprios sentimentos, na medida em que é impossível travar uma relação humana sem qualquer influência dos afetos. Ademais, destaca que o distanciamento não torna a prática profissional mais objetiva, ao revés, é uma estratégia pobre para se lidar com os sentimentos dos pacientes e enfraquece as habilidades comunicativas do médico.¹⁰

Considerando os impactos positivos da empatia nos cuidados em saúde, este estudo tem como objetivo discorrer sobre o conceito de empatia e suas dimensões, bem como abordar seus efeitos descritos na literatura. Para tanto, se desenvolveu uma pesquisa teórica alicerçada nos estudos de Riess¹¹, Hojat¹², Halpern¹³ e Howick¹⁴.

1 | CONCEITO DE EMPATIA

Pode-se afirmar que não há uma compreensão unívoca sobre empatia na literatura especializada. É preciso considerar que a empatia pode ser conceituada de distintos modos¹⁵ e tem como característica ser um construto multidimensional¹⁶. Por essa razão, para se ter empatia é preciso desenvolver habilidades para perceber e entender o estado emocional e a perspectiva do outro. E isso exige que a interação comunicativa flua bem. Ainda, a empatia pode ser compreendida como um processo interativo a serviço do entendimento do outro¹⁷. Seja como uma capacidade¹⁸, seja como um processo relacionado ao outro, o que a empatia objetiva é facilitar a construção criativa de entendimento e de reconhecimento¹⁹ mútuos.

9. HALPERN, Jodi. *From detached concern to empathy*. Oxford: Oxford, 2001.

10. HALPERN, Jodi. *From detached concern to empathy*. Oxford: Oxford, 2001.

11. RIESS, Helen. *The Empathy Effect: Seven Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect Across*, 2018.

12. HOJAT, Mohammadreza. *Empathy in health professions education and patient care*. London: Springer, 2016.

13. HALPERN, Jodi. *From detached concern to empathy*. Oxford: Oxford, 2001.

14. HOWICK, Jeremy. The friendly relationship between therapeutic empathy and person-centred care. *European Journal of Person Centred Healthcare*, 2019.

15. REES, S.; HOWICK, J. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 110, n. 9, p. 352-357, 2017.

16. HIRN, Sebastian L.; WEIBMANN, Regina; ZOELCH, Christof; THOMAS, Joachim. Fostering empathic skills in mainstream public-school pupils: efficacy assessment of the EPaN empathy training program. *Journal of Education and Training Studies*, v. 8, n. 3, 2020.

17. YASEEN, Zimri S.; FOSTER, Adriana E. What is empathy? In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p.3-16.

18. RIESS, Helen. *The Empathy Effect: Seven Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect Across*, 2018.

19. YASEEN, Zimri S.; FOSTER, Adriana E. What is empathy? In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p.3-16.

No entanto, considerando que este estudo tem como foco a comunicação empática nos cuidados em saúde, adota-se o entendimento de Riess, isto é, o de empatia no sentido de se ser uma “capacidade dinâmica que nos permite compartilhar experiências com os outros, sentir preocupação, adotar a perspectiva alheia e motivar a resposta de cuidado”.²⁰ Desse modo, a empatia é entendida como uma capacidade imaginativa complexa, na qual o observador simula o estado de outra pessoa, mantendo sua diferenciação.²¹ A partir desse conceito de empatia, pode-se considerar que a empatia é complexa por envolver afetos e cognição, a tomada de perspectiva em relação a outro e a não autorreferenciação, assim como pressupõe que os atores da interação se diferenciem entre si, ou seja, que um não se confunda com o *self* do outro.

Cabe pontuar que a empatia se distingue do sentimento de pena, que se direciona para o reconhecimento da carência de recursos do outro e para a necessidade de ajudá-lo.²² Embora haja o uso corrente dos termos “empatia” e “compaixão”, neste estudo se emprega a distinção entre ambos. Isto é, a compaixão é uma resposta ao sofrimento, que se caracteriza como um sentimento de preocupação dirigido ao sofrimento de outrem acompanhado de uma motivação para ajudar.²³ A empatia, por sua vez, não diz respeito tão somente ao sofrimento, revelando-se um fenômeno mais complexo e de natureza distinta.

A empatia é, pois, o ponto de partida da linguagem e da cultura, entendendo a sua origem no contexto dos cuidados parentais, que são obrigatórios nos mamíferos. Bebês humanos por meio do sorriso e do choro tocam seu cuidador para chamar-lhes a atenção e assisti-los. Os animais sociais precisam coordenar ação e movimento, responder coletivamente ao perigo, comunicar-se sobre alimentos e auxiliar os necessitados. Em consequência, foi desenvolvido na evolução humana o contágio emocional, que consiste no fato do estado emocional de um indivíduo induzir ao estado correspondente ou relacionado em outro. Isto é, o contágio emocional abarca a observação da emoção do outro e ser por ela afetado.²⁴ A empatia abrange o contágio emocional, mas vai além dele, porque coloca filtros entre o estado do outro e o próprio, sendo, assim, indispensável para a sua caracterização a diferenciação entre os sujeitos da interação. Quanto a tal ponto, registre-se que nós, por volta dos 2 anos de idade, começamos a acrescentar essas camadas cognitivas, diferenciação e adoção do ponto de vista do outro.²⁵

20. RIESS, Helen. *The Empathy Effect: Seven Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect Across*, 2018, p. 23.

21. COPLAN, Amy. Understanding Empathy: Its features and effects. In: COPLAN, Amy; GOLDIE, Peter. *Empathy: philosophical and psychological perspectives*. Oxford: Oxford, 2011, p.5-18.

22. CARRIÓ, Francesc Borrell. Simpatía-empatía-compasión: parecen lo mismo pero no lo son. Núm. *Folia Humanística*, n. 10, 2018.

23. SINGER, Tania; KLIMECKI, Olga M. *Empathy and compassion*. em: file:///C:/Users/aline/Downloads/1-s2.0-S-0960982214007702-main.pdf Acesso em: 22 jan. 2021.

24. TRIEU, M. et al. Neurobiology of Empathy. In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p.17-39.

25. DE WAAL, Frans. *Primatas e Filósofos*. São Paulo: Palas Athena, 2020.

A capacidade empática envolve o entendimento da situação do outro e a resposta apropriada, alicerçada no acesso à experiência do outro por meio de uma atividade cognitiva baseada na imaginação. Ainda, tal capacidade pressupõe um balanceamento entre a apreciação dos sentimentos do outro e o manejo dos próprios sentimentos. A capacidade empática é dinâmica e permite compartilhar experiências, se sentir afetado, adotar a perspectiva do outro e motivar uma resposta cuidadosa.²⁶

A empatia é a capacidade que se fundamenta em estruturas cerebrais, conforme explicitam as propostas que consideram os neurônios espelho e a Teoria da Mente – TM. Os neurônios espelhos são uma classe específica de neurônios motores que foram descobertos pela equipe da Universidade de Parma, liderada por Giacomo Rizzolatti, na década de noventa. Na experiência realizada, verificou-se que esses neurônios, situados na região do córtex pré-motor, respondiam da mesma forma quando os macacos Rhesus²⁷ realizavam uma ação e quando observavam outro macaco ou humano desempenhar ação semelhante. Desse modo, “os neurônios espelho, quando ativados pela observação de uma ação, permitem que o significado da mesma seja compreendida automaticamente (de modo pré-atencional) que pode ou não ser seguida por etapas conscientes”.²⁸ Assim, foi identificado o Sistema de Neurônios Espelho – SNE que, no caso dos seres humanos, estão implicados na TM, que consiste na capacidade de entender o estado emocional de outra pessoa e relacioná-lo com seus desejos, atitudes e objetivos. Assim, embora o SNE e a TM sejam distintos, são complementares, pois o SNE é recrutado quando o agente observa uma ação de outro e a TM quando o indivíduo tenta inferir a intencionalidade da ação²⁹. Desse modo, o SNE fornece substrato a partir da observação da ação para a TM dar início ao processo inferencial da intencionalidade do sujeito observado. A TM permite o exercício da inteligência social, na medida em que habilita os seres humanos a compreender os pensamentos do outro a partir da perspectiva alheia, bem como inferir intenções e crenças.³⁰ Essa capacidade é denominada de “capacidade de mentalização” e para alguns autores se assemelha à empatia cognitiva.³¹ Já o SNE tem o propósito de permitir a compreensão das ações e emoções do outro, mediante a capacidade empática de representação interna do outro. Entretanto, a questão de como o espelhamento pode estar relacionado causalmente

26. RIESS, Helen. *The Empathy Effect: Seven Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect Across*, 2018.

27. LAMEIRAL, Allan Pablo; GAWRYSZEWSKII, Luiz de Gonzaga; PEREIRA Jr., Antonio. *Psicologia USP*, v.17, n. 4, 2006.

28. LAMEIRAL, Allan Pablo; GAWRYSZEWSKII, Luiz de Gonzaga; PEREIRA Jr., Antonio. *Psicologia USP*, v.17, n. 4, 2006.

29. “tentar inferir a intencionalidade da ação” deixa claro que intencionalidades não são observáveis de modo objetivo; usam-se pistas, ativam-se conhecimentos, deduzem-se traços, de modo que o observador possa tirar conclusões sempre parciais da ação em andamento, conforme suas possibilidades baseadas em seus valores, crenças, propósitos, entre outros elementos de uma rede extensa de interveniências que atuam sobre aquilo que se observa da ação do outro.

30. HERNANDEZ, Pablo Bandrés. *La empatía desde la neurociencia*. Disponível em: <http://biomedicinayetica.org/wp-content/uploads/2018/11/ESTUDIOEMPATIAONLINE.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021

31. TRIEU, M. et al. *Neurobiology of Empathy*. In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p.17-39.

à empatia ainda é objeto de estudos.³² Em mamíferos, a empatia emerge de uma série de comportamentos, dentre eles, destaca-se o espelhamento, que ocorre quando uma pessoa mapeia a expressão facial e corporal de outra no seu circuito neural, como o exemplo do bocejar. Ainda, no que tange aos aspectos fisiológicos da empatia, Zak propõe o Circuito Humano da Empatia mediado pela Oxitocina, porquanto a oxitocina aumenta a experiência da empatia e reduz a ansiedade.³³

Importante destacar que a empatia pode ser aprendida, aprimorada e promovida.³⁴ Desse modo, variadas estratégias de intervenção foram desenhadas com o objetivo de incrementar a empatia de estudantes de Cursos de Saúde, tais como as que têm como escopo o desenvolvimento de habilidades de comunicação e de narrativa, as atividades com áudio e vídeo sobre encontros com pacientes, o *role playing*, o estudo de literatura e artes, a performance dramática³⁵, bem como o *mindfulness* e as intervenções baseadas na compaixão.³⁶

A seguir serão descritas as três dimensões da empatia: emocional, cognitiva e a preocupação empática, bem como serão apresentados aspectos gerais acerca da fadiga empática e dos bloqueios da empatia.

1.1 Empatia emocional

A empatia emocional é a capacidade de perceber e compartilhar os sentimentos e o estado emocional de outrem, assemelhada por muitos pesquisadores à “sympathy”.³⁷ A maior parte das pessoas tem a capacidade de “sentir o que o outro está sentindo”.³⁸ A empatia emocional, quando comparada com a cognitiva, apresenta uma resposta mais automática e inconsciente às emoções do outro. De forma semelhante às estruturas neurais ativadas na empatia cognitiva, na emocional, também se verificam diferentes regiões cerebrais atuantes para conformá-la, que abarcam o reconhecimento de emoções, o contágio emocional, o motor da empatia e o compartilhamento de dor. Essa estrutura cerebral se instala na infância e se conecta neuro-quimicamente com a oxitocina.³⁹

32. TRIEU, M. et al. Neurobiology of Empathy. In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p.17-39.

33. KRZNARIC, Roman. *O poder da Empatia*. São Paulo: Zahar, 2015.

34. HIRN, Sebastian L.; WEIBMANN, Regina; ZOELCH, Christof; THOMAS, Joachim. Fostering empathic skills in mainstream public school pupils: efficacy assessment of the EPaN empathy training program. *Journal of Education and Training Studies*, v. 8, n. 3, 2020.

35. HOJAT, Mohammadreza. *Empathy in health professions education and patient care*. London: Springer, 2016.

36. BELLOSTA-BATALLA, Miguel et al. Increased salivary oxytocin and empathy in Students of Clinical and Health Psychology After a Mindfulness and Compassion-Based Intervention. *Mindfulness*, v. 11, p.1006-1017, 2020.

37. YASEEN, Zimri S.; FOSTER, Adriana E. What is empathy? In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p.3-16.

38. RIESS, Helen. *The Empathy Effect: Seven Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect Across*, 2018.

39. TRIEU, M. et al. Neurobiology of Empathy. In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p.17-39.

1.2 Empatia cognitiva

O componente cognitivo da empatia está ancorado numa rede neurológica envolvida na atribuição de estados mentais, em estruturas de TM e de tomada de perspectiva. Esse rede se desenvolve por completo na adolescência.⁴⁰ A empatia cognitiva consiste em uma habilidade intelectual que propicia o entendimento dos sentimentos de outra pessoa a partir da sua perspectiva.⁴¹ Cabe assinalar que na esfera dos cuidados em saúde, a empatia é entendida predominantemente como cognitiva, ou seja, abarca o entendimento da experiência e das preocupações do paciente, bem como da sua perspectiva, combinada com a aptidão para ajudar⁴², o que será abordado em item próprio.

1.3 Preocupação empática

A preocupação empática é entendida como a motivação interior, decorrente da empatia emocional e cognitiva, que conduz o indivíduo a atuar na direção do apoio do outro.⁴³

1.4 Fadiga empática

A fadiga empática é provocada pelos níveis excessivos de estímulo emocional que conduzem ao stress pessoal. Pessoas que são expostas em razão de sua atividade profissional a muita dor e sofrimentos diários, tais como oncologista, assistente social e carcereiro, apresentam maior probabilidade de terem depressão, ansiedade e *Burnout*, em razão do contágio emocional decorrente das interações travadas durante o exercício profissional.⁴⁴ Desse modo, constata-se que a empatia emocional pode acarretar stress pessoal, por conseguinte, precisa estar acoplada com a auto regulação emocional.⁴⁵ Assim, no caso dos profissionais de saúde, o autocuidado, a autoempatia e autoconsciência são essenciais para reduzirem a sua fadiga empática⁴⁶. A implantação de uma cultura empática nos cuidados em saúde não deve acarretar carga emocional adicional para os profissionais de saúde.⁴⁷

40. TRIEU, M. et al. Neurobiology of Empathy. In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p.17-39.

41. YASEEN, Zimri S.; FOSTER, Adriana E. What is empathy? In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p.3-16.

42. HOJAT, Mohammadreza. *Empathy in health professions education and patient care*. London: Springer, 2016

43. RIESS, Helen. *The Empathy Effect: Seven Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect Across*, 2018.

44. RIESS, Helen. *The Empathy Effect: Seven Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect Across*, 2018.

45. RIESS, Helen. *The Empathy Effect: Seven Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect Across*, 2018.

46. MOUDATSOU, Maria et al. The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare*, v.8, n. 26, 2020.

47. REES, S.; HOWICK, J. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 110, n. 9, p. 352-357, 2017.

1.5 Bloqueios da empatia

A empatia pode ser bloqueada pela atuação de diferentes fatores sobre o indivíduo, conforme pontua Krznaric: preconceito; obediência à autoridade; distância e negação.⁴⁸ O preconceito e o etiquetamento⁴⁹ geram indiferença em relação à determinada pessoa ou a grupos humanos, dificultando a criação de conexão empática.⁵⁰ O etiquetamento tende a desumanizar a pessoa e a reduzi-la ao rótulo que lhe é conferido, potencializando a sua retirada do círculo de moralidade de um indivíduo específico ou de determinada sociedade. A empatia é maior com pessoas semelhantes, ou seja, os círculos de moralidade tendem a favorecer as pessoas do próprio grupo e se expandem apenas, de forma paulatina, quando a saúde e a sobrevivência dos integrantes dos círculos mais próximos estiverem asseguradas⁵¹. Ademais, a lealdade para com os integrantes do seu círculo é valorada como um dever moral.⁵² Em razão desse fator, Bloom critica o uso de sentimentos profundos e repostas emocionais para guiar julgamentos e comportamentos morais.⁵³

A obediência à autoridade é um fator que contribui para se suplantar a capacidade empática. Por exemplo, no Experimento Milgram, realizado pelo psicólogo Stanley Milgram, da Universidade de Yale, realizado em 1961, “consistiu em levar sujeitos experimentais a aplicar (falsos) choques elétricos gradativos até o limite de 450 volts em supostos aprendizes inocentes, sob a falsa alegação de se verificar o efeito da punição sobre a aprendizagem.”⁵⁴ Quanto à obediência à autoridade, se destaca que os participantes demonstraram “alto índice de submissão à autoridade do pesquisador ao obedecerem à ordem de provocar choques elétricos, com a voltagem máxima, em indivíduos inocentes”. Assim, se verificou que 65% das pessoas continuaram administrando choques, e Milgram concluiu que “uma proporção significativa de pessoas faz o que lhes é dito fazer”.⁵⁵ Ainda, a distância entre o sujeito e o outro destinatário da empatia influencia negativamente em sua capacidade empática, reduzindo-a, e essa distância pode ser geográfica e social. Por fim, a fadiga empática citada também é um fator que concorre para a diminuição da empatia.⁵⁶

2 | EMPATIA NOS CUIDADOS EM SAÚDE

A empatia nos cuidados em saúde deve ser compreendida sob o enfoque da mudança de paradigma na Medicina, ou seja, a transmutação de um paradigma paternalista e biomédico, ainda predominante na atualidade, para um paradigma humanista, baseado

48. KRZNARIC, Roman. *O poder da Empatia*. São Paulo: Zahar, 2015.

49. ROSEMBERG, Marshall. *Nonviolent Communication*. Encinitas: PuddlerDancer, 2015.

50. KRZNARIC, Roman. *O poder da Empatia*. São Paulo: Zahar, 2015.

51. KRZNARIC, Roman. *O poder da Empatia*. São Paulo: Zahar, 2015.

52. DE WAAL, Frans. *Primatas e Filósofos*. São Paulo: Palas Athena, 2020.

53. BLOOM, Paul. *Against empathy*. New York: Ecco, 2016

54. DAHIA, Sandra Leal de Melo. Da obediência ao consentimento: reflexões sobre o experimento de Milgram à luz das instituições modernas. *Sociedade e Estado*, v. 20, n. 1, 2015.

55. KRZNARIC, Roman. *O poder da Empatia*. São Paulo: Zahar, 2015, p.

56. KRZNARIC, Roman. *O poder da Empatia*. São Paulo: Zahar, 2015.

nas conexões humanas, e centrado no paciente, denominado de “Medicina baseada na Empatia”. Nessa linha, há uma demanda forte do retorno da empatia à Medicina.⁵⁷ Desse modo, o paradigma corrente dos cuidados em saúde pode ser caracterizado pelos seguintes aspectos: a) profissional é considerado como um dispensador de exames e tratamentos; b) necessidades, vontade e preferências do paciente não têm o mesmo peso que as chamadas evidências; c) tempo de consulta é encurtado; d) paciente é visto como recipiente passivo do cuidado. O novo paradigma denominado de “Medicina baseada na Empatia” é conformado pelos atributos subsequentes: a) o centro da consulta é a relação humana; b) a comunicação empática é considerada uma intervenção efetiva por si só; c) a consulta empática é central para uma prática baseada em evidências; d) as necessidades, vontade e preferências do paciente são alçadas à parte do processo de tomada de decisão.⁵⁸

A empatia é um elemento central das conexões humanas que, no campo da saúde, promovem a saúde e previnem as enfermidades. Com efeito, pesquisas epidemiológicas, desde 1979, demonstram que a ausência de conexões humanas está significativamente vinculada a doenças e mortalidade. No mesmo sentido, variados estudos indicam que o risco de adoecer, no mínimo, dobra quando as conexões sociais se tornam frágeis ou fragmentadas. Ainda, se considera que isolamento social pode ser um fator de risco significativo para mortalidade e morbidade, tal como obesidade, sedentarismo e tabagismo. Em consequência, se assevera que as conexões sociais são protetivas e constituem um determinante social da saúde e que a conexão empática entre profissionais e pacientes consiste em tipo específico de suporte social, com todos os benefícios associados.⁵⁹

A empatia nos cuidados em saúde ou empatia clínica tem sido reconhecida como uma intervenção efetiva no encontro clínico e um fator que incrementa a satisfação do profissional de saúde e do paciente, bem como a acurácia do diagnóstico⁶⁰. Ainda, a empatia clínica é um elemento crucial para o desenvolvimento da relação terapêutica.⁶¹

Nos cuidados em saúde, a empatia clínica é entendida, em geral, como empatia cognitiva⁶², ou seja, como uma forma profissional de interação, qua abarca habilidades e competências específicas, apartando-se, assim, da dimensão emocional da empatia⁶³. Com efeito, a empatia clínica envolve a habilidade para: a) entender a situação do paciente, perspectiva e sentimentos; b) comunicar esse entendimento e checar a sua acurácia; c) agir com base nesse entendimento de modo a ajudar o paciente.⁶⁴ No entanto, cabe

57. UHRIG, Adam. *Exploring empathy in Medical Narratives*. All NMU Master's Theses. 560, 2018. Disponível em: <https://commons.nmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1580&context=theses>. Acesso em: 16 jan. 2021.

58. REES, S.; HOWICK, J. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 110, n. 9, p. 352-357, 2017.

59. HOJAT, Mohammadreza. *Empathy in health professions education and patient care*. London: Springer, 2016.

60. MERCER, Stewart; REYNOLDS, William J. Empathy, and quality of care. *British Journal of General Practice*, 2002.

61. MERCER, Stewart; REYNOLDS, William J. Empathy, and quality of care. *British Journal of General Practice*, 2002.

62. HOJAT, Mohammadreza. *Empathy in health professions education and patient care*. London: Springer, 2016 e UHRIG, Adam. *Exploring empathy in Medical Narratives*. All NMU Master's Theses. 560, 2018. Disponível em: <https://commons.nmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1580&context=theses>. Acesso em: 16 jan. 2021.

63. MERCER, Stewart; REYNOLDS, William J. Empathy, and quality of care. *British Journal of General Practice*, 2002.

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

assinalar que não há consenso na literatura especializada sobre o distanciamento ideal entre o profissional de saúde e o paciente na prática clínica⁶⁵.

A empatia clínica apresenta uma série de benefícios para os pacientes e os profissionais de saúde, como a seguir será abordado. Além disso, pesquisa realizada no *National Health Service* do Reino Unido demonstrou que a empatia pode contribuir para a redução de custos, notadamente mediante a diminuição do uso de analgésicos.⁶⁶

2.1 Impactos positivos da empatia para o paciente

Pesquisas demonstram que a melhora da empatia na prática dos cuidados em saúde pode contribuir para reduzir a dor e a ansiedade do paciente, acarretar resultados clínicos positivos e melhora da qualidade do cuidado⁶⁷. Ainda, aumenta a satisfação do paciente,⁶⁸ sendo um fator importante para o seu incremento.⁶⁹ Pesquisa envolvendo pacientes com diabetes *mellitus* apontou que a empatia do médico está significativamente associada aos resultados em saúde, devendo ser considerada um componente importante da competência clínica.⁷⁰ No mesmo sentido, investigação realizada envolvendo pacientes com câncer demonstrou redução significativa de ansiedade, depressão e hostilidade quando cuidados por enfermeiros que exibiam alto nível de empatia.⁷¹

2.2 Impactos positivos da empatia para o profissional de saúde

A empatia aumenta o bem-estar do profissional de saúde, reduzindo seu stress e *burnout*, diminui os riscos de litigância⁷², bem como aumenta a satisfação do profissional em relação ao seu trabalho, diminuindo o absenteísmo.⁷³

3 | COMUNICAÇÃO EMPÁTICA NOS CUIDADOS EM SAÚDE

A empatia relacional é entendida como um componente da comunicação interpessoal, capaz de contribuir para a construção de acordos entre o profissional de saúde e o paciente, por meio da resolução de diferenças experienciais e o aumento das

65. HALPERN, Jodi. *From detached concern to empathy*. Oxford: Oxford, 2001.

66. REES, S.; HOWICK, J. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 110, n. 9, p. 352-357, 2017.

67. HOJAT, Mohammadreza. *Empathy in health professions education and patient care*. London: Springer, 2016 e UHRIG, Adam. Exploring empathy in Medical Narratives. All NMU Master's Theses. 560, 2018. Disponível em: <https://commons.nmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1580&context=theses>. Acesso em: 16 jan. 2021.

68. REES, S.; HOWICK, J. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 110, n. 9, p. 352-357, 2017.

69. NAKAMURA, Y et al. Effects of depression and anxiety on empathic communication skills in medical students. *MedEdPublish*, 2020.

70. DEL CANALE, Stefano et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med*, v. 87, n. 9, p.1243-9, 2012.

71. MERCER, Stewart; REYNOLDS, William J. Empathy, and quality of care. *British Journal of General Practice*, 2002.

72. REES, S.; HOWICK, J. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 110, n. 9, p. 352-357, 2017.

73. MORENO, Dano. *Empathy is Medicine: The Evidence for Empathy in Health Care*. Disponível em: <https://www.civcom.com/blog/empathyismedicine>. Acesso em: 1 fev. 2021.

habilidades de construção de consensos.⁷⁴ Com efeito, a habilidade da comunicação empática é estabelecida mediante interações, o que, na esfera dos cuidados em saúde, permite a construção da relação com o paciente, leva à compreensão da enfermidade a partir da perspectiva desse paciente, cria oportunidades de tratamento e auxilia a abordagem adequada para pacientes com ansiedade e medo.⁷⁵ Nessa linha, “Habilidades Interpessoais e de Comunicação” são consideradas uma das seis competências centrais identificadas pelo Conselho de Acreditação para a Educação de Graduação Médica dos Estados Unidos.⁷⁶

A habilidade comunicacional do profissional de saúde se expressa no processo de tomada de decisão, na comunicação de notícias difíceis e na consulta clínica, por exemplo.⁷⁷ Em consequência, a comunicação empática é uma das formas mais utilizadas para ensinar empatia, com foco em sua dimensão verbal e não verbal. Com efeito, as habilidades comunicacionais têm sido consideradas uma das principais habilidades dos profissionais de saúde⁷⁸, e uma das estratégias mais utilizadas para o ensino da empatia é a capacitação em habilidades de comunicação e interpessoais⁷⁹.

A comunicação empática envolve a habilidade de atuar cooperativamente e de resolver conflitos⁸⁰ e, nos cuidados em saúde, promove melhor entendimento entre profissionais e pacientes.⁸¹

Segundo Marshall, a comunicação empática pode ser bloqueada quando se usam determinadas formas de se comunicar e de linguagem: a) julgamentos moralizantes que envolvem o etiquetamento, a classificação e o enquadramento das pessoas em estereótipos; b) realização de comparações entre as pessoas; c) negação da responsabilidade pessoal.⁸² Na esfera da saúde, rotular um paciente de “difícil” concorre para a criação de uma barreira na comunicação empática, assim como o cumprimento automático de regras, sem considerar as especificidades de dado paciente, se amparando tão somente na obrigação de obedecer à chefia.

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

75. NAKAMURA, Y et al. Effects of depression and anxiety on empathic communication skills in medical students. *MedEdPublish*, 2020.

76. LAMBA, Sangeeta; KUNAC, Anastasia; MOSENTHAL, Anne. Teaching Advanced Communication Skills to Trainees Caring for the Critically Injured. In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p. 234-245.

77. MORETO, Graziela. *Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos*. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-19062015-154448/pt-br.php>. Acesso em: 18 jan. 2021.

78. MOUDATSOU, Maria et al. The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare*, v.8, n. 26, 2020.

79. SCHWELLER, Marcelo. *O ensino de empatia no curso de graduação de medicina*. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313594/1/Schweller_Marcelo_D.pdf. Acesso em: 18 jan. 2021.

80. ROSEMBERG, M.; MOLHO, P. Nonviolent (empathic) communication for health care providers. *Haemophilia*, v. 4, p.335-340, 1998.

81. RIESS, Helen. *The Empathy Effect: Seven Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect Across*, 2018.

82. ROSEMBERG, Marshall. *Nonviolent Communication*. Encinitas: PuddlerDancer, 2015.

A comunicação empática apresenta duas dimensões, a não verbal e a verbal e ambas pressupõem que o profissional esteja plenamente presente no momento da interação com o paciente. A escuta, aspecto fundamental da comunicação empática, implica o entendimento de como o paciente percebe e sente a situação, como lida com a sua enfermidade, o que permite obter um enquadre do seu mundo.⁸³

A comunicação empática pode ser dividida em não verbal e verbal para fins de melhor compreensão dos seus elementos, contudo, é importante salientar que nas interações sociais humanas se encontram entrelaçadas.

3.1 Comunicação empática não verbal

Segundo Riess, a comunicação não verbal consiste em 90% daquilo que se comunica e apenas 10% consiste na interação verbal. A comunicação não verbal abarca o tom da voz e a velocidade da fala.⁸⁴

A linguagem corporal, o contato visual, a expressão facial e postural são elementos fundamentais para o conjunto da comunicação não verbal.⁸⁵ Desse modo, Riess desenvolveu um instrumento, denominado de E.M.P.A.T.H.Y.: com o intuito de promover a empatia nas interações humanas nos cuidados em saúde. O nome E.M.P.A.T.H.Y. corresponde aos seus seguintes elementos: E – Contato visual; M – Expressão Facial; P- Postura; A – Afeto; T- Tom da voz; H - Escuta empática; e Y – Sua resposta.⁸⁶

3.2 Comunicação empática verbal

A comunicação empática verbal nos cuidados em saúde compreende os seguintes componentes: a) entendimento da situação do outro, seus sentimentos e perspectiva; b) comunicação desse entendimento e verificação da sua acurácia; c) atuação conforme o entendimento de modo colaborativo.⁸⁷ Desse modo, esses passos da comunicação empática verbal implicam a escuta empática do paciente, a realização de perguntas, a compreensão do paciente como uma pessoa, abrangendo os determinantes sociais que impactam no seu processo saúde-doença. Ademais, tal comunicação abarca a resposta ao paciente, com base na reunião das informações colhidas, o que demanda verificar junto

83. BIKKER, Annemieke P.; COTTON, Philip; MERCER, Stewart W. *Embracing empathy in healthcare*. London: Radcliffe, 2014

84. Cabe salientar que a comunicação verbal inclui elementos que não apenas as palavras ditas propriamente, mas o tom da voz, a velocidade da fala, problemas de fala, entre outros detalhes mais sutis. Alguns autores vão considerar comunicação verbal apenas as palavras, mas é preciso entender que as palavras não são pronunciadas sem esses elementos associados à fala. Em se tratando de textos escritos, há elementos como pontuação, paragrafação, tipo de letras, uso de maiúsculas, minúsculas, entre muitos outros detalhes, que marcam o verbal escrito e que ajudam na compreensão do “tom” do texto. Sem nos aprofundar, é preciso também verificar o modo de circulação desses textos, quais os leitores previstos, entre outros elementos não verbais definidores do que pode e deve ser dito naquele contexto (como por exemplo, a presença ou não de ilustrações).

85. BIKKER, Annemieke P.; COTTON, Philip; MERCER, Stewart W. *Embracing empathy in healthcare*. London: Radcliffe, 2014.

86. RIESS, Helen. *The Empathy Effect: Seven Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect Across*, 2018.

87. REES, S.; HOWICK, J. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 110, n. 9, p. 352-357, 2017.

ao paciente a acurácia do entendimento do profissional acerca da sua situação. Essa verificação da acurácia é essencial para que se minimize o mal entendido, o subentendido, o implícito que provam a opacidade da linguagem, seja verbal ou não verbal. Para que, em seguida, se possa atuar de forma a ajudar o paciente, demonstrar compreensão e cuidado, e informar o paciente de forma clara e acessível.⁸⁸

Cabe assinalar que na comunicação empática tem-se uma busca incessante pela edificação de pontes entre os atores da interação que envolvem a construção de sentidos em comum, a compreensão da perspectiva do outro e o reconhecimento da sua incompletude. Assim, há que se entender a comunicação empática muito mais como um esforço na direção do outro e uma saída de si, ou seja, um caminho em que se busca uma aproximação mais consistente entre o profissional de saúde e o paciente, de modo a ultrapassar as dificuldades inerentes às interações humanas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A empatia cognitiva é um fator central no encontro clínico, impacta positivamente o paciente e o profissional de saúde, na medida em que pressupõe a conexão entre ambos. Conforme pontuado, os seres humanos são sociais e colaborativos, em consequência, a qualidade das conexões humanas é essencial para o seu bem-estar, o que não se revela diferente na esfera da saúde. Portanto, é fundamental que os sistemas de saúde e as instituições de ensino confirmem à comunicação empática a relevância devida no processo de formação e na capacitação de profissionais de saúde. Esse tratamento dado à empatia deverá contribuir para melhores desfechos clínicos e maior qualidade do cuidado. Para além dessas vantagens, a promoção da empatia e da comunicação empática concorre para que se possa redimensionar o papel das conexões humanas no setor da saúde, que tem, paulatinamente, reificado os profissionais e os pacientes, em detrimento do reconhecimento da pessoa como o seu propósito central.

REFERÊNCIAS

BAILEY, Olivia. Empathy and the value of humane understanding. *Philosophy and Phenomenological Research*, v. 20, 2020.

BELLOSTA-BATALLA, Miguel et al. Increased salivary oxytocin and empathy in Students of Clinical and Health Psychology After a Mindfulness and Compassion-Based Intervention. *Mindfulness*, v. 11, p.1006-1017, 2020.

BIKKER, Annemieke P.; COTTON, Philip; MERCER, Stewart W. *Embracing empathy in healthcare*. London: Radcliffe, 2014.

BLOOM, Paul. *Against empathy*. New York: Ecco, 2016.

88. BIKKER, Annemieke P.; COTTON, Philip; MERCER, Stewart W. *Embracing empathy in healthcare*. London: Radcliffe, 2014

CARRIÓ, Francesc Borrell. Simpatía-empatía-compasión: parecen lo mismo pero no lo son. *Folia Humanística*, n. 10, 2018.

COPLAN, Amy. Understanding Empathy: Its features and effects. In: COPLAN, Amy; GOLDIE, Peter. *Empathy: philosophical and psychological perspectives*. Oxford: Oxford, 2011, p.5-18.

DAHIA, Sandra Leal de Melo. Da obediência ao consentimento: reflexões sobre o experimento de Milgram à luz das instituições modernas. *Sociedade e Estado*, v. 20, n. 1, 2015.

DE WAAL, Frans. *Primatas e Filósofos*. São Paulo: Palas Athena, 2020.

DECETY, Jean; COWELL, Jason M. *The complex relation between morality and empathy*. Working Paper, n.135- SPI, April 2015. Disponível em: http://spihub.org/site/resource_files/publications/spi_wp_135_dec. Acesso em: 18 jan. 2021.

DEL CANALE, Stefano et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med*, v. 87, n. 9, p.1243-9, 2012.

FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019.

GOLEMAN, Daniel. O que é empatia? In: GOLEMAN, Daniel et al. *Empatia*. Rio de Janeiro: Sextante, 2019, p.9-21.

HALPERN, Jodi. *From detached concern to empathy*. Oxford: Oxford, 2001.

HERNANDEZ, Pablo Bandrés. La empatía desde la neurociencia. Disponível em: <http://biomedicinayetica.org/wp-content/uploads/2018/11/ESTUDIOEMPATIAONLINE.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

HIRN, Sebastian L.; WEIBMANN, Regina; ZOELCH, Christof; THOMAS, Joachim. Fostering empathic skills in mainstream public school pupils: efficacy assessment of the EPaN empathy training program. *Journal of Education and Training Studies*, v. 8, n. 3, 2020.

HOJAT, Mohammadreza. *Empathy in health professions education and patient care*. London: Springer, 2016.

HOWICK, Jeremy. The friendly relationship between therapeutic empathy and person-centred care. *European Journal of Person Centred Healthcare*, 2019.

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

KRZNDARIC, Roman. *O poder da Empatia*. São Paulo: Zahar, 2015.

LAMBA, Sangeeta; KUNAC, Anastasia; MOSENTHAL, Anne. Teaching Advanced Communication Skills to Trainees Caring for the Critically Injured. In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p. 234-245.

LAMEIRAL, Allan Pablo; GAWRYSZEWSKII, Luiz de Gonzaga; PEREIRA Jr., Antonio. *Psicologia USP*, v.17, n. 4, 2006.

LANZONI, Susan. *Empathy: a history*. New Haven: Yale, 2018.

MERCER, Stewart; REYNOLDS, William J. Empathy, and quality of care. *British Journal of General Practice*, 2002.

MORENO, Dano. *Empathy is Medicine: The Evidence for Empathy in Health Care*. Disponível em: <https://www.civcom.com/blog/empathyismedicine>. Acesso em: 1 fev. 2021

MORETO, Graziela. *Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos*. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-19062015-154448/pt-br.php>. Acesso em: 18 jan. 2021.

MOUDATSOU, Maria et al. The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare*, v.8, n. 26, 2020.

NAKAMURA, Y et al. Effects of depression and anxiety on empathic communication skills in medical students. *MedEdPublish*, 2020.

PARO, Helena BSM et al. Brazilian version of Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. *Medical Education*, v. 12, n. 73, 2012.

REES, S.; HOWICK, J. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 110, n. 9, p. 352-357, 2017.

RIESS, Helen. *The Empathy Effect: Seven Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect Across*, 2018.

_____; GORDON, Kraft-Todd. E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine*, v. 89, n. 8, 2014.

ROSEMBERG, Marshall. *Nonviolent Communication*. Encinitas: PuddlerDancer, 2015.

_____; MOLHO, P. Nonviolent (empathic) communication for health care providers. *Haemophilia*, v. 4, p.335-340, 1998.

SCHWELLER, Marcelo. *O ensino de empatia no curso de graduação de medicina*. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313594/1/Schweller_Marcelo_D.pdf. Acesso em: 18 jan. 2021.

SINGER, Tania; KLIMECKI, Olga M. *Empathy and compassion*. em: <file:///C:/Users/aline/Downloads/1-s2.0-S0960982214007702-main.pdf> Acesso em: 22 jan. 2021.

TRIEU, M. et al. Neurobiology of Empathy. In: FOSTER, Adriana E.; YASEEN, Zimri S (eds.). *Teaching empathy in healthcare*. London: Springer, 2019, p.17-39.

UHRIG, Adam. *Exploring empathy in Medical Narratives*. All NMU Master's Theses. 560, 2018. Disponível em: <https://commons.nmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1580&context=theses>. Acesso em: 16 jan. 2021.

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.

Data de aceite: 03/05/2021

Cintia Maria Tanure Bacelar Antunes

INTRODUÇÃO

O encontro clínico entre o paciente e o profissional de saúde envolve a interação entre ambos com vistas à realização de importantes decisões para o bem-estar e a manutenção da saúde do paciente. Este encontro terapêutico passou por diversas transformações, deixando de estar conformado pelo modelo tradicional, denominado de paternalista, passando pelo relacionamento classificado como informativo (do consentimento informado) e atualmente, é preconizado o modelo da mutualidade, que se expressa em grande medida na Tomada de Decisão Compartilhada (TDC)¹.

No início na década de cinquenta, a abordagem do Cuidado Centrado no Paciente (CCP) surgiu tendo como temas a participação

do paciente no seu planejamento em saúde e o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente no contexto do cuidado². A abordagem do CCP se vincula ao modelo da mutualidade, que tem sido descrito na literatura como o que melhor integra a participação do paciente na decisão e aumenta o engajamento no seu tratamento. Neste modelo, o profissional de saúde e o paciente agem conjuntamente para decidir com base nas melhores evidências científicas disponíveis, sobre o melhor caminho para a manutenção do bem estar e ou a melhora da condição de saúde do paciente³.

Tecnologias de suporte à decisão de pacientes têm recebido aumento de interesse nas últimas décadas, dentre essas técnicas as Ajudas Decisionais, doravante ADs, têm sido desenvolvidas em diversas partes do mundo, com aumento importante do número de ADs disponíveis para utilização no atendimento em saúde⁴.

As ADs são amplamente utilizadas no encontro clínico baseado no modelo da TDC, e são aplicadas em diversos países. As ADs são

1. Albuquerque Aline, Tanure C. Tomada de decisão compartilhada na saúde: aproximações e distanciamentos entre a Ajuda Decisio-
nal e os Apoios de Tomada de Decisão. Revista FioCruz

2. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of
the literature from health policy, medicine and nursing. Journal of Advanced Nursing (2012) 69(1):4-15

3.. Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Rivero-Santana A, Carballo-González D, Serrano-Aguilar P (coord.) y Grupo de Trabajo del
manual metodológico para evaluar la calidad de las HATD. Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de
Ayuda para la Toma de Decisiones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario
de la Salud; 2013.

4. Elwyn G, *et al.* Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi Consensus process.
BJM. 2006 AUG 26; 333(7565):417.

úteis para ajudar a guiar o processo de decisão frente a múltiplas opções de um mesmo contexto de saúde. Podem ser usadas em diversos ambientes clínicos como consultórios de atendimentos especializados⁵, atenção na rede primária de saúde⁶ e decisões sobre manejo clínico em situações críticas⁷.

O escopo central das ADs é ajudar os pacientes a se envolver no processo de tomada de decisão, provendo o debate entre os profissionais de saúde e aqueles que necessitam de cuidados de saúde. Esse processo ocorre através da informação sobre as opções disponíveis, os riscos e benefícios, e permitindo a explicitação da vontade e preferências do paciente. São utilizadas de maneira complementar às recomendações do profissional de saúde, de forma que o processo decisório ocorra de forma mais sistemático e organizado, portanto, não tem a finalidade de substituir a orientação de um profissional qualificado.

As AD podem ser implementadas através de folhetos, vídeos ou ferramentas digitais, incentivando o paciente a se envolver no processo de tomada de decisão⁸. A eficácia dos diferentes meios de comunicação usados permanece em constante análise, porém, é recomendado que o método de comunicação utilizado para apresentar as AD deve estar de acordo com a natureza do ambiente e da questão clínica a ser avaliada⁹.

Há diferenças quanto ao melhor momento para a utilização das ADs, que podem ser usadas antes durante ou após um encontro clínico. Algumas ADs são desenvolvidas de forma que possam ser auto preenchidas, realizado uma preparação para um encontro clínico futuro, outras são utilizadas durante o atendimento, e podem também ser empregadas após uma avaliação para estimular a reflexão para um próximo encontro. No entanto, em qualquer um dos momentos de aplicação escolhidos é importante garantir que tanto o paciente quanto o profissional contribuam para o processo de tomada de decisão, certificando que o paciente se sinta amparado nas decisões sobre seu bem estar¹⁰. O que definirá o momento de aplicação está ligado ao principal objetivo a ser alcançado.

Existem outros tipos de instrumentos que são destinados a prover apenas informações educacionais sobre determinado tema ou intervenção, ou até mesmo, instrumentos de consentimento informado com orientações e avisos, porém não são classificados como

5. Shishido E, Osaka W, Henna A, Motomura Y, Horiuchi S. Effect of a decision aid on the choice of pregnant women whether to have epidural anesthesia or not during labor. 2020. PLoS ONE 15(11): e0242351.

6. E. Mathieu et al. Helping women make choices about mammography screening: An online randomized trial of a decision aid for 40-year-old women. 2010. *Patient Education and Counseling* 81: 63–72.

7. Colorado program for Patient Centered Decisions. Life Support During the COVID-19 Pandemic. Disponível em: <https://patientdecisionaid.org/covid19/>

8. Decision Aids Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014.

9. O'Connor A, Edwards A. The role of decisions aids in promoting evidence-basead patient choice in Shared Decision-Making in Health Care. Oxford University Press, 2009.

10. O'Connor A, Edwards A. The role of decisions aids in promoting evidence-basead patient choice in Shared Decision-Making in Health Care. Oxford University Press, 2009.

ADs, pois não possuem todos os elementos para serem classificados como tal¹¹. Esses diferem das AD, pois essas tornam explícita a decisão a ser considerada, com detalhamento e personalização das opções e resultados esperados em cada uma delas.

1 | DEFINIÇÃO E OBJETIVOS DAS AJUDAS DECISIONAIS

As ADs abarcam um conjunto de instrumentos baseados em evidências desenvolvidos para ajudar pacientes a realizar escolhas específicas e deliberadas entre várias opções de cuidado em saúde¹².

Na área da saúde tomar uma decisão pode ser difícil, frente a várias opções de tratamentos ou vários tipos de procedimentos diagnósticos a serem realizados para a manutenção ou a recuperação de um problema de saúde. Dentre as possibilidades disponíveis nem sempre uma delas é explicitamente a melhor, devido à insuficiência de evidências sobre os resultados ou algumas tem benefícios e / ou prejuízos que as pessoas valorizam de maneira diferente de acordo com seus valores e seu histórico de vida¹³. Algumas decisões apresentam grandes diferenças, dentre as opções, nos resultados ou complicações; outras requerem apreciações entre os resultados de curto e longo prazo, ou podem apresentar chances mínimas de resultados graves¹⁴.

A implementação da AD durante o processo de decisão objetiva, em geral, a participação do paciente na escolha da opção de tratamento ou diagnóstico com base em evidências científicas, colocando em prática a TDC. Quanto aos seus objetivos específicos, podem ser enumerados os seguintes: a) declarar explicitamente a decisão que precisa ser considerada; b) fornecer informações baseadas em evidências sobre uma condição de saúde, as opções, benefícios associados, danos, probabilidades e incertezas científicas; c) ajudar os pacientes a reconhecer os valores relacionados à decisão e a esclarecer, implícita ou explicitamente, o valor que atribuem aos benefícios e riscos correlatos¹⁵.

2 | COMPONENTES DAS ADS E CERTIFICAÇÃO INTERNACIONAL

Os componentes obrigatórios para as ADs são alvo de debate e estudos internacionais, visto que o formato e o conteúdo desses instrumentos podem influenciar no resultado e direcionar as decisões a serem realizadas¹⁶.

11. AM O'Connor & MJ Jacobsen, *Workbook on Developing and Evaluating Patient Decision Aids*. 2003.

12. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD001431.

13. Edwards A, Elwyn Glyn. *Shared Decision-Making in Health Care*. Oxford University Press, 2009.

14. O'Connor A, Edwards A. *The role of decisions aids in promoting evidence-based patient choice in Shared Decision-Making in Health Care*. Oxford University Press, 2009.

15. Decision Aids Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017.

16. Elwyn G, Burstin H, Barry MJ, *et al*. A proposal for the development of national certification standards for patient

Um grupo internacional de pesquisadores e profissionais de saúde se reuniu na formação de uma colaboração com o intuito de estabelecer os Padrões Internacionais das Ajudas Decisórias para a TDC (International Patient Decision Aid Standards – IPDAS) com o propósito de melhorar a qualidade das ADs, estabelecendo um padrão de componentes baseados em evidências científicas, além de estabelecer critérios específicos sobre o conteúdo, desenvolvimento, implementação e avaliação das ADs¹⁷.

Dentre os componentes iniciais das ADs estão informações sobre a condição clínica, descrevendo a situação que provocou a necessidade de ação sobre aspectos decisivos para o bem-estar do paciente. Este componente inclui informações sobre as condições ou doenças que são enfrentadas pelo paciente, as principais manifestações e sintomas e as complicações decorrentes¹⁸.

Posteriormente, as opções de tratamento ou diagnóstico possíveis, baseadas em evidências científicas atualizadas, são descritas. No desenvolvimento deste componente, devem ser incluídas evidências que sejam acessíveis aos pacientes. A apresentação detalhada inclui explicar em que consiste cada opção e como serão realizadas, incluindo a delimitação de tempo (quanto tempo será necessário para a opção), enfatizando qual será a necessidade de envolvimento do paciente para a aplicação de cada opção e os custos financeiros que serão assumidos pelo paciente. Importante explicitar que a opção de não realizar nenhum tratamento deve ser incluída dentre as opções¹⁹.

Os resultados referentes a cada opção são descritos de maneira minuciosa buscando a compreensão do paciente, incluindo implicações físicas, emocionais e sociais. Para apoiar a descrição dos resultados, muitos estudos de qualidade de vida perante uma opção de tratamento podem ser apresentados ao paciente. Em geral são referenciados os impactos que são expostos com maior frequência. Podem ser utilizados recursos audiovisuais, como depoimentos de pacientes que descrevem os resultados que obtiveram com determinada opção²⁰.

Contíguo aos resultados descritos, as probabilidades estatísticas em forma de números (ex: 25% ou 50%) de cada um devem ser incluídas nas ADs com o intuito de criar expectativas realistas sobre a possibilidade de riscos e benefícios. Esse componente auxilia a esclarecer expectativas irrealistas, com, por exemplo, superestimar benefícios e subestimar riscos de determinada opção²¹.

decision aids in the US. *Health Policy*. (2018)122: 703-706.

17. Perestelo-Pérez L. *Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Santa Cruz de Tenerife. 2014.

18. AM O'Connor & MJ Jacobsen, *Workbook on Developing and Evaluating Patient Decision Aids*. 2003.

19. Perestelo-Pérez L. *Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Santa Cruz de Tenerife. 2014.

20. Scalia P, et.al. The impact and utility of encounter decision aids: Systematic review, meta-analysis and narrative synthesis. *Patient Education and Counseling* 102(2019) 817-841.

21. AM O'Connor & MJ Jacobsen, *Workbook on Developing and Evaluating Patient Decision Aids*. 2003.

O esclarecimento de valores do paciente deve ser integrado ativamente no decorrer do debate entre paciente e profissional de saúde com as ADs. São realizados exercícios de valoração nos quais se solicita ao paciente que considerem explicitamente a importância (marcando um X) dos benefícios ou riscos que considere relevantes para sua decisão. Os objetivos desses exercícios de avaliação são fornecer uma visão sobre como os valores afetam a tomada de decisão pessoal.

As ADs podem incluir ou não informações sobre os outros (esse fator ainda não tem consenso) pacientes e suas escolhas, esse componente pode ajudar no aprendizado com a escolha de outro e, ainda, com o tipo de raciocínio realizado para a escolha ser consolidada.

Durante a definição da opção a ser implementada, uma capacitação para a decisão pode ser desenvolvida pelo profissional de saúde. Assim, esse profissional pode ser um “capacitador de decisão”, que consiste em um facilitador habilitado, não-diretivo, que fornece suporte para o desenvolvimento de habilidades dos pacientes para a tomada de decisão, por meio da reflexão sobre as opções, preparando-o para discutir a decisão em uma consulta e implementar a opção escolhida²².

Com o intuito de garantir a qualidade do desenvolvimento das ADs, identificando instrumentos confiáveis e seguros para o paciente, algumas organizações e órgãos estatais têm realizado esforços para realizar padronizações e certificações das ADs. Em 2006, o *Patient Decision Aids Standards Collaboration* - IPDAS publicou primeiro artigo sobre o tema que definiu doze domínios para a garantia de qualidade das ADs: 1) desenvolvimento através de processo sistemático com a descrição detalhada das etapas do processo de elaboração das ADs, 2) fornecimento de informações sobre opções, 3) apresentação de probabilidades de cada opção, 4) auxiliar ao paciente no esclarecimento e expressão de seus valores, 5) utilização de histórias/ experiências de outros pacientes 6) orientação ou capacitação para realizar a deliberação e comunicação da decisão, 7) divulgação de conflitos de interesse, 8) divulgação das ADs na internet, 9) equilíbrio na apresentação de opções, 10) emprego de linguagem simples, 11) fundamentadas em evidências científicas atualizadas e 12) estabelecer o impacto das DAs no processo de decisão do paciente²³.

Em 2014, na Espanha, o *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* publicou o *Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones*²⁴. Em 2015, o National Health Service (NHS) implementou uma certificação nacional para desenvolvedores de material informativo em saúde incluindo proposta de implementar padronização para as ADs aos pacientes²⁵. Mais recentemente,

22. Stacey d, Légaré F. Engaging patients using an interprofessional approach to shared decision making. Canadian oncology Nursing journal. 2015. Volume 25, issue 4.

23. Elwyn G, et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi Consensus process. BJM. 2006 AUG 26; 333(7565):417.

24. Perestelo-Pérez L. *Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Santa Cruz de Tenerife. 2014.

25. Elwyn G, Burstin H, Barry MJ, et al. A proposal for the development of national certification standards for patient

no ano de 2016, o *National Quality Forum* (NQF) propôs uma certificação nacional para ser adotada nos Estados Unidos²⁶, e no Estado de Washington há existência de incentivos financeiros e proteções legais de responsabilidade quando esses instrumentos são empregados no atendimento em saúde¹⁴.

3 I BENEFÍCIOS E DESAFIOS DAS ADS

A utilização das ADs em TDC na saúde é associada a um papel mais ativo na tomada de decisão por parte dos pacientes. Esses instrumentos promovem o aumento da participação na tomada de decisões sem causar ampliação da ansiedade perante a decisão a ser tomada.²⁷ Com a efetiva participação do paciente na decisão de saúde, a TDC se consolida nos cuidados prestados pelo profissional de saúde.

A despeito de temores em relação à utilização das ADs nos encontros clínicos e o tempo necessário para sua implementação, não foram encontradas diferenças significativas em estudos que avaliaram sua implementação em contraposição ao atendimento sem esses instrumentos²⁸.

Entre os principais efeitos foram encontrados o aumento da qualidade da decisão quando comparada ao encontro terapêutico tradicional, relacionada à consistência decisão do paciente com sua vontade e preferências, de acordo com seus próprios valores^{29,30}.

Os processos de tomada de decisão são aprimorados com a utilização das AD, medidos pelo aumento do conhecimento dos pacientes, acurácia nas percepções de risco, e com menor conflito de decisão (estado de incerteza sobre o curso da ação a ser tomada)³¹.

A integração das ADs no encontro terapêutico encontra obstáculos para sua efetivação e maior aplicabilidade, as principais barreiras são: a) as restrições de tempo para o encontro clínico,; b) a falta de conhecimento sobre a finalidade dos instrumentos; c) a ausência de capacitação para sua integração no atendimento; d) a preocupação de alguns profissionais de saúde com o conteúdo e os formatos em relação a pacientes com baixa escolaridade³².

Outro desafio diz respeito ao apoio das unidades de saúde onde o encontro clínico acontece, sejam privadas ou públicas. Com efeito a implementação nesses ambientes

decision aids in the US. *Health Policy*. (2018)122: 703-706.

26. NATIONAL QUALITY FORUM. National Standards for the Certification of Patient Decision Aids (Final Report). December, 2016. Acesso em: 21 nov 2019

27. Edwards A, Elwyn Glyn. Shared Decision-Making in Health Care. Oxford University Press, 2009.

28. Scalia P, et.al. The impact and utility of encounter decision aids: Systematic review, meta-analysis and narrative synthesis. *Patient Education and Counseling* 102(2019) 817-841.

29. Stacey D, Légaré F, Lewis KB. Patient Decision Aids to Engage Adults in treatment or screening Decisions. *JAMA*. August 15,2017. Volume 318, number7.

30. Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Rivero-Santana A, Carballo-González D, Serrano-Aguilar P (coord.) y Grupo de Trabajo del manual metodológico para evaluar la calidad de las HATD.

31. Stacey D; Légaré F; Lewis KB. Patient Decision Aids to Engage Adults in Treatment or Screening Decisions. *JAMA*. 2017 (7) 318:657-658.

32. Scalia P, et.al.The impact and utility of encounter decision aids: Systematic review, meta-analysis and narrative synthesis. *Patient Education and Counseling* 102(2019) 817-841.

depende de políticas institucionais que apoiem o uso das ADs para promover e facilitar a TDC e isso ocorre através de investimento em estratégias educacionais para implementar na prática esses instrumentos³³.

4 | DIVULGAÇÃO DAS ADS

A divulgação das ADs envolve a distribuição orientada e a promoção do uso das ADs. Esta deve ser prevista na etapa inicial do desenvolvimento para melhor aceitação por parte dos potenciais usuários e a adoção deste instrumento na prática diária. Identificar os potenciais envolvidos em sua implementação e incluí-los (pacientes e profissionais) como parceiros nas etapas de elaboração e disseminação (organizações de profissionais de saúde, organizações de pacientes, agências de educação em saúde) auxilia ao o maior alcance do emprego das ADs pelo público alvo³⁴.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vastas pesquisas sobre as ADs e a sua utilização nos encontros clínicos demonstram que essas ferramentas auxiliam na concretização da TCD, promovendo a participação efetiva dos pacientes nas questões referentes a sua saúde mediante a efetivação da autonomia pessoal do paciente.

Ademais, as ADs proporcionam decisões consistentes com a vontade e preferências do paciente, personalizando o resultado do processo de tomada de decisão.

A implementação desses instrumentos na realidade do Brasil ainda não existe e se faz necessária a discussão deste para promover a inclusão do paciente em sua tomada de decisão em saúde.

REFERÊNCIAS

Colorado program for Patient Centered Decisions. Life Support During the COVID-19 Pandemic. Disponível em: <https://patientdecisionaid.org/covid19/>

E. Mathieu et al. Helping women make choices about mammography screening: An online randomized trial of a decision aid for 40-year-old women. 2010. *Patient Education and Counseling* 81: 63–72.

Elwyn G, et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi Consensus process. *BJM*. 2006 AUG 26; 333(7565):417.

Elwyn G, Burstin H, Barry MJ, et al. A proposal for the development of national certification standards for patient decision aids in the US. *Health Policy*. (2018)122: 703-706.

Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative

33. Scalia P, et.al.The impact and utility of encounter decision aids: Systematic review, meta-analysis and narrative synthesis.*Patient Education and Counseling* 102(2019) 817-841.

34. AM O'Connor & MJ Jacobsen, Workbook on Developing and Evaluating Patient Decision Aids. 2003.

review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing* (2012) 69(1):4-15

NATIONAL QUALITY FORUM. National Standards for the Certification of Patient Decision Aids (Final Report). December, 2016. Acesso em: 21 nov 2019

O'Connor AM, Jacobsen MJ. *Workbook on Developing and Evaluating Patient Decision Aids*. 2003.

O'Connor A, Edwards A. *The role of decisions aids in promoting evidence-based patient choice in Shared Decision-Making in Health Care*. Oxford University Press, 2009.

Edwards A, Elwyn Glyn. *Shared Decision-Making in Health Care*. Oxford University Press, 2009.

Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017.

Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Rivero-Santana A, Carballo-González D, Serrano-Aguilar P (coord.) y Grupo de Trabajo del manual metodológico para evaluar la calidad de las HATD. *Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2013.

Scalia P, et.al. The impact and utility of encounter decision aids: Systematic review, meta-analysis and narrative synthesis. *Patient Education and Counseling* 102(2019) 817-841.

Shishido E, Osaka W, Henna A, Motomura Y, Horiuchi S. Effect of a decision aid on the choice of pregnant women whether to have epidural anesthesia or not during labor. 2020. *PLoS ONE* 15(11): e0242351.

Stacey D, Légaré F, Lewis K B. Patient Decision Aids to Engage Adults in treatment or screening Decisions. *JAMA*. August 15, 2017. Volume 318, number 7.

Stacey D; Légaré F; Lewis KB. Patient Decision Aids to Engage Adults in Treatment or Screening Decisions. *JAMA*. 2017 (7) 318:657-658.

Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017.

Stacey d, Légaré F. Engaging patients using an interprofessional approach to shared decision making. *Canadian oncology Nursing journal*. 2015. Volume 25, issue 4.

MEDIAÇÃO CLÍNICA: NOVO OLHAR SOBRE A RESOLUÇÃO ADEQUADA DE CONFLITOS ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PACIENTES E FAMILIARES

Data de aceite: 03/05/2021

Mariana Menegaz

1 | INTRODUÇÃO

A existência de conflitos é inerente aos indivíduos e à vida em sociedade, haja vista que emergem da divergência de ideias, interesses, expectativas e valores dos indivíduos¹. Assim, o conflito é compreendido como um evento dinâmico, sujeito a transformações constantes.

No contexto dos cuidados em saúde, verifica-se que a jurisdição estatal é constantemente acionada para solucionar as controvérsias existentes, resultando na crescente judicialização da medicina no Brasil, conforme dados sobre a quantidade de ações judiciais envolvendo profissionais da saúde nos tribunais brasileiros². Verifica-se que o

mecanismo preponderantemente adotado, qual seja, o processo judicial, não possui o objetivo de diminuir as insatisfações dos pacientes e familiares em relação aos cuidados em saúde e bem-estar do paciente³. O Brasil, ao ser comparado com outros países, como os Estados Unidos da América (EUA) e países da Europa, que promovem os direitos dos pacientes e a qualidade nos cuidados em saúde, está em atraso⁴.

Assim, o presente artigo possui o escopo de analisar a mediação clínica como um dos mecanismos adequados para a resolução de conflitos envolvendo os profissionais de saúde, os pacientes e familiares, considerando como conflitos que emergem dos cuidados em saúde, as questões que envolvem tomadas de decisão relacionadas ao início e ao fim da vida, ou a utilização e aplicação de técnicas e tecnologias para o caso concreto.

Ressalta-se que a tomada de decisão, principalmente no tocante ao fim da vida,

1. VASCONCELOS, Carlos Eduardo. *Mediação de conflitos e práticas restaurativas*. 5 ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017, p. 21.

2. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. *Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil*. R. Dir. sanit., São Paulo v.20 n.3, p. 3-25, nov. 2019/fev. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348830533_Mecanismos_juridicos_de_seguranca_do_paciente_repensando_o_tratamento_legal_do_tema_no_Brasil. Acesso em: 25.02.2021.

3. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. *Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil*. R. Dir. sanit., São Paulo v.20 n.3, p. 3-25, nov. 2019/fev. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348830533_Mecanismos_juridicos_de_seguranca_do_paciente_repensando_o_tratamento_legal_do_tema_no_Brasil. Acesso em: 25.02.2021.

4. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. *Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil*. R. Dir. sanit., São Paulo v.20 n.3, p. 3-25, nov. 2019/fev. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348830533_Mecanismos_juridicos_de_seguranca_do_paciente_repensando_o_tratamento_legal_do_tema_no_Brasil. Acesso em: 25.02.2021.

envolve várias “vozes”, como o paciente que pode falar direta, ou indiretamente, por meio de diretrizes antecipadas; além dos familiares que podem se recusar a aceitar a condição do paciente e insistirem em determinados tratamentos, o que pode gerar inúmeros conflitos⁵.

Conforme indicado, os números da justiça demonstram que a solução de litígio através do processo judicial tem sido prioritariamente utilizada pela sociedade⁶. Segundo Kazuo Watanabe, o que se privilegia, nesses casos, é a solução através da análise do que é “certo ou errado”, “vencedor-perdedor”, sem fomento para adequação da solução à especificidade do caso e sem considerar a vontade das partes⁷. A utilização exacerbada dos mecanismos heterocompositivos para solucionar conflitos é denominada como cultura do litígio⁸, ou cultura da sentença. Nos mecanismos heterocompositivos, há a substituição das vontades das partes, transferindo o poder de decisão para um terceiro imparcial que, a partir de peças processuais e coleta de provas, impõe a solução que deve ser seguida pelos litigantes.

Em contraposição à cultura do litígio, vislumbra-se a cultura do consenso, ou da pacificação⁹, abrangendo métodos consensuais, com foco principal na retomada do diálogo e na possibilidade de solução criada de forma conjunta pelas partes. A compreensão acerca da transformação da cultura do litígio para cultura de pacificação também encontra amparo na sistemática desenvolvida nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1970, em que foi instituído o tribunal de múltiplas portas (em inglês, *multi-door courthouse*)¹⁰ como alternativa para os litígios nos tribunais. A expressão *multi-door courthouse* foi apresentada após palestra de Frank Sander, na *Pound Conference*,¹¹ em que explicou sobre a necessidade de que sejam analisadas as diferentes formas de solução de conflitos. Assim, a “porta” tradicional, jurisdição estatal, não é a única disponível para resolução de controvérsias, existindo outras disponíveis para serem utilizadas.

Nesse sentido, a solução para cada conflito deve ser individualizada, inclusive nos cuidados em saúde. A mediação clínica possui grande importância no contexto dos conflitos envolvendo familiares, pacientes e profissionais de saúde, principalmente para tomada de decisões nos cuidados em saúde. Ressalta-se que a mediação para solucionar tais

5. WALDMAN, Ellen. *Bioethics mediation at the end of life: opportunities and limitations*. Disponível em: <https://cardozo-jcr.com/wp-content/uploads/2014/02/Waldman.pdf>. V. 15:449. 2014. p. 450. Acesso em: 23 fev. 2021.

6. FALECK, Diego. *Manual de Desing de Sistema de Disputas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 10.

7. WATANABE, Kazuo. Cultura da sentença e cultura da pacificação. In: YARSHEL, Flávio Luiz; MORAES, Maurício Zanoide de (Coords). *Estudos em homenagem à professora Ada Pellegrini Grinover*. São Paulo: DPJ, 2005.

8. WATANABE, Kazuo. Cultura da sentença e cultura da pacificação. In: YARSHEL, Flávio Luiz; MORAES, Maurício Zanoide de (Coords). *Estudos em homenagem à professora Ada Pellegrini Grinover*. São Paulo: DPJ, 2005.

9. WATANABE, Kazuo. Cultura da sentença e cultura da pacificação. In: YARSHEL, Flávio Luiz; MORAES, Maurício Zanoide de (Coords). *Estudos em homenagem à professora Ada Pellegrini Grinover*. São Paulo: DPJ, 2005.

10. Hernandez-Crespo Gonstead, Mariana, *A Dialogue between Professors Frank Sander and Mariana Hernandez Crespo Exploring the Evolution of the Multi-Door Courthouse (Part One)* (2008). Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=1265221> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1265221>. Acesso em: 19 fev. 2021.

11. Hernandez-Crespo Gonstead, Mariana, *A Dialogue between Professors Frank Sander and Mariana Hernandez Crespo Exploring the Evolution of the Multi-Door Courthouse (Part One)* (2008). Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=1265221> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1265221>. Acesso em: 19 fev. 2021.

conflitos é utilizada em outros locais, como nos Estados Unidos da América¹², na China¹³ e no Reino Unido¹⁴.

Desse modo, o presente Capítulo aborda sobre os métodos utilizados para a solução de conflitos, como a jurisdição estatal e a arbitragem, bem como a negociação, a conciliação e a mediação, analisando a aplicação no âmbito dos cuidados em saúde. Por fim, são apresentadas considerações sobre transição da cultura do litígio para a cultura da pacificação, em especial, na área da mediação clínica.

2 | MECANISMOS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS E O DIREITO DO PACIENTE

2.1 Mecanismos heterocompositivos de solução de conflitos

Vários são os mecanismos adequados existentes para solucionar conflitos vivenciados na sociedade, em especial, nas relações entre os profissionais de saúde, os pacientes e familiares.

Primeiramente, cumpre indicar, de forma geral, os principais métodos existentes para a solução das controvérsias, sendo eles divididos entre os mecanismos autocompositivos, heterocompositivos e a autotutela. Essa divisão inicial faz-se necessária para compreensão da importância da participação dos sujeitos envolvidos na controvérsia.

Primeiramente, a autotutela é a utilização da força para obter vantagem em uma situação desejada. Ela não é o tema central do presente capítulo, entretanto, destaca-se que apenas pode ser aplicada nos casos autorizados pela legislação brasileira¹⁵.

Os mecanismos heterocompositivos são aqueles mecanismos cuja decisão é proferida por terceiro imparcial, que atua de forma substitutiva à vontade das partes e impõe comandos sobre o conflito. O princípio predominante nesse mecanismo é o do “ganha-perde”, haja vista que as partes estão em posições antagônicas, opostas, e a decisão imposta indica a vitória de uma parte e a derrota da outra, ainda que parcial. A heterocomposição é evidente, principalmente, em dois mecanismos, sendo eles a arbitragem e o processo judicial.

No Brasil, a arbitragem é utilizada para solucionar controvérsias que versem sobre direitos patrimoniais disponíveis e a decisão é imposta pelo árbitro pelo ou tribunal arbitral¹⁶. Esse instituto está positivado no ordenamento jurídico brasileiro, na Lei nº 9.307/1996¹⁷, e se

12. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. *Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil*. R. Dir. sanit., São Paulo v.20 n.3, p. 3-25, nov. 2019/fev. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348830533_Mecanismos_juridicos_de_seguranca_do_paciente_repensando_o_tratamento_legal_do_tema_no_Brasil. Acesso em: 25.02.2021.

13. WANG, Mengxiao; LIU, Gordon G.; ZHAO, Hanging; BUTT, Thomas; YANG, Maorui; CUI, Yujie. *The role of mediation in solving medical disputes in China*. BMC Health Serv Res. 2020; 20: 225. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7079467/>. Acesso em: 27. fev. 2021.

14. BARCLAY, Sarah. *Mediating Clinical Claims: Tony Allen*. Mediation Theory and Practice. 2020.

15. TARTUCE, Fernanda. *Mediação nos conflitos civis*. Rio de Janeiro: Forense, 2016.p. 19.

16. CARMONA, Carlos Alberto. *Arbitragem e processo: comentário à Lei nº 9.307/96*. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2009. p. 31.

17. BRASIL. Lei nº 9.307, 23 de setembro de 1996. *Dispõe sobre a arbitragem*. Diário Oficial da União, 23 de setembro

baseia na autonomia da vontade das partes. A arbitragem deve possuir previsão expressa e, segundo jurisprudência internacional, “a arbitragem é uma criatura do contrato”¹⁸, haja vista que possui origem no contrato firmado entre as partes, evidenciando a autonomia da vontade das partes.

A convenção da arbitragem consiste no gênero, sendo que a cláusula compromissória (cláusula arbitral) e o compromisso arbitral são espécies. A cláusula compromissória consiste no contrato específico, realizado antes da existência do conflito, em que as partes se comprometem a submeter, à arbitragem, os litígios que vierem a ocorrer. Entretanto, o compromisso arbitral é firmado entre os envolvidos no conflito, depois que ele já está instaurado¹⁹. Cumpre ressaltar que a sentença arbitral é proferida pelo árbitro, ou tribunal arbitral, e deve ser cumprida pelas partes, sob pena de ser executada no Poder Judiciário.

No âmbito dos cuidados em saúde, importante salientar que esse mecanismo não é indicado para solucionar tais conflitos, haja vista que esses são multidimensionais, possuindo juízos e propostas diversas para o mesmo caso, sem haver uma única solução, ou uma solução que seja padronizada e dicotômica (boa ou ruim) para todas as situações²⁰.

No tocante ao processo judicial (jurisdição estatal), em contraposição à arbitragem, a decisão é proferida pelo juiz competente. Esse mecanismo é tradicionalmente utilizado pelos indivíduos para dirimir seus litígios em sociedade, tendo em vista que o poder de decisão é delegado para que um terceiro, estranho à lide, aplique a legislação concernente ao caso e imponha a solução para o conflito vivenciado.

Assim, as partes provocam o Poder Judiciário para solucionar as situações controvertidas através do processo judicial. Os envolvidos comprovam suas alegações através de provas, por exemplo, documentos, testemunhas e perícias, e, após a análise do juiz, a decisão é proferida. Ocorre que, o trâmite do processo judicial, frequentemente, se prolonga por longo tempo, influenciando não apenas no aspecto financeiro das partes, que arcam com custas processuais e honorários advocatícios, como também no aspecto emocional, haja vista que a incerteza da decisão a ser proferida é constante, assim como o desgaste sofrido durante o trâmite processual. Ademais, o simples fato de ser parte em um processo judicial, sendo denominada de autora ou ré, para algumas pessoas, gera abalos emocionais profundos.

Ressaltam-se, sentimentos, valores e os reais interesses dos envolvidos, questões imprescindíveis em conflitos nos cuidados em saúde, não são considerados pelo Estado-juiz para a decisão do caso²¹. Tem-se, portanto, que a jurisdição estatal põe fim ao processo

de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9307.htm. Acesso em: 06 jan. 2021.

18. SUPREME COURT OF THE UNITED STATES. *Hall Street Associates, L. L. C. v. Mattel, Inc.*, 552 U.S. 576 (2008). Disponível em: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/552/576/>. Acesso em: 20 jan. 2021.

19. VASCONCELOS, Carlos Eduardo de. *Mediação de conflitos e práticas restaurativas*. 5. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017, p. 65.

20. CARREIRO, Natalia Maria Soares. *Mediação bioética* : busca de soluções compartilhadas para resolução de conflitos bioéticos. 2011. 129 f.. Dissertação (Mestrado em Bioética)—Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/10220>. Acesso em: 31 jan. 2021. p. 28.

21. CARREIRO, Natalia Maria Soares. *Mediação bioética* : busca de soluções compartilhadas para resolução de con-

judicial, entretanto, na maioria das vezes, não finaliza o conflito, que pode subsistir mesmo depois de proferida a sentença.

2.2 Mecanismos autocompositivos de solução de conflitos

Os mecanismos autocompositivos são formas de resolução de conflitos em que, ao contrário dos mecanismos heterocompositivos, as próprias partes possuem o poder decisório sobre suas questões. Os indivíduos que vivenciam a situação conflitante buscam que o diálogo seja retomado e a decisão seja definida por eles. Quanto à nomenclatura, é possível encontrar na literatura diferentes denominações, tais como: Mecanismos adequados de solução de conflitos (*MASC*); Métodos consensuais, Métodos alternativos (*Alternative Dispute Resolution - ADR*)²², referenciando formas de resolver os conflitos que priorizam o empoderamento, a retomada do diálogo, a autonomia de vontade das partes, a voluntariedade, a não judicialização e a tomada de decisão pelos envolvidos no litígio.

O mecanismo tradicionalmente utilizado é o processo judicial. Desse modo, a expressão “alternativa” faz referência à opção que não seja a jurisdição estatal. Entretanto, compreende-se que a expressão “mecanismo adequado” é a mais indicada, haja vista que a partir da existência do conflito analisa-se qual é o mecanismo mais adequado para resolvê-lo, tendo em vista que nem todos os litígios poderão ser resolvidos pelos métodos consensuais, sendo possível, inclusive, a conjugação de mais de um método.

Por fim, ressalta-se que vários são os métodos consensuais utilizados para dirimir conflitos, entretanto, a proposta do presente artigo visa abordar três mecanismos, quais sejam, a negociação, a conciliação e a mediação, ressaltando, com maiores detalhes, o último.

2.2.1 Negociação

Analisando de forma específica os principais mecanismos autocompositivos, tem-se a negociação. A negociação é a forma mais informal de solucionar conflitos, considerando-se que ocorre uma reunião entre as partes, sem auxílio de terceiros, a fim de conversarem sobre o conflito e verificarem a possibilidade de resolução²³. Ela também é denominada de autocomposição direta e é vislumbrada a todo o momento, por exemplo, quando o locatário negocia o valor do aluguel com o locador, no momento de conversa entre funcionários para decidir a escala e jornada de trabalho do fim de ano. Tem-se, portanto, que negociar é transformar uma conversa potencialmente conflituosa em solução e acordo que satisfaçam

flitos bioéticos. 2011. 129 f.. Dissertação (Mestrado em Bioética)—Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/10220>. Acesso em: 31 jan. 2021. p. 27.

22. SOHN, David H; BAL, B. Sonny. Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution. *Clin Orthop Relat Res.* 2012 May; 470(5): 1370–1378. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314770/>. Acesso em: 30 jan. 2021.

23. SOHN, David H; BAL, B. Sonny. Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution. *Clin Orthop Relat Res.* 2012 May; 470(5): 1370–1378. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314770/>. Acesso em: 30 jan. 2021.

ambas as partes²⁴.

Várias são as técnicas aplicadas para que ocorra uma boa negociação e pautam-se, principalmente em duas opções: a) negociação por barganha; b) negociação por princípios. Entretanto, pode ser necessário que uma terceira pessoa colabore para que ocorra a retomada do diálogo entre os envolvidos. Nesses casos, identificam-se a conciliação e a mediação.

2.2.2 Conciliação e Mediação

A conciliação é um mecanismo autocompositivo de solução de conflitos em que terceiro imparcial, denominado de conciliador, auxilia para que as partes conflitantes consigam conversar. Em regra, o conciliador pode sugerir opções diretas para a resolução do litígio²⁵ e esse mecanismo é comumente utilizado em situações em que as partes não possuem relações anteriores. Geralmente, o foco é dirimir a lide, sem que ocorra transformação profunda nas relações sociais. Ademais, a duração da conciliação, comumente, é célere e não demanda tantas sessões. Ressalta-se que, em razão da profundidade das relações vivenciadas nos conflitos nos cuidados em saúde, bem como a proximidade dos envolvidos, haja vista a natureza da relação entre profissionais de saúde e pacientes, compreende-se que a conciliação não é, a princípio, o mecanismo mais indicado para ser utilizado na temática abordada neste capítulo.

Em contraposição, a mediação é um mecanismo autocompositivo de solução de conflitos em que há a presença de terceiro imparcial para auxiliar as partes, denominado de mediador, porém, a atuação, em regra, não ocorre de igual forma, haja vista que se limita a facilitar a retomada do diálogo entre as partes, sem sugerir opções para a solução do conflito.

No Brasil, a posituação desse instituto no ordenamento jurídico é recente e ocorreu através da Lei nº 13.140/2015²⁶, denominada Lei da Mediação.

Cumprindo ainda destacar que os métodos consensuais são incentivados e aplicados em várias áreas, como no direito de família, no âmbito escolar (mediação escolar), nos conflitos envolvendo a administração pública²⁷, na área da saúde, em especial, no âmbito

24. WEISS, Jeff. *Negotiating* (Negociações Eficazes). Trad. Roberto Grey. *Harvard Business Review Guides Ultimate*. Rio de Janeiro: Sextante, 2018. p. 11.

25. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Training Manual on Alternative Dispute Resolution and Restorative Justice*. October, 2007. p. 17. Disponível em: <https://www.un.org/ruleoflaw/blog/document/training-manual-on-alternative-dispute-resolution-and-restorative-justice/>. Acesso em: 04 fev. 2021.

26. BRASIL. Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm. Acesso em: 06 jan. 2021.

27. MENEZES, Mariana Lima. *A aplicação da mediação como forma de tratamento de conflito e os processos administrativos disciplinares*: proposta de Câmara de Mediação na Universidade Federal de Uberlândia. 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho UNESP, Franca, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/191016>. Acesso em: 01 fev. 2020.

hospitalar, solucionando conflitos interpessoais que envolvam profissionais da saúde, pacientes e familiares.

A mediação para controvérsias que possuem origem no ambiente hospitalar, que abarca conflitos que emergem dos cuidados em saúde, possui o escopo de criar um ambiente que estimule as partes interessadas a pensarem em opções e opiniões diferentes da que havia previamente ponderado. Assim, o foco passa a ser nos interesses dos envolvidos, e não na busca pela coerência e comprovação dos argumentos de cada um²⁸.

Ressalta-se, que na mediação, o foco não é a formalização de um acordo entre as partes, sendo o escopo principal a retomada do diálogo e a possibilidade de que uma decisão consciente seja tomada de maneira apropriada para os envolvidos no conflito²⁹. Ademais, ainda que indivíduos realizem atitudes mediadoras, como, por exemplo, apaziguar desentendimentos que ocorram diariamente nos ambientes hospitalares, a mediação como mecanismo de solução de conflito é um procedimento conduzido por princípios, ferramentas e técnicas específicas, que devem ser observadas.

2.3 Princípios aplicáveis à mediação

Durante todo o procedimento da mediação, princípios básicos amparam a regular condução do procedimento e são abordados, com mais especificidade, a seguir.

2.3.1 Princípio da imparcialidade do mediador

O primeiro princípio a ser abordado é imprescindível para que ocorra a mediação. Ele é denominado de princípio da imparcialidade do mediador. O terceiro imparcial atua na mediação como facilitador da comunicação, gestor de geração de opções criativas, testador de realidade e pesquisador de interesses compatíveis entre os litigantes³⁰. O mediador não é juiz ou árbitro e não está advogando, ou seja, defendendo os interesses de nenhuma das partes.

Desse modo, a atuação do mediador deve ocorrer de forma imparcial, demonstrando que não possui preferência por nenhuma das partes e confirmando que não há interesse pelo resultado da sessão de mediação, seja ele qual for. Além disso, deve conceder aos envolvidos presentes na mediação a oportunidade para que todos falem e exponham suas considerações, inclusive, quando o *caucus* (sessão individual) for realizado, é importante que o tempo conferido para cada parte seja equivalente, demonstrando que o mediador atua de forma neutra e não objetiva beneficiar, ou prejudicar, ninguém.

28. GLOVER, Avery; BERTINO, Joseph. Bioethics Mediation: A practical approach to physician assistant ethics education. *Journal of Physician Assistant Education*. December, 2018, v. 29, n. 4. p. 247.

29. MOORKAMP, Amy. *Don't pull the plug on bioethics mediation: The use of mediation in health care settings and end of life situations*. *Journal of Dispute Resolutions*. V. 2017, issue 1, article 16. 2017. Disponível em: <https://scholarship.law.missouri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1779&context=jdr>. Acesso em: 01 fev. 2021. p. 223-224.

30. MOORE, 1996, chap. 1; Riskin & Westbrook, 1987, *apud* BERGMAN, Edward J.; FIESTER, Autumn. *Mediation and Health Care*. 171-180. In: RAVITSKY, Vardit; FIESTER, Autumn; CPLAN, Arthur. *The Penn Center guide to bioethics*. Pennsylvania: Springer Publishing Company. p. 171.

Evidente que o local em que a sessão de mediação é realizada influencia diretamente nas questões acerca da neutralidade do procedimento e da atuação do mediador. Desse modo, é importante que o local disponível para a realização das mediações seja neutro, ainda que seja dentro do ambiente hospitalar, para que o desequilíbrio de poder, já existente entre a equipe dos profissionais de saúde e o paciente e familiar, não seja ainda maior³¹.

Nesse sentido, o cenário ideal é que o mediador não faça parte diretamente da equipe dos profissionais de saúde, ou da família do paciente, para que não esteja envolvido emocionalmente com a situação e, desde logo, seja presumido como imparcial na situação vivenciada. Entretanto, salienta-se que é importante que o mediador que atue na mediação clínica, envolvendo conflitos nos cuidados em saúde, possua conhecimentos sobre questões relativas à temática³².

2.3.2 Princípio da autonomia da vontade das partes

Além da imparcialidade do mediador, o princípio da autonomia da vontade das partes, também conhecido como voluntariedade, é essencial para a boa condução da mediação. Isso ocorre, pois as partes devem ter consciência de que todo o procedimento, desde a sua aceitação até a formalização do acordo e as cláusulas compactuadas, dependem da aceitação de todos os envolvidos.

Assim, a qualquer momento, os indivíduos podem solicitar que a sessão seja interrompida, suspensa ou remarcada. Importante indicar que esse princípio corrobora o direito à autodeterminação do paciente, contribuindo para que o paciente desempenhe o papel de protagonista em seu cuidado e na resolução de conflitos dele decorrentes³³. Assim, a mediação apenas possui eficácia quando as partes, de livre e espontânea vontade, optarem pela sua aplicação.

Caso um dos envolvidos, ou ambos, indicar que não possui interesse em realizar a mediação, ou em dar continuidade a essa, outros mecanismos existentes, como os citados no presente artigo, estão à disposição para solucionar os conflitos. Nesse sentido, se endossa a afirmação acerca da nomenclatura “mecanismos adequados”, haja vista que nem todos os conflitos serão solucionados pela mediação, devendo, portanto, analisar-se cada situação de forma individualizada, para compreender qual o melhor método a ser utilizado no caso concreto.

No âmbito hospitalar, ainda existem alternativas como a utilização do *ombudsman* da saúde e do paciente, utilizado na Noruega, a possibilidade da instalação de sistema de

31. MOORKAMP, Amy. *Don't pull the plug on bioethics mediation*: The use of mediation in health care settings and end of life situations. *Journal of Dispute Resolutions*. V. 2017, issue 1, article 16. 2017. Disponível em: <https://scholarship.law.missouri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1779&context=jdr>. Acesso em: 01 fev. 2021. p. 223-224.

32. WALDMAN, Ellen. *Bioethics mediation at the end of life*: opportunities and limitations. *Cardozo J. of conflict resolution*. V. 15:449. 2014. p. 30. Disponível em: <https://cardozo.jcr.com/wp-content/uploads/2014/02/Waldman.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.

33. MOORKAMP, Amy. *Don't pull the plug on bioethics mediation*: The use of mediation in health care settings and end of life situations. *Journal of Dispute Resolutions*. V. 2017, issue 1, article 16. 2017. Disponível em: <https://scholarship.law.missouri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1779&context=jdr>. Acesso em: 01 fev. 2021. p. 223-224.

queixas de pacientes, como em países da Europa, além de ouvidorias³⁴.

2.3.3 *Princípio da confidencialidade*

O terceiro princípio que baliza a realização da mediação é a confidencialidade. A mediação possui como premissa básica a busca pela retomada do diálogo em ambiente seguro, ou seja, os envolvidos no conflito almejam que a mediação ocorra em um ambiente em que seus sentimentos e interesses sejam validados. Nesse sentido, é incompatível a realização de sessões de mediação quando as partes sentirem medo de falar, ou receio de que o que elas falem seja utilizado contra elas mesmas, posteriormente.

Assim, primeiramente, para a preservação mínima da confidencialidade, apenas as pessoas envolvidas no conflito é que devem permanecer no local a ser realizada a mediação. Ademais, é recomendável que seja firmado um termo de confidencialidade, em que todos os participantes assinem, concordando que a sessão não pode ser gravada e que tudo o que for explicitado naquele local, de maneira escrita ou oral, não deve ser utilizado posteriormente, principalmente como provas em processos judiciais. A confidencialidade abarca também as informações ditas por uma das partes em sessão individual (*caucus*), haja vista que apenas poderão ser reveladas para o outro envolvido se aquele expressamente concordar.

2.3.4 *Princípios da Informalidade e da Oralidade*

Conforme indicado, o mediador não é juiz ou árbitro e, portanto, não está na função de julgador sobre as condutas dos envolvidos, além de não possuir a função de proferir solução impositiva para o conflito. Assim, o mediador e as partes estão em posições equidistantes e horizontais, ao contrário da verticalização observada em mecanismos heterocompositivos, como os abordados neste artigo.

Nesse sentido, a mediação é caracterizada pela formalidade procedimental reduzida (também denominada de informalidade), ou seja, existem algumas regras e formalidades que devem ser observadas pelo mediador e pelos mediados, como determinados elementos constitutivos do acordo, ou o respeito para que, enquanto uma pessoa esteja falando, as outras aguardem o momento delas se pronunciarem. Entretanto, o procedimento não é rígido, principalmente tendo em vista que as partes conversam sobre questões particulares e que são importantes para elas, sendo o foco principal o diálogo e a busca por interesses comuns.

Além disso, todo o procedimento de mediação é pautado pelo Princípio da Oralidade. Assim, a mediação proporciona para as partes o ambiente seguro para conversarem sobre as questões controvertidas e, caso seja possível, firmem um acordo com cláusulas que podem gerar resultados futuros positivos.

34. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. *Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil*. R. Dir. sanit., São Paulo v.20 n.3, p. 3-25, nov. 2019/fev. 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/348830533>. Acesso em: 25.02.2021.

Durante todas as sessões de mediação, técnicas relacionadas à comunicação são aplicadas pelos mediadores, como a comunicação não violenta³⁵ e a escuta ativa, imprescindíveis para a construção de diálogos produtivos, principalmente, pois, quem se sente verdadeiramente escutado estará disposto a escutar³⁶. Importante destacar que além da comunicação verbal, a comunicação não verbal revela muito sobre as partes envolvidas no litígio e a forma como se sentem na sessão de mediação.

Percebe-se também, que a cultura do litígio, vivenciada atualmente, delega para terceiros (por exemplo, juiz, árbitro ou tribunal arbitral) o poder de decidir, haja vista que é proferida uma decisão (sentença arbitral ou sentença judicial), que consiste na solução imperativa aplicada ao caso concreto³⁷. Em contraposição, os mecanismos consensuais, como a mediação, empoderam as partes para retomarem o poder de decisão da controvérsia, além de serem considerados mais céleres, em comparação com os mecanismos heterocompositivos³⁸.

Importante destacar que decisões que são definidas pelos próprios envolvidos são importantes, haja vista que as partes constroem e analisam questões importantes, de maneira conjunta, encontrando a melhor opção para a realização e o cumprimento do acordo.

Por fim, esses princípios também são aplicados à mediação clínica, haja vista que os envolvidos no conflito possuem espaço para fala, ressaltando suas vontades, interesses e emoções, em um contexto mais informal do que seria, por exemplo, um processo judicial em trâmite no tribunal. A informalidade que prevalece na mediação clínica, corroborado com a confiança das partes no mediador, contribui para que os envolvidos conversem sobre as questões conflitantes e, caso seja possível, cheguem a um consenso.

3 | MEDIAÇÃO CLÍNICA

Os conflitos que ocorrem no âmbito dos hospitais, envolvendo questões clínicas, possuem natureza específica, e, desse modo, a mediação tem função importante, com potencial para aumentar a autonomia do paciente, encorajar a prevalência de valores compartilhados entre o paciente e seus familiares, e fortalecer os acordos realizados sobre

35. ROSENBERG, Marshall B. *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Ágora, 2006.

36. VASCONCELOS, Carlos Eduardo de. *Mediação de conflitos e práticas restaurativas*. 5. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017. p. 164.

37. WATANABE, Kazuo. Cultura da sentença e cultura da pacificação. In: YARSHEL, Flávio Luiz; MORAES, Maurício Zanoide de (Coords). *Estudos em homenagem à professora Ada Pellegrini Grinover*. São Paulo: DPJ, 2005.

38. MENEZES, Mariana Lima. *A aplicação da mediação como forma de tratamento de conflito e os processos administrativos disciplinares: proposta de Câmara de Mediação na Universidade Federal de Uberlândia*. 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho UNESP, Franca, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/191016>. Acesso em: 01 fev. 2020.

os cuidados em saúde que serão prestados.³⁹ Albuquerque⁴⁰ determina que existência de grande “litigância na área dos cuidados em saúde constitui um dos principais obstáculos para a melhora da confiança nos provedores de saúde e da segurança do paciente”.

No tocante ao âmbito clínico, a mediação é utilizada com maior frequência nos casos em que o paciente está inconsciente ou não consegue tomar decisões e cabe à sua família decidir por ele, porém, os familiares discordam da equipe médica sobre os tratamentos a serem seguidos⁴¹.

Moorkamp⁴² indica que o desequilíbrio de poder em ambientes médicos, entre profissionais da saúde e pacientes e seus familiares, pode ser observado, sendo que algumas famílias acreditam que suas preocupações e desejos não são observados ou validados. Desse modo, importante a realização da mediação como uma oportunidade para que os pacientes e suas famílias se comuniquem em um ambiente que sua autonomia, vontades e crenças são valorizadas e respeitadas.

Percebe-se, portanto, que os mecanismos consensuais consistem em uma forma de lidar com os conflitos que ocorrem no ambiente hospitalar e com os envolvidos indicados acima, quais sejam, profissionais da saúde, pacientes e familiares. Assim, a mediação, em especial, constitui modelo construtivista que possui pilares importantes, como a busca pela retomada do diálogo e pelo interesse real das partes, podendo produzir consequências positivas, como a reparação do paciente, a prevenção de que eventos danosos não ocorram novamente e a formalização de acordos construídos em conjunto, o que contribui para o cumprimento espontâneo das cláusulas firmadas.

Alguns países estão mais avançados, em comparação com o Brasil, no tocante aos mecanismos de solução extrajudiciais de conflitos no âmbito dos cuidados em saúde. Verifica-se que, na Europa, há a utilização do mecanismo extrajudicial denominado *ombudsman*⁴³. Nos Estados Unidos da América (EUA), há a presença do *ombudsman*/mediador, que compreende as perspectivas de cada um dos envolvidos no conflito buscando assegurar as preferências e intenções de cada uma das partes⁴⁴. Na China, também há aplicação da

39. MOORKAMP, Amy. *Don't pull the plug on bioethics mediation: The use of mediation in health care settings and end of life situations*. Journal of Dispute Resolutions. V. 2017, issue 1, article 16. 2017. Disponível em: <https://scholarship.law.missouri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1779&context=jdr>. Acesso em: 01 fev. 2021. p. 223-224.

40. Albuquerque A. *Manual de Direito do Paciente*. Belo Horizonte: CEI; 2020. p. 188.

41. AKAH, Hailey. *Expanding the scope of bioethics mediation: new opportunities to protect the autonomy of terminally ill patients*. Ohio State Journal on Dispute Resolution. Vol. 31:1, 2016. p.90. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/161946911.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2021.

42. MOORKAMP, Amy. *Don't pull the plug on bioethics mediation: The use of mediation in health care settings and end of life situations*. Journal of Dispute Resolutions. V. 2017, issue 1, article 16. 2017. Disponível em: <https://scholarship.law.missouri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1779&context=jdr>. p.7.

43. Para mais informações sobre o *ombudsman*: ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. *Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil*. R. Dir. sanit., São Paulo v.20 n.3, p. 3-25, nov. 2019/fev. 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/348830533_Mecanismos_juridicos_de_seguranca_do_paciente_repensando_o](https://www.researchgate.net/publication/348830533_Mecanismos_juridicos_de_seguranca_do_paciente_repensando_o_tratamento_legal_do_tema_no_Brasil)

44. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. *Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil*. R. Dir. sanit., São Paulo v.20 n.3, p. 3-25, nov. 2019/fev. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348830533_Mecanismos_juridicos_de_seguranca_do_paciente_repensando_o

mediação para solução de conflitos nos cuidados em saúde visando aumentar a satisfação com o sistema de saúde⁴⁵. No Reino Unido, a mediação vem sendo aplicada no âmbito dos cuidados em saúde, inclusive no serviço nacional de saúde (NHS – *National Health Service*)⁴⁶. Percebe-se, assim, que o modelo brasileiro ainda necessita de alterações para que garanta a satisfação e assegure os direitos dos pacientes, solucionando, da melhor forma, os conflitos envolvendo os cuidados em saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme vislumbrado, a existência de conflitos é inerente às relações humanas. Faz-se necessário, portanto, observar mecanismos para administrar e resolver as controvérsias que resguardem os direitos dos pacientes. Assim, é imprescindível a aplicação da mediação como um dos mecanismos adequados de solução de conflitos, em especial, ao abordar sobre controvérsias na área hospitalar, nos cuidados em saúde, haja vista a existência de conflitos multidimensionais.

Conclui-se, portanto, que aplicação da mediação clínica depende de alguns fatores, entre eles, *i*) a mudança de cultura da sociedade, passando de uma cultura beligerante, que deseja promover ações judiciais a todo custo e contra todas as pessoas que possuem desavenças, para uma cultura de pacificação social, que retoma o diálogo ao surgir um conflito, e que prioriza a solução através de mecanismos consensuais; *b*) a formação e capacitação de mediadores para atuar no âmbito da mediação clínica, com conhecimentos básicos sobre bioética, direito dos pacientes, bem como sobre as técnicas e procedimento da mediação; *c*) adaptação dos locais que oferecem serviços de saúde para fornecer aos profissionais cursos que fomentem o diálogo, como temáticas envolvendo a comunicação empática, comunicação não violenta, escuta ativa, entre outros; *d*) por fim, é imprescindível a compreensão de que a mediação clínica é mais um, dentre os vários mecanismos existentes para solucionar conflitos, sendo importante a busca constante de atualização e conhecimento sobre o tema.

REFERÊNCIAS

Albuquerque A. *Manual de Direito do Paciente*. Belo Horizonte: CEI; 2020.

ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. *Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil*. R. Dir. sanit., São Paulo v.20 n.3, p. 3-25, nov. 2019/fev. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348830533_Mecanismos_juridicos_de_seguranca_do_paciente_repensando_o_tratamento_legal_do_tema_no_Brasil. Acesso em: 25.02.2021.

tratamento_legal_do_tema_no_Brasil. Acesso em: 25.02.2021.

45. WANG, Mengxiao; LIU, Gordon G.; ZHAO, Hanguang; BUTT, Thomas; YANG, Maorui; CUI, Yujie. *The role of mediation in solving medical disputes in China*. BMC Health Serv Res. 2020; 20: 225. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7079467/>. Acesso em: 27. fev. 2021.

46. BARCLAY, Sarah. *Mediating Clinical Claims*: Tony Allen. Mediation Theory and Practice. 2020.

AKAH, Hailey. *Expanding the scope of bioethics mediation: new opportunities to protect the autonomy of terminally ill patients*. Ohio State Journal on Dispute Resolution. Vol. 31:1, 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/161946911.pdf>.

BARCLAY, Sarah. *Mediating Clinical Claims: Tony Allen*. Mediation Theory and Practice. 2020.

BERGMAN, Edward J.; FIESTER, Autumn. Mediation and Health Care. 171-180. In: RAVITSKY, Vardit; FIESTER, Autumn; CPLAN, Arthur. *The Penn Center guide to bioethics*. Pennsylvania: Springer Publishing Company.

BRASIL. Lei nº 9.307, 23 de setembro de 1996. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 set. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9307.htm.

BRASIL. Lei nº 13.129, de 29 de maio de 2015. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mai. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13129.htm#:~:text=%C2%A7%201%C2%BA%20Institu%C3%ADda%20a%20arbitragem,integrante%20da%20conven%C3%A7%C3%A3o%20de%20arbitragem.

BRASIL. Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm.

CARREIRO, Natalia Maria Soares. *Mediação bioética: busca de soluções compartilhadas para resolução de conflitos bioéticos*. 2011. 129 f.. Dissertação (Mestrado em Bioética)—Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/10220>.

FALECK, Diego. *Manual de Desing de Sistema de Disputas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

Hernandez-Crespo Gonstead, Mariana, *A Dialogue between Professors Frank Sander and Mariana Hernandez Crespo Exploring the Evolution of the Multi-Door Courthouse* (Part One) (2008). Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=1265221>. Acesso em: 19 fev. 2021.

MENEGAZ, Mariana Lima. *A aplicação da mediação como forma de tratamento de conflito e os processos administrativos disciplinares: proposta de Câmara de Mediação na Universidade Federal de Uberlândia*. 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho UNESP, Franca, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/191016>.

MOORKAMP, Amy. *Don't pull the plug on bioethics mediation: The use of mediation in health care settings and end of life situations*. Journal of Dispute Resolutions. V. 2017, issue 1, article 16. 2017. Disponível em: <https://scholarship.law.missouri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1779&context=jdr>.

ROSENBERG, Marshall B. *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Ágora. 2006.

SOHN, David H; BAL, B. Sonny. Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution. Clin Orthop Relat Res. 2012 May; 470(5): 1370–1378. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314770/>.

SUPREME COURT OF THE UNITED STATES. *Hall Street Associates, L. L. C. v. Mattel, Inc.*, 552 U.S. 576 (2008). Disponível em: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/552/576/>.

TARTUCE, Fernanda. *Mediação nos conflitos civis*. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Training Manual on Alternative Dispute Resolution and Restorative Justice*. October, 2007. p. 17. Disponível em: <https://www.un.org/ruleoflaw/blog/document/training-manual-on-alternative-dispute-resolution-and-restorative-justice/>.

VASCONCELOS, Carlos Eduardo de. *Mediação de conflitos e práticas restaurativas*. 5. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

WALDMAN, Ellen. *Bioethics mediation at the end of life: opportunities and limitations*. Cardozo J. of conflict resolution. V. 15:449. 2014. p. 30. Disponível em: <https://cardozo.jcr.com/wp-content/uploads/2014/02/Waldman.pdf>.

WANG, Mengxiao; LIU, Gordon G.; ZHAO, Hanging; BUTT, Thomas; YANG, Maorui; CUI, Yujie. *The role of mediation in solving medical disputes in China*. BMC Health Serv Res. 2020; 20: 225. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7079467/>. Acesso em: 27. Fev. 2021.

WATANABE, Kazuo. Cultura da sentença e cultura da pacificação. In: YARSHEL, Flávio Luiz; MORAES, Maurício Zanoide de (Coords). *Estudos em homenagem à professora Ada Pellegrini Grinover*. São Paulo: DPJ, 2005.

WEISS, Jeff. *Negotiating (Negociações Eficazes)*. Trad. Roberto Grey. *Harvard Business Review Guides Ultimate*. Rio de Janeiro: Sextante, 2018.

CAPÍTULO 5

PLANO AVANÇADO DE CUIDADO

Data de aceite: 03/05/2021

Nelma Maria de Oliveira Melgaço

INTRODUÇÃO

O ser humano tem a capacidade peculiar de planejar o futuro. Escolher a profissão, aquisição de bens, cursos, casamento, constituir família, onde morar depois da aposentadoria, são exemplos de planejamentos. A maioria das pessoas, entretanto, evitam uma questão muito importante: que tipo de atendimento médico desejam se forem acometidas por uma doença crônica ou se estiverem muito doentes ou confusas para expressar seus desejos¹. Pode-se conjecturar que, em geral, elas não se sentem à vontade para pensar de forma prospectiva sobre doenças debilitantes e menos ainda para falar sobre a sua própria morte.

Porém, uma realidade humana é a imprevisibilidade da vida. Um acidente ou um derrame pode deixar a pessoa temporariamente

incapacitada ou pode lhe sobrevir uma doença grave com risco de morte. Também, outro fator relevante é que significativa parcela da população vivencia um declínio natural da saúde que poderá, no fim, deixá-la incapaz de tomar decisões importantes. Nesses casos, no Brasil, as escolhas no âmbito dos cuidados em saúde são feitas por parentes ou curadores nomeados por um juiz. A questão é que dificilmente tais pessoas terão compreensão clara das necessidades, vontade e preferências do paciente. Então, quem falará em nome do paciente? Quem ou o que orientará os profissionais de saúde na escolha dos tratamentos diante da inabilidade decisional² do paciente? Esse é o âmago do Plano Antecipado de Cuidado - PAC³.

O PAC permite que familiares e profissionais de saúde atuem de acordo com as necessidades, vontade e preferências de um paciente adulto durante doenças graves ou acidentes que resultem numa impossibilidade de tomada de decisão.⁴ O PAC pressupõe que o paciente adulto⁵ com capacidade decisional tenha participado de um processo envolvendo

1. *Harvard Medical School Publishes Special Health Reports. Advance Care Planning*. 2019. Disponível em: www.health.harvard.edu Acesso em: 12 jan. 2021

2. ALBUQUERQUE, Aline. Manual de Direito do Paciente: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito, pág. 85 Belo Horizonte. 2020.

3. A sigla **PAC** - Plano Avançado de Cuidado será usada no transcorrer do artigo.

4. SUDORE, Ri; LUM, Hg; YOU Jj; et al. Definition Advance care Planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *Pain Symptom Manage* 2017; 53-821-832. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/7j53x1zp> Acesso em: 12 jan. 2021

5. O presente trabalho é exclusivamente sobre o adulto com capacidade decisional. Crianças e adolescentes não fazem parte do

sessões de diálogos, que podem ser gravados em áudio ou vídeo, ou simplesmente registrados no seu prontuário⁶. Esses diálogos são travados com familiares e profissionais de saúde, tornando conhecidas suas necessidades, vontade e preferências que nortearão a decisão sobre seus cuidados em saúde, em um momento futuro quando este não puder tomar decisões.

Desse modo, se verifica que o PAC objetiva a preservação da autonomia pessoal do paciente adulto e a sua tradução em decisões de tratamento feitas por um decisor substituto em nome do paciente incapaz. O PAC reflete as decisões que o paciente teria feito por si mesmo⁷, se estivesse em condições de fazê-lo. O PAC visa que os pacientes estabeleçam decisões sobre cuidados futuros que entram em vigor quando eles perdem a capacidade⁸, ou seja, serve como um guia para a tomada de decisões futuras quando o paciente se tornar inábil⁹.

Assim, o escopo deste capítulo é demonstrar como o PAC pode ser uma ferramenta útil para o respeito à autonomia pessoal do paciente adulto em uma situação crítica futura, na qual não possa decidir. Também, busca-se abordar o PAC sob a ótica do Princípio da Primazia do Cuidado Centrado no Paciente¹⁰, tendo em vista que a vontade, as necessidades e as preferências do paciente serão conhecidas, respeitadas e contribuirão para um alinhamento com as decisões clínicas quando esse não tiver capacidade de tomar decisões por si mesmo.

Neste artigo, optou-se por conferir ênfase à utilização do PAC, para pacientes com doenças crônicas degenerativas, declínio cognitivo e Alzheimer. Tendo em vista que esses pacientes perdem a capacidade de tomar decisões por si mesmos e dependem da família e de outros cuidadores, conseqüentemente, momentos de crise, podem receber cuidados/tratamentos que não estão de acordo com os seus desejos.

Trata-se de pesquisa teórica e documental embasada, principalmente, na experiência estadunidense e canadense, tendo em vista que no cenário brasileiro a temática se encontra ainda incipiente.

1 | BREVE PERCURSO HISTÓRICO DO PAC

Observa-se do exposto até o momento, que o PAC permite um senso de controle e tomada de decisão proativa do paciente, especialmente, em contextos de enfermidades

recorte desta pesquisa.

6. *Harvard Medical School Publishes Special Health Reports*. Advance Care Planning. 2019. Disponível em: www.health.harvard.edu Acesso em: 12 jan. 2021

7. WILKINSON, Anne; WENGER, Neil; SHUGARMAN, Lisa. Literature Review on Advance Directives. Disponível em: <https://aspe.hhs.gov/basic-report/literature-review-advance-directives> Acesso em: 01 fev. 2021.

8. MULLICK, Anjali. An introduction to advance care planning in practice. *BMJ* 2013;347. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f6064> Acesso em: 12 jan. 2021.

9. ALBUQUERQUE, Aline. Manual de Direito do Paciente: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito, pág. 167. Belo Horizonte. 2020.

10. *Idem*, pags. 34-36.

graves, doenças degenerativas e fim de vida. É uma expressão do direito à autodeterminação do paciente, assim como as Diretivas Antecipadas¹¹. Ambos têm o propósito de permitir que o paciente tenha influência sobre as decisões concernentes aos seus cuidados em saúde, em uma situação futura, quando esse não apresentar capacidade decisional. Para que se compreenda o presente trabalho, impõe-se uma visão da evolução e de alguns conceitos pertinentes às Diretivas Antecipadas.

As Diretivas Antecipadas tiveram origem no direito estadunidense, país em que a literatura específica sobre a temática se ocupou de tecer conceitos, estabelecer regras, limites e promover a sua regulamentação. A primeira aceção de um documento com o escopo de registrar e tornar conhecida a vontade de um paciente pode ser vislumbrada na proposta da *Euthanasia Society of America* em 1967¹², publicada no *Indiana Law Journal*. Entretanto, foi Luis Kutner, advogado, em 1969, que propôs suas premissas e o modelo do documento no seu trabalho: “*Due process of euthanasia: the living will, a proposal*”. Nessa obra, o autor considera legítima, como parte integrante do direito à privacidade, a recusa de tratamento que estendesse a vida do paciente diante de um quadro incurável e irreversível. A pessoa deveria indicar por escrito e de forma antecipada até que ponto consentiria com o tratamento¹³. O documento estabelece os termos da assistência médica, ou seja, até que ponto os prestadores de assistência à saúde deveriam realizar determinado tratamento.

Seguindo os parâmetros de Kutner, a Califórnia foi o primeiro estado a legislar sobre o tema, em 1976¹⁴. O modelo de *living will* (testamento em vida) criado por essa lei, procurou oferecer benefícios tanto para os pacientes como para os médicos. Para os pacientes, ofereceu uma ferramenta padronizada para expressar seus desejos sobre o tratamento de suporte de vida – geralmente para retê-lo ou retirá-lo, no caso de uma doença terminal ou coma permanente/irreversível. Aos médicos, o *living will* (testamento em vida) oferecia imunidade estatutária se atendesse de boa-fé aos desejos do paciente¹⁵. No final de dez anos, ou seja, em 1986, 41 Estados já haviam adotado leis sobre o testamento em vida¹⁶.

As deficiências do testamento em vida, entretanto, foram aos poucos se tornando aparentes, especialmente no que tange à estreita gama de decisões às quais as leis se aplicavam. Em resposta, os formuladores de políticas públicas passaram a validar e reformular o uso de outro documento legal: *durable power of attorney for health care* (procuração para cuidados em saúde)¹⁷. Baseado na lei consuetudinária, a procuração é

11. ALBUQUERQUE, Aline. Manual de Direito do Paciente: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito, pág. 165. Belo Horizonte. 2020

12. GILLICK, Mr. A broader role for advance medical planning. *Ann Intern Med.* 1995 Oct 15123(8):621-4. Doi:107326/0003-4819-123-8-199510150-00009, PMID: 7677304. [PubMed]

13. KUTNER, I. Due Process of Euthanasia: The Living Will, a Proposal. *Indiana Law Journal.* 1969; 44:539-54.

14. ALBUQUERQUE, Aline. Manual de Direito do Paciente: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito, pág. 85 Belo Horizonte.2020.

15. SABATINO, Charles P. The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy. *Milbank Q.* 2010 Jun; 88(2):211-39. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2980344/> Acesso em: 16 jan. 2021.

16. GLICK, Mr. A broader role for advance medical planning. *Ann Intern Med.* 1995 Oct 15123(8):621-4. Doi:107326/0003-4819-123-8-199510150-00009, PMID: 7677304. [PubMed]

17. SABATINO, Charles P. The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy. *Milbank Q.* 2010 Jun;

uma ferramenta pela qual a pessoa poderia autorizar um indivíduo a decidir em seu nome.

No âmbito federal, em 1990, foi adotado o ***Patient Self-Determination Act (PSDA)***. Este ato foi uma alteração da lei federal do Medicare e Medicaid, destinada a encorajar os adultos a pensar e a planejar as decisões sobre cuidados em saúde.¹⁸ Os centros de saúde devem perguntar aos pacientes se eles têm uma Diretiva Antecipada; dar a possibilidade de fazer uma Diretiva por escrito; disponibilizar formulários de Diretivas Antecipadas para pacientes maiores de idade e que não possuam uma Diretiva e informar os direitos de tomada de decisão sobre tratamentos para pacientes adultos. O PSDA não cria nem altera direito substantivo relativo à tomada de decisão sobre cuidados de saúde. Ele foi projetado para reconhecer o direito de um paciente de recusar ou aceitar qualquer tratamento médico. O objetivo é assegurar a autonomia e a preservação da autodeterminação, protegendo os pacientes contra maus-tratos, promovendo a comunicação entre os pacientes e seus médicos e resguardando os médicos de contencioso na tomada de decisão de fim de vida¹⁹.

As Diretivas Antecipadas geralmente fornecem condutas específicas sobre o curso de tratamento que os profissionais de saúde e os cuidadores devem seguir. Em alguns casos, podem proibir o uso de vários tipos de tratamentos penosos. As diretivas também podem ser usadas para expressar desejos sobre o uso ou não de alimentação e hidratação, fornecidos por meio de tubos ou outros dispositivos. São usadas apenas se o indivíduo se tornar incapaz de dar consentimento informado ou recusa devido à inabilidade decisional. Um exemplo de declaração às vezes encontrada em uma Diretiva é: “Se eu sofrer de uma doença ou condição incurável e irreversível e a equipe de profissionais de saúde determinar que minha condição é terminal, eu ordeno que medidas de suporte de vida que serviriam apenas para prolongar o processo de morte sejam retidas ou interrompidas”²⁰. Diretivas Antecipadas mais específicas podem incluir informações sobre o desejo de um indivíduo por serviços, como analgesia (alívio da dor), antibióticos e o uso de ventiladores ou ressuscitação cardiopulmonar²¹.

De acordo com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, as Diretivas Antecipadas consistem em **uma instrução ou uma recusa escrita**²² sobre cuidados em saúde feitos por um adulto capaz. Aplica-se quase sempre ao contexto de

88(2):211-39. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2980344/> Acesso em: 16 jan. 2021.

18. ALBUQUERQUE, Aline. Manual de Direito do Paciente: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito, pág. 85 Belo Horizonte.2020

19. Literature Review on Advance Directive. Disponível em: <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/75141/advdir.pdf> . Acesso em: 15 abril. 2021.

20. Advance Health Care disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Advance_healthcare_directive. Acesso em: 12/01/2021.

21. *Harvard Medical School Publishes Special Health Reports*. Advance Care Planning. 2019. Disponível em: www.health.harvard.edu Acesso em: 12 jan. 2021

22. U.S. Department of Health and Human Services Assistant Secretary for Planning and Evaluation Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy. *Literature Review on Advance Directive*. Disponível em: <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/75141/advdir.pdf> . Acesso em: 15 de abril.2021. Apesar do conselho de Bioética dos EUA reconhecer aceitável a forma verbal das Diretivas Antecipadas, mas algumas leis estaduais exigirem a forma escrita, o referido documento do Departamento de Saúde dos EUA optou pela forma escrita em suas recomendações.

fim de vida. Pode ou não incluir a nomeação de um procurador para cuidados em saúde²³. Objetiva-se preservar a autonomia pessoal do paciente, no momento em que este perde a capacidade de tomar decisões por si mesmo. Tais Diretivas Antecipadas compreendidas como instruções de cuidados em saúde, podem até mesmo derivar do processo de um PAC. Os sujeitos do encontro clínico podem optar por inserir no PAC uma Diretiva Antecipada a fim de assegurar ainda mais a efetivação das orientações do paciente.²⁴

Observa-se, com base no exposto, que há similaridades e pontos de complementaridade entre a Diretiva Antecipada e o PAC. A Diretiva Antecipada é a expressão das preferências do paciente em relação a um tratamento de saúde específico numa situação em que não pode comunicá-las, incluindo o contexto de terminalidade da vida²⁵. O PAC é um processo. É uma série de discussões abertas que ajudam o paciente adulto a compreender e compartilhar seus valores pessoais, suas necessidades, vontade e preferências em relação aos cuidados médicos futuros diante de um diagnóstico, geralmente de doenças graves, degenerativas e contexto de fim de vida. Envolve seus familiares e a equipe de profissionais de saúde. Nada obsta que no registro dessas discussões, o paciente inclua uma Diretiva Antecipada e/ou uma Procuração para Cuidados em Saúde.²⁶

A título de exemplificação, cita-se a **Five Wishes**.²⁷ Porque, além de ser o documento mais divulgado e traduzido, mudou a maneira de falar sobre o PAC. Não é apenas uma ferramenta de planejamento para o fim de vida, mas o início de uma importante conversa para discutir e documentar escolhas de cuidado e conforto. Está disponível em 29 idiomas e em braille. Usado por mais de 35 milhões de famílias e 40.000 organizações dos EUA. É legalmente válida em quase todo o território americano. (44 Estados dos 50 existentes).

A **Five Wishes** é mais do que um documento sobre orientação ou recusa de tratamentos (Diretiva Antecipada). Trata-se de conectar pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde em um processo de comunicação aberta e contínua. O seu conteúdo vai além de documentos legais. Como o próprio nome diz, são expressões de 5 desejos: os dois primeiros desejos são documentos legais vinculativos, se referem a uma Procuração para Cuidados em Saúde, (designa um procurador - pessoa indicada para tomar decisões sobre cuidados em saúde em nome do paciente, quando este não puder se comunicar) e uma Diretiva Antecipada (instrução ou recusa de determinado tratamento ou procedimento).

23. Este trabalho não pactua com o entendimento acima, pois a nomeação de um procurador resultando em um mandato duradouro tem natureza jurídica diversa da Diretiva Antecipada.

24. U.S. Department of Health and Human Services Assistant Secretary for Planning and Evaluation Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy. *Literature Review on Advance Directive*. Disponível em: <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/75141/advdirlr.pdf>. Acesso em: 15 de abril.2021.

25. AMERICAN BAR ASSOCIATION. *Living Wills, Health Care, Proxies, & Advance Health Care Directives*. Disponível em: https://www.americanbar.org/groups/real_property_trust_state/resources/state_planning/living_wills_health_care_proxies_advance_health_care_directives/. Acesso em: 15 abril.2021

26. KERI, Thomas; LOBO, Ben; DETERING, Karen. *Advance Care Planning in End of Life Care*. Oxford University Press. 2018

27. Five Wishes. Disponível em: <https://fivewishes.org/five-wishes/individuals-families/individuals-and-families/advance-care-planning>. Acessado 12/01/2021

Os demais desejos são expressões de cuidado, preferências, espiritualidade, perdão e pedidos finais.

Uma versão chamada *Five Wishes Online* foi introduzida em abril de 2011, permitindo aos usuários preencherem o documento usando uma interface online ou imprimir uma versão em branco para completar à mão. A *Five Wishes* exemplifica a evolução das Diretivas Antecipadas nos EUA²⁸.

2 | PLANO AVANÇADO DE CUIDADO

O PAC consiste numa abordagem ampla e menos focada no aspecto jurídico. Abrange não apenas a preparação de documentos como as Diretivas Antecipadas e uma Procuração para Cuidados em Saúde. Na perspectiva do PAC, tais documentos jurídicos são opcionais. O âmago do PAC é o registro de conversas entre o paciente, familiares e equipe de saúde sobre o que o futuro pode reservar para o paciente com doenças graves ou terminais e, principalmente, quais são as suas necessidades, vontade e preferências que nortearão futuras decisões na área da saúde, dos cuidados em geral e até mesmo nas finanças²⁹. De acordo com Chan³⁰, o PAC é um processo de discussão e documentação de planos de cuidados futuros, entretanto, não se limita às futuras escolhas de cuidados exclusivos em saúde, pode abarcar também vários outros temas como: escolhas de estilo de vida, planos de funeral e outros.

Na área específica, objeto deste trabalho, que é o PAC na esfera da saúde, esse pode ser conceituado como um processo ao longo do tempo para discernir as prioridades, valores e objetivos de cuidados do indivíduo por meio de conversas/diálogos envolvendo o paciente, os familiares, equipe de saúde e o eventual procurador de saúde. Todos os envolvidos contribuem no processo de tomada de decisão de cuidados em saúde projetado para um futuro hipotético. Entretanto, o protagonismo é do paciente. Um dos objetivos é mudar o foco de tratamentos e procedimentos médicos específicos para um foco nas necessidades, vontade e preferências do paciente. Tais necessidades, vontade e preferências nortearão possíveis procedimentos no futuro, caso esse paciente se encontre numa situação de inabilidade decisional.³¹

Observa-se que o PAC estimula o envolvimento do paciente na tomada de decisão. O PAC deve ser conduzido de forma a promover a autodeterminação do paciente e a

28. Five Wishes. Disponível em: <https://fivewishes.org/five-wishes/individuals-families/individuals-and-families/advance-care-planning>. Acessado 12/01/2021

29. SABATINO, Charles P. The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy. *Milbank Q.* 2010 Jun; 88(2):211-39. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2980344/> Acesso em: 16 jan. 2021.

30. CHAN, Hui Yun. *Advance Directives: Rethinking Regulation, Autonomy & Healthcare Decision-Making*. Cham: Springer, 2018.

31. ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito do Paciente: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito*, pág. 85 Belo Horizonte. 2020.

sua autonomia³². Recomenda-se, inclusive a utilização de “facilitadores” - profissionais não médicos (ex. assistentes sociais ou voluntários) no espaço das discussões/conversas apoiando o paciente nesse processo³³. Portanto, ainda que o preenchimento de documentos legais possa fazer parte do PAC, o cerne é a discussão sobre a finalidade e os limites de eventuais tratamentos futuros sob a perspectiva das necessidades, vontade e preferências do paciente³⁴.

Outro conceito de PAC a ser destacado é o da Associação Europeia de Cuidados Paliativos. Segundo essa Associação, o PAC permite que os pacientes com capacidade de decisão identifiquem seus valores, refletindo sobre os significados e as consequências dos cenários de adoecimento grave, visando definir objetivos e preferências para tratamento e cuidados futuros, e discuti-los com a família e prestadores de cuidados de saúde. O PAC aborda questões clínicas, psicológicas, sociais e espirituais. Encoraja escolher um representante de modo que suas necessidades, vontade e preferências possam ser levadas em consideração caso eles, em algum momento, sejam incapazes de tomar suas decisões pessoais. Ressalta-se que tais vontades e preferências podem ser revistas se necessário³⁵.

3 I BENEFÍCIOS DO PAC

Indubitavelmente, o PAC é um instrumento que promove a autonomia pessoal do paciente e impacta diretamente na sua qualidade de vida, porque, segundo pesquisa, proporciona tranquilidade (probabilidade do paciente receber cuidados consistentes com necessidades, vontade e preferências); clareza e conhecimento sobre seu estado de saúde; melhora o contato e aumenta a confiança com a equipe de profissionais de saúde.³⁶ Destaca-se, ainda, a melhora do cuidado no final da vida para pacientes com demência, permitindo-lhes expressar suas preferências de cuidado antes que a função cognitiva se deteriore a ponto de serem incapazes de tomar suas próprias decisões.³⁷

Além de beneficiar o paciente com o envolvimento dos seus familiares nesse processo, os próprios familiares também relatam benefícios que o PAC proporciona como:

32. ALBUQUERQUE, Aline. Manual de Direito do Paciente: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito, pág. 165 Belo Horizonte.2020

33. RIETJENS JAC, SUDORE RL, CONNOLLY M, van Delden JJ, *et al.* European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017 Sep;18(9):e543-e551. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/7j53x1zp> Acesso em: 01 fev. 2021.

34. MULLICK, A; MARTIN, J; SALLNOW, L. An Introduction to advance care planning in practice. *Bmj-British Medical Journal* 2013. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f6064> Acesso em: 02 fev. 2021.

35. RIETJENS JAC, SUDORE RL, CONNOLLY M, van Delden JJ, *et al.* European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017 Sep;18(9):e543-e551. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/7j53x1zp> Acesso em: 01 fev. 2021.

36. BALLY, Klaus W; KRONES, Tanja; FOX Ralf J. Advance Care Planning for People with Dementia: the role of General Practitioners. *Gerontology.* 2020. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01265-z> Acesso em: 01 fev. 2021.

37. Ampe S, Sevenants A, Coppens E, Spruytte N, Smets T, Declercq A, van Audenhove C. Study protocol for ‘we DECide’: implementation of advance care planning for nursing home residents with dementia. *J Adv Nurs.* 2015 May;71(5):1156-68. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25534007/> Acesso em: 05 fev. 2021.

menos ansiedade e depressão, ajudas para vivenciar o processo de luto, e aumento da satisfação com os cuidados dispensados ao seu ente querido/paciente³⁸. E há pontos positivos para os profissionais de saúde como a condução de conversas significativas com o seu paciente; aumento da probabilidade de que os profissionais de saúde entendam e cumpram as preferências do paciente por cuidados médicos quando o paciente não tem capacidade de tomada de decisão; promove o cuidado centrado no paciente; redução de transferências desnecessárias para cuidados intensivos e tratamento indesejado, dentre outros³⁹.

4 | UTILIZAÇÃO DO PAC - EXPERIÊNCIA CANADENSE

Para ilustrar a possibilidade da implementação de um PAC, será analisada, brevemente, a experiência canadense, pois conta com um programa em nível nacional: “**Advance Care Planning**” - **Canada**. Ressalta-se que no Canadá, o PAC é um processo que inclui a escolha do paciente por um tomador de decisão substituto (equivalente ao procurador de cuidados em saúde) e a comunicação de seus desejos, valores e crenças a outras pessoas. O objetivo de tal planejamento é garantir que os outros entendam as preferências do indivíduo por cuidados de saúde, caso ele ou ela não seja capaz de fornecer consentimento quando necessário. O plano avançado de cuidados não é o mesmo que uma diretiva antecipada. As diretivas antecipadas geralmente incluem instruções explícitas para dar ou negar o consentimento para o tratamento em circunstâncias específicas, por exemplo, recusa de transfusão sanguínea.⁴⁰

A Canadian Hospice Palliative Care Association (CHPCA) administra a iniciativa Advance Care Planning (ACP) no Canadá desde 2008, desenvolvendo uma estrutura nacional para o plano avançado de cuidados em colaboração com vários setores e grupos profissionais. A iniciativa criou um site, que inclui notícias sobre as atividades em andamento no Canadá, bem como um repositório de ferramentas desenvolvidas para profissionais e pacientes / indivíduos para auxiliá-los na tomada de decisões adequadas sobre seus cuidados. **A Health Canada** – departamento de saúde do Governo do Canadá responsável pela política nacional de saúde reconheceu a necessidade de um maior investimento nos cuidados paliativos, visto que o país enfrentava um rápido aumento da população idosa com doenças terminais. O objetivo a longo prazo do projeto é aumentar a conscientização dos canadenses sobre a importância do PAC e equipá-los com as ferramentas de que precisam para se envolverem efetivamente no processo de elaboração de seu PAC.⁴¹

38. Advance Care Planning Australia. Be open, be ready, be heard. Disponível em: <https://www.advancetocareplanning.org.au/understand-advance-care-planning/advance-care-planning-explained> Acesso em: 05 fev. 2021.

39. 19 Evidence-Based Benefits of Advance Planning Care. Disponível em: <https://acpdecisions.org/19-evidence-based-benefits-of-advance-care-planning/> Acesso em: 05 fev. 2021.

40. Advance Care Planning - The key to person centred end of life care. Disponível em: <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2019/advance-care-planning-the-key-to-person-centred-end-of-life-care>. Acesso em: 01 fev. 2021.

41. SPEAK -UP – start the conversation about end-of-life-care. Disponível em: <https://web.archive.org/>

Em 2019, a iniciativa nacional *'Speak Up' Advance Care Planning (ACP)* no Canadá recebeu US\$ 1,9 milhão ao longo de três anos para um projeto para ajudar as pessoas que vivem no Canadá a se prepararem para suas futuras necessidades de saúde. O projeto envolve uma série de campanhas de educação e sensibilização do público, apoio a programas ACP baseados na comunidade e promoção de recursos e guias ACP⁴².

Em todo o país, profissionais de saúde, educadores, advogados, pesquisadores, organizações comunitárias e indivíduos estão ajudando os canadenses a falar e conversar sobre os cuidados, especialmente, no fim da vida. Por exemplo, vários sites (governamentais e não governamentais) oferecem gratuitamente explicações e modelos de PAC e de Diretivas Antecipadas além da possibilidade de registro desses documentos⁴³ ⁴⁴ ⁴⁵. Inclusive há uma campanha anual (16 de abril) de divulgação e incentivo para o PAC em nível nacional. Pode-se mencionar o kit online fornecido pela **DWDC – Dying with dignity Canada** – neste o paciente encontrará informações importantes sobre as Diretivas Antecipadas e a nomeação de um Procurador para Cuidados em Saúde.

Registra-se também a experiência de outra associação sem fins lucrativos – **NIDUS**. Essa associação é digna de nota por ser o único recurso comunitário no Canadá dedicado, exclusivamente, ao planejamento pessoal. Sua existência destaca a Colúmbia Britânica como líder no atendimento às necessidades críticas de uma população em envelhecimento. A Nidus atende toda a província de British Columbia e está localizada em Vancouver. Fornece, educação jurídica pública sobre planejamento pessoal e assuntos relacionados; treinamento para voluntários e grupos; resolução de problemas e coaching de boas práticas para advogados, representantes e monitores e outros. Também opera um registro centralizado para documentos de planejamento pessoal em parceria com a Juricert Inc. da Law Society of British Columbia⁴⁶.

De forma resumida, a missão da NIDUS consiste em fornecer educação, apoio e assistência em relação ao planejamento pessoal com a finalidade de: i) capacitar adultos, que precisam de ajuda com a tomada de decisão hoje a usar os Contratos de Representação como uma alternativa legal para a guarda / comitê de adultos; ii) capacitar adultos que desejam fazer planos para o futuro para usar acordos de representação e procurações para cuidados em saúde, em caso de incapacidade decisional devido a doença, lesão ou

web/20141128195532/http://www.advancecareplanning.ca/about-advance-care-planning/national-framework-for-acp.aspx Acesso em: 01 fev. 2021.

42. ADVANCE CARE PLANNING in CANADA. Disponível em: <https://www.advancecareplanning.ca/about-advance-care-planning/> Acesso em: 01 fev. 2021.

43. NIDUS – Personal Planning Resource Centre and Registry. Disponível em: <https://www.nidus.ca/home-2/mission/> Acesso em: 01 fev. 2021.

44. Canadian Hospice Palliative Care Association. Disponível em: <https://www.chpca.ca/projects/advance-care-planning/> Acesso em: 01 fev. 2021.

45. DWDC - Dying with dignity Canada. It's your life, It's your choice. Disponível em: https://www.dyingwithdignity.ca/download_your_advance_care_planning_kit . Acesso em: 01 fev. 2021.

46. NIDUS – Personal Planning Resource Centre and Registry. Disponível em: <https://www.nidus.ca/home-2/mission/> Acesso em: 01 fev. 2021.

deficiência⁴⁷.

O Planejamento Pessoal proposto por essa associação engloba todas as áreas da vida da pessoa: cuidados de saúde, cuidados pessoais, assuntos jurídicos e financeiros. Nos cuidados em saúde, são legalmente reconhecidos documentos tais como: procurações, acordos de representação, consentimento para doação de órgãos e Diretivas Antecipadas.⁴⁸

O intuito de considerar o exemplo do PAC no Canadá, é demonstrar que tanto a implementação como o sucesso dependem de um esforço conjunto envolvendo: autoridades competentes em nível governamental, educadores, profissionais de saúde, instituições hospitalares, pacientes, familiares, a comunidade e organizações sem fins lucrativos.

A efetivação do PAC apresenta desafios, tais como: o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre o PAC; a temática é difícil de ser abordada por envolver afetos; barreiras cognitivas e emocionais para efetuar as discussões; o medo de afetar negativamente a relação profissional de saúde e paciente; instituições e profissionais de saúde despreparados; a alegada falta de tempo suficiente nas consultas para introduzir e dar continuidade ao PAC e outros⁴⁹.

A despeito dos obstáculos citados, o PAC é um instrumento essencial nos cuidados em saúde para a efetivação do direito à autodeterminação do paciente e a materialização do princípio do respeito à autonomia. Propicia um espaço no processo terapêutico para que o paciente possa refletir sobre as suas necessidades, a sua vontade, suas preferências, seus objetivos e seus valores relacionados aos seus cuidados em saúde futuros. O paciente é protagonista dos seus cuidados, entretanto, ele também é fruto das relações sociais, e o PAC propicia a inserção da integração do elemento sociorrelacional nos cuidados em saúde com a presença e participação efetiva dos seus entes queridos e profissionais de saúde.⁵⁰

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PAC pode ser entendido como um planejamento voluntário e contínuo no qual todos os sujeitos do encontro clínico, ou seja, paciente adulto, familiares, profissionais de saúde e cuidadores, por meio de várias sessões de conversas, discutem e refletem sobre necessidades, vontade e preferências do paciente, e analisam como esses fatores influenciarão a tomada de decisões futuras sobre cuidados em saúde. É definido como um processo pelo qual uma pessoa considera opções sobre futuras decisões de cuidados

47. *Idem*

48. NIDUS – Personal Planning Resource Centre and Registry. Disponível em: <https://www.nidus.ca/home-2/mission/> Acesso em: 01 fev. 2021.

49. BERNARD, C.; TAN, A.; SLAVEN, M.; et al. Exploring patient-report barriers to advance care planning in Family practice. *BMC FAM PRACT* 21, 94 2020. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01167-0#citeas> Acesso em: 05 fev. 2021.

50. PARANHOS, D. G. A. M., & ALBUQUERQUE, A. (2018). A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. *Revista De Direito Sanitário*, 19(1), 32-49. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p32-49>.

em saúde e identifica e comunica seus desejos. Salieta-se que é um processo, não um evento. Estimula o diálogo e consequentemente promove o cuidado centrado no paciente com suportes adequados e atendimento de qualidade. As tarefas essenciais do PAC em nível individual e sistêmico envolvem processos que apoiam: questionar a pessoa sobre os seus valores pessoais e desejos de cuidado no final da vida; garantir que o paciente e a família compreendam a progressão e o prognóstico da doença; discussões de opções de tratamento - riscos, benefícios e resultados esperados; decidir sobre cuidados futuros ou metas de cuidados se a pessoa for incapaz de se envolver em futuras tomadas de decisão; documentar discussões e decisões de uma forma que seja acessível em vários ambientes de atendimento; e honrar os desejos pessoais e garantir que o atendimento seja consistente com as preferências⁵¹.

Recomenda-se que o PAC seja revisado periodicamente, pois a vida e as circunstâncias da pessoa mudam e, consequentemente, suas necessidades, vontade e preferências na esfera dos cuidados em saúde são afetadas por essas instabilidades⁵².

No Brasil, a implementação do PAC ainda é embrionária ou quase inexistente. Entretanto, alguns hospitais em grandes centros urbanos juntamente com o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, já começaram a incluí-lo como uma das possibilidades no atendimento na área específica dos cuidados paliativos.^{53 54}

Conforme exposto, o PAC é um importante instrumento de protagonismo do paciente, ou seja, promove sua autonomia pessoal e preserva sua autodeterminação em situações cruciais de emergências, doenças crônicas degenerativas, doenças que resultam em declínio cognitivo, demência e fim de vida. O PAC, em suma, é um meio de manter a voz do paciente em uma das fases mais delicadas de sua trajetória.

REFERÊNCIAS

AARP. newsletter poll: "Getting ready to go". Executive Summary 2008. Disponível em: https://www.aarp.org/relationships/grief-loss/info-01-2008/getting_ready/. Acesso em: 15/01/2021.

Advance Care Planning Australia. Be open, be ready, be heard. Disponível em: <https://www.advancecareplanning.org.au/understand-advance-care-planning/advance-care-planning-explained>. Acesso em: 05 fev. 2021.

Advance Health Care disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Advance_healthcare_directive. Acesso em: 12/01/2021.

51. HEYLAND, DK; BARWICH, D; PICHORA, D; *et al.* Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. *JAMA Intern Med* 778-787. 2013.

52. POPE, Thaddeus M. Advance Care Planning – Specify your wishes now . *Minnesota Health Care News*. November, 2015. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2699956 Acesso em: 05 fev. 2021.

53. Manual dos Cuidados Paliativos – Ministério da Saúde. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf> . Acesso em: 05 fev. 2021.

54. Manual de Cuidados Paliativos. ANCP. 2ª edição, pag. 394. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 05 fev. 2021.

ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito do Paciente: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito*. Belo Horizonte. CEI. 2020.

AMPLE S, Sevenants A. COPPENS E, SPRUYTTE N, SMETS T, DECLERCG A, VAN AUDENHOVE C. Study protocol for 'we DECide': implementation of advance care planning for nursing home residents with dementia. *J Adv Nurs*. 2015 May; 71(5): 1156-68. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25534007/>. Acesso em 05 fev. 2021.

BALLY, Klaus W; KRONES, Tanja; FOX Ralf J. Advance Care Planning for People with Dementia: the role of General Practitioners Gerontology. 2020. Disponível <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01265-z>. Acesso em: 01 fev. 2021.

BERNARD, C; TAN, A; SLAVEN, M; et al. Exploring patient-report barriers to advance care planning in Family practice. *BMC FAM PRACT* 21, 94 2020. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01167-0#citeas>. Acesso em: 05 fev. 2021.

Canadian Hospice Palliative Care Association. Disponível em: <https://www.chpca.ca/projects/advance-care-planning/>. Acesso em: 01 fev. 2021.

CHAN, Hui Yun. *Advance Directives: Rethinking Regulation, Autonomy & Healthcare Decision-Making*. Cham:Springer, 2018. Disponível em: <https://www.encyclopedia.com/medicine/divisions-diagnostics-and-procedures/medicine/advance-directives>. Acesso em: 12/01/2021.

DOUKAS DJ, MCCULLOUGH LB. The values history. The evaluation of the patient's values and advance directives. *J Fam Pract*. 1991 Feb;32(2):145-53. PMID: 1990042. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1990042/>. Acesso em: 01 fev. 2021.

DWDC - Dying with dignity Canada. It's your life, It's your choice. Disponível em: https://www.dyingwithdignity.ca/download_your_advance_care_planning_kit. Acesso em: 01 fev. 2021.

FAGERLIN; A, SCHNEIDER, CE. Enough . The Failure of the Living Will. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15156835/>. Acesso em: 15/01/2021.

Five Wishes. Disponível em: <https://fivewishes.org/five-wishes/individuals-families/individuals-and-families/advance-care-planning>. Acesso em: 12/01/2021.

Five Wishes. Disponível em: <https://fivewishes.org/five-wishes/individuals-families/individuals-and-families/advance-care-planning>. Acesso em: 01 fev. 2021.

FRIED Tr, O'LEARY J, VAN NESS P, FRAENKEL L. Inconsistency over time in the preferences of older persons with advanced illness for life-sustaining treatment. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Jul;55(7):1007-14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17608872/>. Acesso em: 16/12/2021.

GEORGE J, Annas (1991). "A procuração de saúde e o testamento vital". *New England Journal of Medicine* . 324 (17): 1210–12. 1991. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199104253241711>. Acesso em: 12/01/2021.

GLICK, Mr. *A broader role for advance medical planning*. *Ann Intern Med*. 1995 Oct 15;123(8):621-4. Doi:107326/0003-4819-123-8-199510150-00009, PMID: 7677304. [PubMed].

Harvard Medical School Publishes Special Health Reports. Advance Care Planning. 2019. Disponível em: www.health.harvard.edu. Acesso em: 12 jan. 2021.

HAWKINS, Na; DITTO, Ph; DANKS, Jh; SMUCKER W. *Micromanaging death: process, preferences, values and goals in medical decision making for the end of life*. Gerontologist. 2005 Feb;45(1):107-17. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15695421/>. Acesso em: 16/01/2021.

JIMENEZ G; TAN WS; VIRK AK; LOW CK; et al. *Overview of Systematic Reviews of Advance Care Planning: Summary of Evidence and Global Lessons*. J Pain Symptom Manage. 2018. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(18\)30283-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(18)30283-5/fulltext). Acesso em: 05 fev. 2021.

KUTNER, I. Due Processo f Euthanasia: The Living Will, a Proposal. Indiana Law Journal. 1969; 44:539-54.

Manual de Cuidados Paliativos. ANCP. 2º edição, pag. 394. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2021.

Manual dos Cuidados Paliativos – Ministério da Saúde. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2021.

MORRISON RS, OLSON E, MERTZ KR, MEIER DE. The inaccessibility of advance directives on transfer from ambulatory to acute care settings. JAMA. 1995 Aug 9;274(6):478-82. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7629957/>. Acesso em: 16 jan. 2021.

MULLICK, A; MARTIN, J; SALLNOW, L. Na Introduction to advance care planning in practice. Bmj-British Medical Journal 2013. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f6064>. Acesso em: 02 fev. 2021.

MULLICK, Anjali. An introduction to advance care planning in practice. BMJ 2013;347. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f6064>. Acesso em: 12 jan. 2021.

NIDUS – Personal Planning Resource Centre and Registry. Disponível em: <https://www.nidus.ca/home-2/mission/>. Acesso em: 01 fev. 2021.

PANOZZO, L., HARVEY, P., ADAMS, MJ. et al. Communication of advance care planning decisions: a retrospective cohort study of documents in general practice. BMC Palliat Care 19, 108 (2020). Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-020-00613-1#citeas>. Acesso em: 05 fev. 2021.

PARANHOS, D. G. A. M., & ALBUQUERQUE, A. (2018). A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. *Revista De Direito Sanitário*, 19(1), 32-49. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p32-49>.

POPE, Thaddeus M. Advance Care Planning – Specify your wishes now . Minnesota Health Care News. November, 2015. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2699956. Acesso em: 05 fev. 2021.

RIETJENS JAC, SUDORE RL, CONNOLLY M, van Delden JJ, et al. European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Lancet Oncol. 2017 Sep;18(9):e543-e551. Disponível

em: <https://escholarship.org/uc/item/7j53x1zp>. Acesso em: 01 fev. 2021.

SABATINO, Charles P. The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy. *Milbank Q.* 2010 Jun; 88(2):211-39. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2980344/>. Acesso em: 16 jan. 2021.

SPEAK -UP – start the conversatiion about end-of-life-care. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20141128195532/http://www.advancecareplanning.ca/about-advance-care-planning/national-framework-for-acp.aspx>. Acesso em; 01 fev. 2021.

SUDORE, RI; FRIED, Tr. Redefining the “Planning” in Advance Care Planning – Preparing for end-of- life Decision Making. Disponível em: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00008?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. Acesso em: 16 jan. 2021.

SUDORE, RI; LUM, Hg; YOU Jj; et al. Definnition Advance care Planning for adults: a consesus definition from a multidisciplinary Delphi panel.*Pain Symptom Manage* 2017; 53-821-832. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/7j53x1zp>. Acesso em: 12 jan. 2021.

Valoues History Form. Hospicefed. Org. Disponível em: <https://www.hospicefed.org/page/valueshistory>. Acesso em: 01 fev. 2021.

Wikipedia. Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Advance_healthcare_directive. Acesso em: 01 fev. 2021.

WILKINSON, A; WENGER, n; SHUGARMAN L. Review of the literature on advance directives. prepared for the Office of the US Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Department of Health and Human Services USA; 2007. Disponível em: <https://aspe.hhs.gov/basic-report/literature-review-advance-directives#note20>. Acesso em: 15/01/2021.

WILKINSON, Anne; WENGER, Neil; SHUGARMAN, Lisa. Literature Review on Advance Directives. Disponível em: <https://aspe.hhs.gov/basic-report/literature-review-advance-directives>. Acesso em: 01 fev. 2021.

19 Evidence-Based Benefits of Advance Planning Care. Disponível em: <https://acpdecisions.org/19-evidence-based-benefits-of-advance-care-planning/>. Acesso em: 05 fev. 2021.

SOBRE OS AUTORES

ALINE ALBUQUERQUE - Pesquisadora Visitante no Instituto Bonavero de Direitos Humanos da Universidade de Oxford. Pós-Doutorado na Universidade de Essex. Professora da Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Advogada da União. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente. Coordenadora-Geral do Observatório Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB Autora de livros: Manual de Direito do Paciente, Direitos Humanos dos Pacientes e outros. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0059746882420074>

KALLINE CARVALHO GONÇALVES ELER - Professora de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Diretora Instituto Brasileiro Direito do Paciente (IBDPAC). <http://lattes.cnpq.br/2064445317682723>
<https://www.researchgate.net/profile/Kalline-Eler>

CINTIA MARIA TANURE BACELAR ANTUNES - Enfermeira da Secretaria de Saúde do DF. Mestre em Enfermagem pela UNB. Diretora de Projetos do IBDPAC. Membro Comitê de Bioética do Hospital de Apoio de Brasília/SES-DF. link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8019335268735536>

MARIANA LIMA MENEGAZ - Mestre em Direito pela UNESP. Pós-graduada em Processo Civil e Argumentação Jurídica pela PUC-Minas. Advogada. Mediadora e Conciliadora judicial e extrajudicial. Membro da Comissão de Mediação do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Membro do Observatório Direito dos Pacientes, do Programa de Pós-graduação em Bioética da UnB. Diretora de Projetos do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente (IBDPAC). Link lattes: <http://lattes.cnpq.br/3299079550353723>

NELMA MARIA DE OLIVEIRA MELGAÇO - Advogada Especialista em Bioética Clínica pela RedLatinoamericana e do Caribe de Bioética da UNESCO. Membro do Observatório Direitos Humanos do Paciente do PPGBioética. Cátedra UNESCO de Bioética da UNB. Membro do Comitê de Bioética do Hospital de Apoio de Brasília/SES-DF. link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4084981512196781>

SOBRE O ORGANIZADOR

A missão do IBDPAC

O IBDPAC é a primeira entidade no Brasil dedicada integralmente ao Direito do Paciente. A sua missão institucional é a promoção de uma cultura inovadora e construtiva nos cuidados em saúde, mediante o estímulo à interação colaborativa entre os pacientes, os familiares e os profissionais de saúde, com base no cuidado centrado no paciente e na comunicação compassiva e empática entre os atores do encontro clínico.

O IBDPAC entende que o respeito e a promoção dos direitos dos pacientes são a chave para a melhora dos resultados em saúde e a prevenção de eventos adversos, bem como para a redução da litigância nos cuidados em saúde.

 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

 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