



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

Do consentimento informado à tomada de decisão compartilhada e a urgência de sua implementação no contexto brasileiro

Del consentiment informat a la presa de decisions compartides i la urgència de la seva implementació en el context brasiler

Del consentimiento informado a la toma de decisiones compartida y la urgencia de su implementación en el contexto brasileño

From informed consent to shared decision making and the urgency of its implementation in Brazilian context

Kalline Carvalho Gonçalves Eler¹

¹Kalline Carvalho Gonçalves Eler. Professora de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília. Email: kalline.eler@ufjf.br. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5016-579X>.



Resumo

O presente artigo expõe um panorama geral da Tomada de Decisão Compartilhada (TDC), considerada cada vez mais como a melhor forma para envolver os pacientes no processo de decisão sobre seus cuidados em saúde. Contudo, a despeito do amplo reconhecimento internacional, a TDC ainda não se encontra amplamente implementada na prática clínica brasileira, sendo o consentimento informado o modelo de tomada de decisão mais comumente adotado pelos profissionais de saúde. Assim, este trabalho, após esclarecer as definições em torno da TDC, apresenta instrumentos para sua aplicação e as razões pelas quais essa nova forma de tomar decisões deve ser preferível ao consentimento informado.

Palavras-chave: cuidados em saúde; bioética; paciente, tomada de decisão compartilhada; consentimento informado

Resum

L'actual article exposa una visió general de la Presa de Decisions Compartides (PDC), cada vegada més considerada com la millor manera d'involucrar els pacients en el procés de decisió sobre la seva cura sanitària. No obstant això, malgrat el reconeixement internacional ampli, la PDC encara no està àmpliament implementada en la pràctica clínica brasilera, essent el consentiment informat el model de presa de decisions més comunament adoptat pels professionals de la salut. Així, aquest treball, després de clarificar les definicions al voltant de la PDC, presenta instruments per a la seva aplicació i les raons per les quals aquesta nova forma de prendre decisions ha de ser preferible al consentiment informat.

Paraules clau: atenció de salut; bioètica; pacient; presa de decisions compartides; consentiment informat

Resumen

Este artículo presenta una visión general de la Toma de Decisiones Compartida (TDC), considerada cada vez más como la mejor manera de involucrar a los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su atención de salud. Sin embargo, a pesar del amplio reconocimiento internacional, la TDC aún no está ampliamente implementada en la práctica clínica brasileña, siendo el consentimiento informado el modelo de toma de decisiones más comúnmente adoptado por los profesionales de la salud. Así, este trabajo, tras aclarar las definiciones en torno a la TDC, presenta instrumentos para su aplicación y las razones por las que esta nueva forma de tomar decisiones debe ser preferible al consentimiento informado.

Palabras clave: atención de salud; bioética; paciente; toma de decisiones compartida; consentimiento informado

Abstract

This article presents an overview of Shared Decision Making (SDM), increasingly considered the best way to involve patients in the decision-making process about their health care. However, despite wide international recognition, SDM is still not widely implemented in Brazilian clinical practice, with informed consent being the decision-making model most commonly adopted by health professionals. Thus, this work, after clarifying the definitions around SDM, presents instruments for its application and the reasons why this new way of making decisions should be preferable to informed consent.

Keywords: Health care; bioethics; patient, shared decision making; informed consent

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 mutualidade (Elwyn & Edwards, 2009).

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 passiva (Annas, 2004). 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 Cuidado (Pomey et al., 2019) 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, 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 necessidade, vontade e preferências do paciente (Elwyn & Edwards, 2009). 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 Unidos (Albuquerque, 2020). Nessa linha, o Conselho Geral de Medicina do Reino Unido (Coulter & Collins, 2011) 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 clínica (Elwyn et al., 2017). Especialmente no contexto brasileiro, verifica-se ainda um desconhecimento generalizado dos profissionais de saúde quanto à TDC. 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 consulta (Légaré & Thompson-Leduc, 2014). Alguns estudos trazidos por Coulter e Collins (2011) 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 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 artigo, a partir do estudo teórico e documental, objetiva fornecer um panorama geral da TDC a partir da revisão sistemática realizada por Bomhof-Roordink et al. (2019) e das pesquisas coordenadas por Elwyn (2017) e por Coulter e Collins (2011), demonstrando seus benefícios, seus modos de implementação na prática clínica

e as razões pelas quais essa nova forma de tomar decisões deve ser preferível ao consentimento informado.

2. Tomada de Decisão Compartilhada: breve histórico e definições

A expressão “compartilhamento da tomada de decisão” foi usada pela primeira vez, em 1972 por Veatch 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 (Stiggelbout et al., 2015). 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)” (Gabe et al., 2004). 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 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.(1997) 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. (2019) 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, 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 (Bomhof-Roordink et al., 2019).

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 Elwyn (2009; 2017) 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 conflitantes (Légaré & Witteman, 2013). 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”. Assim, a TDC é adequada para as circunstâncias nas quais há uma série de opções que levam a 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 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(Elwyn & Edwards, 2009)(Coulter & Collins, 2011).

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 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 Childress(Beauchamp & Childress, 2012), 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 profissionais. 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 (Elwyn & Edwards, 2009).

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 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 cuidado (Coulter & Collins, 2011). 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 (Garrido et al., 2019) (Shay & Lafata, 2015). 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 (Hack et al., 2006) (Kiesler & Auerbach, 2006) concluiu que, mesmo entre 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 Collins (2011) 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 saúde (Légaré & Witteman, 2013). Por essa razão, a TDC é considerada um elemento da Medicina Baseada em Evidências (NICE, 2015). 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 sistemática (Joosten et al., 2008) 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 às suas necessidades. Sob essa ótica, vários estudos (Greene & Hibbard, 2012) (Stacey et al., 2017) (Veroff et al., 2013) 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 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 (Stiggelbout et al., 2015) (Coulter & Collins, 2011) 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 inferiores(Légaré & Witteman, 2013).

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 implementação da TDC na prática clínica.

5. 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 pacientes(Stiggelbout et al., 2015). Destaca-se, nesse sentido, o modelo de três etapas proposto, em 2012, por Elwyn et al.(2012) 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 diversas (Elwyn et al., 2017), 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 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 saúde¹.

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 valorizam (Coulter & Collins, 2011). 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 paciente (Stacey et al., 2017).

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

¹ No site <https://decisionaid.ohri.ca/> há um inventário internacional de ajudas decisionais.

evitar conflitos e outros desafios gerados pela comunicação impessoal ou unidirecional (Kirkscey, 2018). Além disso, a comunicação empática transcende a abordagem 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 preferências. 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. (2017) 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 brasileira, demandando esforços educacionais e de capacitação dos profissionais e pacientes. Nesse sentido, sinaliza-se 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 Elwyn (2017), para superar os desafios na implementação da 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, A. (2020). *Manual de Direito do Paciente*. Editora CEI.
- ◆ Annas, G. J. (2004). *The rights of patients*. New York University Press.
- ◆ Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2012). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). Oxford: University Press.
- ◆ Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision making models: A systematic review. *BMJ Open*, 9(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>.
- ◆ Coulter, A. and, & Collins, A. (2011). Making Shared Decision-Making a Reality: no decision about me, without me. In *The Kings Fund*. http://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs_decisionmaking.html
- ◆ Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiski, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnorsley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., ... Van Der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ (Online)*, 359, 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>.
- ◆ Elwyn, G., & Edwards, A. (2009). *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford University Press.
- ◆ Gabe, J., Olumide, G., & Bury, M. (2004). 'It takes three to tango': a framework for understanding patient partnership in pediatric clinics. *Social Science & Medicine*, 59(5), 1071–1079. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.035>.
- ◆ Garrido, N. P., Correa, F. A., Lozano, E. B., Calero, J. B., & Moreno, M. O. (2019). Physicians' awareness and assessment of shared decision making in oncology practice. *Revista Espanola de Salud Publica*, 93, 1–12.
- ◆ Greene, J., & Hibbard, Judith H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *J Gen Intern Med*, 27(5), 520–526.
- ◆ Hack, T. F., Degner, L. F., Watson, P., & Sinha, L. (2006). Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(1), 9–19.
- ◆ Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G. H., Sensky, T., Van Der Staak, C. P. F., & De Jong, C. A. J. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219–226. <https://doi.org/10.1159/000126073>.
- ◆ Kiesler, D. J., & Auerbach, S. M. (2006). Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns*, 3(61), 319–341.
- ◆ Kirkscey, R. (2018). Bioethical communication: shared decision-making and relational empathy. *Journal of Communication in Healthcare*, 11(3), 164–174. <https://doi.org/10.1080/17538068.2018.1447757>.
- ◆ Légaré, F., & Thompson-Leduc, P. (2014). Twelve myths about shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 281–286. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.014>.
- ◆ Légaré, F., & Witteman, H. O. (2013). Shared decision making: Examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Affairs*, 32(2), 276–284. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1078>.
- ◆ NICE. (2015). *The Safe and Effective Use of Medicines to Enable the Best Possible Outcomes*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305021/>.
- ◆ Pomey, M.-P., Denis, J.-L., & Dumez, V. (2019). *Patient Engagement. How Patient-provider Partnerships transform Healthcare Organizations*. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-14101-1>.

- ◆ Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Journal of the Society for Medical Decision Making*, 18(9), 1199–1216. <https://doi.org/10.1177/0272989X14551638>.
- ◆ Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*, 12(4).
- ◆ Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & De Haes, J. C. J. M. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1172–1179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>.
- ◆ Veroff, D., Marr, A., & Wennberg, D. E. (2013). Enhanced Support For Shared Decision Making Reduced Costs Of Care For Patients With Preference-Sensitive Conditions. *Health Aff (Millwood)*, 32(2), 285–293.

Fecha de recepción: 27 de octubre de 2022

Fecha de aceptación: 21 de septiembre de 2023

Fecha de publicación: 18 de octubre de 2023