

**PESQUISA**

# Análise documental sobre decisão compartilhada nas diretrizes clínicas de câncer

Renata Oliveira Maciel dos Santos<sup>1</sup>, Mirhelen Mendes de Abreu<sup>2</sup>, Elyne Montenegro Engstrom<sup>3</sup>

1. Departamento de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede, Instituto Nacional de Câncer (Inca), Rio de Janeiro/RJ, Brasil. 2. Departamento de Reumatologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/RJ, Brasil. 3. Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

**Resumo**

A decisão compartilhada é processo colaborativo que inclui preferências individuais na elaboração do plano de cuidados. Este estudo examina como esse tipo de decisão é contemplado nas diretrizes terapêuticas para o câncer do Sistema Único de Saúde, buscando nos sites do Instituto Nacional de Câncer e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias documentos que citassem a participação do paciente. Foram analisados 29 documentos e, dentre eles, dez abordavam decisão compartilhada ou ideias relacionadas. Esses textos tratavam da possibilidade de rastrear alguns tipos de câncer e estabeleciam critérios para a interrupção do tratamento. Os resultados revelaram que ainda há grandes desafios para promover a autonomia, o respeito a valores individuais e a parceria em ambientes clínicos.

**Palavras-chave:** Protocolos clínicos. Tomada de decisões. Neoplasias. Medicina baseada em evidências. Bioética.

**Resumen****Análisis documental sobre la toma de decisiones compartida en las directrices clínicas para el cáncer**

La toma de decisiones compartida es un proceso colaborativo que incluye preferencias individuales en la elaboración del plan de cuidados. Este estudio buscó examinar la manera en que este tipo de decisión es contemplado en las directrices terapéuticas para el cáncer del Sistema Único de Salud de Brasil, buscando, en los sitios electrónicos del Instituto Nacional del Cáncer y de la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías, documentos que mencionaran la participación del paciente. Se analizaron 29 documentos y, entre ellos, diez abordaban la toma de decisiones compartida o ideas relacionadas. Estos textos abordaban la posibilidad de rastrear algunos tipos de cáncer y establecían criterios para la interrupción del tratamiento. Los resultados revelaron que aún hay grandes desafíos para promover la autonomía, el respeto por los valores individuales y la coparticipación en entornos clínicos.

**Palabras clave:** Protocolos clínicos. Toma de decisiones. Neoplasias. Medicina basada en la evidencia. Bioética.

**Abstract****Shared decision-making in clinical cancer guidelines**

Shared decision-making is a collaborative process that includes patient preferences in the care planning process. This study aimed to analyze how the shared decision-making is considered in the cancer guidelines of the Brazilian Unified Health System through a research of documents about patients' participation on the databases of the National Cancer Institute and National Commission for the Incorporation of Technologies. We analyzed 29 documents, and 10 of them presented an approach for shared decision-making or ideas related to the topic. These documents addressed the possibility of screening some types of cancer and established criteria for interrupting the treatment. The results show the great challenges that still exist to promote autonomy, and to respect individual values and partnership in clinical settings.

**Keywords:** Clinical protocols. Decision making. Neoplasms. Evidence-based medicine. Bioethics.

Declararam não haver conflito de interesse.

Em busca da melhor conduta para os indivíduos sob seus cuidados, profissionais de saúde recorrem a suas habilidades e experiências e ao conhecimento científico<sup>1,2</sup>. No que concerne ao processo de tomada de decisão, a literatura apresenta três modelos: o paternalista, o de decisão informada e o de decisão compartilhada.

No paternalismo, com base na premissa de não causar danos, o profissional aconselha o indivíduo e decide pela conduta que acredita ser a mais apropriada<sup>3</sup>. Nessa abordagem – a mais usual –, o médico indica a intervenção a ser feita, e o paciente, de forma passiva, apenas a acata. Não há deliberação conjunta, e a opinião do usuário não é devidamente considerada<sup>4</sup>. No segundo modelo, de decisão informada, o indivíduo é esclarecido sobre sua situação, mas não necessariamente incluído no processo deliberativo<sup>5</sup>.

Já a terceira abordagem, de decisão compartilhada, visa romper a assimetria de poder a fim de garantir que preferências individuais sejam respeitadas. Esse modelo propõe que a relação de cuidado seja colaborativa e consensual, com maior participação do paciente<sup>3</sup>. A tomada de decisão compartilhada preciniza a participação ativa do profissional e do paciente, podendo envolver ainda outros atores da rede familiar e social<sup>6</sup>. O modelo implica acordo entre as partes, que decidem juntas a melhor opção, considerando tanto fatores científicos como valores individuais<sup>7</sup>.

A participação do paciente baseia-se em métodos da clínica centrada na pessoa idealizados nos anos 1980 e fortalecidos na década de 1990, quando a tomada de decisão compartilhada é descrita pela primeira vez<sup>8</sup>. A proposta busca contrapor-se ao modelo hegemônico biomédico ao valorizar a autonomia do indivíduo, reconhecendo sua participação como essencial para elaborar o plano de cuidado. O objetivo é garantir que valores e preferências sejam respeitados, para além do consentimento informado, incluindo princípios mais amplos, como autonomia, igualdade de poder na relação clínica e controle sobre decisões que afetam o bem-estar<sup>4,5</sup>.

No Brasil, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) subsidiam a tomada de decisão a partir das principais evidências disponíveis, apontando a ação mais indicada segundo sua eficácia, segurança e custo<sup>9</sup>. A Lei 12.401/2011<sup>10</sup> dispõe sobre a incorporação de tecnologia no Sistema Único de Saúde (SUS) e determina a utilização dos PCDT para padronizar condutas.

A medicina baseada em evidências usa métodos probabilísticos para apontar a intervenção mais adequada em cada situação, pesando prós e contras.

As preferências individuais, no entanto, variam conforme experiências prévias, valores, medos e crenças<sup>11</sup>. Para aliar conhecimento científico às especificidades de cada pessoa, a tomada de decisão compartilhada busca incluir o paciente na deliberação clínica, de modo a alcançar a opção mais apropriada ao seu contexto de vida<sup>12</sup>.

Em doenças como o câncer, que impactam diretamente o estilo de vida, essa abordagem é especialmente relevante, pois diferentes opções influenciam o bem-estar físico e psicológico de forma distinta. Em 2019, estima-se que houve mais de 600 mil novos casos de câncer no Brasil, e a tendência é que este número cresça, dado o envelhecimento populacional acarretado pelo aumento da expectativa de vida<sup>13</sup>.

Reconhecendo a magnitude desse problema de saúde, este estudo analisa como documentos que orientam a prática médica consideram a necessidade de incorporar as preferências do paciente na tomada de decisão. Mais especificamente, analisa-se como a decisão compartilhada é abordada nos PCDT relacionados ao câncer no SUS.

## Método

Foi realizada análise documental<sup>14</sup> de PCDT relacionados ao câncer nos sites da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e do Instituto Nacional de Câncer (Inca). A página da Conitec foi selecionada por ser esta instituição responsável pelo recebimento e avaliação de diretrizes e protocolos a serem incorporados ao SUS<sup>15</sup>. Já o Inca foi selecionado por ser o órgão do Ministério da Saúde (MS) especializado na doença, tendo ainda a atribuição de auxiliar no desenvolvimento e na condução de protocolos e diretrizes sobre o tema<sup>16</sup>.

Foram incluídos no estudo todos os documentos encontrados cuja finalidade era orientar a conduta dos profissionais em qualquer etapa do cuidado relacionado ao câncer. A última busca foi realizada em abril de 2019, sem delimitação temporal como filtro, dada a intenção de captar o maior número possível de dados – ademais, a principal base utilizada (Conitec) foi criada recentemente, em 2011, de modo que não haveria o risco de excesso de textos para análise. Todos os protocolos e diretrizes relativos ao câncer disponíveis no repositório da Conitec foram selecionados, enquanto no site do Inca foi necessário avaliar minuciosamente a finalidade de cada documento.

Para coletar os dados aplicou-se a cada documento ficha de extração, contemplando: ano, fonte, características e se o texto considera ou não

a tomada de decisão compartilhada. Para análise, foram avaliados os seguintes atributos: presença de orientações/indicações sobre decisão compartilhada; atenção a preferências, valores, vontades ou opiniões do paciente no momento da decisão clínica; e respeito à decisão do indivíduo de manter ou suspender qualquer ação em saúde<sup>17,18</sup>.

Os documentos selecionados foram comparados ao modelo descrito por Elwyn e colaboradores<sup>19</sup> em 2012 e atualizado em 2017<sup>20</sup>, o mais usado pela literatura atualmente. Os autores propõem três princípios para operacionalizar as ações dos profissionais, aqui traduzidos livremente como “conversa em equipe” (*choice talk*), “conversa de opções” (*option talk*) e “conversa de decisão” (*decision talk*). O primeiro princípio compreende trabalho conjunto entre profissional e paciente, esclarecendo as opções de cuidado e os resultados esperados. Durante a conversa de opções as alternativas são discutidas, evidenciando-se os principais riscos e benefícios de cada opção e comparando possíveis desfechos de acordo com os riscos correspondentes. Finalmente, no terceiro passo, conversa de decisão, as preferências são esclarecidas de acordo com as opções apresentadas, indicando-se a decisão mais apropriada.

Neste estudo, os documentos foram lidos integralmente e analisados por um primeiro avaliador seguindo as etapas da pesquisa documental<sup>14</sup>: apreciação de contexto, fonte dos dados, natureza do texto, interesses e conceitos-chave relacionados à decisão compartilhada. Dúvidas relativas à presença ou não

de alguns atributos foram sanadas por consenso após exame do documento por um segundo avaliador.

Documentos que, após a avaliação, foram considerados pertinentes seguiram para segunda análise, com leitura individual por dois avaliadores e posterior categorização baseada no modelo conceitual adotado. Nessa etapa, os documentos foram discutidos pelos avaliadores até que se chegasse a um consenso. A subjetividade inerente ao olhar dos avaliadores se destaca como limitação deste estudo. Entretanto, com a padronização e descrição dos critérios, acredita-se que esse viés é minimizado.

## Resultados

Foram encontrados 30 documentos nas bases referenciadas. Um deles foi excluído por apresentar apenas posologia medicamentosa, restando 29 dentro dos critérios de inclusão – 24 provenientes da Conitec e cinco do Inca. Quanto à temática abordada, 24 eram sobre diagnóstico ou tratamento e cinco sobre detecção precoce.

As características de cada um dos 29 documentos estão detalhadas no Quadro 1. A data de publicação variou de 2012 a 2019, com maior volume em 2014. Vinte e três textos trazem recomendações direcionadas a adultos, e seis a crianças e adolescentes (sendo considerados nesta categoria indivíduos com menos de 19 anos de idade). Quanto ao tipo de tumor, nove são relacionados a câncer hematológico e os demais a órgãos específicos.

**Quadro 1.** Características, ano e abordagem da decisão compartilhada em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde (Brasil, 2019)

Identificação	Tipo de diretriz	Foco da diretriz	Decisão compartilhada
Portaria MS 602/2012. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de fígado no adulto <sup>21</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não
Portaria MS 599/2012. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do tumor cerebral no adulto <sup>22</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Sim
Portaria MS 114/2012. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas: tratamento da leucemia mieloide crônica de criança e adolescente com mesilato de imatinibe <sup>23</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Criança e adolescente	Não
Portaria MS 115/2012. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas: tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo de criança e adolescente com mesilato de imatinibe <sup>24</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Criança e adolescente	Não
Portaria MS 312/2013. Aprova o protocolo de tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo de adulto com mesilato de imatinibe <sup>25</sup> .	Tratamento	Adulto	Não
Portaria MS 357/2013. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do melanoma maligno cutâneo <sup>26</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não

continua...

Quadro 1. Continuação

Identificação	Tipo de diretriz	Foco da diretriz	Decisão compartilhada
Portaria MS 1.219/2013. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da leucemia mieloide crônica do adulto <sup>27</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não
Portaria MS 1.440/2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de células renais <sup>28</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não
Portaria MS 1.439/2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de esôfago <sup>29</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Sim
Portaria MS 958/2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cólon e reto <sup>30</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não
Portaria MS 957/2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de pulmão <sup>31</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Sim
Portaria MS 705/2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas da leucemia mieloide aguda do adulto <sup>32</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não
Portaria MS 840/2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas da leucemia mieloide aguda de crianças e adolescentes <sup>33</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Criança e adolescente	Não
Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente; 2014 <sup>34</sup> .	Detecção precoce	Criança e adolescente	Não
Portaria MS 956/2014. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do linfoma difuso de grandes células B <sup>35</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não
Portaria MS 7/2014. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do carcinoma diferenciado da tireoide <sup>36</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não
Portaria MS 1.051/2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do linfoma folicular <sup>37</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Sim
Portaria MS 494/2014. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tumor do estroma gastrointestinal <sup>38</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não
Portaria MS 516/2015. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cabeça e pescoço <sup>39</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Sim
Portaria MS 708/2015. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do mieloma múltiplo <sup>40</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não
Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil; 2015 <sup>41</sup> .	Detecção precoce	Adulto	Sim
Nota técnica conjunta MS/Inca 1/2015. Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul <sup>42</sup> .	Detecção precoce	Adulto	Sim
Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero; 2016 <sup>43</sup> .	Detecção precoce	Adulto	Sim
Portaria MS 498/2016. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de próstata <sup>44</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Sim
Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico; 2017 <sup>45</sup> .	Detecção precoce e diagnóstico	Criança e adolescente	Não
Portaria conjunta da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) 6/2018. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do hemangioma infantil <sup>46</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não
Portaria conjunta SAS/SCTIE 3/2018. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de estômago <sup>47</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Sim
Portaria conjunta SAS/SCTIE 19/2018. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de mama <sup>48</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não
Portaria conjunta SAS/SCTIE 1/2019. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas de neoplasia maligna epitelial de ovário <sup>49</sup> .	Diagnóstico e tratamento	Adulto	Não

A maioria dos protocolos e diretrizes está organizada em tópicos que se repetem entre os documentos. Entre os tópicos, aquele sobre esclarecimento e responsabilidade apresenta texto padrão, ressaltando a importância de informar potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos das intervenções. Entretanto, o texto não destaca a necessidade de considerar a opinião do paciente durante a tomada de decisão.

Seis documentos<sup>23-25,27,38,46</sup> também contêm o tópico “termo de esclarecimento e responsabilidade”, que exige assinatura do paciente ou responsável legal declarando ciência das consequências do uso de quimioterápicos. Esse termo é parte do processo burocrático para a dispensação do medicamento e, por si só, não estimula a participação do indivíduo na escolha do tratamento.

Apenas dez documentos<sup>22,29,31,37,39,41-44,47</sup> abordam o tema da decisão compartilhada, e todos eles trazem recomendações para adultos (suas características e a comparação com o modelo adotado são descritas no Quadro 2). Quatro se referem a cânceres passíveis de detecção precoce em adultos (mama, próstata e colo do útero) e ressaltam a necessidade de discutir os riscos dos exames de rotina (rastreamento) antes da tomada de decisão<sup>41-44</sup>. Os demais

se referem ao diagnóstico e tratamento de tumores específicos – dois sobre o sistema digestivo (estômago<sup>47</sup> e esôfago<sup>29</sup>), por exemplo, e outros sobre tumor cerebral<sup>22</sup>, pulmão<sup>31</sup>, linfoma folicular<sup>37</sup> e cabeça e pescoço<sup>39</sup>.

Outro ponto, destacado por três desses documentos, foi a limitação da evidência científica em relação ao âmbito individual, recomendando-se adequação das intervenções a valores e particularidades de cada pessoa<sup>41,43,47</sup>. As preferências individuais foram valorizadas em diretrizes que apresentaram opções de tratamento para cânceres em estágios iniciais ou assintomáticos<sup>37,44</sup> e trataram da interrupção do tratamento, valorizando a manifestação voluntária do indivíduo<sup>22,31</sup>. No entanto, apenas um texto, sobre detecção precoce do câncer de mama, apresentou o conceito de decisão compartilhada<sup>41</sup>.

Na comparação com o modelo teórico adotado<sup>20</sup>, observou-se que apenas duas diretrizes se mostraram em conformidade com os três princípios. Ideias relativas ao terceiro princípio (conversa de decisão) foram as mais frequentes, enquanto o primeiro (conversa em equipe) foi o menos abordado.

**Quadro 2.** Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que abordaram a decisão compartilhada e comparação com modelo teórico

Identificação	Características do texto em relação à decisão compartilhada	Conformidade com o modelo conceitual de decisão compartilhada
Portaria MS 599/2012. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do tumor cerebral no adulto <sup>22</sup> .	Recomenda considerar as preferências do doente na escolha do tratamento. Aponta a manifestação voluntária, após esclarecimento dos riscos e benefícios, como critério para interromper o tratamento.	Conformidade parcial com o primeiro e o segundo princípios (conversa em equipe e de opções) ao incentivar a deliberação entre as partes.
Portaria MS 1.439/2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de esôfago <sup>29</sup> .	Para definir a técnica cirúrgica mais apropriada, recomenda considerar as preferências do paciente, após este estar devidamente esclarecido sobre resultados e consequências do procedimento.	Conformidade com o segundo e o terceiro princípios (conversa de opções e decisão).
Portaria MS 957/2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de pulmão <sup>31</sup> .	Destaca a importância de considerar as preferências do paciente para a escolha do tratamento e recomenda a tomada de decisão conjunta, com a participação ativa do doente. Trata da interrupção do tratamento por opção do indivíduo, após este estar esclarecido sobre os riscos e benefícios da decisão.	Conformidade com os três princípios.
Portaria MS 1.051/2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do linfoma folicular <sup>37</sup> .	Apresenta opções para o tratamento, sendo uma delas a espera vigilante, que se aplica a indivíduos assintomáticos. Para esse tratamento, refere a necessidade de compartilhar a decisão entre médico, doente e família.	Conformidade com o terceiro princípio (conversa de decisão).

continua...

Quadro 2. Continuação

Identificação	Características do texto em relação à decisão compartilhada	Conformidade com o modelo conceitual de decisão compartilhada
Portaria MS 516/2015. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cabeça e pescoço <sup>39</sup> .	Considera as preferências do doente para a escolha do tratamento do câncer de laringe. Para cânceres com mais de uma opção terapêutica, recomenda considerar, além das condições clínicas, as preferências individuais. Limita-se a um tipo de câncer do complexo anatômico abordado pelo documento.	Conformidade parcial com o terceiro princípio, sem destaque para a consideração dos riscos e benefícios das intervenções.
Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil; 2015 <sup>41</sup> .	Para evidências de nível moderado ou baixo, recomenda a decisão compartilhada, apresentando e valorizando o conceito. Mesmo com a recomendação favorável ao rastreamento do câncer de mama em determinadas faixas etárias, inclui a necessidade de considerar preferências e valores individuais.	Apresenta o conceito, mas não descreve nenhum modelo. Conformidade com os três princípios (conversa em equipe, de opções e de decisão).
Nota técnica conjunta MS/Inca 1/2015. Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul <sup>42</sup> .	Contraíndica o rastreamento do câncer de próstata, considerando que homens que demandarem esse exame devem conhecer riscos e benefícios. A decisão deve ser compartilhada com o profissional de saúde.	Conformidade com o segundo e o terceiro princípios (conversa de opções e decisão).
Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero; 2016 <sup>43</sup> .	Apresenta os limites das recomendações genéricas, propondo que se deve considerar características e valores individuais da paciente e a experiência do profissional. Pondera as recomendações de acordo com o nível de certeza da evidência.	Conformidade com o terceiro princípio (conversa de decisão).
Portaria MS 498/2016. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de próstata <sup>44</sup> .	Apresenta os limites do rastreamento e destaca a importância de informar os riscos e benefícios para a tomada de decisão quanto a esse procedimento e de considerar a opinião do paciente, discutindo opções terapêuticas para tumores de baixo risco.	Conformidade com o segundo e o terceiro princípios (conversa de opções e decisão).
Portaria conjunta SAS/SCTIE 3/2018. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de estômago <sup>47</sup> .	Destaca que para escolher o tratamento é necessário considerar, além de outros fatores, as preferências do paciente, apontando limitações das evidências científicas para estabelecer método padrão.	Conformidade parcial com o terceiro princípio (conversa de decisão).

## Discussão

Os resultados demonstram que protocolos e diretrizes clínicas para diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil reconhecem a importância de comunicar os riscos das intervenções, porém pouco se aprofundam na necessidade de incorporar valores individuais na tomada de decisão. Quando aparece, essa preocupação se expressa timidamente, em textos padronizados, que apontam riscos procedimentais específicos e destacam os termos de responsabilidade.

Esses termos são ferramentas burocráticas, que dão respaldo legal ao profissional, mas não

estimulam ou facilitam necessariamente a interação com o paciente. A literatura considera esses documentos imprescindíveis à tomada de decisão informada em saúde<sup>8</sup>, mas tal modelo baseia-se apenas na transmissão de informação, podendo trazer ansiedade ao paciente ao colocar sobre ele toda a responsabilidade<sup>5</sup>.

Fundamentados na premissa ética da participação dos indivíduos, estudos recentes revelam que a abordagem compartilhada melhora a relação interpessoal, diminui as chances de litígio por negligência médica e reduz custos financeiros tanto para o paciente como para o sistema de saúde. Com a discussão de prós e contras, a decisão tende a ser

moderada, evitando exames e tratamentos com efeitos colaterais mais graves e pouco benefício para o paciente<sup>50-52</sup>.

Esse ponto é especialmente relevante quando se trata de cânceres indolentes, cujo rastreamento ou tratamento podem trazer danos emocionais e físicos sem proporcionar benefício real. Essa preocupação é expressada em diretrizes, pois a aplicação de exames em indivíduos assintomáticos pode causar danos que impactam diretamente a qualidade de vida<sup>53,54</sup>. Os principais malefícios são resultados falso-positivos e falso-negativos, que levam a mais exames e terapias desnecessárias, e o sobrediagnóstico e sobretratamento, que se referem à identificação e intervenção em cânceres que não evoluiriam a ponto de ameaçar a vida da pessoa<sup>53</sup>.

Alguns documentos recomendam ponderar a decisão com o paciente antes de iniciar o tratamento de cânceres assintomáticos e de baixo risco<sup>37,44</sup>. Essa orientação também aparece nos critérios para interromper a terapêutica em curso de cânceres em adultos com altas taxas de mortalidade, como pulmonar e cerebral<sup>13,31</sup>.

Poucos documentos, no entanto, referem-se à limitação de evidências científicas para padronizar recomendações. O conhecimento científico, resultante de estudos bem projetados, é certamente um dos fatores a se considerar no complexo processo de tomada de decisão, mas no cotidiano da clínica influem também questões individuais. A depender do contexto em que estão inseridas, mesmo quando confrontadas com as mesmas informações, pessoas podem fazer escolhas completamente diferentes<sup>4</sup>.

Observa-se descompasso entre as diretrizes e o modelo conceitual de decisão compartilhada no que se refere à valorização de preferências e valores individuais. Elwyn e colaboradores<sup>20</sup>, como visto, apresentam pontos essenciais para incluir o paciente na tomada de decisão, com transição fluida entre três passos. No entanto, os documentos pesquisados enfatizam a discussão dos riscos e benefícios das intervenções e a decisão em si, com pouco foco na conversa em equipe e no trabalho conjunto. Apenas dois textos se mostraram em conformidade com os três princípios, e o primeiro destes (conversa em equipe) foi o menos presente.

Embora seja o menos reconhecido pelos documentos, o primeiro passo tem a valiosa intenção de diminuir a disparidade de conhecimento na relação clínica, propondo ampla discussão a fim de conhecer o que o paciente preza em relação a sua saúde<sup>20</sup>. O resultado da pesquisa, portanto, demonstra a

negligência estrutural de expectativas e valores do indivíduo na definição dos desfechos clínicos.

Já as ideias relativas à conversa de decisão (terceiro passo) foram as mais presentes nos documentos, que reconhecem a necessidade de definir intervenções e tratamentos quando há mais de uma opção viável. Entretanto, esse passo, de forma isolada, não atende à complexa tarefa de incorporar o usuário no processo de decisão, pois quando se negligencia a parceria e o entendimento sobre o que é importante para o paciente, o resultado é um plano de cuidado discordante com o contexto de vida<sup>19</sup>.

A relação clínica deve estar baseada em confiança, sincronia e parceria entre os envolvidos, que juntos buscam entender o problema e pensar soluções. Nesse processo, é essencial que o profissional conheça o paciente, considerando os múltiplos aspectos que afetam sua percepção sobre saúde, como história de vida e influência do círculo social e familiar<sup>55</sup>.

A expressão “decisão compartilhada” – de uso relativamente recente no Brasil – foi citada por apenas um documento, que, embora a tenha definido, não traz orientações para colocá-la em prática<sup>41</sup>. Estudos referem que, nesse tipo de decisão, é necessário que o profissional empregue habilidades relacionais e se mostre disponível para conhecer desejos e preferências do paciente<sup>56,57</sup>, mudando mentalmente seu papel de decisor para parceiro<sup>17</sup>. Nenhuma das diretrizes analisadas, no entanto, demonstra como incluir o indivíduo na tomada de decisão.

No Brasil, a valorização da autonomia é descrita em políticas nacionais como as de humanização<sup>58</sup>, promoção da saúde, atenção básica e até na de prevenção e controle do câncer, de forma mais discreta<sup>59</sup>. Essa abordagem, contudo, esteve ausente da maioria dos documentos aqui analisados, que padronizam a conduta para o cuidado de pacientes com câncer no SUS.

Autores que apontam a decisão compartilhada como ainda pouco explorada no Brasil identificam como dificuldades a resistência dos profissionais de saúde e o pouco incentivo para a incorporação dessa prática<sup>52,60</sup>. Por outro lado, estudos que apresentam ações já consolidadas em outros países atribuem o sucesso a leis e políticas que estimulam a participação do paciente<sup>61</sup>. Desse modo, além da construção individual da autonomia, é preciso condições sociais favoráveis, como acesso à informação, leis democráticas, políticas públicas e cultura de participação ativa<sup>61,62</sup>.

## Considerações finais

O estudo buscou averiguar como a tomada de decisão compartilhada é tratada nos protocolos e diretrizes sobre câncer no país. No entanto, verificou-se que esses documentos, em sua maioria, refletem práticas paternalistas em que o médico assume o papel de único decisor, sem considerar crenças e valores do paciente ao planejar o cuidado. As poucas menções à decisão compartilhada se restringiam à prática do rastreamento – devido a seus riscos –, ao tratamento de cânceres indolentes e à interrupção do tratamento em curso.

Dessa forma, recomenda-se a futuras pesquisas ampliar o debate sobre a participação do indivíduo em decisões que o afetam, visto que este engajamento é premissa ética que, se cumprida, pode melhorar a adesão ao cuidado e aumentar a satisfação com os serviços de saúde. Além disso, é necessário romper com o modelo paternalista de cuidado, que desconsidera expectativas e preferências individuais, negligenciando o estímulo à parceria entre médico e paciente. Para que mudança cultural como essa ocorra, os documentos que orientam a conduta dos profissionais devem chamar atenção para a necessidade de participação ativa do indivíduo em todas as etapas do cuidado.

## Referências

- Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, editores. Clinical practice guidelines we can trust [Internet]. Washington: National Academies Press; 2011 [acesso 24 maio 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2USsGO3>
- Armendane GD. Por um cuidado respeitoso. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2018 [acesso 27 jun 2018];26(3):343-9. DOI: 10.1590/1983-80422018263253
- Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age: what physician-patient roles foster the most ethical relationship? Hastings Cent Rep [Internet]. 1972 [acesso 27 jun 2018];2(3):5-7. Disponível: <https://bit.ly/3bKq37K>
- McCormack J, Elwyn G. Shared decision is the only outcome that matters when it comes to evaluating evidence-based practice. BMJ Evid Based Med [Internet]. 2018 [acesso 17 jan 2018];23(4):137-9. DOI: 10.1136/bmjebm-2018-110922
- Sandman L, Munthe C. Shared decision-making and patient autonomy. Theor Med Bioeth [Internet]. 2009 [acesso 18 ago 2019];30(4):289-310. DOI: 10.1007/s11017-009-9114-4
- Wang YY. Patient-centered medicine: transforming the clinical method: second edition. Int J Integr Care [Internet]. 2005 [acesso 24 maio 2018];5:e20. Disponível: <https://bit.ly/34firaV>
- Durand MA, Song J, Yen RW, Sepucha K, Politi MC, Dhage S *et al.* Adapting the breast cancer surgery decision quality instrument for lower socioeconomic status: improving readability, acceptability, and relevance. MDM Policy Pract [Internet]. 2018 [acesso 21 jan 2018];3(2). DOI: 10.1177/2381468318811839
- 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 [Internet]. 1997 [acesso 17 jan 2018];44(5):681-92. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00221-3
- Souza KAO, Souza LEPE. Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate [Internet]. 2018 [acesso 28 jan 2018];42(n esp 2):48-60. DOI: 10.1590/0103-11042018s204
- Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 29 abr 2011 [acesso 19 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2wKL5UZ>
- Elwyn G, Burstin H, Barry MJ, Corry MP, Durand MA, Lessler D, Saigal C. A proposal for the development of national certification standards for patient decision aids in the US. Health Policy [Internet]. 2018 [acesso 17 jan 2018];122(7):703-6. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.04.010
- Merchant FM, Dickert NW Jr, Howard DH. Mandatory shared decision making by the Centers for Medicare & Medicaid Services for cardiovascular procedures and other tests. Jama [Internet]. 2018 [acesso 9 jan 2020];320(7):641-2. DOI: 10.1001/jama.2018.6617
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2018 [acesso 23 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2X4ReG6>
- Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. RBHCS [Internet]. 2009 [acesso 23 ago 2018];1(1). Disponível: <https://bit.ly/3dHkbOe>
- Protocolos e diretrizes. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde [Internet]. 7 mar 2016 [acesso 16 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3bLvTWe>
- Publicações. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. 2019 [acesso 16 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3aE7fxv>

17. Steffensen KD, Vinter M, Crüger D, Dankl K, Coulter A, Stuart B, Berry LL. Lessons in integrating shared decision-making into cancer care. *J Oncol Pract* [Internet]. 2018 [acesso 16 ago 2019];14(4):229-36. DOI: 10.1200/JOP.18.00019
18. Hargraves I, LeBlanc A, Shah ND, Montori VM. Shared decision making: the need for patient-clinician conversation, not just information. *Health Aff* [Internet]. 2016 [acesso 2 abr 2020];35(4):627-9. DOI: 10.1377/hlthaff.2015.1354
19. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P *et al.* Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2012 [acesso 8 ago 2018];27(10):1361-7. DOI: 10.1007/s11606-012-2077-6
20. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z *et al.* A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* [Internet]. 2017 [acesso 8 ago 2018];359:j4891. DOI: 10.1136/bmj.j4891
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 602, de 26 de junho de 2012. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de fígado no adulto. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 28 jun 2012 [acesso 24 maio 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2UCz8ts>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 599, de 26 de junho de 2012. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do tumor cerebral no adulto. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 28 jun 2012 [acesso 26 maio 2018]. Disponível: <https://bit.ly/3bWaQRd>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 114, de 10 de fevereiro de 2012. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas: tratamento da leucemia mieloide crônica de criança e adolescente com mesilato de imatinibe. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 17 fev 2012 [acesso 24 maio 2018]. Disponível: <https://bit.ly/3aCRH6d>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 115, de 10 de fevereiro de 2012. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas: tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo de criança e adolescente com mesilato de imatinibe. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 17 fev 2012 [acesso 24 maio 2018]. Disponível: <https://bit.ly/3dMSunl>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 312, de 27 de março de 2013. Aprova o protocolo de tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo de adulto com mesilato de imatinibe. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 28 mar 2013 [acesso 7 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2UA8oKO>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 357, de 8 de abril de 2013. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do melanoma maligno cutâneo. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 9 abr 2013 [acesso 24 maio 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2UWfjbx>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.219, de 4 de novembro de 2013. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da leucemia mieloide crônica do adulto. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 5 nov 2013 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2xJQUSq>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.440, de 16 de dezembro de 2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de células renais. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 17 dez 2014 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3dOfG4B>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.439, de 16 de dezembro de 2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de esôfago. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 17 dez 2014 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2wYl2bD>
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 958, de 26 de setembro de 2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cólon e reto. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 29 set 2014 [acesso 18 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2xH6caQ>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 957, de 26 de setembro de 2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de pulmão. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 29 set 2014 [acesso 19 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2xl7ORH>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 705, de 12 de agosto de 2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas da leucemia mieloide aguda do adulto. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 13 ago 2014 [acesso 19 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3bQLJzb>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 840, de 8 de setembro de 2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas da leucemia mieloide aguda de crianças e adolescentes. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 10 set 2014 [acesso 19 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/39yFIFL>
34. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Instituto Ronald McDonald. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente [Internet]. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Inca; 2014 [acesso 24 maio 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2UWt123>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 956, de 26 de setembro de 2014. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do linfoma difuso de grandes células B. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 29 set 2014 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3dQHjpx>
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 7, de 3 de janeiro de 2014. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do carcinoma diferenciado da tireoide. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 7 jan 2014 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2UWtn8T>
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.051, de 10 de outubro de 2014. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do linfoma folicular. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 10 out 2014 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/39B65Lg>

38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 494, de 18 de junho de 2014. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tumor do estroma gastrointestinal. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 20 jun 2014 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2UYtPmW>
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 516, de 17 de junho de 2015. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cabeça e pescoço. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 18 jun 2015 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2xioMPT>
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 708, de 6 de agosto de 2015. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do mieloma múltiplo. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 7 ago 2015 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2UUIrZA>
41. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2015 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3bPqKMP>
42. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Nota técnica conjunta nº 1/2015. Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul [Internet]. 26 jun 2015 [acesso 18 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2wWrQYx>
43. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2ª ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: Inca; 2016 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2JxHOv1>
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 498, de 11 de maio de 2016. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de próstata. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 12 maio 2016 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2w6D1xh>
45. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2wLctOI>
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 6, de 23 de fevereiro de 2018. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do hemangioma infantil. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 1º mar 2018 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2R5gIVz>
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 3, de 15 de janeiro de 2018. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de estômago. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 17 jan 2018 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3aEUIIH>
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 19, de 3 de julho de 2018. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de mama. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 16 jul 2018 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2V2885Q>
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 1, de 7 de janeiro de 2019. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas de neoplasia maligna epitelial de ovário. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 14 jan 2019 [acesso 18 ago 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2UCz4Kf>
50. Durand MA, Moulton B, Cockle E, Mann M, Elwyn G. Can shared decision-making reduce medical malpractice litigation? A systematic review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015 [acesso 18 ago 2019];15:167. DOI: 10.1186/s12913-015-0823-2
51. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. Jama Intern Med [Internet]. 2015 [acesso 20 fev 2019];175(2):274-86. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.6016
52. Rocha EM, Alves M, Antunes-Foschini RMS, Bernardo WM. The power of a shared decision-making approach in the field of ophthalmology: will what is written in the medical and lay press work for my patient? Arq Bras Oftalmol [Internet]. 2017 [acesso 25 jun 2018];80(4):V-VI. DOI: 10.5935/0004-2749.20170051
53. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acesso 22 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2UE8y2Y>
54. Stein AT, Lang E, Migowski A. Implementing clinical guidelines: a need to follow recommendations based on the best evidence available. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2018 [acesso 8 jan 2020];21:e180021. DOI: 10.1590/1980-549720180021
55. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ª ed. São Paulo: Artmed; 2017.
56. Dannenberg MD, Durand MA, Montori VM, Reilly C, Elwyn G. Existing evidence summarization methods cannot guarantee trustworthy patient decision aids. J Clin Epidemiol [Internet]. 2018 [acesso 16 jan 2018];102:69-77. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2018.06.003
57. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. Physis [Internet]. 2018 [acesso 8 jan 2020];28(2):e280206. DOI: 10.1590/s0103-73312018280206
58. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: PNH [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso 9 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2X37vvl>

59. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 3 out 2017 [acesso 9 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3dNXdVR>
60. Abreu MM, Battisti R, Martins RS, Baumgratz TD, Cuziol M. Shared decision making in Brazil: history and current discussion. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes [Internet]. 2011 [acesso 24 maio 2018];105(4):240-4. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.04.009
61. Coulter A, Edwards A, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the UK. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes [Internet]. 2011 [acesso 18 ago 2019];105(4):300-4. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.04.014
62. Nunes FDBRS, Almeida ADL. Informação médica e consentimento de pessoas com câncer. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2018 [acesso 15 jun 2019];26(1):119-26. DOI: 10.1590/1983-80422018261233

#### Participação das autoras

Renata Oliveira Maciel dos Santos concebeu o projeto, buscou e analisou os protocolos e as diretrizes, redigiu o artigo e realizou a revisão final. Mirhelen Mendes de Abreu revisou o conteúdo e escreveu as seções "Discussão" e "Resultados". Elyne Montenegro Engstrom participou da elaboração do projeto, analisou os protocolos e as diretrizes e revisou todo o conteúdo.

#### Correspondência

Renata Oliveira Maciel dos Santos – Rua Marquês de Pombal, 125, Centro CEP 20230-240. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Renata Oliveira Maciel dos Santos – Doutoranda – [renata.santos@inca.gov.br](mailto:renata.santos@inca.gov.br)

 0000-0002-6747-0184

Mirhelen Mendes de Abreu – Doutora – [mirhelen.abreu@gmail.com](mailto:mirhelen.abreu@gmail.com)

 0000-0002-2264-0442

Elyne Montenegro Engstrom – Doutora – [elyneengstrom@gmail.com](mailto:elyneengstrom@gmail.com)

 0000-0001-6149-3396

