Tomada de decisão compartilhada: o que é, como aplicar na consulta e como registrar no prontuário

Em resumo

- A tomada de decisão compartilhada é um processo em que médico e paciente escolhem juntos uma conduta, integrando evidências científicas, experiência clínica e os valores do paciente.
- O modelo se distingue do paternalista, no qual o médico decide sozinho, e do informativo, no qual o paciente decide sozinho após receber informações técnicas.
- Sua indicação principal são as decisões em que existe mais de uma opção clinicamente aceitável.
- A aplicação pode ser organizada em seis etapas, da preparação da consulta ao registro em prontuário.

Durante grande parte da história da medicina, a escolha do tratamento foi considerada atribuição exclusiva do médico. Partia-se da premissa de que o conhecimento técnico seria suficiente para determinar o que é melhor para cada pessoa, mas essa premissa passou a ser questionada à medida que se consolidaram o princípio da autonomia na bioética, a medicina baseada em evidências e o reconhecimento de que muitas decisões clínicas não têm uma única resposta correta.

O perfil do paciente também mudou. O acesso amplo a informações de saúde faz com que muitas pessoas cheguem à consulta com dúvidas, expectativas e, por vezes, conclusões prévias sobre o próprio quadro. Nesse contexto, a tomada de decisão compartilhada consolidou-se como referência para conduzir as decisões que envolvem escolha entre alternativas.

Neste artigo exploramos o conceito, a origem e os fundamentos éticos desse modelo, comparando-o com outros modelos de decisão na relação médico-paciente e analisando o que a literatura científica demonstra sobre seus resultados. Confira ainda de forma prática como aplicar o modelo na consulta, presencial ou remota, e como registrá-lo no prontuário eletrônico.

- O que é tomada de decisão compartilhada?
- Os três modelos de decisão na relação médico-paciente
- Decisão compartilhada e consentimento informado: qual a diferença?

- Quando usar e quando não usar a decisão compartilhada
- Benefícios da tomada de decisão compartilhada
- Como aplicar a decisão compartilhada na consulta: passo a passo + checklist
- Como comunicar riscos e benefícios sem confundir o paciente
- Ferramentas de apoio à decisão
- Como registrar a decisão compartilhada no prontuário eletrônico
- Decisão compartilhada na teleconsulta
- Desafios comuns e como superá-los
- Exemplo prático: rastreamento do câncer de próstata
- Aspectos éticos e legais
- Perguntas frequentes



O que é tomada de decisão compartilhada?

A tomada de decisão compartilhada é um processo colaborativo no qual médico e paciente avaliam juntos as opções disponíveis de investigação diagnóstica, rastreamento ou tratamento, considerando as melhores evidências científicas, a experiência clínica do profissional e os valores, preferências e circunstâncias de vida do paciente, até chegarem a uma decisão de comum acordo.

O fundamento do modelo é o reconhecimento de que uma boa decisão clínica depende de dois tipos de conhecimento. O médico detém o conhecimento sobre a doença, as alternativas de tratamento, a probabilidade de benefícios e de efeitos adversos e o prognóstico associado a cada

caminho. O paciente detém o conhecimento sobre si mesmo: suas prioridades, sua rotina, sua tolerância a riscos, suas condições financeiras e familiares e o significado que atribui a cada desfecho possível. Nenhuma dessas fontes, isoladamente, é suficiente para definir a conduta mais adequada.

Elwyn e colaboradores, em revisão publicada em 2025 no *Journal of General Internal Medicine*[1], descrevem a tomada de decisão compartilhada como uma colaboração que combina ciência, experiência clínica e preferências individuais na comparação das opções disponíveis. O foco do processo está na própria escolha: médico e paciente trabalham para selecionar o curso de ação que melhor reflita as evidências e aquilo que mais importa para aquela pessoa.

Dois esclarecimentos são necessários para evitar interpretações equivocadas. Primeiro, compartilhar a decisão não significa transferir ao paciente toda a responsabilidade pela escolha. O médico continua a orientar, a recomendar e a acompanhar, e o paciente não é deixado sozinho diante de informações complexas. Segundo, a decisão compartilhada não se restringe a um único encontro. Ela pode se estender por várias consultas e deve ser revista quando houver mudanças no quadro clínico, na resposta ao tratamento ou no contexto de vida do paciente.

Origem do conceito

A expressão *shared decision making* ganhou difusão nos Estados Unidos no início da década de 1980, quando foi adotada em relatório da comissão presidencial norte-americana dedicada aos problemas éticos em medicina. Antes disso, em 1972, o bioeticista Robert Veatch já havia descrito diferentes modelos de relação entre médico e paciente, incluindo um modelo baseado na colaboração entre as partes.

Na década de 1990, dois trabalhos tornaram-se referência. Ezekiel J. Emanuel e Linda L. Emanuel (1992)[2] propuseram quatro modelos de relação médico-paciente, do paternalista ao deliberativo. Charles, Gafni e Whelan (1997)[3], pesquisadores da Universidade McMaster, no Canadá, definiram as características mínimas da decisão compartilhada: o envolvimento de ao menos dois participantes, o compartilhamento de informações entre eles, a participação de ambos na construção de um consenso sobre o tratamento preferido e a concordância final sobre o tratamento a ser implementado.

Por que o modelo ganhou relevância

A expansão da tomada de decisão compartilhada decorre da convergência de quatro fatores. O primeiro é a consolidação do princípio da autonomia, que reconhece o direito do paciente de decidir sobre o próprio corpo e a própria saúde. O segundo é a medicina baseada em evidências, que evidenciou que muitas intervenções apresentam equilíbrio entre benefícios e danos, de modo que a

escolha depende do peso que cada pessoa atribui a esses desfechos. O terceiro é o aumento da prevalência de doenças crônicas, cujo controle exige participação ativa e contínua do paciente. O quarto é a ampliação do acesso à informação em saúde, que modificou as expectativas dos pacientes em relação à consulta.

No Brasil, o tema tem recebido atenção crescente na literatura de bioética e de atenção primária. Ainda assim, análise de Tanure, Bampi e Albuquerque[4] concluiu que a tomada de decisão compartilhada permanece uma lacuna nas normativas nacionais e nos documentos que orientam as políticas públicas de saúde, o que indica que sua incorporação à prática clínica brasileira ainda está em curso.

Os três modelos de decisão na relação médico-paciente

A literatura costuma descrever três modelos principais de tomada de decisão clínica: o paternalista; o informativo, também chamado de consumista ou de decisão informada; e o compartilhado. Compreender as diferenças entre eles é o ponto de partida para entender o que o modelo de decisão compartilhada propõe.

Modelo paternalista

O médico define a conduta com base no que considera melhor para o paciente, orientado pelos princípios da beneficência e da não maleficência. A informação é transmitida de forma seletiva, e espera-se que o paciente aceite a indicação. O modelo ainda é adequado em situações de emergência, mas, fora delas, tende a desconsiderar os valores do paciente e a reduzir sua autonomia.

Modelo informativo

O médico apresenta as informações técnicas sobre as alternativas e o paciente decide sozinho. A autonomia é preservada formalmente, mas o profissional se abstém de orientar ou recomendar. O resultado pode ser a sobrecarga do paciente com dados que ele não tem condições de interpretar e a sensação de ter sido deixado sozinho diante de uma escolha difícil.

Modelo compartilhado

Médico e paciente trocam informações em ambas as direções: o médico aporta as evidências e sua experiência, e o paciente aporta seus valores e seu contexto. A decisão resulta de uma deliberação conjunta, na qual o médico pode e deve emitir recomendações, desde que fundamentadas nas prioridades expressas pelo paciente. Como sintetiza Forte (2022)[5], a decisão compartilhada não é nem paternalista nem consumista, mas um meio-termo entre as duas.

Aspecto	Paternalista	Informativo	Compartilhado
Quem decide	O médico	O paciente	Médico e paciente, em conjunto
Fluxo de informação	Do médico para o paciente, de forma seletiva	Do médico para o paciente, de forma técnica	Bidirecional: evidências e valores
Papel do médico	Escolher a conduta	Fornecer dados	Informar, explorar preferências, recomendar e deliberar
Papel do paciente	Aceitar a indicação	Escolher sozinho	Expressar valores e participar da escolha
Principal limitação	Desconsidera os valores e a autonomia do paciente	Pode gerar sobrecarga e sensação de abandono	Exige tempo e habilidades de comunicação

Tomada de decisão na consulta

Comparação entre os modelos paternalista, informativo e de decisão compartilhada

Na relação médico-paciente, a escolha da conduta pode seguir modelos diferentes. A principal diferença está em quem decide e como médico e paciente participam do processo.

1. Modelo paternalista

Decisão centralizada no médico



Quem define a conduta?	O médico decide com base no que considera melhor para o paciente.
Papel do médico	Avalia o caso, seleciona a conduta e transmite a orientação de forma mais diretiva.
Papel do paciente	Recebe a orientação e tende a ter pouca participação na escolha.
Ponto de atenção	Pode reduzir a autonomia do paciente e desconsiderar seus valores.
Quando pode ser adequado	Situações de emergência ou iminente risco de morte.

2. Modelo informativo

Decisão centralizada no paciente



Quem define a conduta?	O paciente decide sozinho após receber as informações técnicas.
Papel do médico	Explica as alternativas, riscos e benefícios, mas evita recomendar.
Papel do paciente	Assume a decisão com maior autonomia formal.
Ponto de atenção	Pode gerar sobrecarga de informação e sensação de estar sozinho diante da escolha.
Quando pode aparecer	Quando o profissional adota postura apenas informativa, sem deliberação conjunta.

3. Decisão compartilhada

Decisão construída em conjunto



Quem define a conduta?	Médico e paciente chegam juntos à decisão.
Papel do médico	Apresenta as evidências, esclarece riscos e benefícios, recomenda e ajuda a deliberar.
Papel do paciente	Traz seus valores, preferências, rotina, preocupações e objetivos.
Ponto forte	Integra evidências científicas, experiência clínica e valores do paciente.
Quando é mais indicada	Quando existem duas ou mais opções clinicamente aceitáveis e a escolha depende das preferências do paciente.

Diferença essencial

- **Paternalista** — médico decide
- **Informativo** — paciente decide sozinho
- **Compartilhada** — médico e paciente deliberam juntos

Na prática, a decisão compartilhada costuma seguir 6 etapas

1. Identificar a decisão
2. Convidar o paciente a participar
3. Apresentar as opções
4. Explorar valores e preferências
5. Deliberar em conjunto
6. Registrar no prontuário

Importante: decisão compartilhada não significa deixar o paciente sozinho. O médico continua responsável por orientar, recomendar e acompanhar.

Decisão compartilhada e consentimento informado: qual a diferença?

Os dois conceitos são frequentemente confundidos porque ambos derivam do princípio da autonomia e envolvem o esclarecimento do paciente. Eles têm, contudo, objetivos distintos.

O consentimento informado é a autorização que o paciente concede para a realização de um procedimento após ser esclarecido sobre seus riscos, benefícios e alternativas. Seu foco é a aceitação ou a recusa de uma proposta já definida. A tomada de decisão compartilhada, por sua vez, ocorre antes: é o processo pelo qual se escolhe qual proposta será adotada. Em termos práticos, a decisão compartilhada define o caminho e o consentimento informado formaliza a concordância com ele.

Eler (2023)[6] observa que, na prática clínica brasileira, o consentimento informado ainda é o modelo de tomada de decisão mais adotado pelos profissionais de saúde, enquanto a decisão compartilhada permanece pouco implementada. Isso significa que muitos serviços cumprem a etapa formal de autorização sem que o paciente tenha participado efetivamente da escolha.

Aspecto	Consentimento informado	Tomada de decisão compartilhada
Objetivo	Obter autorização para uma conduta	Escolher a conduta mais adequada
Momento	Após a definição da proposta	Antes da definição da proposta
Natureza	Ato formal, geralmente pontual	Processo de diálogo, que pode se estender por várias consultas
Registro	Termo de consentimento (TCLE) e prontuário	Prontuário, com as opções discutidas e a decisão tomada

Quando usar e quando não usar a decisão compartilhada

A tomada de decisão compartilhada é especialmente indicada nas chamadas decisões sensíveis a preferências, isto é, aquelas em que a escolha mais adequada depende do valor que o paciente atribui aos possíveis desfechos. Nesses casos, duas pessoas com o mesmo diagnóstico e o mesmo prognóstico podem fazer escolhas diferentes, e ambas podem ser corretas.

O modelo é particularmente útil nas seguintes situações:

- **Existência de duas ou mais opções clinicamente razoáveis**, incluindo a opção de não intervir ou de manter observação ativa.
- **Evidência incerta ou equilibrada**, quando os estudos não demonstram superioridade clara de uma alternativa sobre outra.
- **Opções com perfis distintos de risco e benefício**, como na comparação entre tratamento cirúrgico e conservador.
- **Rastreamentos com benefício incerto e risco de sobrediagnóstico**, como o rastreamento do câncer de próstata.
- **Doenças crônicas**, cujo tratamento depende da adesão e de mudanças na rotina do paciente.

- **Decisões com impacto funcional, estético ou reprodutivo**, como a escolha de método contraceptivo ou da via de parto.
- **Cuidados paliativos e decisões de fim de vida**, nas quais os objetivos de cuidado do paciente orientam a intensidade das intervenções.

Situações em que o modelo deve ser adaptado

Há circunstâncias em que a deliberação conjunta não é possível ou precisa ser modificada. Em emergências com iminente risco de morte, a necessidade de ação imediata prevalece, e o próprio Código de Ética Médica[7] excetua essas situações do dever de respeitar a decisão livre do paciente.

Quando existe uma única conduta com benefício claramente superior, o espaço para escolha é menor, embora o paciente continue tendo o direito de ser informado e de recusar o tratamento.

Também há pacientes que preferem não participar da decisão. Essa preferência deve ser identificada e respeitada, pois a decisão de delegar a escolha ao médico é, ela própria, um exercício de autonomia.

O ponto central é que a participação seja oferecida de forma explícita, e não imposta. Mesmo quando o paciente delega a escolha, conhecer seus valores e objetivos permite que o médico decida de forma mais alinhada à sua realidade.

Quando o paciente não tem capacidade de decidir

A capacidade decisória é uma avaliação clínica específica para cada decisão e pode variar ao longo do tempo, como ocorre em quadros de *delirium* ou em fases diferentes de uma demência. Por isso, ela deve ser reavaliada sempre que necessário, e uma limitação pontual não deve ser tomada como incapacidade permanente.

Quando o paciente não tem condições de participar, a decisão envolve seu representante legal ou familiares. Nesse caso, o objetivo da deliberação não é identificar o que o familiar prefere, mas reconstruir o que o paciente escolheria com base nos valores que expressou ao longo da vida. As diretivas antecipadas de vontade, regulamentadas pela Resolução CFM nº 1.995/2012[8], são um instrumento importante nesse contexto, pois registram previamente as preferências do paciente.

A literatura recente também questiona a substituição automática do paciente com demência na tomada de decisão. Madeiro e Albuquerque (2025)[9] defendem que, sempre que possível, esses pacientes sejam apoiados para participar das decisões, em vez de serem considerados incapazes de forma generalizada.

Benefícios da tomada de decisão compartilhada

Os benefícios do modelo se distribuem entre o paciente, o médico e o serviço de saúde. Eles derivam, em grande parte, de uma mesma causa: decisões tomadas com informação adequada e alinhadas aos valores do paciente tendem a ser melhor compreendidas, mais aceitas e mais sustentáveis ao longo do tempo.

Para o paciente

O paciente compreende melhor sua condição e as alternativas disponíveis, desenvolve expectativas mais realistas sobre os resultados do tratamento e tem maior segurança em relação à escolha feita. Como a decisão considera sua rotina, suas prioridades e suas limitações, a probabilidade de que ele consiga cumprir o plano terapêutico é maior. Há ainda um benefício de natureza ética: o reconhecimento do paciente como sujeito do próprio cuidado.

Para o médico

Para o médico, a decisão compartilhada fortalece a relação de confiança e reduz desencontros de expectativas, que estão entre as causas mais frequentes de insatisfação e de conflitos. Quando os riscos, os benefícios e as incertezas são discutidos de forma explícita e registrados, o profissional também dispõe de documentação consistente sobre a condução do caso. Além disso, conhecer os valores do paciente permite ajustar a conduta com mais precisão, o que é especialmente relevante no acompanhamento de doenças crônicas.

Para o consultório

No âmbito do consultório ou da clínica, a experiência de ser ouvido e de participar das decisões contribui para a satisfação e para a continuidade do vínculo com o paciente. Uma decisão bem compreendida também tende a gerar menos dúvidas após a consulta e menos abandonos de tratamento, melhorando as taxas de fidelização da clínica.

O que dizem os estudos

A principal evidência sobre o tema vem das revisões da *Cochrane Collaboration*. A revisão de Stacey e colaboradores (2024)[10] sobre ferramentas de apoio à decisão reuniu 209 estudos, com 107.698 participantes, envolvendo 71 decisões diferentes, sobretudo sobre tratamentos

cardiovasculares e rastreamento e tratamento de câncer. O uso dessas ferramentas esteve associado a maior conhecimento sobre as opções, percepção mais precisa dos riscos e benefícios, maior sensação de estar informado e de ter clareza sobre os próprios valores e participação mais ativa na decisão, sem aumento do arrependimento em relação à escolha feita.

No Brasil, estudo de Gulinelli e colaboradores (2004)[11], publicado na *Revista da Associação Médica Brasileira*, entrevistou 363 pacientes do serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP sobre decisões relativas a doenças graves. Do total, 82,2% desejavam ser informados sobre as opções terapêuticas e 50,8% desejavam participar da decisão. O estudo também identificou diferenças entre os sexos: 58,5% das mulheres e 39,6% dos homens queriam participar. Esses dados indicam que a maioria dos pacientes deseja informação, mas que o grau de participação desejado varia, o que reforça a necessidade de perguntar a cada paciente o quanto ele quer se envolver.

A análise das evidências, contudo, exige equilíbrio. A revisão integrativa de Glebocki e Corneau (2021)[12], publicada na *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, avaliou a relação entre decisão compartilhada e desfechos clínicos na atenção primária. Os estudos sobre depressão mostraram associação positiva com a melhora dos sintomas, mas os estudos sobre hipertensão e diabetes não demonstraram associação significativa com o controle pressórico, a hemoglobina glicada ou o LDL. Os autores apontam que a falta de uniformidade na definição do conceito limita a qualidade das pesquisas.

De forma semelhante, a revisão *Cochrane* de Légaré e colaboradores (2018)[13], que avaliou 87 estudos sobre intervenções para ampliar o uso da decisão compartilhada pelos profissionais, concluiu que ainda não é possível afirmar quais estratégias de implementação funcionam melhor, devido à baixa qualidade da evidência disponível.

Em síntese, as evidências são consistentes quanto aos ganhos em conhecimento, compreensão de riscos e participação do paciente, e menos conclusivas quanto ao impacto direto em desfechos clínicos. Esse cenário não enfraquece o modelo, cuja justificativa principal é ética: o paciente tem o direito de participar das decisões sobre a própria saúde.

Como aplicar a decisão compartilhada na consulta: passo a passo + checklist

Diversos modelos procuram estruturar a tomada de decisão compartilhada. Um dos mais citados é o de Elwyn e colaboradores (2012)[14], que organiza o processo em três momentos de conversa: a apresentação de que existe uma escolha a ser feita, a discussão das opções e a decisão

propriamente dita. Na revisão de 2025 citada anteriormente, os mesmos autores acrescentam princípios como o convite explícito à participação, a garantia de não abandono, a participação de outras pessoas, a continuidade do processo decisório, o mapeamento dos objetivos do paciente e a deliberação conjunta.

As seis etapas descritas a seguir integram essas referências em uma sequência aplicável à rotina do consultório. Para cada etapa, são apresentados o objetivo e exemplos de frases que podem ser utilizadas na conversa com o paciente.

1. Prepare a consulta e identifique a decisão

Antes da consulta, o médico deve revisar o histórico do paciente, os exames disponíveis e as evidências sobre as alternativas aplicáveis ao caso. O passo seguinte é definir com clareza qual decisão precisa ser tomada. Uma decisão mal delimitada, como "o que fazer com a pressão arterial", dificulta a discussão. Uma decisão bem delimitada, como "iniciar medicação agora ou manter mudanças de estilo de vida por três meses e reavaliar", permite comparar as opções de forma objetiva.

> ***Frase de exemplo:*** *"Hoje precisamos decidir como vamos tratar o seu quadro. Existem algumas possibilidades, e gostaria de analisá-las com você."*

2. Convide o paciente a participar

O convite deve ser explícito. Muitos pacientes não sabem que existe mais de uma opção válida e presumem que o médico já tem uma resposta definida. Nesta etapa, é importante comunicar que não há uma única escolha correta, que a opinião do paciente é relevante e que o médico continuará apoiando a decisão, qualquer que seja ela. Também é o momento de perguntar o quanto o paciente deseja participar e se gostaria que algum familiar estivesse envolvido.

> ***Frases de exemplo:*** *"Neste caso, existe mais de um caminho adequado, e a melhor escolha depende do que é mais importante para você." · "Vou explicar as opções e dizer o que penso, mas gostaria de tomar essa decisão junto com você."*

3. Apresente as opções

O médico deve descrever todas as alternativas razoáveis, incluindo a de não tratar ou de manter observação, quando aplicável. Para cada opção, devem ser apresentados os benefícios esperados, os riscos e efeitos adversos, a probabilidade de cada desfecho e as implicações práticas, como custo, tempo de tratamento, necessidade de afastamento das atividades e frequência de retornos. A linguagem deve ser acessível e os riscos devem ser expressos em números absolutos, como detalhado na próxima seção.

Ao final, é recomendável verificar a compreensão do paciente pedindo que ele explique, com as próprias palavras, o que entendeu sobre as opções. Essa técnica, conhecida como *teach-back*, permite identificar e corrigir mal-entendidos antes da decisão.

> ***Frases de exemplo:*** *"A primeira opção é... Os principais benefícios são... e os riscos mais frequentes são..." · "Para eu ter certeza de que expliquei bem, você poderia me dizer como entendeu as diferenças entre as opções?"*

4. Explore valores, objetivos e preferências

Esta é a etapa que distingue a decisão compartilhada de uma simples explicação sobre o tratamento. O objetivo é compreender o que o paciente valoriza, o que teme e quais são seus objetivos de vida e de saúde. Um paciente pode priorizar o retorno rápido ao trabalho; outro, evitar uma cirurgia a qualquer custo; outro, reduzir ao máximo o número de medicamentos. Essas prioridades só se tornam conhecidas quando o médico pergunta diretamente.

> ***Frases de exemplo:*** *"Pensando nessas opções, o que é mais importante para você?" · "Existe algum aspecto do tratamento que mais preocupa você?" · "Como cada uma dessas opções se encaixaria na sua rotina?"*

5. Deliberem e cheguem a uma decisão

Uma vez apresentadas as opções e identificados os valores do paciente, médico e paciente relacionam essas duas dimensões. O médico pode e deve apresentar sua recomendação, desde que ela seja justificada a partir das prioridades expressas pelo paciente. A decisão não precisa ser tomada imediatamente: o paciente pode precisar de tempo para refletir, conversar com familiares ou buscar uma segunda opinião, e essa possibilidade deve ser oferecida.

> ***Frases de exemplo:*** *"Considerando que para você é importante..., a opção que me parece mais adequada é..., pelos seguintes motivos." · "Você se sente pronto para decidir agora ou prefere pensar e conversarmos novamente?"*

6. Registre a decisão e combine o acompanhamento

A decisão deve ser registrada no prontuário, com as opções discutidas, os principais pontos considerados e a escolha final. Também devem ser definidos os próximos passos: quando haverá reavaliação, quais sinais justificam um contato antecipado e em que circunstâncias a decisão poderá ser revista. O registro é detalhado na seção específica sobre prontuário, mais adiante.

> ***Frase de exemplo:*** *"Vamos começar por esta opção e reavaliar em [prazo]. Se houver [sinal ou sintoma], entre em contato antes disso, e poderemos rever a decisão."*

Baixe a **Checklist da tomada de decisão compartilhada para a consulta**, reunindo as seis etapas e as frases-chave reunidas em uma página, para consulta rápida durante o atendimento.



Como comunicar riscos e benefícios sem confundir o paciente

A qualidade de uma decisão compartilhada depende diretamente da qualidade da informação sobre riscos e benefícios. A literatura sobre comunicação de riscos demonstra que a forma de apresentar um mesmo dado altera significativamente a percepção do paciente e, consequentemente, a escolha que ele faz.

Risco absoluto e risco relativo

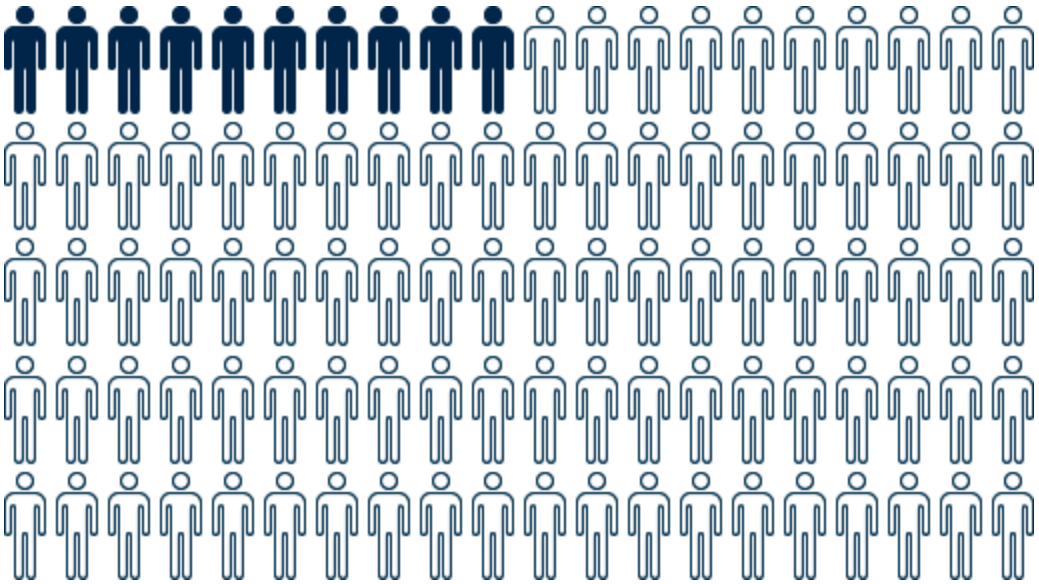
O risco relativo expressa a proporção em que uma intervenção modifica a chance de um evento. O risco absoluto expressa a diferença real na chance desse evento. Considere um exemplo hipotético: um medicamento reduz o risco de um evento cardiovascular em cinco anos de 2% para 1%. Em termos relativos, a redução é de 50%. Em termos absolutos, a redução é de 1 ponto percentual, o que significa que seria necessário tratar 100 pessoas durante cinco anos para evitar um evento.

As duas formas estão corretas, mas a redução relativa tende a superestimar o benefício na percepção do paciente. O Manual MSD[15] observa que a confusão entre risco absoluto e relativo é comum em informações encontradas na internet, em anúncios e em redes sociais. Por isso, recomenda-se apresentar sempre o risco absoluto, acompanhado do risco basal, isto é, da chance do evento sem a intervenção.

Frequências naturais e recursos visuais

Frequências naturais, como "10 em cada 1.000 pessoas", são compreendidas com mais facilidade do que porcentagens ou probabilidades decimais. Ao comparar opções, é importante utilizar sempre o mesmo denominador e o mesmo horizonte de tempo, para que o paciente possa confrontar os números diretamente. Também é recomendável apresentar benefícios e danos com o mesmo grau de detalhamento, evitando destacar apenas um dos lados.

Recursos visuais, como gráficos de ícones que representam um grupo de 100 pessoas e destacam quantas seriam afetadas por cada desfecho, facilitam a compreensão, especialmente para pacientes com menor familiaridade com números.



Exemplo de recurso visual representando a proporção de 10% de pessoas afetadas.

Quanta informação fornecer

O excesso de informação pode ser tão prejudicial quanto a sua falta. Dados que são corriqueiros no ambiente médico podem gerar sobrecarga e instabilidade emocional no paciente, principalmente após um diagnóstico grave. Uma estratégia adequada é perguntar inicialmente o que o paciente já sabe e o que deseja saber, apresentar as informações em partes, verificar a compreensão a cada etapa e oferecer a possibilidade de retomar o assunto em outra consulta.

Ferramentas de apoio à decisão

Ferramentas de apoio à decisão, também chamadas de ajudas decisionais ou *decision aids*, são materiais desenvolvidos para auxiliar pacientes a participar de decisões específicas. Elas se diferenciam dos materiais educativos convencionais porque não se limitam a explicar uma doença: tornam explícita a decisão a ser tomada, apresentam as opções com seus benefícios e riscos de forma equilibrada e ajudam o paciente a esclarecer os próprios valores.

Os formatos mais comuns são:

- **Materiais impressos**, como folhetos e quadros comparativos de opções.
- **Vídeos**, que apresentam as alternativas e, por vezes, relatos de pacientes que fizeram escolhas diferentes.
- **Plataformas digitais interativas**, que permitem ao paciente registrar suas preferências e gerar um resumo para a consulta.
- **Quadros de opções para uso durante a consulta**, que organizam em uma tabela as respostas às perguntas mais frequentes sobre cada alternativa.

Essas ferramentas podem ser utilizadas antes da consulta, para que o paciente chegue preparado, ou durante o atendimento, como apoio à conversa.

No Brasil, o Ministério da Saúde e a BIREME/OPAS/OMS mantêm o Portal Ajudas Decisionais[16], iniciativa do SUS Digital destinada a apoiar a tomada de decisão compartilhada entre profissionais de saúde e usuários do SUS. O objetivo do portal é reunir materiais que apresentem as opções disponíveis com seus benefícios, riscos e incertezas, voltados a temas diversos, como decisões sobre métodos contraceptivos e reposição hormonal na menopausa. A iniciativa indica a tendência de ampliação do uso desses instrumentos no país.

É importante ressaltar, porém, que nenhuma ferramenta substitui a conversa entre médico e paciente: elas são instrumentos de apoio ao processo, e não o processo em si.

Como registrar a decisão compartilhada no prontuário eletrônico

O registro é a etapa que torna a decisão compartilhada verificável. Sem ele, não há como demonstrar que o paciente foi informado sobre as alternativas, que seus valores foram considerados e que a escolha resultou de uma deliberação conjunta. Nesse sentido, o registro cumpre três funções principais.

A primeira é assegurar a continuidade do cuidado. Outros profissionais que atenderem o paciente, ou o próprio médico em consultas futuras, precisam saber quais opções foram consideradas, por que uma delas foi escolhida e em que condições a decisão deve ser revista. A segunda é ética e

legal: o artigo 87 do Código de Ética Médica estabelece o dever de elaborar prontuário legível para cada paciente, contendo os dados clínicos necessários para a boa condução do caso. A terceira é a qualificação da própria prática, pois o registro sistemático permite ao médico avaliar como tem conduzido as decisões ao longo do tempo.

O que documentar

Um registro completo da decisão compartilhada deve conter:

1. A decisão que estava em discussão.
2. As opções apresentadas, incluindo a de não intervir, quando aplicável.
3. Os principais benefícios, riscos e incertezas discutidos para cada opção.
4. Os valores, preferências e preocupações expressos pelo paciente.
5. A recomendação do médico, quando houver, e sua justificativa.
6. A decisão final e quem participou dela, como familiares ou representante legal.
7. Os materiais de apoio entregues ou indicados ao paciente.
8. O plano de acompanhamento, com a data de reavaliação e os critérios para rever a decisão.

Modelo de registro

O texto a seguir pode ser adaptado e salvo como modelo no prontuário eletrônico:

DECISÃO COMPARTILHADA
Decisão em discussão: [descrever]
Opções apresentadas: [opção 1]; [opção 2]; [não intervir / observação]
Benefícios e riscos discutidos: [resumo por opção]
Valores e preferências do paciente: [o que o paciente considera mais importante; preocupações]
Recomendação médica: [recomendação e justificativa]
Compreensão verificada: [sim/não; método utilizado]
Decisão: [opção escolhida], tomada em conjunto com o paciente [e acompanhante, se houver]
Materiais entregues: [descrever]
Acompanhamento: reavaliação em [prazo]; rever a decisão se [critérios]

No HiDoctor, o registro de conversas longas e detalhadas, como as que envolvem a decisão compartilhada, conta com o apoio da inteligência artificial integrada ao prontuário. Com o HiDoctor LIVE, a consulta pode ser transcrita a partir do áudio, e a IA organiza a transcrição em um resumo estruturado, nos modelos Histórico clínico ou Resumo SOAP, que é importado para o prontuário do paciente. Dessa forma, o médico pode se concentrar na conversa e as opções discutidas, as preocupações expressas pelo paciente e a decisão tomada ficam documentadas.

Com o resumo salvo no prontuário, ainda é possível ir além: o HiDoctor Neo pode elaborar um registro específico da decisão compartilhada. Basta solicitar, por exemplo, "Faça um registro da decisão compartilhada desta consulta, com as opções apresentadas, as preferências do paciente e a decisão final", e a IA redige o texto com base nas informações registradas. Como todo conteúdo gerado por inteligência artificial, o registro deve ser revisado pelo médico antes de ser incorporado ao prontuário.



Decisão compartilhada na teleconsulta

Os princípios da decisão compartilhada se aplicam integralmente à teleconsulta, regulamentada no Brasil pela Resolução CFM nº 2.314/2022[17]. O atendimento remoto, contudo, exige alguns cuidados adicionais, porque parte da comunicação não verbal se perde e o médico tem menos controle sobre o ambiente em que o paciente se encontra.

- **Verifique o contexto do paciente.** Confirme se ele está em um ambiente reservado e se há outras pessoas presentes, o que pode influenciar suas respostas.
- **Utilize o compartilhamento de tela.** Apresentar visualmente as opções e os números de risco facilita a compreensão e mantém a atenção do paciente na discussão.
- **Reforce a verificação de compreensão.** Na ausência de sinais não verbais, a técnica de pedir que o paciente explique o que entendeu se torna ainda mais importante.
- **Envie um resumo por escrito.** Após a consulta, um resumo das opções discutidas e da decisão tomada permite que o paciente revise as informações e as compartilhe com familiares.

- **Agende o retorno.** Defina, antes de encerrar a chamada, quando e como a decisão será reavaliada.

Desafios comuns e como superá-los

A implementação da decisão compartilhada enfrenta obstáculos conhecidos. O mais citado é o tempo de consulta. Outros dizem respeito à formação dos profissionais, às expectativas dos pacientes e à dinâmica familiar. Uma barreira menos evidente é a percepção, comum entre médicos, de que já praticam a decisão compartilhada por ouvirem o paciente e explicarem as opções. A diferença está no caráter sistemático do processo, que garante que os valores do paciente sejam efetivamente explorados e considerados.

Desafio	**Estratégia**
Tempo de consulta limitado	Delimitar a decisão com clareza, indicar materiais para leitura prévia e distribuir a discussão ao longo de mais de uma consulta.
Paciente que delega a escolha ("o senhor é quem sabe")	Explicar por que a opinião dele é relevante, explorar os motivos da delegação e respeitar a preferência, sem deixar de conhecer seus valores.
Pergunta "o que o senhor faria no meu lugar?"	Responder com uma recomendação fundamentada nas prioridades expressas pelo paciente, distinguindo-as das preferências pessoais do médico.
Divergência entre paciente e familiares	Reafirmar que a decisão pertence ao paciente capaz, ouvir as preocupações da família e, se necessário, propor uma conversa conjunta.
Informações equivocadas obtidas na internet	Acolher a informação trazida, identificar sua fonte e corrigi-la com base em evidências, sem desqualificar o paciente.
Baixo letramento em saúde	Utilizar linguagem simples, frequências naturais e recursos visuais, e verificar a compreensão a cada etapa.
Paciente que recusa a opção recomendada	Investigar os motivos da recusa, esclarecer consequências, oferecer alternativas e registrar a decisão informada no prontuário.

Exemplo prático: rastreamento do câncer de próstata

O rastreamento do câncer de próstata com dosagem de PSA é um exemplo clássico de decisão sensível a preferências. O exame pode levar ao diagnóstico precoce de tumores, mas também pode gerar resultados falso-positivos, biópsias desnecessárias e o tratamento de tumores que não causariam sintomas ao longo da vida, com risco de efeitos adversos como incontinência urinária e disfunção erétil. Por essa razão, diversas diretrizes recomendam que a decisão de realizar o exame seja individualizada e tomada em conjunto com o paciente.

Caso. Um homem de 60 anos, assintomático, sem história familiar de câncer de próstata, solicita o exame de PSA porque um amigo foi diagnosticado recentemente com a doença.

Preparação e convite. O médico identifica a decisão (realizar ou não o rastreamento) e explica que se trata de uma escolha em que não há uma única resposta correta: *"Esse exame tem vantagens e desvantagens, e a decisão depende muito do que é mais importante para o senhor. Gostaria de discutir isso com o senhor antes de solicitá-lo."*

Apresentação das opções. O médico apresenta as duas alternativas. Realizar o exame pode identificar um câncer em fase inicial, mas existe a possibilidade de um resultado alterado sem que haja câncer, o que pode levar a novos exames e a uma biópsia. Além disso, parte dos tumores detectados evoluiria de forma lenta e não causaria problemas, e o tratamento desses casos pode trazer efeitos adversos permanentes. Não realizar o exame evita esses riscos, mas implica aceitar a possibilidade de que um tumor agressivo seja diagnosticado mais tarde. Os números são apresentados em frequências absolutas, por grupo de 1.000 homens, com base em diretriz atualizada.

Exploração de valores. Ao ser questionado sobre o que considera mais importante, o paciente relata que a principal motivação é a ansiedade gerada pelo diagnóstico do amigo, mas que teria grande dificuldade em lidar com incontinência ou disfunção erétil. Também afirma que preferiria saber de um eventual diagnóstico, mesmo com os riscos envolvidos.

Deliberação e decisão. O médico relaciona essas prioridades às opções e esclarece que, caso o exame seja realizado e um tumor de baixo risco seja identificado, existe a alternativa de vigilância ativa, que evita o tratamento imediato. Com essa informação, o paciente decide realizar o exame. Médico e paciente combinam que eventuais resultados alterados serão discutidos em nova consulta antes de qualquer procedimento.

Registro. O médico registra no prontuário as opções apresentadas, os riscos discutidos, a preocupação do paciente com os efeitos adversos do tratamento, sua preferência por conhecer um eventual diagnóstico e a decisão tomada.

Aspectos éticos e legais

O Código de Ética Médica vigente, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018, contém dispositivos que fundamentam a tomada de decisão compartilhada. O Princípio Fundamental XXI estabelece que, no processo de tomada de decisões profissionais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

Entre os artigos do capítulo sobre a relação com pacientes e familiares, destacam-se três. O artigo 24 veda ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar. O artigo 31 veda desrespeitar o direito do paciente ou de seu

representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. E o artigo 34 veda deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, caso em que a comunicação deve ser feita a seu representante legal.

A autonomia do paciente, contudo, não anula a autonomia do médico. Como observa Forte (2022), o direito do paciente de demandar um tratamento sem indicação fere a autonomia do profissional. A decisão compartilhada ocorre entre as opções clinicamente adequadas e cientificamente reconhecidas, e o médico não é obrigado a realizar procedimentos que considere contraindicados.

Por fim, a documentação adequada do processo decisório constitui proteção tanto para o paciente quanto para o médico. Em caso de questionamento posterior, o registro demonstra que o paciente foi informado sobre as alternativas, que suas preferências foram consideradas e que a decisão foi tomada em conjunto.

Perguntas frequentes sobre tomada de decisão compartilhada

Qual é a diferença entre o modelo paternalista e a decisão compartilhada?

No modelo paternalista, o médico define a conduta com base no que considera melhor para o paciente, e espera-se que este aceite a indicação. Na decisão compartilhada, médico e paciente trocam informações sobre as evidências e sobre os valores do paciente e escolhem a conduta em conjunto.

A decisão compartilhada transfere a responsabilidade para o paciente?

Não. O médico continua responsável por apresentar as opções adequadas, esclarecer riscos e benefícios, emitir recomendações e acompanhar o paciente. A garantia de não abandono é um dos princípios do modelo: o paciente participa da escolha, mas não é deixado sozinho diante dela.

O que fazer quando o paciente não quer participar da decisão?

A preferência por delegar a escolha ao médico deve ser respeitada, pois também é um exercício de autonomia. É recomendável, contudo, explicar por que a opinião do paciente é relevante e conhecer seus valores e preocupações, para que a decisão tomada pelo médico seja coerente com eles.

A decisão compartilhada aumenta o tempo de consulta?

Pode aumentar, sobretudo no início de sua adoção. Estratégias como delimitar claramente a decisão, indicar materiais de apoio para leitura prévia e distribuir a discussão em mais de uma consulta reduzem esse impacto. Nem toda decisão clínica exige o processo completo.

É possível usar a decisão compartilhada em emergências?

Em situações de iminente risco de morte, a necessidade de ação imediata prevalece, e o Código de Ética Médica excetua esses casos do dever de respeitar a decisão livre do paciente. Em urgências sem risco imediato, uma versão abreviada do processo pode ser aplicada.

É necessário registrar a decisão compartilhada no prontuário?

Sim. O registro das opções discutidas, das preferências do paciente e da decisão final assegura a continuidade do cuidado, atende ao dever de manter prontuário com os dados necessários à condução do caso e documenta que a decisão foi tomada de forma informada e conjunta.

Quais especialidades mais se beneficiam da decisão compartilhada?

O modelo se aplica a qualquer especialidade em que existam decisões sensíveis a preferências. Ele é especialmente frequente em oncologia, cardiologia, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, urologia, medicina de família, psiquiatria e cuidados paliativos.

A tomada de decisão compartilhada representa a superação tanto do modelo paternalista quanto do modelo puramente informativo. Ela reconhece que as decisões clínicas mais adequadas resultam da integração entre as evidências científicas, a experiência do médico e os valores do paciente, e que nenhum desses elementos, isoladamente, é suficiente.

Sua aplicação não exige recursos complexos, mas requer método: identificar a decisão, convidar o paciente a participar, apresentar as opções com clareza, explorar seus valores, deliberar em conjunto e registrar o processo. As evidências demonstram ganhos consistentes em conhecimento e participação do paciente, e os fundamentos éticos e normativos da prática médica brasileira sustentam o modelo. O registro estruturado no prontuário eletrônico completa o processo, assegurando a continuidade do cuidado e a documentação da decisão.

Para conduzir decisões compartilhadas com mais tempo dedicado ao diálogo e menos à documentação, conte com o HiDoctor. O software reúne recursos de inteligência artificial integrados ao prontuário, modelos de texto personalizáveis e emissão prática de documentos com assinatura digital, que aumentam a eficiência do atendimento e contribuem para uma experiência de excelência para o paciente.



Referências

[1] Elwyn G, Gulbrandsen P, Leavitt H, et al. Shared decision-making: a primer for clinicians. J Gen Intern Med. 2025;40(16):3889-3899.

[2] Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992;267(16):2221-2226.

[3] Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? Soc Sci Med. 1997;44(5):681-692.

[4] Tanure C, Bampi LNS, Albuquerque A. Tomada de decisão compartilhada em saúde: reflexões sobre incorporação política e normativa no Brasil. Ciênc Cuid Saúde. 2025;24(1):e72308.

[5] Forte DN. Decisão compartilhada: por que, para quem e como? Cad Saúde Pública. 2022;38(9):e00134122.

[6] Eler KCG. Del consentimiento informado a la toma de decisiones compartida y la urgencia de su implementación en el contexto brasileño. Rev Bio y Der. 2023;59:117-132.

[7] Resolução CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica).

[8] Resolução CFM nº 1.995/2012 (diretivas antecipadas de vontade).

[9] Madeiro JR, Albuquerque A. A tomada de decisão compartilhada e sua aplicação a pessoas com demência. Rev Iberoam Bioét. 2025;(29):1-13.

[10] Stacey D, Lewis KB, Smith M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2024;1(1):CD001431.

[11] Gulinelli A, Aisawa RK, Konno SN, et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(1):41-47.

[12] Glebocki G, Corneau FG. Decisão compartilhada na atenção primária e desfechos em saúde: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2388.

[13] Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. Cochrane Database Syst Rev. 2018;7:CD006732.

[14] Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012;27(10):1361-1367.

[15] Decisões sobre tratamento médico. Manual MSD. Revisado em 2026.

[16] Portal Ajudas Decisionais (SUS Digital).

[17] Resolução CFM nº 2.314/2022 (telemedicina).

Artigo original disponível em:

"Tomada de decisão compartilhada: o que é, como aplicar na consulta e como registrar no prontuário " **- HiDoctor News**

CentralX®