



C A P Í T U L O 9

CRÍTICA AO PATERNALISMO À LUZ DA TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA: PROPOSTA DE UMA NOVA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

Aline Albuquerque

Pesquisadora Visitante do Programa de Empatia da Universidade de Oxford. Pós-Doutorado na Universidade de Essex. Professora da Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Advogada da União. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente. Coordenadora-Geral do Observatório Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB.

Cintia Tanure

Enfermeira pela Universidade de Brasília. Mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UnB. Estudante de doutorado pelo PPGENF/UnB. Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Membro da International Shared Decision-Making Society.

RESUMO: Este estudo tem escopo geral de contribuir para a construção de uma nova Bioética Clínica, a Bioética do Cuidado em Saúde, comprometida com a superação do paternalismo; assim, objetiva problematizar o paternalismo sob a ótica da Tomada de Decisão Compartilhada, demonstrando que os argumentos utilizados pelo Princípioalismo para justificá-lo não são adequados. Trata-se de uma pesquisa teórica estruturada com base nos estudos acerca da Bioética do Cuidado em Saúde, da Tomada de Decisão Compartilhada e do paternalismo, formulado no bojo do Princípioalismo. Conclui-se que a Bioética Clínica precisa integrar o progresso moral alcançado no campo da saúde, refletido na inclusão das necessidades, preferências e vontades dos pacientes no encontro clínico. Ressalta-se que a manutenção do paternalismo coloca em risco a qualidade do cuidado e fragiliza o vínculo entre profissionais de saúde e pacientes, que, cada vez mais, se apropriam do seu papel de agentes e de tomadores de decisões.

PALAVRAS-CHAVE: bioética; cuidado centrado no paciente; tomada de decisão compartilhada; paternalismo.

Critique of Paternalism in Light of the Shared Decision-Making: Proposal for a New Healthcare Bioethics

ABSTRACT: This study has the general scope of contributing to the construction of a new Clinical Bioethics, the Bioethics of Health Care, committed to overcoming paternalism. Thus, it aims to problematize paternalism from the perspective of Shared Decision Making, demonstrating that the arguments Principlism uses to justify paternalism are inadequate. This is theoretical research based on studies on the Bioethics of Health Care, Shared Decision Making, and paternalism, formulated within the scope of Principlism. It is concluded that Clinical Bioethics needs to integrate the moral progress achieved in health care, as reflected in the inclusion of patients' needs, preferences, and desires in the clinical encounter. It is emphasized that maintaining paternalism jeopardizes the quality of care and weakens the bond between health professionals and patients, who increasingly assume the role of agents and decision-makers.

KEYWORDS: bioethics; patient-centered care; shared decision making; paternalism.

INTRODUÇÃO

A posição do paciente no contexto do cuidado em saúde, atualmente, é diametralmente oposta à que ocupava há alguns anos. O paciente era objeto de intervenções, procedimentos e terapêuticas, cuja voz não importava, assim como a sua perspectiva acerca do cuidado. Pode-se adotar como marco histórico e paradigmático, a abordagem do Cuidado Centrado no Paciente (CCP), como o ponto de inflexão do papel do paciente, de objeto do cuidado para participante ativo integrante da equipe de saúde. O CCP data do começo deste século, cujas raízes históricas remetem-se aos estudos de Michel Balint e colaboradores acerca da posição ética que se contrapunha ao domínio médico e à opressão dos pacientes. Assim, comumente, atribuem-se a Michael Balint as formulações iniciais do CCP, em 1955 e 1956, desenvolvidas no âmbito da sua prática com os General Practitioners no Reino Unido (Pilnick, 2022). Na década de noventa, o uso da expressão “cuidado centrado no paciente” tornou-se corrente (Hansson; Fröding, 2021). Um fator decisivo para a disseminação do CCP foi o relatório *Crossing the Quality Chasm do Institute of Medicine* (atualmente denominado National Academy of Medicine) em 2001, que propôs uma transformação no sistema de saúde estadunidense guiado por seis objetivos e, entre eles, referenciou o CCP como componente essencial para a qualidade do cuidado em saúde, enfatizando que “os valores do paciente deveriam guiar todas as decisões clínicas” (Edgman-Levitan; Schoenbaum, 2021).

Hodiernamente, verifica-se que o CCP, em termos de centralização do paciente, influenciou as diretrizes e as políticas nacionais em vários países e organizações,

incluindo os Estados Unidos, o Reino Unido, a Austrália, a Nova Zelândia, a Noruega e a Suécia, bem como a União Europeia e a Organização Mundial da Saúde (OMS) (Siouta; Olsson, 2020).

O CCP pode ser compreendido como um conceito que integra as preferências, necessidades, valores e vontade do paciente no processo de tomada de decisão, resultando em um plano de cuidado apropriado e significativo para o paciente. O CCP sustenta o papel dos pacientes em fazer escolhas informadas e ativas, em vez de permanecerem receptores passivos de seus cuidados, bem como a parceria entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares (Grover *et al.*, 2022). O CCP também está acoplado aos movimentos globais em torno da qualidade do cuidado e da segurança do paciente, sendo considerado um dos componentes essenciais da qualidade (Wong; Mavondo; Fisher, 2020).

O CCP também está associado à crítica à abordagem paternalista, historicamente presente na relação entre profissional de saúde e paciente, caracterizada pela assimetria de poder e pela presunção dos profissionais de que sabiam o que era melhor para os pacientes, esperando que os pacientes cumprissem as “ordens do médico” (Gill; Fuscaldo; Page, 2019). O CCP desafia essa abordagem, na medida em que propugna a relação horizontal entre profissional e paciente, o engajamento e a participação do paciente como integrante da equipe de saúde, bem como a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC) (Légaré, 2018) como elemento central. Com efeito, a abordagem paternalista tem sido alvo de muitas críticas, notadamente por serem tomadas as decisões pelos médicos (Delaney, 2017).

Particularmente, quanto à TDC, essa começou a ser usada em relatórios médicos na década de setenta (Christiansen; Emiliussen, 2020), sendo considerada um componente conceitual do CCP (Hansson; Fröding, 2021) e uma forma de efetivá-lo (Siebinga *et al.*, 2022), o que significa que o profissional e o paciente, conjuntamente, participam da tomada de decisão no processo de cuidado. A TDC também é tida como referência no cuidado do paciente, uma vez que assegura o direito à autodeterminação e o direito de participar das decisões que o afetam, envolvendo-o ativamente no processo decisório (Siebinga *et al.*, 2022). A TDC difere do consentimento informado, constituindo um novo modelo decisório nos cuidados em saúde, que se caracteriza como uma abordagem colaborativa pela qual, os pacientes, em parceria com os profissionais, são encorajados a pensar sobre as opções de tratamento baseadas em evidências científicas relevantes, comparando os prováveis benefícios e danos de cada uma, para comunicar suas preferências e ajudar a selecionar o melhor curso de ação (Montori *et al.*, 2023). Desse modo, a TDC foi proposta como uma expressão do CCP e um “antídoto ao paternalismo médico” (Montori *et al.*, 2023, p. 213), frequentemente contrastada com a tomada de decisão

paternalista, na qual os profissionais adotam o curso de ação que consideram melhor para seus pacientes e solicitam o consentimento (Driever *et al.*, 2022).

O paternalismo nos cuidados em saúde, segundo o Princípio da Autonomia, vertente da teoria da Bioética formulada por Beauchamp e Childress (2013), é entendido como a posição de autoridade do profissional para determinar os melhores interesses do paciente em razão do seu treinamento, conhecimento e insights superiores. Embora os autores sustentem o princípio do respeito à autonomia, justificam o paternalismo médico (Barcelos, 2024), como se demonstrará neste estudo. O Princípio da Autonomia ainda é a corrente bioética hegemônica na prática clínica, sendo estudado nas disciplinas de Bioética e utilizado nos processos de deliberação dos Comitês Hospitalares de Bioética. Considerando o amplo espectro de penetração do Princípio da Autonomia e o seu endosso ao paternalismo, sob o ponto de vista ético, comportamentos paternalistas ainda são justificados, a despeito das críticas e das tentativas de superá-los advindas das abordagens do CCP e da TDC. Assim, nota-se uma discrepância entre o Princípio da Autonomia e, por conseguinte, a Bioética Clínica, bem como entre os esforços do CCP e da TDC. Diante de tal quadro, este artigo tem como escopo geral concorrer para a construção de uma nova Bioética, a Bioética do Cuidado em Saúde, doravante BCS, comprometida com a superação do paternalismo e, para tanto, objetiva problematizar o paternalismo sob a ótica da TDC, demonstrando que os argumentos utilizados pelo Princípio da Autonomia para justificá-lo não são adequados quando confrontados com a TDC.

Este artigo se insere no campo das pesquisas que, desde 2016, o Grupo de Pesquisa do Observatório de Direitos do Paciente do Programa de Pós-Graduação em Direito do Paciente da Universidade de Brasília (UnB) vem desenvolvendo sobre uma nova vertente teórica para a Bioética Clínica, a BCS, de modo a apresentar uma alternativa ao Princípio da Autonomia (Beauchamp; Childress, 2013) e ao método de deliberação ética de Gracia (2019) ainda hegemônicos na formação dos estudantes da área da saúde e na prática clínica. Registre-se que a crítica ampla ao Princípio da Autonomia (Beauchamp; Childress, 2019) não será objeto deste artigo, porquanto já foi esquadrinhada em outro estudo (Albuquerque, 2005), assim como a proposta de um novo método de liberação para a prática clínica (Albuquerque, 2023a). Essa nova vertente teórica da Bioética Clínica se fundamenta no novo paradigma do cuidado em saúde, denominado “Revolução do Paciente”, um movimento social, científico, jurídico, sanitário, cultural e ético originado no século XXI (Albuquerque; Tanure, 2023), que pode ser compreendido como um deslocamento do paciente, situado como objeto de intervenções e procedimentos, para participante ativo e protagonista do seu próprio cuidado. Desse modo, a Bioética Clínica, no século XXI, não pode se colocar a par de toda a transformação do papel do paciente e do profissional, nem negligenciar as questões morais que importam para os pacientes, tais como a comunicação e o cuidado seguro e respeitoso. Esse é o momento da Bioética Clínica atualizar-se, pois, caso se mantenha presa aos modelos

e aos problemas bioéticos pautados no privilégio epistêmico dos profissionais de saúde, perpetuará um conhecimento desconectado do progresso moral alcançado no campo da saúde quanto ao papel dos pacientes no encontro clínico.

Trata-se de pesquisa teórica que se alicerça no entendimento de que esse tipo de pesquisa tem o propósito de construir e reconstruir teorias, quadros de referência, condições explicativas da realidade, polêmicas e discussões pertinentes (Adom; Hussein; Agyem, 2022). Com base nesse entendimento do que é uma pesquisa teórica, sob o prisma metodológico, foram escolhidos determinados marcos teóricos para o estudo do objeto, procedimento que se distingue da pesquisa que se fundamenta numa revisão bibliográfica; portanto, não envolve descrição de busca em bases de dados. Sendo assim, o procedimento metodológico adotado pela pesquisa teórica baseia-se em referenciais relevantes para o objeto de investigação (Sacred Heart University, 2024). Quanto ao marco teórico empregado nesta pesquisa, esse se estruturou com base nas pesquisas desenvolvidas ao longo do tempo sobre a BCS Albuquerque (2025), (Albuquerque, 2024), (Albuquerque, 2023a, 2023b), Albuquerque e Tanure (2023), bem como nas formulações de Pilnick (2022), Coulter (2022), Lewis (2020), Resnicow *et al.* (2022), Montori *et al.* (2023) e Légaré *et al.* (2018) sobre TDC, e na pesquisa de Beauchamp e Childress (2013) acerca do paternalismo no Princípioalismo. O marco teórico assinalado foi escolhido em razão de ter como escopo de trabalho a construção de novos aportes éticos para os cuidados em saúde e por serem pesquisadores que formulam teorias singulares e amplamente reconhecidas sobre cada um dos temas.

O presente artigo se encontra estruturado em três partes: a primeira versa sobre considerações gerais sobre a TDC; a segunda, sobre o paternalismo sob a ótica de Beauchamp e Childress; e, por fim, a terceira, sobre a TDC como ferramenta ética da BCS para o enfrentamento ao paternalismo nos cuidados em saúde.

TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA: CONSIDERAÇÕES GERAIS

Desse modo, neste artigo parte-se do pressuposto de que a TDC é uma abordagem que confere aportes teórico-práticos à BCS, porquanto fornece um conjunto de concepções e procedimentos aptos a alicerçar a aplicação dos direitos dos pacientes. Nessa linha, sublinha-se que afirmar que os pacientes têm direito de participar da tomada de decisão é insuficiente para que esta seja compartilhada na prática, pois, para tanto, é necessário que os sistemas de saúde abracem a TDC como política pública (Coulter, 2022). Do ponto de vista do Direito do Paciente, sustenta-se que tais direitos são ferramentas que contribuem para que a TDC seja adotada na prática

clínica, balizada pelo reconhecimento do paciente como agente moral decisor acerca da própria vida e saúde.

A TDC surgiu nos anos setenta e ganhou proeminência na década de oitenta, embora ainda seja incipiente no Brasil. A definição de TDC adotada neste artigo é a de Charles, Gafni e Whelan, a qual, segundo Pilnick, é a mais reconhecida: a TDC é um processo no qual o paciente (ou o seu representante) e um profissional compartilham informações e adotam uma deliberação baseada em consenso, construída por etapas, visando alcançar um acordo sobre um plano de tratamento, procedimento, exame ou outro curso de ação. Segundo esse modelo de TDC, há quatro elementos: (a) envolvimento de profissional e paciente; (b) ambos compartilham informações; (c) ambas as partes buscam construir consenso quanto à preferência por um determinado curso de ação; e (d) um acordo é alcançado e o tratamento é implementado (Pilnick, 2022).

A TDC é uma abordagem também de cunho ético que expressa uma opção pela promoção da autonomia pessoal do paciente, pela sua participação nas decisões que lhe são afetas e pelo respeito à sua centralidade no cuidado em saúde. Desse modo, a TDC se conecta com o reconhecimento de que a participação do paciente nas decisões que lhes são afetas é um comando ético imperativo, porquanto desconsiderá-la traduz a sua objetificação e desumanização. Nessa linha, o lema “Nada sobre nós, sem nós”, forjado no seio do movimento dos direitos das pessoas com deficiência, foi introduzido no campo dos cuidados em saúde como um vetor ético segundo o qual os pacientes têm o direito de participar de todas as decisões que lhes dizem respeito, seja no nível da política de saúde, dos conselhos hospitalares ou nos seus cuidados. Embora esse lema tenha sido introduzido na saúde pelos movimentos dos direitos dos pacientes, a participação do paciente na tomada de decisão importa para todos os atores envolvidos, isto é, a comunidade médica também tem muito a ganhar (Chu, 2016). Na agenda do *National Health Service* do Reino Unido, esse lema foi adotado como alicerce da TDC (Lewis, 2020).

Desse modo, a TDC assegura o direito do paciente de participar, sendo considerado “os direitos dos direitos”, na medida em que constitui o direito básico de todas as pessoas de participar das decisões que afetam suas vidas (Asante, 2021). Com efeito, o paciente é detentor do direito de ser envolvido no planejamento e na tomada de decisão sobre a saúde e o cuidado (Coulter, 2022) e, em última instância, de determiná-los (Annas, 2004). Esse direito envolve respeitar a extensão da sua vontade de participar, ou não, da tomada de decisão, como expressão da autodeterminação do paciente (Law Explorer, 2024). Então, o direito do paciente de participar da tomada de decisão abarca seu papel enquanto ator central da TDC, o que implica trazer à tona seu conhecimento, preocupações e perspectivas, com vistas a buscar um acordo sobre o curso do tratamento (Frosch; Carman, 2016). A efetivação desse

direito implica no paciente ser informado e convidado para que se envolva, com informações sobre a realização de exames para diagnóstico, opções de tratamento baseadas em evidências científicas, correlacionadas com seus benefícios e riscos (Coulter, 2022; Légaré, 2018). Ademais, o exercício do direito à participação pressupõe determinadas atitudes dos profissionais, tais como a consideração do paciente como uma pessoa única; o compartilhamento do poder e de informações atualizadas; a valoração do conhecimento do paciente sobre sua própria saúde; a escuta ativa e a comunicação efetiva; bem como a provisão de apoio físico e emocional (Rosca; Krones; Biller-Andorno, 2020).

A TDC também garante o direito à informação do paciente, haja vista pressupor o compartilhamento de informações pelo profissional de saúde, com a descrição dos prováveis benefícios e riscos das opções de tratamento (Rosca; Krones; Biller-Andorno, 2020). Sem informação acessível e de qualidade, o paciente não tem condições de compreender os principais pontos da TDC; por conseguinte, é necessário que o profissional forneça informação ajustada ao paciente, diretamente envolvido, de modo que ele possa participar efetivamente do processo de tomada de decisão (Lewis, 2020).

Salienta-se que não deve haver dúvidas (Lewis, 2020) quanto ao fato de o paciente ser o decisor em última instância no processo de TDC, a despeito de a decisão na TDC ser colaborativa; caso não seja alcançado consenso, o paciente tem o direito de consentir ou não com os cursos de ação propostos pela equipe de saúde.

A TDC também se entrelaça com um dos princípios do Direito do Paciente, o da promoção da autonomia pessoal (Albuquerque, 2023), na medida em que tem o condão de promovê-la no encontro clínico (Lewis, 2020). Em uma visão tradicional expressada no princípio do respeito à autonomia, este consiste no comando de não ingerência no espaço privado do indivíduo, acarretando para o Estado e a sociedade uma obrigação de não impedir que as pessoas façam escolhas sobre planos de vida conforme sua vontade e preferências. Entretanto, atualmente, essa visão tradicional tem sido suplantada pelo princípio da promoção da autonomia pessoal; ou seja, tem-se também um comando sobre quais medidas devem ser adotadas para propiciar o exercício de escolhas pessoais, não apenas respeitá-las (Albuquerque, 2020). Isso se dá por entender que a autonomia não é mero autogoverno ou autolegislação, pois as decisões sobre a própria vida são tomadas em contextos relacionais que, positiva ou negativamente, interferem tanto na escolha quanto na sua execução. Sendo assim, se o meio externo impacta diretamente a autonomia, que implica conceber escolhas e executá-las, esse meio pode promovê-la, ou seja, apoiar o indivíduo a identificar sua vontade e preferências e atuar conforme as mesmas. Por outro lado, meios opressivos têm o condão de dificultar o autoconhecimento e a percepção do que o indivíduo quer para si, bem como de impedir que atue em conformidade com

seu plano de vida. Na TDC, a assimetria de poder entre o profissional de saúde e o paciente é mitigada, haja vista que pressupõe a horizontalidade da relação entre ambos, o que a torna uma ferramenta apta a promover a autonomia e a agência do paciente (Elwyn, 2023). Aduz-se, ainda, que a TDC implica um certo nível de apoio à tomada de decisão, embora não se confunda com a Tomada de Decisão Apoiada, pois o profissional ou a equipe de saúde apoia o paciente a discernir suas preferências e os impactos dos cursos de ação sobre suas vidas.

Portanto, a TDC contribui para que o paciente seja envolvido no processo de tomada de decisão, respeitando seu direito de participar e o direito à informação. Repisa-se que o paciente é o decisor último, em consonância com o seu direito de consentir ou não com os cursos de ação que emergem do diálogo estabelecido no bojo da TDC. Nesse sentido, a TDC assegura aos pacientes o direito de serem informados e envolvidos nas decisões (Us Preventive Services Task Force, 2022). Ao mesmo tempo, os direitos dos pacientes são uma ferramenta que fomenta a implementação da TDC, pois, sob a ótica da linguagem dos direitos, ela é vista como um imperativo ético que os assegura, tornando-a um comando para os serviços e os sistemas de saúde.

PATERNALISMO SOB A ÓTICA DO PRINCIPALISMO

Em linhas gerais, o paternalismo é caracterizado pela usurpação do poder de decisão do paciente, conferindo pouco espaço às suas preferências, por parte do profissional de saúde, principal detentor da decisão, com base em sua perspectiva. Como abordagem, o paternalismo se concentra na doença e em seu gerenciamento, em vez do paciente e do que ele valoriza como importante (Delaney, 2017). No entanto, conforme a perspectiva de paternalismo adotada no Princípioalismo de Beauchamp e Childress (2013), o paternalismo apresenta aspectos positivos, pois se configura como a posição de autoridade do profissional para determinar os melhores interesses do paciente, em razão da superioridade de sua formação e de seu conhecimento. Os autores dão como exemplo de paternalismo no cuidado em saúde a transfusão de sangue quando os pacientes a recusam, intervenções para obstar ao suicídio, a ressuscitação de pacientes que não a solicitaram e a negativa de uma terapia nova para o paciente que a solicitou (Beauchamp; Childress, 2013).

Assim, o paternalismo envolveria a superação intencional das preferências de uma pessoa ou de suas ações, sob o argumento de que essa superação se fundamenta no objetivo de beneficiá-la ou de prevenir ou mitigar um dano. Segundo Beauchamp e Childress (2013), essa definição seria neutra, não pressupondo que o paternalismo seja adequado ou inadequado.

Particularmente, na esfera dos cuidados em saúde, de acordo com o Princípio da Beneficência e da Não Maleficência foram invocados para sustentar posições paternalistas, como, por exemplo, o médico que não informa ao paciente o seu diagnóstico de Alzheimer, a pedido do seu filho, sob o argumento de que poderia causar-lhe dano. Beauchamp e Childress (2013) denominam, inclusive, tal situação de “dilema”. Como apontamos em outras pesquisas (Albuquerque, 2022; Albuquerque, 2023; Albuquerque, 2025), “dilema” para o Princípio diz sempre respeito ao médico e ao que lhe é desconfortável, e não ao paciente. Para o paciente com Alzheimer, não há dilema; ele vive com uma condição demencial e tem o direito de ser informado sobre o diagnóstico. O que seria necessário nesse contexto é a adoção de um processo de TDC, como será abordado neste estudo. Portanto, tem-se um problema moral, e não uma controvérsia ou um dilema, que consiste na recusa do médico de respeitar o direito do paciente de ser informado.

No Princípio, o paternalismo é classificado em paternalismo leve e paternalismo duro. No paternalismo leve, um agente intervém na vida de outra pessoa sob o fundamento da beneficência ou da não maleficência, com o objetivo de prevenir uma “conduta substancialmente não voluntária”, que abarca casos de recusa de tratamento por parte de paciente não adequadamente informado, depressão severa ou uso abusivo de substâncias. O paternalismo duro seria aquele que envolve intervenções destinadas a prevenir ou mitigar danos, ou a beneficiar uma pessoa, a despeito dos riscos escolhidos serem baseados em uma decisão informada, voluntária e autônoma. Quando um paciente adulto é capaz de decidir pedir alta, mesmo tendo sido informado dos riscos, uma ação que o impeça de sair do hospital se configura como paternalismo duro (Beauchamp; Childress, 2013).

Tratando-se do paternalismo leve, conforme Beauchamp e Childress (2013), seu maior desafio reside na dificuldade de definir o que constituiria uma “conduta substancialmente não voluntária”. Ademais, sob outra perspectiva, o paternalismo leve não conduz a um conflito profundo entre o Princípio da Beneficência e o Princípio do Respeito à Autonomia, porquanto apenas busca prevenir consequências danosas decorrentes das ações do paciente que não possui “substancial autonomia”. Cabe notar que Beauchamp e Childress admitem a supressão do direito do paciente à autodeterminação na avaliação subjetiva e imprecisa do que constitui “autonomia substancial”. No campo dos Direitos Humanos do Paciente, a restrição do direito do paciente à autodeterminação é válida e eticamente aceitável apenas quando o paciente não tem capacidade decisional, e essa grave afirmação deve ser derivada da aplicação de instrumentos validados de avaliação da capacidade decisional, como desenvolvemos em outras pesquisas sobre capacidade jurídica, capacidade decisional e direitos humanos (Albuquerque, 2022b).

A justificação do paternalismo, consoante Beauchamp e Childress (2013), divide-se em três posições: antipaternalismo; paternalismo que apela ao Princípio do Respeito à Autonomia, expresso sob a forma de consentimento informado; e paternalismo que recorre ao Princípio da Beneficência. Quanto ao antipaternalismo, sustenta-se na ideia de que o paternalismo desrespeita os agentes autônomos e falha em tratá-los como moralmente iguais, na medida em que se desconsidera o que é o bem para tais agentes, sobrepondo-o a ideias de bem externas ao próprio agente. No paternalismo justificado pelo consentimento, os seres humanos, como racionais, podem aceitar intervenções ou controles externos de forma antecipada, caso sua autonomia seja afetada ou se tornem incapazes de tomar decisões prudentes. Beauchamp e Childress (2013) criticam essa justificação com base na concepção de que essa abordagem não inclui o consentimento informado em momento real; logo, não constitui justificativa fundamentada no consentimento informado quando há ação que restringe a autonomia do agente. Para o paternalismo que recorre ao Princípio da Beneficência, a prevenção de danos leves ou a promoção de benefícios moderados, acoplada ao profundo desrespeito à autonomia, apresenta fraca justificação; ao passo que, ações que previnam danos graves ou promovam benefícios significativos, enquanto desrespeitam trivialmente a autonomia, apresentam justificação forte. Em consequência, Beauchamp e Childress (2013) afirmam que mesmo o paternalismo duro pode ser justificado.

Nesse sentido, Beauchamp e Childress (2013) sustentam que o paternalismo duro nos cuidados em saúde é justificado quando: (a) o paciente se encontra em risco de sofrer um dano significativo e evitável; (b) a ação paternalista irá provavelmente prevenir o dano; (c) a prevenção do dano supera os riscos que a ação paternalista poderá acarretar; (d) não há alternativa moral melhor à limitação da autonomia do paciente; e (e) a alternativa que limita a autonomia do paciente é a menos restritiva para assegurar os benefícios pretendidos. Os autores aduzem um sexto requisito, a ação paternalista não deve impactar negativamente de forma substancial a autonomia do paciente. Como exemplo, seria a ação paternalista de submeter o paciente Testemunha de Jeová à transfusão de sangue, o que, para Beauchamp e Childress (2013) seria uma infringência substancial na autonomia do paciente. Outro caso é narrado pelos autores (Beauchamp; Childress, 2013), no qual o paternalismo duro é aceito, mesmo infringindo substancialmente a autonomia do paciente. Nesse caso, um paciente psiquiátrico, que adota comportamentos estranhos e possui visões religiosas singulares, decide retirar seus olhos com base em crenças derivadas de sua religião, e o médico intervém para evitar a retirada, o que infringe o Princípio do Respeito à Autonomia. Em conclusão, Beauchamp e Childress (2013) apontam que o sexto critério não seria imperioso no processo de justificação.

Cabe salientar que existe há muitos anos no campo dos Direitos Humanos, um processo de análise de restrição de direitos humanos. A limitação ou a restrição de um direito do paciente pressupõe a observância de três critérios: a) previsão em lei; b) legitimidade, que significa a presença de interesse coletivo ou o direito de outrem; e c) proporcionalidade entre a restrição do direito e o que se pretende proteger (Albuquerque, 2020). Desse modo, a restrição do direito humano do paciente de tomar decisões sobre o próprio corpo e saúde tão somente pode ser ética e juridicamente aceitável quando a lei permite, quando há um interesse coletivo ou o direito de outra pessoa, não se pode aceitar que o risco de dano para o paciente capaz justifique a violação dos seus direitos humanos. Por exemplo, o direito à confidencialidade das informações pessoais do paciente apenas pode ser limitado quando estiverem presentes as três condições. Em consequência, não há amparo ético-jurídico para que o direito à confidencialidade do paciente seja limitado apenas com base na proteção do paciente contra si mesmo. Esse amplo poder conferido ao médico para que considere o que constituiria uma justificativa para a adoção de uma ação paternalista que infrinja o direito à confidencialidade do paciente não se coaduna com a concepção atual do paciente como sujeito de direitos, nem com o Cuidado Centrado no Paciente.

A TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA COMO FERRAMENTA ÉTICA DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

Na esfera da prática clínica, a Bioética Clínica é um campo cuja função precípua é fornecer ferramentas éticas para lidar com questões que emergem dos cuidados em saúde (Albuquerque, 2025). Assim, tratando-se, particularmente, da BCS, não há como abranger a ampla gama de objetos passíveis de estudo pela Bioética, mas apenas as questões morais que emergem dos cuidados em saúde. Ademais, a BCS não visa ser um sucedâneo da Ética Médica, de natureza deontológica e voltada aos médicos. A BCS é uma vertente da Bioética Clínica que sustenta o modelo biopsicossocial, a centralidade do paciente e a importância da conexão humana entre profissional e paciente. Ademais, essa vertente advoga uma transição do predomínio da voz do profissional e das evidências biomédicas no encontro clínico para a consideração, de forma séria, do conhecimento experiencial do paciente (Naldemirci *et al.*, 2021), bem como de uma prática clínica “orientada pela doença ou pela tarefa a ser cumprida” para “orientada pelo paciente” (Bikker; Cotton; Mercer, 2014). Howick e Rees (2017) assinalam que há um novo paradigma nos cuidados em saúde, no qual o eixo central da prática clínica é a relação humana. Consoante esse novo paradigma, há alguns elementos fundamentais que interessam diretamente à BCS: (a) a comunicação empática é entendida como uma intervenção efetiva por si só; (b) as visões dos pacientes e suas experiências são valoradas como parte do processo de tomada de

decisão; e (c) a capacidade do paciente e dos cuidadores de acessar, compreender e utilizar a informação em saúde é apoiada. Como se nota, esse novo paradigma alinha-se ao movimento da revolução do paciente (Montori, 2020) e às suas duas abordagens centrais, o CCP e a TDC. Considerando a formulação dita, espera-se que uma vertente da Bioética Clínica promova relações entre profissionais e pacientes que reconheçam a individualidade de cada um e atendam às suas preocupações (Jeffrey, 2020).

A TDC é um componente da BCS, que se fundamenta no referencial dos Direitos Humanos do Paciente e no CCP, na medida em que materializa o protagonismo do paciente, o seu papel ativo no cuidado e a efetivação do seu direito à autodeterminação. A TDC pode empoderar os pacientes e fazê-los se envolver mais em seus cuidados de saúde, permitindo-lhes exercer sua autonomia; assim, ao promover a TDC, também se promove a autodeterminação dos pacientes (Lorenzini *et al.*, 2023). Quanto aos componentes da TDC, em síntese, podem ser esquadrinhados em quatro etapas: (a) informar o paciente que uma decisão deve ser tomada, explicitando que a opinião do paciente é importante e o convidando para participar do processo de tomada de decisão; (b) explicar as opções com prós e contras, explorar as preferências dos pacientes; (c) discutir a preferência do paciente sobre o papel na decisão; (d) tomar uma decisão ou adiar a decisão; e (e) programar o acompanhamento da decisão e seus resultados (Driever *et al.*, 2022; Légaré, 2018).

A BCS é a vertente da Bioética Clínica que incorpora os avanços alcançados no campo dos cuidados em saúde quanto à centralidade do paciente e ao respeito aos seus direitos. Nesse sentido, nos últimos anos, o foco tem recaído sobre o envolvimento do paciente no planejamento de seus cuidados e a mitigação do paternalismo, e a TDC é uma das abordagens empregadas com esse objetivo (Christiansen; Emiliussen, 2020). Desse modo, a TDC tem sido considerada um modelo ou abordagem que se contrapõe ao paternalismo tradicional, segundo o qual as decisões deviam ser tomadas, em última instância, pelo médico, na medida em que detinha conhecimento superior ao do paciente, sabendo o que era melhor para ele. Esse modelo foi desafiado pelo consentimento informado, segundo o qual o papel do médico, ainda vertical e superior, passa a ser o de informar e aconselhar, cabendo ao paciente a decisão final (Hansson; Fröding, 2021). A TDC propõe outra abordagem que se aproxima do CCP e endossa o modelo biopsicossocial, como sucedâneo do modelo biomédico, acoplando ao cuidado as preferências, vontade e perspectiva do paciente, conferindo-lhe importância equânime à perspectiva do profissional. Desse modo, a TDC é um avanço quando cotejada ao consentimento informado, ao promover um processo de tomada de decisão em que tanto o paciente quanto o profissional compartilham informações especializadas, técnicas e científicas ou experienciais (Lewis, 2020).

O paternalismo é comumente considerado antitético à TDC, na qual todas as partes envolvidas compartilham suas perspectivas antes de uma decisão ser tomada (Fleisje, 2024). Com efeito, a TDC entende a tomada de decisão como um encontro entre dois especialistas: os médicos são especialistas em medicina, enquanto os pacientes são especialistas em suas necessidades, vontade e preferências. Ambos os partícipes da TDC precisam respeitar a experiência do outro e aportar informação no processo de tomada de decisão: cabem aos profissionais informar as possibilidades de ação, bem como os riscos e benefícios associados, prognósticos e consequências de cada decisão clínica, e aos pacientes, trazer sua perspectiva, necessidades, vontade e preferências (Lorenzini *et al.*, 2023).

Retomando a concepção de paternalismo fraco e forte de Beauchamp e Childress (2013), no paternalismo leve, o profissional adota uma ação com base no argumento de que o bem ou o mal para o paciente não é “substancialmente autônomo”. Considerando que não se trata de paciente com incapacidade decisional, pois, se fosse, a decisão seria tomada em nome do paciente, não sob o fundamento de fazer-lhe o bem ou de evitar um dano, mas sim em razão do paciente não ter capacidade de decidir. O paternalismo fraco é um mecanismo de submissão do paciente e de desconsideração do seu direito humano à autodeterminação, objetificando-o no processo de cuidado. Importante ressaltar que é poder do médico de dizer o que é “substancialmente autônomo”, haja vista que não existe nenhum critério ou escala para avaliar o que seria ser um paciente sem “substancial autonomia”. Assim, por exemplo, caso um paciente tenha demência grave e seja incapaz de tomar decisões sobre um curso de ação em seu cuidado, não cabe ao profissional decidir, mas sim ao seu representante em um processo de TDC, no qual o profissional irá aportar informação médica e o representante do paciente, as necessidades, preferências e vontade do paciente. Logo, verifica-se que não há justificativa ética para o profissional de saúde decidir em nome do paciente, mesmo quando o paciente se encontra incapaz, muito menos quando essa justificativa não existe, como não é o caso de incapacidade decisional, mas sim de uma avaliação subjetiva do profissional de que o paciente não tem “substancial autonomia”. Por conseguinte, o paternalismo fraco de Beauchamp e Childress (2013) não se coaduna com o CCP e com o respeito aos direitos humanos nos cuidados em saúde; portanto, não é eticamente aceitável. O paternalismo duro seria aquele que impõe ao paciente uma ação, a despeito de ter tomado uma decisão informada, voluntária e autônoma, com base no argumento de que visa prevenir ou mitigar danos ou beneficiar o paciente. Se o paternalismo leve não é eticamente justificado e constitui uma infringência do direito do paciente à autodeterminação, consequentemente, o paternalismo duro também se enquadra da mesma forma.

Ao trazer a TDC à crítica ao paternalismo, seja fraco ou duro, nota-se que Beauchamp e Childress partem de uma visão anacrônica do processo decisório nos cuidados em saúde. Isto é, o profissional estabelece o que é dano, benefício e risco e toma uma decisão com base em tal entendimento, então, comunica ao paciente qual é o melhor curso de ação, à luz da avaliação profissional, e caso o paciente não a acolha, há a imposição da decisão do profissional, caso o próprio entenda que o paciente não tem “substancial autonomia”, quando se tratar do paternalismo fraco, ou mesmo quando a autonomia do paciente é preservada, tratando-se do paternalismo forte. Na TDC, o profissional não decide sobre o que é benefício e risco para aquele paciente, mas sim realiza uma análise com base nas evidências científicas disponíveis para cada curso de ação, e o paciente é incentivado a considerá-las, de modo que enuncie suas preferências informadas (Christiansen; Emiliussen, 2020). Na TDC, os profissionais devem ser respeitosos e abertos às experiências, necessidades e valores dos pacientes, bem como promover a participação do paciente, o que converge com o CCP, haja vista que a participação ativa do paciente é um dos atributos mais importantes do CCP (Lian *et al.*, 2022).

Inexiste, para a BCS, sob a ótica da TDC, conflito entre o Princípio da Beneficência e o Princípio do Respeito à Autonomia. No processo de tomada de decisão, “fazer o bem” para o paciente consiste em explicar os prós e contras, os custos e benefícios das opções de tratamento e motivar o paciente para que ele identifique a opção de tratamento que melhor se alinha com suas preferências, valores, crenças e estado emocional (Resnicow *et al.*, 2022), assim, não há qualquer espaço para entender que “fazer o bem” é impor a decisão do profissional. E o respeito à autonomia se materializa quando o profissional julga a decisão do paciente, mesmo que não seja a que entende ser a melhor (Resnicow *et al.*, 2022). Assim, na TDC, o profissional aprende a esperar e a apreciar as diferenças entre o que ele e seus pacientes priorizam e, à medida que identifica essas diferenças, pode avaliar, juntos, as opções e gerar um cuidado de alta qualidade (Pieterse, 2019). Desse modo, ao reformular a concepção de que seria “fazer o bem” sob a perspectiva do profissional no processo de tomada de decisão e afastar-se da ideia de que seria tão somente maximizar benefícios, constata-se que a concepção tradicional do Princípio da Beneficência não se ajusta ao papel de protagonista do cuidado do paciente nem à imperiosidade de considerar seriamente suas preferências, vontade e necessidades.

O paternalismo, leve ou duro, não reconhece a colaboração na relação entre profissional de saúde e paciente, e o cuidado adequado para cada paciente decorrerá do diálogo e da colaboração entre os atores do encontro clínico, de modo que, juntos, descubrem o que deve ser feito (Montori *et al.*, 2023). Dessa forma, a concepção do Princípio da Beneficência não incorporou os avanços do campo dos cuidados em saúde, notadamente no que tange à reconfiguração da relação entre profissional e paciente

e à abordagem do engajamento do paciente em seu próprio cuidado, complementar à TDC.

A seguir, será brevemente exposto um dos casos apresentados por Beauchamp e Childress (2013) sob a perspectiva da BCS e da TDC, que trata do médico que, a pedido do seu filho, não informa ao paciente o seu diagnóstico de Alzheimer, sob o argumento de que poderia causar-lhe dano. Em tal caso, a realização do diagnóstico de demência deve ser, preferencialmente, objeto da TDC, porquanto trata-se de uma decisão baseada nas preferências de cada paciente, o que realça sua importância no início dos testes diagnósticos para demência. Na TDC, as vantagens e as desvantagens do diagnóstico de demência podem ser ponderadas com base em valores pessoais e em contextos de pacientes e de suas famílias (Linden *et al.*, 2025). A avaliação precoce de queixas cognitivas e um possível diagnóstico precoce de demência podem ser benéficos porque oferecem oportunidades para planejar a vida e os cuidados futuros e fornecem tempo para decidir sobre questões financeiras, legais e médicas, enquanto a pessoa ainda tem capacidade decisional. A avaliação precoce também é considerada benéfica, pois pode fornecer garantias de que a demência ainda não está presente. Além disso, um diagnóstico é frequentemente um pré-requisito para a prestação de cuidados adequados (Linden *et al.*, 2025). Nota-se que a abordagem propugnada pela BCS, com base no CCP e na TDC, é completamente distinta da apresentada pelo Princípio do Bem, que reduz as decisões a um mero cálculo de benefícios e danos.

No caso do paciente que solicita alta, mesmo ciente dos riscos, e do paciente Testemunha de Jeová, também se pode empregar a TDC para demarcar a situação problemática vivenciada pelo paciente, o que exige considerar seriamente a perspectiva do paciente e de seus familiares sobre sua biologia e biografia (Montori *et al.*, 2023). Cabe aos profissionais recrutarem sua empatia e suas competências comunicacionais para dialogar com o paciente e os familiares, desenvolvendo um plano de cuidados adequado à situação. Ademais, no caso de alta não recomendada pelo profissional ou de transfusão de sangue recusada pelo paciente, pode ser que as evidências apontem para cursos de ação distintos das preferências do paciente, e, nesses contextos, Nesse caso, Montori *et al.* (2023) recomendam o emprego dos seguintes métodos da TDC: (a) “ajustando preferências”, paciente e profissionais comparam características (ou seja, eficácia, encargos, efeitos colaterais) das opções disponíveis e as combinam com os valores, preferências, objetivos e prioridades do paciente. Eles podem usar uma ferramenta de TDC para compartilhar informações sobre as opções, e paciente e profissional deliberam até que a melhor combinação seja identificada; (b) “reconciliação do conflito”, que consiste no uso de um processo colaborativo, de modo que o profissional ajude o paciente a articular as razões para sua posição, enquanto reconcilia essas razões com as várias possibilidades futuras;

(c) “solução de problemas”, nesse método, soluções potenciais são testadas, em conversa, e tornam-se justificadas com base em que medida podem resolver com sucesso o problema e melhorar a situação do paciente; e (d) “criação de significado”, por meio do qual, usando conversas, paciente e profissional desenvolvem insights sobre o que a situação do paciente significa, em um nível profundo, para o paciente e sua comunidade, e para encontrar as razões dentro desse processo visando buscar uma abordagem específica.

Sendo assim, no caso do paciente que deseja a sua alta, Montori *et al.* (2023) referem-se ao método de solução de problemas, especificamente, à situação que envolve a decisão acerca de quando dar alta a um paciente no hospital, descobrir antecipadamente quais acomodações, suporte e cuidados contínuos serão necessários e quem garantirá que o paciente os receba. No caso do paciente Testemunha de Jeová, recomenda-se o uso do método da “criação de significado”, que implica trabalhar com o paciente e sua comunidade para conferir sentido e encontrar uma maneira de assegurar seu bem-estar e tranquilidade em determinada situação, de modo que o paciente se sinta seguro quanto ao que realmente importa nela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sustenta-se que o direito dos pacientes de participar de todas as decisões relacionadas aos seus cuidados em saúde e de implementá-las de maneira abrangente deve ser um imperativo ético para os profissionais de saúde. Conclui-se que descabe a incidência do Princípio da Beneficência como justificativa para a substituição da decisão do paciente, com base na apreciação unilateral dos profissionais acerca de riscos, benefícios e autonomia, em descompasso com o atual modelo de tomada de decisão em saúde, a TDC. Não encorajar e promover a participação do paciente significa reforçar ações paternalistas e, portanto, não converge com o consenso paulatinamente construído em torno do reconhecimento do paciente como sujeito de direitos e protagonista do próprio cuidado. Nesse contexto, a BCS defende o modelo biopsicossocial, a centralidade do paciente e a importância da conexão humana entre profissional e paciente, o que impulsiona a urgente transformação da Bioética Clínica. Com efeito, a Bioética Clínica precisa integrar o progresso moral alcançado no campo da saúde, refletido na inclusão das necessidades, preferências e vontades dos pacientes no encontro clínico. Ressalta-se que a manutenção do paternalismo coloca em risco a qualidade do cuidado e fragiliza o vínculo entre profissionais de saúde e pacientes, que, cada vez mais, se apropriam do seu papel de agentes e de tomadores de decisões.

REFERÊNCIAS

ADOM, D.; HUSSEIN, E. K.; AGYEM, J.A. *Theoretical and Conceptual Framework: Mandatory Ingredients of a Quality Research*. Disponível em: [https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-\(IJSR\)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=/?is=1](https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=/?is=1)

ALBUQUERQUE, Aline. *Bioética do Cuidado em Saúde*. São Paulo: Manole, 2025.

ALBUQUERQUE, Aline. Bioética do Cuidado em Saúde: novo método de deliberação ética na prática clínica. *Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética*, a. 14, v. 1, n. 27-28, 2023.

ALBUQUERQUE, Aline; TANURE Cintia. Healthcare bioethics: a new proposal of ethics for clinical practice. *History and Philosophy of Medicine*, 2023; 5(2):10.

ALBUQUERQUE, Aline. *Empatia nos cuidados em saúde: comunicação e ética na prática clínica*. Rio de Janeiro: Manole, 2023.

ALBUQUERQUE, Aline. Críticas ao Princípio do Paciente sob a ótica do novo paradigma ético nos cuidados em saúde: o protagonismo do paciente. *Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética*, a. 13, v. 1, n. 25, 2022.

ALBUQUERQUE, Aline. *Capacidade Jurídica e Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2022.

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

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

ASANTE, Kwame. *The right to participate: An under-utilised component of the right to the highest attainable standard health*. [S.J.], 2021.

BARCELOS, Marta Dias. Autonomia e Paternalismo em Saúde: uma perspectiva a partir da Bioética Princípalista. In: SILVA, Paulo Fraga; CAMPATO, Roger Fernandes; CAMPATO JR., João Adalberto (Orgs.). *Ciências e valores humanos: o tecer da Bioética*. São José do Rio Preto: Editorahn, 2024, p. 39-64.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. *The Principles of Ethics Biomedical*. Oxford: Oxford, 2013.

BIKKER, Annemieke P.; COTTON, Philip; MERCER, Stewart W. *Embracing Empathy in Healthcare*. Londres: Radcliffe, 2014.

CHRISTIANSEN, Regina; EMILIUSSEN, Jakob. Manipulation and Free Will in Shared Decision Making. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2020.

CHU, Larry F. *et al.* "Nothing about us without us" — patient partnership in medical conferences. *BMJ*, v. 354, 2016.

COULTER, Angela *et al.* Implementing shared decision-making in UK: Progress 2017-2022. *Z. Evid.Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFG)*, v. 171, p. 139-143, 2022.

DELANEY, Lori Jo. *Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia*. Collegian, 2017.

DRIEVER, Ellen M. Why do medical residents prefer paternalistic decision making? An interview study. *BMC Medical Education*, v. 22, 155, 2022.

EDGMAN-LEVITAN, Susan; SCHOENBAUM, Stephen C. Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. *Israel Journal of Health Policy Research*, v. 10 (21) p. 2-5, 2021.

ELWYN, Glyn *et al.* The limits of shared decision making. *BMJ Evidence-Based Medicine*, v. 28, n. 4, 2023.

FLEISJE, Anniken. How can shared decision-making turn into paternalism – and how should we think about this ethically? *BMJ Journal*, v. 29, n. 1, 2024.

FROSCH, Dominik L.; CARMAN, Kristin L. Embracing patient and family engagement to advance shared decision making. In: EDWARDS, Adrian; ELWYN, Glyn; THOMPSON, Rachel (Eds.). *Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. London: Oxford, 2016. p. 234-256.

GILL, Stephen D.; FUSCALDO, Giuliana; PAGE, Richard S. *Patient-centred care through a broader lens: Supporting patient autonomy alongside moral deliberation*, Emergency Medicine Australasia, 2019.

GROVER, Sanya *et al.* Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient Education and Counseling*, v. 105, n. 7, 2022, p. 1679-1688.

HANSSON SO, FRÖDING Barbro. Ethical conflicts in patient-centred care. *Clinical Ethics*, 2021; 16(2): 55-66.

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

JEFFREY, David. *Empathy-Based Ethics: A Way to Practice Humane Medicine*. Londres: Palgrave Macmillan Cham, 2020.

LAW EXPLORER. *Patient Involvement in Decision-making: The Right to Self-determination*. Disponível em: <https://lawexplores.com/patient-involvement-in-decision-making-the-right-to-self-determination/>

LÉGARÉ, France *et al.* Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database os Systematic Reviews*, v. 7. 2018.

LEWIS, Jonathan. Getting Obligations Right: Autonomy and Shared-Decision Making. *Journal of Applied Philosophy*, v. 37, n. 1, 2020.

LIAN, Olaug S. *et al.* “I’m not the doctor; I’m just the patient”: Patient agency and shared decision-making in naturally occurring primary care consultations. *Patient Education and Counseling*, v. 105, n. 7, 2022, p. 1996-2004.

LINDEN, Iris *et al.* Documentation of shared decision-making in diagnostic testing for dementia in Dutch general practice: A retrospective study in electronic patient records. *Patient Education and Counseling*, v. 130, 2025, 108446.

LORENZINI, Giorgia *et al.* Artificial intelligence and the doctor–patient relationship expanding the paradigm of shared decision making. *Bioethics*, v. 37, 2023, p. 424-429.

MONTORI, Victor *et al.* Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evidence-Based Medicine*, v. 28, n. 4, 2023.

MONTORI, Victor. *Why We Revolt: A patient revolution for careful and kind care*, 2020.

NALDEMIRCI, Oncel *et al.* Epistemic injustices in clinical communication: the example of narrative elicitation in person-centred care. *Sociology of Health & Illness*, v. 43, n. 1, 2021.

PIETERSE, Arwen H.; STIGGELBOUT, Anne M.; MONTORI, Victor M. Shared Decision Making and the Importance of Time. *JAMA*, v. 322, n. 1, p. 25-26, 2019.

PILNICK, A. Reconsidering Patient Centred Care: Between Autonomy and Abandonment. *Bingley*: Emerald Publishing Limited, 2022.

RESNICOW, Ken *et al.* Shared Decision Making in Health Care: Theoretical Perspectives for Why It Works and For Whom. *Medical Decision Making*, v. 42, n. 6, 2022, p. 755-764.

ROSCA, Ana; KRONES, Tanja; BILLER-ANDORNO, Nikola. Shared decision-making patients have a right to be informed about possible treatment options and their risks and benefits. *Swiss Medical Weekly*, v. 6, n. 150, p. w20268.

SACRED HEART UNIVERSITY. *Organizing Academic Research Papers: Theoretical Framework*. Disponível em: <https://library.sacredheart.edu/c.php?g=29803&p=185919>

SIEBINGA, Veerle Y. *et al.* Shared decision making, patient-centered communication and patient satisfaction – A cross-sectional analysis. *Patient Education and Counseling*, v. 105, n. 7, 2022, p. 2145-2150.

SIOUTA, Eleni; OLSSON, Ulf. Patient Centeredness from a Perspective of History of the Present: A Genealogical Analysis. *Global Qualitative Nursing Research*, v. 7, 2020, p. 1-10.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE *et al.* Collaboration and Shared Decision-Making Between Patients and Clinicians in Preventive Health Care Decisions and US Preventive Services Task Force Recommendations. *JAMA*, v. 327, n. 12, p. 1171-1176, 2022.

WONG, Eunice; MAVONDO, Félix; FISHER, Jane. Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: a systematic review of the evidence. *BMC Health Services Research*, v. 20, n. 530, 2020.