

COMUNICAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS EXPERIÊNCIAS ITALIANA E BRASILEIRA

COMMUNICATION AND SHARED DECISION-MAKING IN PALLIATIVE CARE: A COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN ITALIAN AND BRAZILIAN EXPERIENCES

COMUNICAZIONE E PROCESSO DECISIONALE CONDIVISO NELLE CURE PALLIATIVE: UN'ANALISI COMPARATIVA TRA LE ESPERIENZE ITALIANA E BRASILIANA

Alexia Pagnussat¹; Luize Pagnussat²

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional global tem aumentado a incidência de doenças crônicas avançadas, exigindo dos sistemas de saúde uma reorganização para que as práticas clínicas sejam centradas na qualidade de vida e no respeito à autonomia do paciente. Nesse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como abordagens que previnem e aliviam o sofrimento por meio da identificação precoce e do tratamento da dor e sintomas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2020). Dessa forma, a comunicação emerge como uma tecnologia leve essencial, capaz de influenciar a experiência do cuidado e as decisões terapêuticas. A tomada de decisão compartilhada é considerada o modelo ideal de deliberação clínica, defendido no Brasil pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Observa-se um contraste relevante entre os sistemas de cuidado: enquanto a Itália possui práticas consolidadas de *simultaneous care* e encontros familiares estruturados em *hospices*, o Brasil ainda enfrenta um modelo hospitalocêntrico com encaminhamentos tardios para cuidados paliativos, o que compromete o planejamento antecipado do cuidado. O presente estudo tem como objetivo analisar o papel da comunicação e da tomada de decisão compartilhada na qualificação da assistência, buscando identificar elementos do contexto internacional que possam contribuir para aprimoramentos no cenário brasileiro. Hipotetiza-se que a instituição de espaços de diálogo entre equipe, pacientes e familiares promove maior alinhamento terapêutico e maior percepção de dignidade no morrer.

METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo-qualitativo, do tipo pesquisa participante, fundamentado em uma imersão técnico-científica realizada em serviços de geriatria e cuidados paliativos na Itália, em janeiro de 2026. Realizou-se revisão sistemática da literatura, com busca em bases de dados, especialmente o PubMed, incluindo artigos publicados entre 2020 e 2026. Foram utilizados descritores em português e seus correspondentes em inglês:

¹ Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, 101973@aluno.uricer.edu.br; Orcid 0009-0001-6898-2878, lattes ID 472973168877132

² Universidade de Passo Fundo; 206352@upf.br; Orcid 0009-0003-5548-0881, lattes ID 0066314528417568

'cuidados paliativos' (*Palliative Care*), 'tomada de decisão compartilhada' (*Shared Decision Making*), 'planejamento antecipado de cuidados' (*Advance Care Planning*), 'cuidados paliativos geriátricos' (*Geriatric Palliative Care*) e 'ética do cuidado' (*Ethics of Care*). Procedeu-se à análise dos consensos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), visando fundamentar os princípios da escuta compassiva e do modelo mutualista de decisão. Por fim, a vertente empírica consistiu na observação direta, em contexto real, das práticas assistenciais italianas, com foco em estratégias como encontros familiares e debates interdisciplinares. Os dados e vivências coletados foram analisados comparativamente, confrontando a experiência internacional com as lacunas assistenciais identificadas no cenário brasileiro.

RESULTADOS

A síntese apresentada no Tabela 1 evidencia como diferentes cenários assistenciais e abordagens convergem para um mesmo eixo central: a comunicação como fundamento da TDC. Em conjunto, os dados sintetizados sustentam a premissa de que a comunicação estrutura relações de confiança, redistribui poder decisório e consolida a autonomia no cuidado paliativo.

Tabela 1 – Síntese dos estudos sobre comunicação e tomada de decisão compartilhada no fim da vida

Autor/Ano	Cenário	Intervenção ou foco	Principais achados
Eric A. Finkelstein, 2021	Comparação internacional (81 países)	Avaliação de domínios de qualidade da morte, incluindo comunicação	A satisfação no cuidado depende da inclusão nas decisões, informações claras e suporte emocional.
Lincoln, T. E., 2022	Unidade de terapia intensiva	Reuniões familiares e decisão compartilhada	A ocorrência das reuniões elevou a confiança.
Glyn Elwyn, 2025	Médicos	Benefícios profissionais da decisão compartilhada	Menor sobrecarga moral, maior satisfação e percepção de fortalecimento da prática ética.
William E. Rosa, 2022	Planejamento antecipado	Comunicação contínua e revisão de objetivos	O diálogo interativo fortaleceu a confiança e facilitou decisões.

Fonte: elaboração própria a partir dos estudos citados (2026).

A experiência imersiva realizada em um *hospice* na Itália evidenciou que a comunicação estruturada, empática e contínua constitui elemento central na organização do cuidado no fim da vida. Foram observadas reuniões entre equipe multiprofissional, pacientes e familiares marcadas por clareza informativa, escuta ativa e construção progressiva de confiança, favorecendo o alinhamento de expectativas quanto à evolução da doença e preparando emocionalmente os entes queridos para o luto iminente. Tais encontros configuravam espaços de esclarecimento e acolhimento do sofrimento, nos quais decisões complexas eram elaboradas de modo gradual e compartilhado. A efetividade dessas práticas mostrou menor dependência de protocolos formais e mais vinculada à intencionalidade ética do diálogo e ao reconhecimento da família como parceira legítima do cuidado. Assim, a comunicação constitui-se como uma ferramenta ética e terapêutica no cuidado.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os sistemas de saúde enfrentam o desafio crescente de assistir populações envelhecidas e portadoras de doenças crônicas, cenário no qual a definição de metas terapêuticas torna-se progressivamente mais complexa. Nesse contexto, a OMS define os cuidados paliativos como: abordagens que melhoram a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, com identificação precoce e tratamento adequado da dor e de problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2020). Esses cuidados priorizam o controle de sintomas, a qualidade de vida e o respeito às preferências individuais, deslocando o foco exclusivo da cura para a centralidade da pessoa. Nesse contexto, a comunicação é uma tecnologia essencial para a prática ética.

O estudo de Elwyn *et al.* (2012) descreve a TDC como um processo colaborativo no qual profissionais de saúde e pacientes constroem conjuntamente o plano terapêutico a partir das melhores evidências disponíveis e das preferências individuais. Diferentemente do paradigma paternalista, essa abordagem pressupõe troca mútua de informações, deliberação e corresponsabilidade, removendo o paciente da posição de receptor passivo para agente ativo do cuidado. Em cenários paliativos, essa perspectiva torna-se particularmente relevante, uma vez que a incerteza prognóstica e a possibilidade de declínio funcional exigem decisões que transcendem a dimensão técnica, alcançando esferas morais, emocionais e relacionais. Alcançar a decisão compartilhada requer a construção de um relacionamento qualificado, no qual as informações circulam de maneira bidirecional e os pacientes são apoiados a deliberar e a explicitar suas preferências e perspectivas ao longo do processo. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia reconhecem a TDC como padrão desejável na assistência a pessoas com doenças ameaçadoras da vida, enfatizando que decisões de qualidade dependem de comunicação contínua, compreensão compartilhada e envolvimento da família no processo deliberativo (Vidal, 2022). Assim, mais do que estratégia clínica, a TDC consolida-se como compromisso moral com a autonomia relacional e com a dignidade do paciente.

O estudo de Eric A. Finkelstein *et al.* (2021) demonstrou que a percepção de excelência do cuidado está fortemente associada ao sentimento de inclusão nas decisões, à clareza das informações e ao suporte emocional ofertado pela equipe. Nessa investigação, a participação ativa de familiares nas discussões mostrou-se relacionada a maior confiança nos profissionais e a menor sofrimento subsequente, sugerindo que o diálogo qualificado deve ser compreendido como instrumento informativo e intervenção terapêutica. Indicadores como coordenação do cuidado, manejo de sintomas, oferta de apoio psicossocial e promoção do contato com pessoas significativas são essenciais para uma experiência digna nos momentos finais da vida. Receber explicações compreensíveis e oportunas mostrou-se condição fundamental para possibilitar escolhas informadas e coerentes com expectativas individuais. A inclusão sistemática da família, a validação de emoções e a discussão transparente de prognóstico favorecem decisões mais seguras, reduzem arrependimentos e aumentam a satisfação com o cuidado recebido. Assim, a literatura reforça que sistemas de saúde que investem em comunicação produzem não apenas melhor entendimento, mas trajetórias de morrer percebidas como mais pacíficas e respeitadas (Finkelstein *et al.*, 2021).

Lincoln *et al.* (2022) demonstraram que reuniões familiares associadas à TDC aumentam de forma considerável a confiança no médico da UTI, mesmo quando se trata apenas da realização formal do encontro. Observou-se ainda efeito cumulativo das estratégias comunicacionais — como esclarecimento de papéis, suporte emocional, verificação da compreensão e exploração de valores e preferências do paciente — reforçando que atitudes aparentemente simples possuem

repercussões profundas sobre a experiência do cuidado, especialmente em cenários de incerteza e sofrimento. Dessa forma, a comunicação centrada na família ultrapassa o campo da obrigação moral e consolida-se como intervenção clínica capaz de sustentar decisões difíceis, reduzir tensões e fortalecer o vínculo entre equipe e cuidadores (Lincoln *et al.*, 2022).

O *Quality of Death and Dying Index* posiciona o Brasil em patamares inferiores aos de diversas nações europeias, especialmente nos domínios relacionados ao acesso a serviços paliativos especializados e ao planejamento antecipado de cuidados (Economist Intelligence Unit, 2015). Ainda que fatores estruturais influenciem tais resultados, parte expressiva das fragilidades refere-se à dificuldade de estabelecer comunicação precoce e contínua com pacientes e familiares. Em contrapartida, a experiência da Itália tem sido frequentemente citada como exemplo de integração entre tratamento modificador da doença e abordagem paliativa. Recomendações elaboradas pela *Associazione Italiana di Oncologia Medica* e pela *Società Italiana di Cure Palliative* defendem a introdução precoce do cuidado simultâneo, que inclui o cuidado paliativo no momento diagnóstico da doença ameaçadora de vida, favorecendo acompanhamento longitudinal e múltiplas oportunidades de diálogo ao longo da trajetória da enfermidade (AIOM; SICP, 2018; Maltoni, 2016). Esse modelo reduz a necessidade de decisões precipitadas em momentos críticos e amplia a possibilidade de alinhamento terapêutico.

A integração dos cuidados paliativos apresenta contrastes significativos entre as realidades italiana e brasileira, impactando diretamente a eficácia da TDC. Na Itália, o modelo de *hospice* está consolidado há décadas, integrando redes territoriais que favorecem o acompanhamento longitudinal e o *simultaneous care*. Essa organização institucional cria condições necessárias para a deliberação ética, oferecendo tempo protegido para reuniões familiares, equipes treinadas em comunicação e uma cultura que reconhece a terminalidade como etapa legítima da assistência. Por outro lado, no Brasil, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) aponta que a integração ainda ocorre de maneira tardia e desigual. Predominando um modelo hospitalocêntrico, no qual o encaminhamento para equipes especializadas é associado à terminalidade iminente e ao esgotamento das possibilidades curativas. Essa inserção tardia encurta o tempo disponível para o planejamento antecipado do cuidado, forçando decisões complexas sob intensa sobrecarga emocional e em momentos de crise, o que eleva o risco de intervenções fúteis (ANCP, 2025).

Estudos indicam que a tomada de decisão compartilhada com pacientes e familiares eleva a satisfação com o cuidado, reduz intervenções desproporcionais, fortalece a confiança na equipe e repercute positivamente até mesmo na experiência do luto. A revisão narrativa de William E. Rosa *et al.* (2022) destaca a importância de comunicação contínua entre pacientes, representantes legais e profissionais, com revisão periódica dos objetivos de cuidado ao longo da trajetória da doença. Essa dinâmica consolida vínculos de confiança, minimiza ambiguidades em contextos críticos e amplia a probabilidade de que diretivas antecipadas reflitam valores e desejos autênticos. Para os médicos, os benefícios também são evidentes: estudo qualitativo de Glyn Elwyn *et al.* (2025) aponta que a prática fortalece a identidade ética profissional, atenua o peso moral de decisões complexas e pode contribuir para a prevenção do burnout.

CONCLUSÕES

Diante das evidências, a TDC deve ser compreendida como investimento estratégico capaz de qualificar vínculos, aprimorar desfechos assistenciais e proteger a saúde emocional das equipes. A análise comparativa entre as experiências italiana e brasileira demonstra que a

precocidade do diálogo é o diferencial crítico: enquanto o modelo italiano de integração precoce tende a produzir experiências alinhadas aos valores do paciente, o contexto brasileiro, marcado por discussões tardias e hospitalocêntricas, ainda enfrenta um elevado sofrimento decisional. Mesmo diante das restrições estruturais do sistema de saúde brasileiro, a literatura demonstra que avanços são factíveis por meio da comunicação. Práticas como a validação explícita de emoções, a revisão contínua de metas e a realização de reuniões familiares possuem aplicabilidade imediata e impacto mensurável na confiança depositada na equipe e na compreensão do quadro clínico. A verdadeira participação do paciente não se restringe ao recebimento passivo de informações, mas sim à sua capacidade de efetivamente influenciar o plano terapêutico. Ao promover essa autonomia, a TDC reduz conflitos, melhora a satisfação com o cuidado e também atua como fator de proteção contra o burnout e a sobrecarga moral. Assim, a comunicação consolida-se como o recurso terapêutico mais potente e imediatamente disponível para assegurar a dignidade no processo de morrer.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **ANCP inicia mapeamento nacional dos programas de residência em medicina paliativa e cuidados paliativos**. São Paulo: ANCP, novembro de 2025. Disponível em: <https://paliativo.org.br/ancp-inicia-mapeamento-nacional-dos-programas-de-residencia-em-medicina-paliativa-e-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 15 fev. 2026.

AIOM – ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ONCOLOGIA MEDICA; SICP – SOCIETÀ ITALIANA DI CURE PALLIATIVE. Integration of oncology and palliative care: a joint position statement. **Tumori Journal**, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30157701/>. Acesso em: 15 fev. 2026.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The Economist Quality of Death Index: October 2015** [Internet]. Londres: Economist Intelligence Unit, 2015. Disponível em: <https://paliativo.org.br/ancp-inicia-mapeamento-nacional-dos-programas-de-residencia-em-medicina-paliativa-e-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 14 fev. 2026.

ELWYN, G.; FROSCHE, D.; THOMSON, R. *et al.* Shared decision making: a model for clinical practice. **Journal of General Internal Medicine**, v. 27, n. 10, p. 1361–1367, 2012. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3445676/>. Acesso em: 14 fev. 2026.

ELWYN, G.; LEAVITT, H. B.; VESLING, M.; JACOBS, C. R.; LUND, L. 'A return on investment'. How shared decision-making benefits doctors: a key informant interview study. **BMJ Open**, v. 15, n. 12, e107732, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41448687/>. Acesso em: 15 fev. 2026.

FINKELSTEIN, E. A. *et al.* Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 63, n. 4, p. e419–e429, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34952169/>. Acesso em: 15 fev. 2026.

LINCOLN, T. E. *et al.* Association Between Shared Decision-Making During Family Meetings and Surrogates' Trust in Their ICU Physician. **Chest**, v. 163, n. 5, p. 1214–1224, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.10.028>.

MALTONI, M., *et al.* Attitudes of Italian oncologists toward early palliative care. **Supportive Care in Cancer**, 2016. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5118660/>. Acesso em: 15 fev. 2026.

ROSA, W. E. *et al.* Advance care planning in serious illness: a narrative review. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 65, n. 1, p. e63–e78, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9884468/>. Acesso em: 15 fev. 2026.

VIDAL, E. I. O., *et al.* **Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos.** [S. l.], v. 38, n. 9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130022>. Acesso em: 15 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care.** Geneva: WHO, 5 Aug. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 14 fev. 2026.