

## Mamografia de rastreamento, atenção primária e decisão compartilhada: a voz das mulheres

*Screening mammography, primary care, and shared decision-making: the voice of women*

Guiiti Shimizu Filho<sup>1</sup>, Helvo Slomp Junior<sup>2</sup>, Herberto José Chong Neto<sup>3</sup>, Valéria Ferreira Romano<sup>4</sup>

### RESUMO

Em relação à última diretriz brasileira do Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde sobre a detecção precoce do câncer de mama, destacamos as incertezas sobre a tomada de decisão compartilhada relativas a benefícios e riscos do rastreamento mamográfico. Este artigo expressa as percepções de usuárias de serviços de Atenção Primária à Saúde sobre a decisão compartilhada nesse cenário, sendo resultado de uma pesquisa qualitativa que utilizou grupos focais, como instrumentos de produção de dados, e análise de conteúdo temática, para a sistematização de resultados. As participantes revelaram não participarem de decisão compartilhada no rastreamento mamográfico, o que nos leva a ressaltar a importância de nortear os cuidados em saúde com base em tecnologias leves, ou seja, tecnologias relacionais, e a valorizar, também, a necessidade de implementação de certos aspectos conceituais e de princípios fundamentais, que precisam ser discutidos e realçados para que a decisão compartilhada seja implementada.

Palavras-chave: Mamografia. Neoplasias de mama. Rastreamento. Tomada de decisão compartilhada. Tecnologias leves.

### ABSTRACT

According to the latest Brazilian guidelines from the National Cancer Institute/Ministry of Health on early detection of breast cancer, we highlight the uncertainties about shared decision-making concerning the benefits and risks of mammographic screening. This article expresses the perceptions of users of Primary Health Care services concerning shared decision-making in this scenario. As a result of qualitative research, it used focus groups as an instrument for data production and thematic content analysis to systematize the results. The participants revealed that there is no shared decision-making concerning mammographic screening, which leads us to emphasize that health care guidelines should be based on light technologies, that is, relational technologies. They should also discuss and highlight related conceptual aspects and fundamental principles so that shared decision-making can be implemented.

Keywords: Mammography. Breast Neoplasms. Screening. Decision Making, Shared. Culturally Appropriate Technology.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: dezembro de 2021

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3708-0772>.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5346-0965>.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7960-3925>.

<sup>4</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6646-2879>.

## INTRODUÇÃO

### O câncer de mama e a mamografia

Em 2020, segundo a Organização Mundial de Saúde, considerando-se tipos específicos de neoplasia, o câncer de mama despontou como o mais incidente no mundo (1). No Brasil, ele vem aumentando progressivamente seu impacto em termos de saúde pública. Vale ressaltar que, excluindo-se o câncer de pele não melanoma, as estatísticas revelam o câncer de mama como “o mais incidente” na população feminina do país (2). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Ministério da Saúde, em 2021 estimam-se 66.280 casos novos, o que representa uma taxa de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres. Ainda segundo o INCA, o câncer de mama é a “primeira causa de morte por câncer em mulheres no Brasil” (2).

Como uma possível ferramenta no combate ao câncer de mama, em meados do século XX, inicia-se o uso da mamografia como forma de rastreamento da neoplasia (3). Impulsionada por dados de ensaios clínicos randomizados, que demonstraram reduções nas taxas de mortalidade por câncer de mama, a mamografia como forma de rastreamento logo se popularizou (4).

Novos estudos foram surgindo ao longo dos anos, e o uso da mamografia como ferramenta de rastreamento foi sendo cercado de controvérsias, incertezas e discussões. Uma revisão sistemática de 2013 apresentou dados que colocam em xeque o real impacto da mamografia como rastreamento (5). Segundo essa revisão, “os estudos mais confiáveis mostraram que o rastreamento não reduz a mortalidade por câncer de mama. Já os estudos que foram potencialmente mais tendenciosos constataram que o rastreamento reduziu a mortalidade do câncer de mama” (5). Outro estudo de revisão, conduzido para a atualização de diretrizes de recomendação da *United States Preventive Service Task Force*, demonstrou que, embora haja redução do risco de mortalidade por câncer de mama e do número de casos de câncer avançado para mulheres com 50 anos ou mais com uso de mamografia de rastreamento, a redução de risco de mortalidade não foi estatisticamente significativa para todas as faixas etárias, e a magnitude de efeito foi pequena (6).

Além da discussão em torno da real capacidade da mamografia para reduzir taxas de mortalidade, questões em torno de possíveis danos com o uso da mamografia como ferramenta de rastreamento têm se consolidado há tempos; por isso, vários autores têm questionado de forma mais veemente o uso da mamografia como método de rastreamento (7). Na perspectiva destes autores, o comportamento biológico do câncer de mama não é uniforme e de todo previsível, de tal modo que, ao detectar lesões indolentes, que de outro modo não causariam dano para a paciente, a mamografia pode gerar sobrediagnóstico e, por conseguinte, o

sobretratamento, que tem o potencial de causar morbidade e mortalidade (7). Apesar de ser discutível qual a real magnitude do impacto do sobrediagnóstico com o uso da mamografia de rastreamento, esse é um fenômeno aceito como possível nas diferentes diretrizes sobre o rastreamento mamográfico (8). “O dano mais comum do rastreamento mamográfico é o resultado falso-positivo”, quando se detectam lesões não malignas e que, muitas vezes, demandam exames e procedimentos adicionais (6).

No entanto, recentemente uma revisão sistemática constatou evidências de que a mamografia, dentro de um programa organizado de rastreamento, reduziu a mortalidade por câncer de mama em todas as regiões europeias onde foi implementado e monitorado (9), trazendo para a pauta a condição de incerteza que envolve o tema. Na última diretriz nacional do INCA sobre detecção precoce do câncer de mama, seguindo a mesma linha de diretrizes internacionais, há a descrição de faixas etárias de possíveis benefícios, ao mesmo tempo em que há a apresentação das idades em que é maior a probabilidade de exposição a danos com a realização do exame, sendo essas recomendações embasadas em revisão sistemática da literatura (10), corroborando a ideia da existência de certas limitações para a decisão de realização de rastreamento de câncer de mama através da mamografia.

Assim, o Ministério da Saúde do Brasil define que as mulheres na faixa etária dos 50 aos 69 anos são, dentro da população geral, não consideradas como tendo alto risco para desenvolvimento de câncer de mama, devendo-se, então, discutir com essas mulheres a realização de mamografias seriadas com intervalo bianual (quadro 1). No mesmo documento, há uma recomendação contrária à realização de mamografia de rastreamento em mulheres com 49 anos ou menos ou com 70 anos ou mais (10).

**Quadro 1** – Recomendações para rastreamento mamográfico, segundo ministério da saúde/inca, conforme idade

< 50 anos	Contra rastreamento	Recomendação forte
50 a 69 anos	Favorável ao rastreamento	Recomendação fraca
70 a 74 anos	Contra o rastreamento	Recomendação fraca
75 anos ou mais	Contra o rastreamento	Recomendação forte
Periodicidade	Nas faixas etárias em que há recomendação para rastreamento há orientação favorável forte para realização do exame a cada dois anos.	

Fonte: adaptada de INCA (10)

## O papel da decisão compartilhada no rastreamento mamográfico

Nesse contexto de controvérsias e incertezas em relação ao rastreamento mamográfico,

a última diretriz nacional sobre rastreamento de câncer de mama salienta a importância da decisão compartilhada (10), que tem como eixo central o envolvimento dos pacientes na tomada de decisões na medida em que busca dividir o poder decisório sobre práticas em saúde, de tal modo que sejam consideradas as preferências da pessoa no processo, o que significa ponderar sobre experiências, crenças e valores individuais. A tomada de decisão compartilhada estabelece, portanto, um elo entre a medicina centrada na pessoa e a prática baseada em evidências, sendo um ponto significativo para que se consiga alcançar alta resolutividade do serviço (11).

O autor com o maior número de publicações sobre o tema “decisão compartilhada”, segundo pesquisa na base de dados *Scopus* feita quando da produção deste artigo, é Glyn Elwyn, que defende um modelo de decisão compartilhada colaborativo/deliberativo. O autor parte de um modelo conceitual e ético que destaca a importância do suporte à autonomia do usuário na decisão para estruturar um modelo prático que incorpore a cooperação entre profissional e usuário de serviço de saúde em todos os momentos até a deliberação da conduta. Esse modelo é sistematizado em etapas, cuja viabilidade depende do diálogo como instrumento, e envolve a conversa em termos compreensíveis sobre as opções existentes, seus respectivos riscos e benefícios, até a tomada de decisão compartilhada entre profissional e usuário de saúde (12).

Ainda em se tratando de revisão de literatura, em pesquisa bibliométrica usando os termos descritores “*decision making, shared*” e “*shared decision making*”, conectados pelo booleano “OR”, a análise por país ou território mostra Estados Unidos, Reino Unido e Canadá com maior número de documentos publicados (respectivamente, 6430, 1811 e 1302 documentos). Houve a identificação de 86 documentos no Brasil.

Apesar de poucas publicações no Brasil com o uso do termo “decisão compartilhada”, esse conceito dialoga com temas históricos relativos ao contexto de saúde no país. Considerando o processo de redemocratização do Brasil depois do período ditatorial, pode-se fazer um paralelo entre o incremento progressivo da participação social no processo de tomada de decisão em saúde, a exemplo do estabelecimento da Política Nacional de Humanização do SUS (13). No entanto, o processo de envolvimento das usuárias no atendimento individual ainda é pouco discutido e estruturado no Brasil, especialmente se considerarmos que a habilidade de comunicação e o cuidado no foco da educação em saúde encontram dissonâncias na formação dos profissionais de saúde.

Além disso, a tomada de decisão compartilhada requer uma mudança de postura, seja do ponto de vista ético ou do político (14), o que, por si só, envolve dificuldades estruturantes para sua utilização no cotidiano do mundo do trabalho em saúde. Uma outra forma de se discutir o tema na literatura brasileira, considera a importância do reconhecimento entre usuário e profissional de saúde, a busca de relações simétricas e a valorização dos diferentes saberes

como condição para estabelecimento de vínculos e do compartilhamento de decisões no cuidado em saúde (15).

Dessa maneira, a pesquisa da qual este artigo apresenta resultados parciais, derivados de uma dissertação de mestrado, teve como objetivo explorar as percepções de usuárias de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) sobre a decisão compartilhada no rastreamento da mamografia.

## **METODOLOGIA**

O estudo teve caráter exploratório e foi realizado com base em pesquisa qualitativa a partir de dados produzidos em grupos focais (GFs) com mulheres moradoras de um município no Sul do Brasil.

Como instrumento de produção de dados, o grupo focal (GF) é constituído por um conjunto de pessoas selecionadas intencionalmente e que discutem sobre um dado tema a partir do ponto de vista de experiências pessoais. A partir do processo de discussão do tema da pesquisa, pode-se ter conhecimento não apenas do que as pessoas pensam e expressam sobre o assunto, mas também como e porque pensam. A pesquisa com GFs permite explorar “conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações de um modo que não seria possível com outros métodos, como, por exemplo, a observação, a entrevista e questionários” (16). Há fontes da literatura que estipulam entre 6 e 12 o número de participantes para que cada GF permita a exploração em profundidade das percepções dos participantes sobre o assunto (16). No entanto, há o argumento de que esse número de participantes recrutados, orientação tradicional de pesquisas de *marketing*, pode não ser factível para a exploração em profundidade, considerando-se os modos pelos quais perspectivas são construídas socialmente para certos temas e contextos de pesquisa. Desse modo, seria plausível ter GFs com um mínimo de 3 a 4 participantes cada (17).

Os GFs foram conduzidos com auxílio de um aplicativo para comunicação em vídeo e reuniões por webconferência. As participantes dos GFs foram recrutadas na população de mulheres da área de abrangência de um serviço de APS. Optou-se por restringir a faixa etária das participantes (de 40 a 74 anos), com ênfase na faixa dos 50 aos 69 anos, em que pode haver algum benefício com o rastreamento mamográfico, mas também em idades próximas, para as quais a evidência de benefício do exame é menos clara (10). O serviço de saúde a partir do qual foram recrutadas as participantes é estruturado em 4 equipes de saúde da família, sendo responsável pelo atendimento de aproximadamente 15 mil habitantes de uma área urbana. A estimativa é que cerca de 2.190 mulheres na faixa etária do estudo morem na área de abrangência dessa unidade de saúde.

O pesquisador principal, que também foi o moderador dos GFs e trabalha como médico assistente na Unidade de Saúde da Família (USF) que é referência para as usuárias, convidou as participantes através do apoio da equipe local de saúde, que engloba agentes comunitários de saúde (ACSs) e a equipe de enfermagem. O pesquisador principal realizou contato telefônico prévio para a explanação da pesquisa e o convite às participantes, com a devida anuência para gravação de imagem e som, o que foi formalizado posteriormente com a assinatura dos termos de autorização e consentimento, após aprovação em comitê de ética em pesquisa.

Convém dizer que, sendo o pesquisador principal um médico que integra uma das equipes de saúde da família do serviço de onde foram recrutadas as participantes da pesquisa, evitou-se criar GFs com pessoas que eram acompanhadas pelo pesquisador, a fim de evitar comportamentos de cumplicidade com o moderador dos GFs (16).

Optou-se por incluir pessoas do mesmo núcleo familiar nos grupos por questões de operacionalidade, já que algumas participantes não tinham familiaridade com a tecnologia utilizada como meio de comunicação entre os participantes, precisando, portanto, de auxílio presencial no momento das discussões dos GFs. Além disso, a decisão compartilhada envolve potencialmente a família (18). Então, teorizou-se que os grupos compostos dessa forma poderiam produzir dados que refletissem como a dinâmica familiar nela interfere.

Os GFs foram realizados com auxílio de tópicos, na forma de frases concernentes a percepções da mamografia de rastreamento, utilizados de forma flexível para o não comprometimento da proposta de estudo, segundo a técnica de produção de dados (16,17). As discussões dos grupos foram, então, iniciadas com um questionamento pelo moderador: “Quando falamos em mamografia, o que lhes vem à mente?”. A pesquisa original, isto é, aquela que compreendeu a dissertação de mestrado do qual este artigo é produto parcial, buscou também explorar os conceitos de falso-positivo e sobrediagnóstico, exploração esta que foi realizada com a exposição das frases “pode me levar a fazer outros exames que não me trarão benefícios” e “pode me levar a tratar um câncer, que apesar de existir mesmo, não iria me prejudicar”, respectivamente. O roteiro de tópicos incluiu questionar às participantes se elas já haviam conversado sobre a mamografia com os profissionais de saúde que as acompanham. Esse questionamento foi realizado após terem sido exploradas percepções de benefícios e malefícios da mamografia como método de rastreamento.

A análise de conteúdo descrita por Laurence Bardin (19) como proposta metodológica de análise de comunicações foi empregada para a sistematização dos dados obtidos com os grupos focais do estudo. Conforme descrito por Bardin, “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos na descrição do conteúdo de mensagens” (pg. 44) (19). Assim, é uma análise que pode ser realizada nos diversos modos como a comunicação se processa, incluindo sobre a linguagem oral em grupos

de pessoas, situação que configura os dados produzidos com base nos GFs. O método da análise de conteúdo, empregado nesta pesquisa, seguiu a sistematização em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

A etapa da pré-análise compreendeu uma fase de organização dos dados, a fim de permitir a operacionalização destes e a sistematização de ideias para a análise propriamente dita. Iniciou-se com a leitura flutuante, definida como o primeiro contato com o material a ser organizado. Definiu-se, a partir da etapa de pré-análise, que os temas seriam tidos como unidades de registro, isto é, a análise de conteúdo à qual os dados foram submetidos foi pensada como uma análise temática, tendo como pressuposto que esta consiste na descoberta dos núcleos de sentido. Conforme Bardin, o tema é “geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências (...)” (pg. 135) (19). Esses núcleos temáticos foram posteriormente agrupados em categorias de análise para sistematização de resultados.

Com base nas definições da pré-análise, o material passou por exploração com as regras de codificação e categorização pré-definidas. A etapa final, de tratamento dos resultados, compreendeu a síntese e a sistematização dos resultados já lapidados pelas etapas anteriores, quando, por meio da inferência, interpretaram-se os resultados do estudo. A inferência foi realizada a partir de referenciais teóricos de Elwin *et al.* (20), sobre decisão compartilhada, e de Merhy e Feuerwerker, sobre tecnologias em saúde (21).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR), sob parecer n.º 3.997.832.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo foram 3 GFs, com o total de participantes no número de 17. A duração das discussões nos grupos variou entre 1 e 2 horas. Algumas particularidades referentes às composições dos grupos estão destacadas a seguir:

- O GF1 foi composto por cinco participantes, com idades variando de 42 a 64 anos, todas usuárias dos serviços públicos de saúde. Uma das participantes havia realizado tratamento por doença mamária anteriormente (EVL, 63 anos). O GF1 inclui nora e sogra (OC e MA, respectivamente).
- O GF2 foi composto por sete participantes, com idades variando de 45 a 70 anos. Cinco das participantes no momento da realização do GF eram usuárias de serviços privados de saúde, enquanto duas eram usuárias exclusivas do sistema público de saúde. Uma das participantes (RSP, 57 anos) já havia realizado tratamento de câncer de mama. O grupo incluiu duas irmãs (RSP e RSS), além de mãe e filha (MAS e RFA, respectivamente).

- O GF3 foi composto por cinco participantes, com idades variando de 41 a 69 anos. Uma das participantes era usuária de plano privado de saúde e as demais exclusivamente do sistema público. Uma das participantes (VN, 63 anos) relatou ter passado por tratamento mamário. O grupo incluiu a participação de mãe e filha (AJ e LL, respectivamente).

## Categorias de análise

Criaram-se, para sistematização dos dados, duas categorias diferentes de análise, nomeadas: “Diálogo e decisão no cuidado em saúde” e “Encontros e desencontros entre profissional de saúde e usuária no compartilhamento da decisão e cuidado em saúde”.

### Diálogo e decisão no cuidado em saúde

Após a discussão iniciada pelo moderador dos GFs sobre aspectos ligados à mamografia e à exposição sobre os potenciais riscos à realização do exame, houve um questionamento se as participantes já haviam conversado com os profissionais que lhes prestavam assistência sobre o exame e sobre a decisão de realizá-lo ou não. A resposta a ambas as questões foi negativa de parte da maioria das participantes nos três GFs. Algumas integrantes referiram que conversavam com os médicos que lhe assistiam, mas não sobre os riscos e benefícios possíveis na realização da mamografia, nestes termos.

“(…) A médica sempre explica, né? Sobre o resultado, assim, 'se for maligno, assim que é feito, assim que é tratado. Se for benigno vai ter um tratamento assim, que vai ter que fazer mais acompanhamento, mais de perto'. Que existe nódulo, né? Que tem nódulo que desaparece com o tempo e tem os outros que permanece, que vai ser acompanhado, de repente, até mais frequente. Mas tranquilo!” (RSS, GF2)

Prosseguindo a discussão, o moderador fez referência à decisão compartilhada na escolha por realizar ou não a mamografia de rastreamento. Em 2 GFs, as participantes qualificaram de forma positiva a decisão compartilhada. Nesse contexto de discussão, houve manifestação pelas participantes do desejo de diálogo. Esse tema, em alguns momentos extrapolou o contexto da decisão pela realização da mamografia, emergindo como um tópico com significado não apenas exclusivo da decisão compartilhada, objeto de estudo *a priori* desta pesquisa, mas como algo com significativo impacto no cuidado em saúde num cenário mais amplo.

Nesse contexto, quando o “assunto é doença”, o diálogo auxilia a aliviar as tensões que a pessoa possa apresentar.

“(…) a pessoa fica mais tensa que se o médico se abrir, explicar a situação da doença pra ele. A consulta se torna mais leve e mais agradável. Por isso que é bom o médico ser amigo, assim em termos de conversar dentro do assunto a doença. Mas é muito bom o



diálogo, entre paciente e médico.” (MAS, GF2)

No contexto de educação em saúde, há na literatura o argumento de que a conversa, a troca entre profissional de saúde e usuário, pode ser encarada como um instrumento fundamental para o denominado modelo dialógico. Comparado com o modelo tradicional de comunicação clínica, ainda hegemônico, que enfatiza a visão biológica no processo saúde-doença, a transmissão vertical de informações e a valorização exclusiva dos conhecimentos técnico-científicos, o modelo dialógico desponta como o mais efetivo para um cuidado integral. O diálogo, nesse ponto de vista, valoriza o saber popular e a autonomia, para que os usuários participem ativamente dos cuidados em saúde (22).

Na perspectiva da decisão compartilhada, o pilar central é o pressuposto de que o usuário tem o direito à autonomia, e cabe ao profissional de saúde apoiar este pressuposto. Apoio que poderia ancorar e até mesmo expressar um relacionamento profissional-usuário onde o respeito a competências individuais, o reconhecimento de que as decisões dependem também de relações interpessoais e do resultado da interação entre profissional de saúde e usuário, sejam valorizados (23).

Desta maneira, esses preceitos dão sentido e formato ao modelo colaborativo-deliberativo de decisão compartilhada, lembrando que, nessa perspectiva, o compartilhamento da decisão envolve invariavelmente aspectos culturais, sociais e afetivos; pressupondo que particularidades intrínsecas a cada indivíduo só podem ser de fato acessadas e consideradas no processo de decisão compartilhada se o diálogo for empregado (23).

O aspecto positivo do diálogo também foi compartilhado nas discussões do GF3, no entanto há um contexto de dificuldade de compreensão e incertezas em relação a se de fato a mamografia pode ocasionar algum dano à mulher que o realiza. Nesse cenário, associado à percepção de “necessidade” de realização do exame, há expressões de que a decisão compartilhada não seria algo adequado. Essa visão foi compartilhada no GF3, emergindo após o moderador expor ao grupo possíveis danos relacionados à realização do exame. A fala a seguir ilustra essa situação.

“Mas essa decisão compartilhada seria entre o paciente e o doutor, porém eu vejo assim... se a pessoa, que nem minha mãe... minha mãe acho que nunca fez mamografia. Se perguntar pra ela, lógico que ela vai dizer que não, né? (...) No Brasil, tudo funciona assim, meio tem que ser meio imposto, né?! Tem que fazer preventivo, tem que obrigar né? (Riso). Senão, não vai. (...) É um risco muito grande, né? Se a pessoa já tem risco e não, imagina se perguntar se quer fazer. Vai dizer que não, né? (Riso sarcástico). Eu não compactuo com isso. (...)” (EP, GF3)

Durante a discussão no GF2, uma das participantes associou o fato de ser acompanhada ao longo do tempo por um mesmo profissional com a maior facilidade para conversar durante uma consulta.

“Ah sim! Isso aí eu sempre converso com o médico e como eu faço tratamento, já há 10

anos que eu faço com o mesmo ginecologista, então eu tenho intimidade de chegar, conversar. (...). Então eu sempre converso. Eu gosto de conversar muito com o médico.” (MAS, GF2)

Esse dado do GF2 enuncia o papel do vínculo como facilitador para o diálogo. Na perspectiva do médico, o vínculo tem o potencial positivo de provocar uma reelaboração na percepção que este tem sobre o seu "território identitário". Reelaboração esta que pode equiparar a importância do conhecimento técnico do saber próprio de cada usuário como indivíduo, num movimento de desconstrução da onipotência do saber do profissional (24).

No entanto, o vínculo entre usuário e profissional de saúde é algo a ser construído a cada encontro no cuidado em saúde, não sendo algo tomado como pronto, mas algo a ser negociado por ambas as partes em cada momento dos atos em saúde. A construção de um vínculo com potencial positivo no cuidado em saúde depende de que o profissional de saúde adote uma postura ética que incorpore o reconhecimento do usuário como um interlocutor válido, detentor de um saber singular e crucial na definição sobre qual o caminho seguir na definição de projetos terapêuticos (15).

Nos GFs houve uma visão compartilhada pelas participantes sobre o aspecto positivo em receber informações e orientações pelos profissionais de saúde, seja no momento de uma consulta médica, seja em momentos de atividades coletivas, como palestras. O trecho do GF3 abaixo transcrito ilustra essa situação, quando uma das participantes se referiu à realização de salas de espera em uma unidade de saúde. Nota-se que o parâmetro que a participante usou para comparação, expresso na primeira frase da fala, foi o próprio GF em curso, visto como um momento produtivo de interação entre pessoas.

“Essa fala que a gente tá tendo é muito rica sim. Só que eu lembro (...) Que alguns tempos atrás, na unidade de saúde, quando tinha lá, ‘o médico vai chegar tal hora’, o pediatra, o clínico, o que seja. Enquanto o médico tava atendendo outras pessoas, tinha alguém palestrando lá. Daí a gente chegava lá, ‘qual assunto que vocês gostariam que nós falássemos hoje?’. Nós falávamos: ‘ah, quero que fale da prevenção’, ‘quero falar da hipertensão’, outro ‘quero falar do pediatra’, outro fala: ‘eu não sei como cuidar do meu neném’. Então tinha aquelas falas durante o pessoal que estava aguardando a consulta, (...). E ali nesse meio tinham aquelas pessoas que não gostam de falar, mas elas ouvem: ‘ó, isso é pra mim!’, entendeu?” (VN, GF3)

Por outro lado, a própria educação em saúde, tomada como intencionalidade, pode ser superada se as informações sobre saúde-doença forem amplamente disponibilizadas. Isso desde que “o usuário seja visto como um interlocutor válido, já que o cuidado em saúde ultrapassa a dimensão estritamente pedagógica” (25).

No GF1, houve expressão de que a ausência de diálogo no contato com o serviço de saúde é algo negativo. No trecho abaixo, uma das participantes ilustra esse aspecto da ausência de diálogo com uma experiência em que buscou a unidade de saúde para realização de mamografia, que, a princípio, lhe foi negada.

“(…). Acho que ainda falta os médicos conversar um pouco com as mulheres sobre a importância, não sei se tem mesmo essa coisa de idade. Que nem eles me disseram lá no dia que eu fui, que eu pedi pra fazer, que EU (de forma enfática) que quis fazer, entendeu? (...) tive que insistir para fazer mamografia. Por eu já estar com os meus 42 anos, tive que insistir, porque eles não queriam que eu fizesse por não haver necessidade. Então, é a minha dúvida. Se realmente, essa idade não é propícia à câncer de mama. Porque diziam eles que não havia necessidade pela minha idade: ‘pra que que você quer fazer?!’” (OC, GF1)

Ainda no GF1, houve uma visão compartilhada de que essa falta de diálogo se associaria a uma sensação de constrangimento. Descrevendo uma consulta em que acompanhou um familiar antes da realização de um procedimento cardíaco, a participante comentou:

“Essa semana mesmo eu fui acompanhar meu irmão num procedimento que ele vai ter que fazer. A gente não conseguiu nem sentar. Que antes de você começar falar com a médica, ela te entregou os papéis na mão e já falou assim: ‘Ó, já tá marcado pro dia 13, pronto e até o dia 13!’. Ainda consegui perguntar algumas coisas, saindo na porta. Entendeu? Mas você fica até constrangida com uma consulta assim, né? (...)” (OC, GF1)

Encontros e desencontros entre profissional de saúde e usuária no compartilhamento da decisão e cuidado em saúde

O conceito de encontro empregado nos resultados da pesquisa é aquele da perspectiva de Feuerwerker (26). Na visão da autora, o encontro acontece num cenário de imprevisibilidade, em que ambos os envolvidos – usuários e profissionais de saúde – têm papel ativo e deixam “marcas”, isto é, são afetados no processo. O cuidado em saúde nesse cenário depende do reconhecimento mútuo dos diferentes saberes, expectativas e desejos, e não apenas do contato entre os diferentes atores (24). Os resultados de nossa pesquisa mostraram alguns tópicos que emergem como obstáculos para a decisão compartilhada, e nesse sentido o produto do encontro usuário/profissional não significou cuidado ou representou um momento de colaboração.

No contexto de discussão sobre o diálogo entre usuárias e profissionais de serviços de saúde, no GF2 houve a percepção de falta de liberdade para que a mulher se expresse e se posicione no momento do atendimento médico. Na perspectiva de uma participante do GF2, é habitual “sentar e sofrer uma consulta”.

“Então, eu digo assim a liberdade que você tem... na verdade até mesmo de chegar e questionar, porque você vai lá assim até mesmo encolhido, quando você entra dentro do consultório, né? Você entra até meio sem jeito. (...) Acanhado, sem jeito e não tem essa liberdade de questionar, né? (...). Habitualmente, você entra, senta, **sofre** uma consulta, vamos dizer assim (entre risos), vai embora, nem sabe que tem esse ponto de questionamento. É tão ridículo isso! Mas, habitualmente, é isso, você vai, você senta (riso) e **sofre** uma consulta. (...)” (ES, GF2, grifos nossos)

A liberdade de expressão foi destacada pelos participantes como sendo algo crucial para o cuidado. Na literatura sobre o compartilhamento da decisão, esta última percepção é basilar, partindo-se do pressuposto conceitual de que a decisão compartilhada é um ato em saúde que valoriza a autonomia e as perspectivas de usuário e de profissional de saúde de forma

igualmente importante (23).

Essa mesma perspectiva foi compartilhada dentro do GF2. Ao questionamento do moderador se as outras participantes também já haviam “sofrido consultas”, uma das participantes expressou-se com o bordão “o médico me benzeu”:

“Ah, com certeza! Eu sempre digo assim, quando acontece isso. É... Que alguém pergunta: ‘como foi a consulta?’. Eu falo assim: ‘Ah, o médico me benzeu!’. Por que simplesmente benze né?! (Risos, gesticula o ato de benzer do com as mãos). Então, é... Isso é normal, assim.” (RSP, GF2)

Essa visão citada pelas usuárias nos GFs apresenta paralelo com aquilo que se conceitua como clínica degradada. A clínica aqui é vista como o momento em que as mais distintas práticas em saúde são postas no cotidiano dos serviços, sejam elas de prevenção, cura ou reabilitação (27). A clínica tradicional reduz o usuário à doença, com enfoque na cura, dentro de uma perspectiva exclusivamente biológica. A clínica degradada foca a conduta do profissional na queixa do usuário, numa perspectiva centrada na produção de procedimentos em quantidade, isto é, na eficiência, sem a devida atenção naquilo que é produzido, ou seja, na eficácia do que se faz em saúde. Nesse sentido é que compreendemos que algumas participantes da pesquisa se referiram à postura médica de simplesmente “benzer” a usuária. A proposta para adequar os cuidados em saúde às demandas para um cuidado efetivo, necessariamente, passam por uma reformulação da clínica (ou, como os autores denominam, da ampliação da clínica), dando-se ênfase à eficácia clínica e não à centralidade da eficiência (27,28).

Continuando a argumentação no andamento do GF2, para uma participante, essa perspectiva de falta de liberdade pareceu controversa, já que, para uma consulta acontecer, deveria haver uma postura ativa da mulher, concluindo que deveria ser despertada nas mulheres essa mesma postura, de questionamento e posicionamento no evento de uma consulta médica.

“(...). Sabendo que você tá fazendo a consulta, você quem pode conversar, você tem liberdade pra isso, né? E de repente, nesta reunião, até mesmo aqui, levantando esse questionamento, né? Então, é legal, é importante, é interessante até, né? Vamos dizer assim, se despertasse isso em outras mulheres: ‘Ei, você tá fazendo uma consulta, você não tá sofrendo uma consulta, né?! Você que tá indo ao consultório, né? Você pode questionar, você pode indagar de alguma forma!’ ” (ES, GF2)

Nos GFs houve a percepção de que o médico, como especialista, não é questionado. No GF1, uma das participantes não vê lógica no questionamento num contexto de consulta médica, opinião que foi compartilhada dentro do GF.

“Mas se você for num médico, ele orientou, você vai, vai fazer o que ele pede. Pronto! Até porque nem faz sentido, ir consultar, o médico pedir o exame e eu fala: ‘não, não quero’. Não faz sentido, né?” (APP, GF1)

Neste mesmo tema de discussão, uma das participantes do GF2 exemplificou com sua própria profissão a opinião de que não faz sentido questionar um especialista sobre sua decisão.

“Eu acho que a maioria é assim! Geralmente você não questiona o médico, ele é um

especialista, né?! Como exemplo, eu sou corretora de imóveis. Dificilmente, eles vão me questionar, eles querem acolher dentro da minha experiência tudo o que eu tenho pra falar, né? E, de repente, eles não vão me questionar lá, é difícil. É poucos o que já (...) são informados e de repente vem me questionar. Assim, alguma coisa, metragem, alguma coisa assim, dentro da minha área, né? Mesma coisa o médico, né? (...)" (ES, GF2)

Essa perspectiva em relação ao médico, pelas usuárias, é um obstáculo para que se consiga compartilhar a decisão. De fato, a literatura destaca um senso comum de que o saber médico é encarado como superior, o que contribui para a concepção, pelos usuários dos serviços de saúde, de que não podem participar nas decisões. O ponto de vista que deve ser destacado nesse contexto é que o usuário do serviço é um perito, detentor de um saber único referente a valores, preferências, perspectivas singulares, saber este fundamental na definição de conduta para que o cuidado em saúde de fato ocorra (15,25,29).

Ainda nesse contexto de discussão dos GFs, algumas participantes associaram informação e ter conhecimento sobre temas da área da saúde com a possibilidade de questionar e se expressar diante da consulta médica. No GF2, após a intervenção do moderador falando sobre os possíveis benefícios ou danos relacionados à mamografia, uma das participantes afirmou:

"Agora já levantou uma curiosidade aí, que é perguntar pra médica: 'quais são os malefícios e os benefícios?' Né?!" (RSS, GF2)

No mesmo GF, uma das participantes expressa a opinião de que o questionamento da usuária ao profissional de saúde que lhe presta assistência é condicionado ao conhecimento prévio sobre o assunto que será objeto durante a consulta médica.

"(...) Porque você não vai fazer a consulta, porque, na verdade, a gente não sabe nada, na verdade, só vai lá diagnosticar algum acontecimento, alguma coisa que tá sofrendo (...) A não ser que você seja muito envolvido, já tenha pessoas envolvidas, já escutou muito sobre o assunto pra daí questionar, né? (...)" (ESS, GF2)

Nota-se que há evidências de que o fato de o usuário ter acesso a conhecimento sobre temas relacionados a sua saúde pode exercer efeito benéfico na decisão compartilhada (30). Entretanto, nesse ponto, faz-se importante retomar discussões sobre núcleos de sentido elencado pelas participantes relativos à liberdade.

Houve manifestações nos GFs de que ter liberdade para se expressar no momento de uma consulta e durante um contato para rastreamento mamográfico tem importância.

"A gente precisa se sentir à vontade pra falar, expor seu problema e falar sobre aquele problema... se é necessário exame ou não é. E junto com o médico chegar à conclusão se é necessário o exame ou não." (OC, GF1)

"Por isso a liberdade! A gente tem que ter liberdade com os nossos médicos! Principalmente ginecologista!" (RSS, GF2)

E, ainda no cenário de discussão sobre "liberdade" ser importante para mulher se posicionar no contato com o serviço de saúde, no GF1 houve a percepção de que o profissional deve ter uma postura que permita tal liberdade à mulher.

“Sim, mas pra isso esse médico tem que tá disponível, né? Porque tem um médico que atendia aí doutor, que eu prefiro não falar o nome, que ele mal olhava... (riso irônico).” (APP, GF1)

“A gente mal fala o nome pra ele e ela já tava com a receita na mão.” (OC, GF1)

Há que se destacar que, ao longo do tempo, estudos têm demonstrado que haver conhecimento sobre o assunto não necessariamente se traduz em decisão compartilhada (31). Fundamentalmente, a capacidade percebida na tomada de decisão vai além da quantidade de conhecimento que o usuário detém, para incluir a capacidade de poder e intervenção percebida no momento do encontro com o profissional de saúde (15,25,29).

A literatura internacional destaca que o tema da decisão compartilhada tem passado por releituras, já que a concepção inicial sobre o assunto não resultou na implementação de fato do compartilhamento da decisão (31). A perspectiva tradicional da decisão compartilhada foi concebida inicialmente no contexto de condições agudas, com ênfase na simples troca de informações entre profissional de saúde e usuário, e numa perspectiva de que as preferências deste seriam prontamente manifestas. A limitação da decisão compartilhada assim estruturada ficou particularmente evidente no contexto da complexidade de condições crônicas e comorbidades, característico dos serviços de APS (18). Nesse cenário, portanto, destaca-se a necessidade de aperfeiçoamentos e de novas soluções.

Destacou-se o uso da expressão “cuidado” em saúde nas categorias desta pesquisa. Retomando o tema da prevenção em saúde, questão fundamental quando se fala em mamografia, cita-se a perspectiva de Ayres (32). Segundo o autor, prevenir, assim como tratar ou curar, não é uma postura suficiente na prática em saúde, já que pressupõe uma atitude – por parte do profissional - estática e objetificadora do usuário. Ele propõe que cuidar seria o termo mais adequado, já que não se limita a atribuições técnicas, mas que significa construir projetos sustentados ao longo do tempo e que considerem as premissas e saberes dos diferentes sujeitos no encontro em saúde, da intersubjetividade, com o intuito de construir, nas palavras do autor, um "sucesso prático" (32).

Integrando os resultados expostos nas categorias temáticas, faz-se uma leitura sob a perspectiva de Merhy e Feuerwerker (21) sobre as tecnologias em saúde. Do ponto de vista que o trabalho em saúde é um trabalho vivo, e que a conceituação de tecnologia se refere não apenas a equipamentos, mas também a um saber tecnológico e um *modus operandi*, os autores conceituam três tipos de ferramentas tecnológicas: as ferramentas duras, que se referem às máquinas e aos equipamentos utilizados nos processos diagnósticos ou terapêuticos; as tecnologias leve-duras, ou seja, o conhecimento técnico-científico usado para que o profissional de saúde “apreenda” as necessidades do usuário sob um certo ponto de vista; e as tecnologias leves, estas referentes ao processo relacional do encontro entre o usuário e o profissional de saúde. O ponto de vista expresso pelos autores é de que há uma predominância no processo de

trabalho em saúde do emprego de tecnologias duras e leve-duras, o que encontraria incentivo no modo como operam atualmente as lógicas de poder na sociedade. Como argumentam os autores, uma das questões que servem como pano de fundo para a percepção de ausência de cuidado em saúde de forma adequada seria justamente a desvalorização e o pouco emprego de tecnologias leves (21).

Desse ponto de vista, pode se dizer que a falta de diálogo expresso por usuários e presente nos resultados desta pesquisa decorre justamente do pouco emprego das tecnologias leves no trabalho em saúde. Dito de outro modo, as tecnologias leves compreendem a escuta, o interesse e a construção de vínculos, ou seja, tudo que advém das relações. Merhy e Feurwerker (21) encaram o campo das tecnologias leves como o campo “poroso”. Usam esse termo para explicar a perspectiva de que é justamente no campo das tecnologias leves que o ato de cuidado permite invadir questões externas àquelas tradicionalmente pertencentes à área da saúde, mas que são igualmente importantes quando do real cuidado em saúde. Aqui é que o contexto, as vivências, as experiências e os valores do usuário ganham força, e o desenvolvimento de autonomia pode aflorar. Ora, esse é o grande gargalo na implementação *in loco* da decisão compartilhada. Na medida em que os profissionais de saúde incorporam esta como uma ferramenta tecnológica norteadora do processo de trabalho, o que por si já denuncia uma mudança na postura do trabalhador, é inevitável que, em maior ou menor grau, a sensação de liberdade e a abertura para diálogo se apresentem ao usuário.

Por fim e de maneira congruente à forma como a literatura internacional descreve o problema da implementação da decisão compartilhada como um problema adaptativo e não técnico (33), a visão sobre as tecnologias de cuidado em saúde ressalta a necessidade de envolver os diferentes sujeitos (trabalhadores da saúde e usuários) na identificação dos problemas e no reconhecimento de que as soluções demandarão condutas não definidas *a priori* (pensando-se aqui no trabalho em saúde como um trabalho vivo, que envolve incertezas e imprevistos), a organização de novos arranjos tecnológicos e, sobretudo, destacar as necessidades dos usuários como o objetivo central (21).

## CONCLUSÕES

Uma das grandes limitações quanto à composição e à realização dos GFs foi a pandemia de COVID-19, já que o uso de tecnologias apropriadas para evitar a possível transmissão de SARS-COV-2 entre as participantes da pesquisa exigiu o acesso à internet e a dispositivos como *smartphones* e computadores pessoais, o que restringiu o número de pessoas que puderam participar da pesquisa dentro da comunidade e pode ter interferido nos resultados. Esse mesmo detalhe foi um dos motivos para inclusão de familiares no mesmo GF.

Limitações e particularidades relacionadas às metodologias desta pesquisa devem ser mencionadas. Tratando-se de um estudo qualitativo, os resultados servem à compreensão aprofundada de sentimentos, ideias e possíveis comportamentos sobre o tema da decisão compartilhada, em contextos semelhantes à pesquisa. A interpretação dos resultados dos GFs deve ser feita levando-se em consideração o meio de interação social em que é produzido. Desse modo, a composição dos GFs interfere diretamente naquilo que é produzido pelo grupo, e a unidade de análise é o próprio GF.

Este trabalho partiu da hipótese de que a decisão compartilhada, quando se fala em mamografia de rastreamento, não acontece na prática dos serviços de saúde. Os resultados revelam que de fato há obstáculos para que a decisão compartilhada ocorra, não só nesse contexto, mas também na assistência em saúde de uma maneira geral. Aqui aparece, por exemplo, a importância (e a falta) do diálogo e do vínculo entre profissionais e usuários nos serviços de saúde.

Observa-se, no contexto da mamografia de rastreamento, a decisão compartilhada – que recebe destaque na última diretriz sobre rastreamento mamográfico no Brasil, tendo-se em vista as incertezas e complexidades envolvidas na decisão de se realizar ou não o exame à luz das evidências científicas atuais – como um recurso para que o cuidado seja oferecido a cada indivíduo, considerando seus valores, preferências e saberes únicos.

No entanto, há diversas complexidades a serem consideradas para a que a decisão compartilhada seja uma prática rotineira. Do ponto de vista do profissional de saúde, dispor-se ao encontro cuidador, estar aberto à escuta e possibilitar que os usuários e usuárias dos serviços de saúde se expressem e façam parte ativamente da decisão é fundamental. Há, portanto, a necessidade de nortear as práticas em saúde com base nas tecnologias leves, orientadas no sentido de uma simetria na valoração dos saberes, para que, nesse contexto de cuidado, a decisão compartilhada possa acontecer.

Este artigo considera a importância de se discutir recursos com evidência de impacto positivo na tentativa de combater o câncer de mama, crescente problema de saúde para a população em níveis coletivo e individual. Um ponto de reflexão é a necessidade de expandir possibilidades relacionadas a medidas úteis no combate à doença e de se discutir essas possibilidades de forma aberta, não somente entre profissionais de saúde, mas também com as usuárias dos serviços de saúde, discussões que se beneficiarão do vínculo. Desse modo, devem-se visualizar estratégias outras, como o acesso oportuno e rápido aos serviços de saúde, o pronto diagnóstico e o tratamento dos casos que se apresentem sintomáticos, como estratégias fundamentais em encontros cuidadores como cenários para a decisão compartilhada.



## REFERÊNCIAS

1. WHO. International Agency for Research on Cancer. The Global Cancer Observatory - World Health Organization. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 mai. 26]. p. 2. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>
2. INCA. Controle do câncer de mama - Conceito e Magnitude [Internet]. 2021 [acesso em 2021 mai. 26]. p. 1. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>
3. Moraes PA. A trajetória do cancer de mama no Brasil: uma análise do jornal “o Globo” (1925-1999). Fundação Oswaldo Cruz; 2015 [acesso em 2020 out. 18]. Disponível em: [http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/dissertao\\_Priscila\\_Moraes.pdf](http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/dissertao_Priscila_Moraes.pdf)
4. Silva RCF. Mamografia e rastreamento mamográfico: o debate da detecção precoce do câncer de mama contextualizado para a realidade brasileira. In: Teixeira L. Câncer de Mama e de Colo de Útero: Conhecimentos, Políticas e Práticas. Rio de Janeiro: Outras Letras; 2015. p. 165–209.
5. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(6). [acesso em 2020 out. 18]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001877.pub5/full>
6. Nelson HD, Fu R, Cantor A, Pappas M, Daeges M, Humphrey L. Effectiveness of breast cancer screening: Systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive services task force recommendation. *Ann Intern Med.* 2016;164(4):244–55. [acesso em 2021 mai. 26]. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M15-0969>
7. Tesser CD, D’ávila TLC. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? *Cad Saude Publica.* 2016;32(5):1–12. [acesso em 2021 mai. 26]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3JmLcJwPWJ5yTgHYVD4LwdK/?lang=pt>
8. Broeders MJM, Ripping TM, Hubbard RA. Weighing the Benefits and Harms: Screening Mammography in the Balance. In: *Breast Cancer Screening: An Examination of Scientific Evidence.* Elsevier Inc.; 2016. p. 51–85.
9. Zielonke N, Gini A, Jansen EEL, Anttila A, Segnan N, Ponti A, et al. Evidence for reducing cancer-specific mortality due to screening for breast cancer in Europe: A systematic review. *Eur J Cancer* [Internet]. 2020 [acesso em 2020 out. 18];127:191–206. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31932175/>
10. INCA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2015. 171 p. [acesso em 2020 out. 22]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>
11. Umpierre R, Engel L. Ferramentas da prática do médico de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.* 2a. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 143–5.
12. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361–7. [acesso em 2021 mai. 26]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>
13. Abreu MM, Mello JPS, Ribeiro LFF, Mussi LA, Borges MLL, Petrolí M, et al. Shared Decision Making in Brazil. Concrete Efforts to Empowering Patient’s Voice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2017;123–124:21–2. [acesso em 2021 mai. 26]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28549750/>

14. Abreu MM, Battisti R, Martins RS, Baumgratz TD, Cuziol M. Shared decision making in Brazil: History and current discussion. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* [Internet]. 2011;105(4):240–4. [acesso em 2021 mai. 26]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2011.04.009>
15. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Jr H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface Commun Heal Educ*. 2019;23. [acesso em 2021 mai. 07]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8ZdCZGwKByR9SjpYStHnjLg/?lang=pt>
16. Gatti BA. Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Líber Livro; 2005. 7–41 p.
17. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009. 206 p.
18. Entwistle VA, Watt IS. Broad versus narrow shared decision making: patients' involvement in real world contexts. In: Elwyn G, Edwards A, Thompson R. *Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. 3a. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 7–12.
19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1a. São Paulo: Almedina Brasil; 2016. 279 p.
20. Elwyn G, Edwards A, Thompson R. *Shared Decision Making in Health Care*. Shared Decision Making in Health Care. Oxford University Press; 2016.
21. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Jr H. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1a ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 59–72.
22. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2005;9(16):39–52. [acesso em 2021 mai. 02]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YSHbGggsRTMQFjXLgDVRyKb/abstract/?lang=pt>
23. Elwyn G. The three talk model of shared decision making. In: Elwyn G, Edwards A, Thompson R. *Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. 3a. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 78–85.
24. Temperly NKN, Slomp Jr H, Silva MZ. Do vínculo ao encontro cuidador: cartografias sobre o território identitário médico e o cuidado entre médicos de família e usuários. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2021;25. [acesso em 2021 jul. 05]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/FgrLzyvD9CBDvXYqnq58MGb/?lang=pt>
25. Slomp Jr H, Feuerwerker LCM, Land MGP. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(2):537–46. [acesso em 2021 fev. 26]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39bRgxH4xN9XLZFhTPc3bVK/abstract/?lang=pt>
26. Feuerwerker LCM. Cuidar em saúde. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes*. 1a. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 35–47.
27. Campos RO. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*. 2001;25(58):98–111. [acesso em 2021 mai. 07]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-333764>
28. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *Saúde Paid*. 2002 [acesso em 2021 mai. 15]. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>
29. Joseph-Williams N, Edwards A, Elwyn G. Preparing patients ahead of time to share

- decisions about their health care. In: Elwyn G, Edwards A, Thompson R. Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice. 3a. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 43–50.
30. Thompson R, Trevena L. Demystifying decision aids: a practical guide for clinicians. In: Elwyn G, Edwards A, Thompson R. Shared Decision Making in Health Care. 3a. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 51–6.
31. Elwyn G, Edwards A. Shared decision making: a path to customize rather than commercialized health care. In: Elwyn G, Edwards A, Thompson R. Shared decision making: Achieving evidence-based patient choice. 3a. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 2–6.
32. Ayres Jr CM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2001; 6(1):63–72. [acesso em 2021 mai. 11]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
33. Frosch DL, Tietbohl C, Scholl I. Overcoming implementation challenges to advance shared decision making in routine practice. In: Elwyn G, Edwards A, Thompson R. Shared Decision Making in Health Care. 3a. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 19–23.