

O papel da literacia em saúde na decisão médica partilhada

Américo Varela

Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. USF Monte de Caparica, ACES Almada-Seixal. americovarela59@gmail.com

RESUMO: Alguns estudos têm demonstrado a relação existente entre uma maior e mais estruturada participação do doente na tomada de decisão clínica, a melhoria da literacia em saúde e a obtenção de ganhos em saúde. Porém, a existência de equívocos por parte de médicos e de outros profissionais de saúde, poderá contribuir para a fraca adesão destes em relação à decisão clínica partilhada e à discussão das opções terapêuticas, sobretudo com doentes de baixo nível de literacia. Com este ensaio crítico, pretende-se esclarecer estes equívocos, tendo, para tal, aprofundado uma reflexão e uma análise sobre elementos decisivos da comunicação centrada no utente – literacia em saúde e decisão partilhada. Apresentaram-se questões relevantes em torno da literacia e da decisão partilhada, matéria sobre a qual se desenvolveu o conteúdo crítico. Este desenvolvimento constitui a parte mais extensa do ensaio. Transmitiu-se o ponto de vista de vários autores e uma análise crítica e ilustrou-se essas ideias com exemplos e estudos de investigação, validando, desta forma, os argumentos apresentados e respondendo às questões suscitadas durante a análise. Nas considerações finais deste ensaio crítico salienta-se que, promovendo uma maior participação do utente na tomada de decisão clínica, se melhora o nível da literacia em saúde através de uma comunicação centrada no doente, efetuada por profissionais qualificados que tenham em consideração as determinantes sociais e se obtêm ganhos em saúde.

Palavras-chave: Decisão partilhada; Literacia em saúde; Ganhos em saúde; Doente; Profissionais de saúde

Literacy in health and the challenge of sharing medical decision

ABSTRACT: Some studies have shown the relationship between an increased and more structured involvement of patients in clinical decision making, the improvement of literacy in health and the obtainment of health gains. However, the existence of misconceptions on the part of doctors and other health professionals may contribute to their low compliance regarding shared clinical decision and discussion of treatment options, particularly with users with low levels of literacy. With this critical essay, we intend to clarify these misconceptions, by doing an in depth reflection and analysis on communication's key elements centered on the patient – health literacy and shared decision. Relevant issues about literacy in health and shared decision were presented, on which critical content was developed. This development is the most extensive part of the essay. We transmitted the point of view of several authors and a critical analysis, and we tried to illustrate these ideas with examples and research studies, thus validating the presented arguments and answering to questions raised during the analysis. Final considerations of this critical essay stress that promoting an increased user participation in clinical decision making improves the level of health literacy, through a patient-focused communication performed by qualified professionals taking into consideration social determinants, and health gains are obtained.

Keywords: Shared decision; Health literacy; Health gains; Patient; Health professionals

Introdução

As definições de literacia em saúde mais citadas provêm da Associação Médica Americana, do Instituto Americano de Medicina e da Organização Mundial da Saúde (OMS) e incidem sobre as competências que um indivíduo necessita para obter, processar e compreender a informação e os serviços de saúde e, assim, facilitar a sua tomada de decisão sobre a sua saúde¹.

Na comunicação centrada na pessoa, o profissional de saúde e o utente partilham um contexto comum, um sentido, uma cultura, uma história e uma experiência. Encontram um terreno comum para abordar as decisões a serem tomadas, que leva em conta as expectativas, preocupações, experiências pessoais e culturais em relação à saúde e doença do utente e também as da sua família e comunidade².

A comunicação em saúde, termo mais abrangente, "(...) diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde (...). Não se trata somente de promover a saúde, embora esta seja a área estrategicamente mais importante"³.

Em 1995 foi publicada uma revisão da literatura, de modo a analisar a qualidade da comunicação nas duas fases da consulta – recolha da informação e discussão do plano de tratamento. A autora concluiu que quatro dimensões-chave da comunicação centrada no doente tinham um impacto positivo em vários aspetos da sua saúde: fornecimento de informação clara, colocação de questões por parte do doente, acordo entre utente e profissional de saúde sobre o problema e o seu tratamento e a vontade de partilhar (discutir) decisões⁴.

A tomada de decisão partilhada entre profissional de saúde e doente foi definida como um processo em que ambos os elementos partilham informações e preferências de tratamento e concordam com um plano terapêutico⁵.

Em 2006 foi publicada uma revisão sistemática com 28 estudos originais, com o objetivo de identificar barreiras e fatores facilitadores percebidos pelos profissionais de saúde durante a implementação da decisão partilhada na prática clínica. Os três fatores facilitadores mais frequentemente relatados foram a motivação do profissional, o impacto positivo sobre o processo clínico e o impacto positivo sobre os resultados dos doentes. As três barreiras mais frequentemente registadas foram as limitações de tempo, a falta de aplicabilidade devido às características dos utentes e a falta de aplicabilidade devido à sua situação clínica⁶.

De facto, alguns profissionais de saúde expressaram dúvidas, dizendo que há doentes que não querem ser envolvidos nas decisões ou que não têm a capacidade necessária para tal, devido ao seu baixo nível de literacia, o que poderia contribuir para uma má decisão; referiram também que, embora exista essa preocupação, a limitação imposta pela pressão do tempo não deixa espaço para que se torne uma prática corrente⁷.

Será que os fatores que permitem a decisão partilhada, nomeadamente as competências dos profissionais, apesar de essenciais, continuam a ser alvo de abordagem superficial?

A partilha da tomada de decisão clínica entre profissionais de saúde e doentes implica tantas barreiras a ponto de não poderem existir compromissos e soluções?

Será por causa dessas barreiras que os doentes com baixo nível de literacia são excluídos sistematicamente das tomadas de decisão sobre a sua saúde?

Outra questão, não menos importante, é saber se os utentes que inicialmente têm preferência por um papel mais passivo nas tomadas de decisão (e.g., devido ao seu baixo nível de literacia) ao mudarem de atitude terão melhores resultados em relação à sua saúde⁸.

Será importante saber mais, sobretudo conhecer que outros desafios são colocados ao sistema de saúde, ao profissional de saúde e ao doente perante essa partilha de decisão.

Literacia em saúde – Em busca da partilha

A qualificação dos profissionais (valorização da doença crónica e competências comunicacionais), fator essencial na decisão partilhada, continua a ter uma abordagem superficial, dada a inexistência, a nível local e nacional, de programas de formação e educação para profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, médicos de família e gestores⁹. Será decisivo dinamizar, com igual profundidade, outros fatores que facilitam a decisão partilhada, nomeadamente a educação para a saúde e cidadania de cidadãos/profissionais de saúde/doentes, os cuidados centrados nas necessidades, expectativas, crenças e opções dos doentes, a informação isenta, honesta, adequada, acessível e disponível, a motivação dos profissionais e a atitude dos profissionais de saúde para a promoção da capacitação dos cidadãos/família/cuidadores¹⁰.

As evidências indicam que a implementação de uma decisão partilhada não resulta num aumento sistemático da duração da consulta e que, independentemente da educação e da literacia funcional em saúde, todos os utentes querem ser envolvidos nas tomadas de decisão, embora com diferentes níveis de empenho ou de compromisso⁹.

No entanto, a tentação dos profissionais de saúde perante alguém com poucos conhecimentos sobre questões de saúde e pouca confiança para afirmar os seus pontos de vista é de tomar as decisões por ele, o que reforça ainda mais o papel passivo do doente e a tendência para a sua saúde piorar a longo prazo¹⁰. O profissional de saúde não deve supor que um utente não tem capacidade para tomar uma decisão devido à sua idade, deficiência, iliteracia, aparência, comportamento, condição de saúde (incluindo doenças mentais), crenças ou aparente incapacidade de comunicação ou pelo facto de optar passivamente por uma decisão do profissional de saúde¹¹.

A evidência em cuidados de saúde primários sugere que os doentes com baixo nível de literacia fazem menos perguntas e têm dificuldade em discutir aspetos técnicos ou informativos das decisões médicas¹². No entanto, demonstrou-se que mesmo entre utentes que preferem um papel mais passivo estes acabam por retirar o máximo de benefícios clínicos quando optam por um envolvimento mais ati-

vo na tomada de decisão, pelo que os princípios éticos e de equidade requerem que se procurem novas maneiras de empenhar esses doentes relutantes na tomada de decisão¹³. É um grande desafio incentivar doentes com baixa literacia em saúde a sentirem-se capazes de fazer perguntas, de expressar preferências e de participar nas decisões com o profissional de saúde, porque, regra geral, não expressam esse desejo; e, no entanto, a sua participação, mesmo quando não é explicitamente desejada, além dos referidos benefícios para a sua saúde, tem sido associada a maiores níveis de satisfação⁹.

O nível de conhecimentos necessários para maximizar a adoção de comportamentos saudáveis (nomeadamente, o da adesão à terapêutica e a hábitos alimentares saudáveis e de exercício físico) é amplo e complexo. Para além dos conhecimentos factuais (e.g., o que faz mal ou bem à saúde, o que nem sempre é consensual, mesmo no meio científico), a adoção de orientações implica também um conjunto de competências emocionais, cognitivas e comportamentais que permitam a utilização desses conhecimentos nos contextos em que importa serem aplicados¹⁴.

O compromisso dos profissionais de saúde em fornecer informações acessíveis e do doente em envolver-se no processo de tomada de decisão partilhada é uma parcela importante para a literacia em saúde¹¹. Esta estratégia, que possibilita a colaboração total do doente, ajuda a melhorar a qualidade dos cuidados, os conhecimentos e a experiência dos utentes, dos profissionais de saúde e dos financiadores do sistema de saúde. No entanto, estes últimos necessitam de provas de que esse modelo emergente é eficaz em termos de custos. Um ensaio randomizado, realizado durante um ano, comparou os efeitos sobre os doentes que receberam o habitual apoio na decisão sobre o tratamento clínico com os que receberam um suporte avançado de apoio à decisão partilhada, o qual incluía contacto por telefone, correio, *email* e Internet, com profissionais de saúde treinados. Concluiu-se que os doentes que receberam este suporte avançado apresentavam custos globais inferiores em 5,3% comparativamente aos que receberam o nível habitual de apoio – menos 12,5% de admissões hospitalares, menos 9,9% de cirurgias gerais e menos 20,9% de cirurgias cardíacas do que o grupo que recebeu o apoio habitual⁶. De facto, a tomada de decisão partilhada entre profissional de saúde e doente pode estar associada a esses e outros resultados significativos em saúde como, por exemplo, um melhor controlo de doenças crónicas e uma maior e mais continuada utilização dos cuidados preventivos¹³⁻¹⁴.

Uma revisão Cochrane, de 2014, que incluiu 115 ensaios randomizados, concluiu que, em comparação com os utentes que recebem os cuidados habituais, a utilização de apoios à decisão pode levá-los a aprimorar os conhecimentos e a compreender os danos e benefícios das várias opções, por estarem melhor informados, e conduzir a percepções mais exatas do risco, a maior à-vontade nas decisões, a um melhor alinhamento com os objetivos e as preferências

do doente e a uma menor propensão para a indecisão^{7,15}.

Para ter confiança e capacidade de controlo sobre a sua saúde, os indivíduos necessitam de informação, conhecimento e compreensão; precisam de ser capazes de identificar as suas necessidades, de conhecer as fontes de informação relevante, de conseguir lê-la e compreendê-la e de avaliar as opções. É uma questão complexa, devido aos vários fatores a considerar (incluindo o estado psicológico e emocional), os quais estão ligados à gravidade e ao estado da doença e que facilmente podem afetar a capacidade de perceção da informação. Por isso, deve ser criado um ambiente favorável para que o doente possa sentir-se confortável para explorar informações e expressar opiniões. Este é um dos principais desafios para os profissionais de saúde que querem praticar uma abordagem partilhada. Os outros desafios para os profissionais estão relacionados com a melhoria das suas competências comunicacionais, o desenvolvimento de uma cultura de trabalho em equipa, a divulgação de informação credível e atualizada, a promoção da saúde, da autonomia, da capacitação e do envolvimento na decisão por parte dos doentes¹⁶.

O envolvimento do doente deve ser alcançado através de formas mais personalizadas de comunicação ou de intervenção educacional em grupos populacionais, nomeadamente através do desenvolvimento de programas de educação para a saúde em grupo^{12,17-18}. Quanto aos profissionais de saúde, e apesar de a maior parte deles não ter recebido formação a este nível, têm a obrigação de se empenhar em ajudar a desenvolver a confiança do utente na sua participação e devem trabalhar na presunção de que cada um tem capacidade para tomar decisões sobre os seus cuidados e decidir se concorda, ou não, com o exame, a investigação ou o tratamento. Para tal, devem dar ao doente o tempo e o apoio necessários para maximizar a sua capacidade na tomada de decisões. Por exemplo, o profissional de saúde terá que pensar cuidadosamente sobre o apoio adicional necessário para doentes (e respetivas famílias) com demência ou com deficiências na aprendizagem¹⁹. A importância de uma maior compreensão, por parte dos doentes, da extensão das opções de tratamento e das suas consequências foi demonstrada em estudos que evidenciaram que a maioria deles prefere a decisão partilhada em vez da decisão estritamente médica^{9-10,20}.

Desde sempre que uma boa relação profissional de saúde-doente é condição básica para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Hoje, como no passado, os utentes valorizam tanto a competência técnica como uma comunicação satisfatória por parte do profissional de saúde^{11,21}.

No contexto da relação com o doente, a literacia em saúde poderá melhorar se o profissional de saúde promover o diálogo, a confiança e a comunicação entre profissional de saúde/doente, comunicar de forma simples, sem abreviaturas e isenta da terminologia médica, usar imagens para o esclarecimento de conceitos e de riscos para a saúde, promover a adesão à terapêutica através de várias opções de

tratamento, tomar consciência sobre as várias componentes da literacia em saúde durante o atendimento ao doente através do uso do SPEAK (*Speech, Perception, Education, Access, and Knowledge*)²².

Os determinantes sociais da saúde, nomeadamente associados à justiça social e ao exercício dos direitos humanos, são, segundo alguns autores, as condições em que as pessoas vivem e trabalham e às quais é atribuída a maior quota-parte do estado de saúde²³⁻²⁵. Contudo, no modelo de Dahlgren e Whitehead, esses determinantes estão todos interrelacionados, pelo que só fazem sentido intervenções que integrem articuladamente todos ou o maior número possível desses fatores²⁴. A educação e a comunicação eficaz em saúde permitem o desenvolvimento do nível de literacia em saúde, através de diferentes formas de intervenção em saúde e a literacia é vista como um meio para as pessoas poderem exercer um maior controlo sobre a sua saúde, a nível individual, social e ambiental²⁶.

As pessoas com baixa literacia e com doenças crónicas são as que têm mais a ganhar com o seu envolvimento nas decisões clínicas²⁷⁻³⁰. No outro extremo do espectro estão os doentes bem informados sobre a sua doença e as várias opções de tratamento e que não têm dificuldade em expressar as suas preferências, tendo alguns deles uma decisão já tomada sobre o tratamento ainda antes de entrarem no gabinete do profissional de saúde. Se a preferência do doente for clinicamente inaceitável, ou mesmo desfavorável para ele, e se o profissional de saúde não for capaz de a alterar, a interação torna-se indesejavelmente conflituosa³¹.

Um maior envolvimento do doente no processo de tomada de decisão partilhada exige competências de literacia em saúde por forma a compreender a informação, por vezes bastante complexa e, assim, comunicar as suas preferências ao profissional de saúde. As pessoas que têm menos habilitações literárias e literacia mais baixa podem sentir maior dificuldade em participar nesse processo, já que esse baixo nível de literacia pode afetar a comunicação profissional de saúde-doente. Sabe-se também que esta comunicação é mais efetiva quando os seus conteúdos, influenciados pelos referidos determinantes sociais da saúde, são adaptados especificamente para cada pessoa, seja qual for o seu nível de literacia e quando a mensagem é bem delimitada – enfatizando os benefícios/ganhos e os custos/perdas associados a determinada decisão partilhada¹⁴.

Considerações finais

Pelo exposto fica claro que este ensaio defende uma melhor literacia em saúde, seja do indivíduo ou da população, que envolva mais do que a mera transmissão de informações, embora esta seja uma tarefa fundamental.

Na abordagem às questões colocadas sobre a participação do utente na tomada de decisão partilhada, e dos obstáculos existentes, salienta-se o seguinte:

- A qualificação dos profissionais de saúde na aplicação prática da decisão partilhada com o doente continua a ter uma

abordagem superficial, já que a formação de base, ou mesmo a pós-graduada, da maior parte deles não inclui treino a este nível e não existem, a nível local e nacional, programas de formação e educação para esses profissionais;

- Ficou demonstrado que existem barreiras à decisão partilhada, percecionadas pelos profissionais, que poderão representar equívocos, já que é comprovadamente possível informar e envolver os doentes em todas as esferas da sua saúde, qualquer que seja a sua literacia, se lhe for fornecida, por profissionais bem treinados, uma informação bem concebida e dados de apoio apropriados à tomada de decisão¹⁸;
- Esses equívocos realmente poderão estar a excluir os doentes com baixo nível de literacia em saúde das tomadas de decisão sobre a sua saúde;
- Demonstrou-se que mesmo entre utentes que preferem um papel mais passivo, ou com baixo nível de literacia em saúde, estes acabam por retirar o máximo de benefícios clínicos quando optam por um envolvimento mais ativo na tomada de decisão.

A capacidade de o doente se envolver no processo de tomada de decisão partilhada é determinada não só pelo seu nível de literacia e de competências em saúde, mas também pela qualidade e adequação das ferramentas e técnicas disponíveis para apoio. Presentemente tais recursos são escassos e as desigualdades sociais e a não partilha de decisões são um risco acrescido para a saúde dos utentes, particularmente para os que são menos saudáveis, têm menos literacia em saúde e menos empenho⁵.

É necessário que a promoção da literacia vise melhorar a saúde e reduzir assimetrias na capacitação dos indivíduos e das comunidades em fazer escolhas informadas e em tomar decisões³².

Devem ser implementadas estratégias rigorosas para promover e melhorar a decisão partilhada e uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e utentes, a fim de se estabelecer um sistema de saúde que valorize realmente os doentes, enquanto indivíduos, transforme a retórica dos cuidados centrados no doente em realidade³³ e ofereça a este uma caixa de ferramentas com práticas destinadas à gestão diária da sua saúde³⁴.

Só promovendo uma maior participação do utente na tomada de decisão clínica e garantindo que o conteúdo da comunicação não incide apenas sobre a saúde de cada indivíduo, mas também sobre os seus determinantes ambientais e sociais³², é que se obtêm ganhos em saúde. E, assim, será interessante navegar noutros desafios e aprofundar a influência destes determinantes na comunicação e na decisão partilhada através da realização de novos estudos.

Referências bibliográficas

1. Guzys D, Kenny A, Dickson-Swift V, Threlkeld G. A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*. 2015;15:215.
2. Ceron M. Habilidades de comunicação: abordagem

- centrada na pessoa [Internet]. S. Paulo: UNIFESP; 2010. Available from: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf
3. Loureiro LM, Mendes AM, Barroso TM, Santos JC, Oliveira RA, Ferreira RO. Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios [Mental health literacy of teenagers and youth: concepts and challenges]. *Rev Enf Ref.* 2012;III(6):157-66. Portuguese
 4. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(9):1423-33.
 5. Peek ME, Wilson SC, Gorawara-Bhat R, Odoms-Young A, Quinn MT, Chin MH. Barriers and facilitators to shared decision-making among African-Americans with diabetes. *J Gen Intern Med.* 2009;24(10):1135-9.
 6. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci.* 2006;1:16.
 7. 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.
 8. Naik AD, Street RL Jr, Castillo D, Abraham NS. Health literacy and decision making styles for complex anti-thrombotic therapy among older multimorbid adults. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3):499-504.
 9. Uldry E, Schäfer M, Saadi A, Rousson V, Demartines N. Patients' preferences on information and involvement in decision making for gastrointestinal surgery. *World J Surg.* 2013;37(9):2162-71.
 10. Monteiro MM. A literacia em saúde [Dissertation]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2009.
 11. Metz J, Patrício M, Peinado JM, Szekeres P. Medical skills: resource book for teachers. Budapest: Pécs Medical University; 1999. ISBN 9637178341
 12. Gazzinelli MF. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. ISBN 9788570415257
 13. Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014;96(3):281-6.
 14. Santos O. O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal [Health literacy: empowering the person with overweight for the control and reduction of body weight]. *Endocrinol Diabetes Obes.* 2010;4(3):127-34. Portuguese
 15. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(1):CD001431.
 16. Escoval A. Decisão partilhada em saúde. In *Think Tank Capacitação do Cidadão em Saúde - A saúde que conta*. Lisboa; 2013 May. Available from: <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Abertura%20e%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20Sa%C3%BAde%20que%20Conta.pdf>
 17. Felipe GF. Educação para a saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso [Dissertation]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2011. Available from: http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/gilvan_ferreira.pdf
 18. Leng G. Shared decision making [Internet]. London: NICE; 2015. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/11/4-nqb-160915.pdf>
 19. General Medical Council. Consent: patients and doctors making decisions together [Internet]. London: GMC; 2008. ISBN 9780901458315. Available from: http://www.gmc-uk.org/GMC_Consent_0513_Revised.pdf_52115235.pdf
 20. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2012;86(1):9-18.
 21. Macedo AF, Azevedo MH. Relação médico-doente [Internet]. In: Oliveira CF, editor. *Manual de ginecologia*. Coimbra: Permanyer Portugal; 2011. p. 59-79. ISBN 978-972-733-254-0. Available from: http://www.fspeg.com/fotos/editor2/cap_04.pdf
 22. Kobylarz FA, Pomidor A, Heath JM. SPEAK: a mnemonic tool for addressing health literacy concerns in geriatric clinical encounters. *Geriatrics.* 2006;61(7):20-6.
 23. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. *Health and social organization: towards a health policy for the 21st century*. London: Routledge; 1996. p. 71-93. ISBN 9780415130707
 24. Loureiro I, Miranda N. Promover a saúde: dos fundamentos à acção. Coimbra: Almedina; 2010. ISBN 9789724043999
 25. George F. Sobre determinantes da saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2011.
 26. Sykes S, Wills J, Rowlands G, Popple K. Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health.* 2013;13:150.
 27. Hibbard JH, Greene J, Tusler M. Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation. *Am J Manag Care.* 2009;15(6):353-60.
 28. Volandes AE, Ferguson LA, Davis AD, Hull NC, Green MJ, Chang Y, et al. Assessing end-of-life preferences for advanced dementia in rural patients using an educational video: a randomized controlled trial. *J Palliat Med.* 2011;14(2):169-77.
 29. King JS, Eckman MH, Moulton BW. The potential of shared decision making to reduce health disparities. *J Law Med Ethics.* 2011;39 Suppl 1:30-3.
 30. Gionfriddo MR, Leppin AL, Brito JP, LeBlanc A, Shah ND, Montori VM. Shared decision-making and comparative

effectiveness research for patients with chronic conditions: an urgent synergy for better health. *J Comp Eff Res*. 2013;2(6):595-603.

31. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med*. 1998;47(3):329-39.
32. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int*. 2009;24(3):285-96.
33. Lim HM, Kumiasanti KS. Shared decision making and effective physician-patient communication: the quin-

essence of patient-centered care. *Int J Med Students*. 2015;3(1):7-9.

34. Graffigna G, Barelo S, Bonanomi A, Lozza E, Hibbard J. Measuring patient activation in Italy: translation, adaptation and validation of the Italian version of the patient activation measure 13 (PAM13-I). *BMC Med Inform Decis Mak*. 2015;15:109.

Artigo recebido em 17.08.2015 e aprovado em 01.07.2016.