

ARTIGO ORIGINAL

**Tomada de decisão compartilhada em oncogeriatria:
preferência de controle, autonomia percebida e fatores
associados***Shared Decision-Making in Oncogeriatrics: control preference, perceived autonomy and associated factors**Toma de decisiones compartida en oncogeriatría: preferencia de control, autonomía percibida y factores asociados***Valéria Sgnaolin¹**orcid.org/0000-0002-1793-8543
vsgnaolin@gmail.com**Vanessa Sgnaolin¹**orcid.org/0000-0002-9914-7146
vanessasgnaolin@gmail.com**Alfredo Cataldo Neto¹**orcid.org/0000-0002-8082-1866
cataldo@pucrs.br**Recebido em:** 8 jan. 2026.**Aprovado em:** 6 abr. 2026.**Publicado em:** 7 jul. 2026.*Tomada de Decisão Compartilhada em Oncogeriatría***RESUMO****Objetivos:** avaliar a preferência de controle e a percepção de decisão compartilhada em idosos com câncer em tratamento antineoplásico, bem como identificar fatores associados a esses desfechos.**Métodos:** trata-se de estudo observacional, descritivo e transversal realizado em dois hospitais terciários de Porto Alegre/RS, incluindo idosos ≥60 anos com neoplasias sólidas que iniciaram tratamento sistêmico entre julho de 2023 e janeiro de 2025. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e funcionais, além da aplicação da Escala de Preferência de Controle e Questionário de decisão compartilhada (SDM-Q-9).**Resultados:** foram avaliados 181 idosos, com média de idade de 70,7 anos, predominando homens (51,9%), brancos (87,3%) e com neoplasia metastática (57,5%). O perfil de preferência colaborativo foi o mais frequente (51,4%), seguido do passivo (39,2%) e do ativo (9,4%). Preferências passivas associaram-se à viuvez, à presença de comorbidades, ao etilismo atual ou prévio e origem privada, enquanto a preferência ativa foi associada ao histórico de cirurgia. A média do SDM-Q-9 foi 73,8 (DP 11,7), sendo menor entre indivíduos com menor escolaridade. Idosos com perfil passivo apresentaram menor percepção de decisão compartilhada.**Conclusões:** a participação nas decisões terapêuticas é influenciada por fatores clínicos, funcionais e contextuais, reforçando a necessidade de abordagens individualizadas e centradas na pessoa para fortalecer a autonomia e qualificar o processo decisório em oncogeriatría.**Palavras-chave:** tomada de decisão compartilhada; oncologia; geriatria; preferência do paciente; envelhecimento.**ABSTRACT****Aims:** to evaluate control preference and perceived shared decision-making among older adults with cancer undergoing antineoplastic treatment, as well as to identify factors associated with these outcomes.**Methods:** this observational, descriptive, cross-sectional study was conducted in two tertiary hospitals in Porto Alegre (Brazil), including adults aged ≥60 years with solid tumors who initiated systemic treatment between July 2023 and January 2025. Sociodemographic, clinical, and functional data were collected, in addition to the application of the Control Preferences Scale and the Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9).**Results:** a total of 181 older adults were assessed, with mean age 70.7 years, predominantly male (51.9%), white (87.3%), and with metastatic disease (57.5%). The collaborative preference profile was the most frequent (51.4%), followed by

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite a cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer finalidade, desde que a autoria original e os créditos de publicação sejam mantidos.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Escola de Medicina, Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre/RS, Brasil.

passive (39.2%) and active (9.4%) profiles. Passive preferences were associated with widowhood, presence of comorbidities, current or previous alcoholism, and private healthcare origin, while active preference was associated with a history of surgery. The mean SDM-Q-9 score was 73.8 (SD 11.7), with lower scores observed among individuals with lower education. Older adults with passive profiles reported lower perceived shared decision-making.

Conclusions: the participation in therapeutic decision-making is influenced by clinical, functional, and contextual factors, underscoring the need for individualized, person-centered approaches to strengthen autonomy and enhance the decision-making process in geriatric oncology care.

Keywords: shared decision-making; medical oncology; geriatrics; patient preference; aging.

RESUMEN

Objetivos: evaluar la preferencia de control y la percepción de la toma de decisiones compartida en pacientes ancianos con cáncer sometidos a tratamiento antineoplásico, así como identificar los factores asociados con estos resultados.

Métodos: se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en dos hospitales terciarios de Porto Alegre (RS), que incluyó a ancianos ≥ 60 años con neoplasias sólidas que iniciaron tratamiento sistémico entre julio de 2023 y enero de 2025. Se recopilaban datos sociodemográficos, clínicos y funcionales, además de la aplicación de la Escala de Preferencia de Control y el Cuestionario de Toma de Decisiones Compartidas (SDM-Q-9).

Resultados: se evaluaron 181 ancianos, con una edad media de 70.7 años, predominantemente varones (51.9%), blancos (87.3%) y con neoplasias metastásicas (57.5%). El perfil de preferencia colaborativo fue el más frecuente (51.4%), seguido del pasivo (39.2%) y el activo (9.4%). Las preferencias pasivas se asociaron con la viudez, la presencia de comorbilidades, el alcoholismo actual o previo y origen privado, mientras que la preferencia activa se asoció con antecedentes de cirugía. La puntuación media del SDM-Q-9 fue de 73.8 (DE 11.7), siendo menor entre las personas con menor nivel educativo. Los adultos mayores con un perfil pasivo mostraron una menor percepción de la toma de decisiones compartida.

Conclusiones: La participación en la toma de decisiones terapéuticas está influenciada por factores clínicos, funcionales y contextuales, lo que subraya la necesidad de enfoques individualizados y centrados en la persona para fortalecer la autonomía y mejorar el proceso de toma de decisiones en la atención oncológica geriátrica.

Palabras clave: toma de decisiones compartida; oncología médica; geriatría; prioridad del paciente; envejecimiento.

INTRODUÇÃO

O avanço da idade constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, e o acelerado envelhecimento populacional tem contribuído para a elevação contínua de sua incidência. Estima-se que cerca de 60% dos

indivíduos diagnosticados com neoplasias tenham 65 anos ou mais, e que os idosos respondam por mais de 70% dos óbitos por câncer em âmbito global, um cenário cuja magnitude tende a se intensificar nas próximas décadas (1-2).

Ao longo do envelhecimento, ocorre uma redução progressiva da reserva homeostática dos diversos sistemas orgânicos, comprometendo a capacidade do idoso de responder adequadamente a estressores fisiológicos e ambientais. Paralelamente, manifestam-se alterações significativas em dimensões psicológicas e sociais, que influenciam diretamente sua vulnerabilidade clínica (3-4). Nesse contexto, o manejo oncológico torna-se especialmente desafiador, pois exige a integração de parâmetros clínicos tradicionais com avaliação funcional, fatores psicossociais e preferências individuais, elementos centrais para uma abordagem efetiva em oncogeriatría, orientada à individualização terapêutica (5).

Nesse sentido, compreender de que maneira os idosos desejam participar das decisões terapêuticas é essencial para a prática do cuidado centrado na pessoa. A preferência de controle (PC), definida como o grau em que o paciente deseja assumir, compartilhar ou delegar decisões relacionadas ao tratamento, apresenta ampla variabilidade entre indivíduos, influenciada por múltiplos fatores, e pode repercutir diretamente na adesão terapêutica, na satisfação com o cuidado e nos desfechos clínicos (6-7).

Paralelamente, a tomada de decisão compartilhada (TDC) consolidou-se como um componente fundamental no cuidado de alta qualidade centrado no paciente, particularmente no tratamento oncológico do idoso, em que riscos, benefícios e prioridades pessoais devem ser ponderados de forma conjunta, diante da ampla heterogeneidade clínico-funcional e da diversidade de expectativas desta população (5,8). A TDC caracteriza-se por ser um processo dinâmico que deve considerar vários aspectos do perfil do indivíduo, incluindo características funcionais e psicológicas, estilo de vida, valores e perspectivas, na decisão terapêutica (4). Nesse

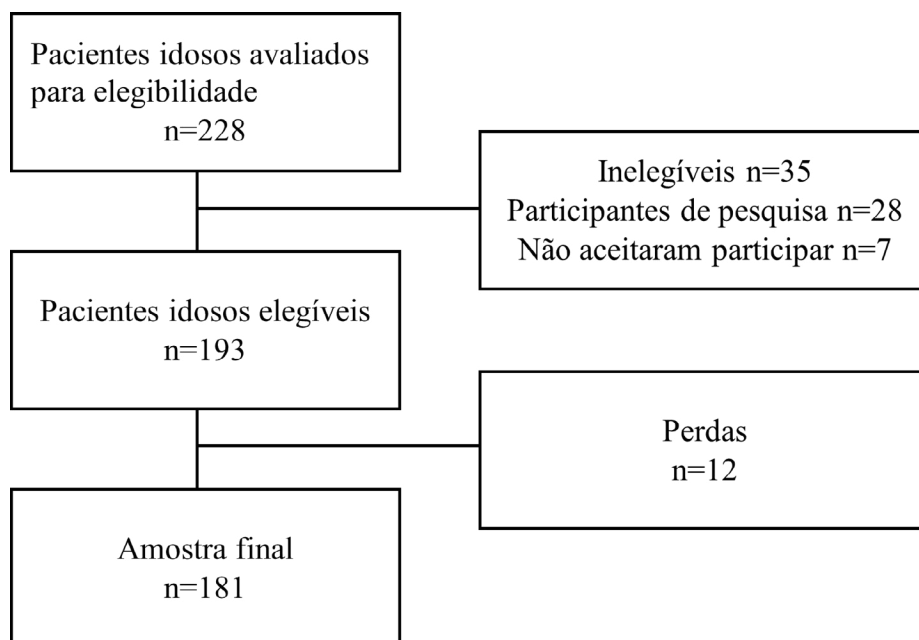
contexto, compreender a percepção do paciente sobre seu grau de envolvimento nas etapas decisórias pode oferecer indicadores objetivos relevantes para aprimorar a prática da TDC em oncogeriatria.

Apesar da relevância do tema, ainda são escassos no Brasil estudos que avaliem PC e autonomia percebida em idosos com câncer em tratamento. Investigar esses elementos pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de comunicação, individualização terapêutica e fortalecimento da TDC, contribuindo para um cuidado oncológico mais humanizado e centrado nos pacientes. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar a PC e a percepção de decisão compartilhada em idosos com câncer em tratamento oncológico, bem como identificar fatores associados a esses desfechos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal realizado no setor de oncologia de dois hospitais terciários localizados no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes foram selecionados por conveniência de forma consecutiva e foram incluídos os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, com diagnóstico de neoplasia sólida que iniciaram tratamento antineoplásico sistêmico para o câncer no período de 1º de julho de 2023 a 1º de janeiro de 2025. Foram excluídos os pacientes que estavam em protocolo de pesquisa e que não aceitaram participar do estudo (Figura 1). Foram coletados dados sociodemográficos (idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, tabagismo, etilismo, origem pública ou privada da instituição) e clínicos (neoplasia, estágio, comorbidades, tratamentos, adaptação de dose – esta definida como redução da dose padrão motivada por vulnerabilidade clínica definida pelo oncologista assistente). Também foram aplicadas as escalas de *Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group* (PS-ECOG) (9), Independência em Atividades da Vida Diária (AVD) (10), *Geriatric* 8 (11), Escala de Preferência de Controle (EPC) (12) e Questionário

de Decisão Partilhada (SDM-Q-9) (13). A EPC foi classificada como ativa, quando liderada pelo paciente (itens A e B), colaborativa (item C) e passiva quando liderada pelo médico (itens D e E). O SDM-Q-9 é um questionário autorreferido que avalia a percepção do paciente sobre a decisão compartilhada, com escore transformado de 0 a 100, em que valores mais altos indicam maior envolvimento e autonomia percebida. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com os participantes, quando o paciente iria iniciar o tratamento antineoplásico, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por entrevistadores treinados de forma padronizada, e por levantamento do prontuário eletrônico dos pacientes. As variáveis foram descritas em frequências, médias e desvios-padrão; associações entre variáveis categóricas foram verificadas pelo teste qui-quadrado de Pearson. Para comparação de médias foi utilizado teste t de Student ou ANOVA com pós-teste de Tukey, e, em casos de assimetria, testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. Para o controle de fatores confundidores, foram utilizadas as análises de Regressão Logística Multinomial para o desfecho de PC (dividido em três categorias) e Regressão Linear Multivariada para o desfecho do escore do SDM-Q-9. Para o primeiro modelo, a linha de base foi considerada a categoria "colaborativo" para investigar os fatores associados à preferência por cuidado ativo ou passivo e foram calculados os Odds Ratio (OR) em conjunto com o intervalo de 95% de confiança. Para o segundo modelo, foram calculados o coeficiente de regressão ou angular (b), que mede o efeito no desfecho a cada aumento de uma unidade do fator, juntamente com o intervalo de 95% de confiança. O critério para a entrada da variável no modelo foi de que ela apresentasse um valor $p < 0,10$ na análise bivariada. Foram considerados significativos valores de $P < 0,05$, e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 27.0. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (Número do Parecer 5.826.528).

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos participantes

RESULTADOS

Os 181 indivíduos incluídos no estudo tinham idade entre 60 e 89 anos (idade média, 70,7 ± 7,1 anos), sendo 51,9% do sexo masculino, predominantemente brancos (87,3%), casados ou em união estável (65,7%) e 81,8% apresentavam

alguma comorbidade (Tabela 1). As principais neoplasias identificadas foram colorretal (22,1%), urológica (20,4%) e de mama (18,2%). A maioria apresentava doença metastática (57,5%). Quanto à PC, o principal perfil demonstrado foi colaborativo (51,4%) (Gráfico 1).

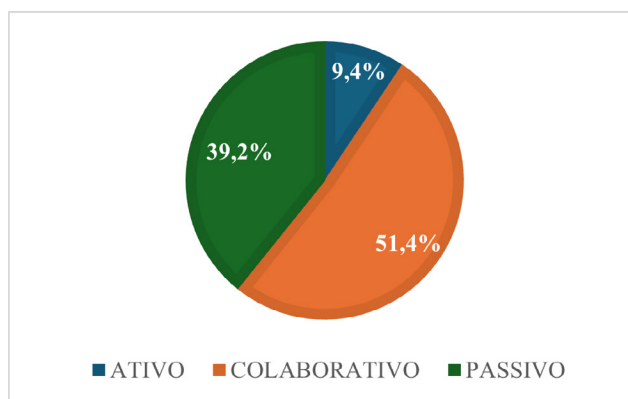
Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da população estudada

VARIÁVEIS	n (%)		VARIÁVEIS	n (%)	
Sexo			Viúvo	20	(11,0)
Masculino	94	(51,9)	Solteiro	19	(10,5)
Feminino	87	(48,1)	Escolaridade		
Faixa etária			Analfabeto	2	(1,1)
60-69 anos	77	(42,5)	Ensino fundamental	81	(44,8)
70-79 anos	86	(47,5)	Ensino médio	72	(39,8)
≥ 80 anos	18	(9,9)	Ensino superior	26	(14,4)
Cor			Comorbidades		
Branco	158	(87,3)	Sim	148	(81,8)
Preto	23	(12,7)	Não	33	(18,2)
Estado civil			Tabagismo		
Casado/união estável	119	(65,7)	Não	94	(51,9)
Divorciado	23	(12,7)	Atual/prévio	87	(48,1)

VARIÁVEIS	n (%)		VARIÁVEIS	n (%)	
Etilismo			Gastroesofágico	16	(8,8)
Não	173	(95,6)	Pulmão	15	(8,3)
Atual/prévio	8	(4,4)	Estádio clínico		
Origem			I	2	(1,1)
Público	121	(66,9)	II	32	(17,7)
Privado	60	(33,1)	III	43	(23,8)
PS-ECOG			IV	104	(57,5)
0-1	141	(77,9)	Tratamento antineoplásico		
≥ 2	40	(22,1)	Monoquimioterapia	38	(21,0)
AVD			Poliquimioterapia	131	(72,4)
≤4	26	(14,4)	Imunoterapia	12	(6,6)
5-6	155	(85,6)	Adaptação de dose do antineoplásico		
Geriatric 8			Sim	41	(22,7)
≤14	126	(69,6)	Não	140	(77,3)
>14	55	(30,4)	Cirurgia		
Neoplasia			Sim	69	(38,1)
Colorretal	40	(22,1)	Não	112	(61,9)
Urológico	37	(20,4)	Radioterapia		
Mama	33	(18,2)	Sim	16	(8,8)
Pancreatobiliar	22	(12,2)	Não	165	(91,2)
Outras	18	(9,9)			

Legenda: PS-ECOG=Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group. AVD=Escala de Independência em Atividades da Vida Diária. Outras neoplasias: glioblastoma, laringe, melanoma, orofaringe, ovário, sarcoma.

Gráfico 1 – Distribuição da preferência de cuidado na população estudada



A PC passiva foi associada com origem privada e pior funcionalidade (PS-ECOG ≥ 2 e/ou AVD ≤ 4). Já os pacientes submetidos à cirurgia apresentaram um perfil mais ativo

quando comparado aos pacientes que não realizaram procedimento cirúrgico (Tabela 2). Após o ajuste por fatores confundidores, somente o histórico de cirurgia continuou associado à

preferência por cuidado ativo, em relação ao colaborativo, com os pacientes submetidos à cirurgia apresentando um aumento na chance de preferência por cuidado ativo em 377% (OR=4,77; IC 95%: 1,43 – 15,9; $p=0,011$). Já para a preferência por cuidado passivo, em relação ao colaborativo, foram significativamente associadas, após o ajuste pelo modelo multivariado, as variáveis: estado civil ($p=0,035$), presença de comorbidades ($p=0,007$), etilismo ($p=0,027$) e origem ($p=0,012$). Pacientes viúvos apresentaram um aumento de

263% na chance de preferir cuidado passivo, em comparação aos casados ou em união estável (OR=3,63; IC 95%: 1,10 – 12), bem como pacientes idosos com comorbidades (OR=4,31; IC 95%: 1,50 – 12,3) e histórico atual ou pregresso de etilismo (OR=8,86; IC 95%: 1,28 – 61,1). Em contrapartida, pacientes com origem em instituição pública apresentaram uma redução na chance de preferência por cuidado passivo em 63% (OR=0,37; IC 95%: 0,17 – 0,80), quando comparados aos de origem em instituição privada (Tabela 3).

Tabela 2 – Análise das variáveis associadas à preferência de controle

Variável	Preferência de controle			p
	Ativo	Colaborativo	Passivo	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo				
Masculino	7 (7,4)	51 (54,3)	36 (38,3)	0,564
Feminino	10 (11,5)	42 (48,3)	35 (40,2)	
Faixa etária				
60-69 anos	8 (10,4)	45 (58,4)	24 (31,2)	0,413
70-79 anos	8 (9,3)	39 (45,3)	39 (45,3)	
≥ 80 anos	1 (5,6)	9 (50)	8 (44,4)	
Cor				
Branco	13 (8,2)	81 (51,3)	64 (40,5)	0,314
Preto	4 (17,4)	12 (52,1)	7 (30,4)	
Estado civil				
Casado/união estável	11 (9,2)	63 (52,9)	45 (37,8)	0,070
Divorciado	0 (0)	15 (62,5)	9 (37,5)	
Viúvo	2 (10,5)	5 (26,3)	12 (63,2)	
Solteiro	4 (21,1)	10 (52,6)	5 (26,3)	
Escolaridade				
Analfabeto	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0,236
Ensino fundamental	8 (9,9)	46 (56,8)	27 (33,3)	
Ensino médio	7 (9,7)	29 (40,3)	36 (50)	
Ensino superior	2 (7,7)	16 (61,5)	8 (30,8)	
Comorbidades				
Sim	15 (10,6)	70 (47,3)	63 (42,6)	0,066
Não	2 (6,1)	23 (69,7)	8 (24,2)	
Tabagismo				
Não	11 (11,7)	48 (51,1)	35 (37,2)	0,519
Atual/prévio	6 (6,9)	45 (51,7)	36 (41,4)	
Etilismo				
Não	17 (9,8)	91 (52,6)	65 (37,6)	0,098
Atual/prévio	0 (0)	2 (25)	6 (75)	

Variável	Preferência de controle			p
	Ativo	Colaborativo	Passivo	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Origem				
Público	13 (10,7)	68 (56,2)	40 (33,1)	0,052
Privado	4 (6,7)	25 (41,7)	31 (51,7)	
PS-ECOG				
0-1	14 (7,5)	81 (57,4)	46 (32,6)	0,003
≥ 2	3 (9,9)	12 (30)	25 (62,5)	
AVD				
≤ 4	3 (11,5)	6 (23,1)	17 (65,4)	
5-6	14 (9)	87 (56,1)	54 (34,8)	
Geriatric 8				
≤ 14	10 (7,9)	62 (49,2)	54 (42,9)	
>14	7 (12,7)	31 (56,4)	17 (30,9)	
Neoplasia				
Colorretal	6 (15)	22 (55)	12 (30)	0,559
Urológico	3 (8,2)	17 (45,9)	17 (45,9)	
Mama	5 (15,2)	14 (42,4)	14 (42,4)	
Pancreatobiliar	3 (13,6)	11 (50)	18 (36,4)	
Outras	0 (0)	7 (41,2)	10 (58,8)	
Gastroesofágico	0 (0)	9 (56,3)	7 (43,7)	
Pulmão	0 (0)	13 (81,3)	3 (18,7)	
Estádio clínico				
I	0 (0)	1 (50)	1 (50)	0,734
II	3 (9,4)	17 (53,1)	12 (37,5)	
III	7 (16,3)	20 (46,5)	16 (37,2)	
IV	7 (6,7)	55 (52,9)	42 (40,4)	
Tratamento antineoplásico				
Monoquimioterapia	3 (7,9)	18 (47,4)	17 (44,7)	0,118
Poliquimioterapia	12 (9,2)	73 (55,7)	46 (35,1)	
Imunoterapia	2 (16,7)	2 (16,7)	8 (66,7)	
Adaptação de dose do antineoplásico				
Sim	3 (7,3)	17 (41,5)	21 (51,2)	0,202
Não	14 (10)	76 (54,3)	50 (35,7)	
Cirurgia				
Sim	12 (17,4)	33 (47,8)	24 (34,8)	0,015
Não	5 (4,5)	60 (53,6)	47 (42)	
Radioterapia				
Sim	0 (0)	7 (43,8)	9 (56,3)	0,208
Não	17 (10,3)	86 (52,1)	62 (37,6)	
Total	17 (9,4)	93 (51,4)	71 (39,2)	

Legenda: PS-ECOG=Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group. AVD=Escala de Independência em Atividades da Vida Diária. Outras neoplasias: glioblastoma laringe, melanoma, orofaringe, ovário, sarcoma.

Tabela 3 – Análise de Regressão Logística Multivariada para avaliar fatores associados à preferência de controle

Desfecho**	OR (IC 95%)	P
<u>Preferência de cuidado ativo</u>		
Estado civil		
Casado/união estável	1,00	–
Divorciado	*	–
Viúvo	2,80 (0,42 – 18,5)	0,285
Solteiro	2,35 (0,54 – 10,3)	0,257
Presença de comorbidades	4,10 (0,74 – 22,8)	0,106
Etilismo atual/prévio	*	*
Origem		
Público	0,88 (0,22 – 3,53)	0,859
Privado	1,00	–
PS-ECOG		
0-1	3,53 (0,19 – 65,2)	0,397
≥2	1,00	–
AVD		
≤4	9,50 (0,45 – 202,2)	0,149
5-6	1,00	–
Cirurgia	4,77 (1,43 – 15,9)	0,011
<u>Preferência de cuidado passivo</u>		
Estado civil		
Casado/união estável	1,00	–
Divorciado	0,73 (0,26 – 2,01)	0,538
Viúvo	3,63 (1,10 – 12,0)	0,035
Solteiro	0,54 (0,13 – 2,29)	0,406
Presença de comorbidades	4,31 (1,50 – 12,3)	0,007
Etilismo Atual/prévio	8,86 (1,28 – 61,1)	0,027
Origem		
Público	0,37 (0,17 – 0,80)	0,012
Privado	1,00	–
PS-ECOG		
0-1	0,54 (0,17 – 0,80)	0,309
≥2	1,00	–
AVD		
≤4	2,26 (0,53 – 9,71)	0,272
5-6	1,00	–
Cirurgia	1,13 (0,55 – 2,34)	0,736

Legenda: PS-ECOG=Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group. AVD=Escala de Independência em Atividades da Vida Diária. *Não foi possível estimar por insuficiente número de casos. **Considerando o perfil colaborativo como linha de base.

Já em relação à autonomia percebida, a média do SDM-Q-9 foi 73,8 (DP 11,7) e os fatores que se

associaram a uma maior percepção de decisão compartilhada foram a escolaridade, a ausência de comorbidades, o PS-ECOG 0-1 e a presença de adaptação da dose do antineoplásico. A PC também demonstrou associação significativa com a autonomia percebida, e os idosos com perfil passivo apresentaram menor percepção de decisão compartilhada (Tabela 4). Após o ajuste pelo modelo multivariado, permaneceram significativamente associadas ao resultado do

SDM-Q-9 as variáveis escolaridade ($p=0,017$) e EPC ($p<0,001$) (Tabela 5). Pacientes idosos com nível mais baixo de escolaridade (analfabeto/ ensino fundamental) têm, em média, 4,34 pontos a menos do que os com ensino superior ($b=-4,34$; IC 95%: -7,91 a -0,78). Também os pacientes idosos com preferência por cuidado passivo têm, em média, 17,4 pontos a menos no escore do SDM-Q-9 do que os com preferência colaborativa ($b=-17,4$; IC 95%: -20,0 a -14,8).

Tabela 4 – Análise das variáveis associadas ao resultado do questionário de decisão partilhada

Variável	SDM-Q-9 Média (DP)	p	Variável	SDM-Q-9 Média (DP)	p
Sexo			Origem		
Masculino	73,2 (11,8)	0,466	Público	74,2 (11,3)	0,529
Feminino	74,5 (11,6)		Privado	73,1 (12,4)	
Faixa etária			PS-ECOG		
60-69 anos	76,0 (11,5)	0,094	0-1	75,3 (11,2)	0,002
70-79 anos	72,2 (11,1)		≥ 2	68,8 (12,1)	
≥ 80 anos	72,1 (14,2)		AVD		
Cor			≤ 4	69,9 (12,9)	0,061
Branco	74,0 (11,8)	0,628	5-6	74,5 (11,4)	
Preto	72,7 (10,7)		Geriatric 8		
Estado civil			≤ 14	75,4 (11,6)	0,232
Solteiro	77,4 (13,1)	0,178	>14	73,2 (11,7)	
Casado/união estável	74,2 (11,5)		EPC		
Divorciado	72,6 (11,4)		Ativo	80,2 (5,3)	<0,001
Viúvo	69,4 (9,1)		Colaborativo	80,9 (7,5)	
Escolaridade			Passivo	62,9 (8,5)	
Analfabeto	77 (1,4)	0,056	Neoplasia		
Ensino fundamental	73,7 (10,9)		Colorretal	76,6 (9,6)	0,674
Ensino médio	71,9 (12,1)		Pulmão	76,4 (9,8)	
Ensino superior	79,2 (12,0)		Pancreatobiliar	74,2 (12,1)	
Comorbidades			Mama	73,7 (13,0)	
Sim	72,8 (11,6)	0,011	Urológico	71,13 (12,8)	
Não	78,5 (10,8)		Gastroesofágico	70,8 (12,1)	
Tabagismo			Outras	66,6 (15,5)	
Não	73,9 (11,5)	0,954	Estádio clínico		
Atual/prévio	73,8 (11,9)		I	69,5 (27,6)	0,725
Etilismo			II	74,2 (11,7)	
Não	74,2 (11,5)	0,060	III	75,3 (11,4)	
Atual/prévio	66,2 (14,6)		IV	73,2 (11,6)	

Variável	SDM-Q-g Média (DP)	p	Variável	SDM-Q-g Média (DP)	p
Tratamento antineoplásico			Cirurgia		
Monoquimioterapia	71,2 (13,4)	0,131	Sim	75,4 (11,2)	0,155
Poliquimioterapia	74,9 (11,1)		Não	72,9 (11,9)	
Imunoterapia	70,6 (11,6)		Radioterapia		
Adaptação de dose do antineoplásico			Sim	71,3 (15,2)	0,377
Sim	74,8 (11,0)	0,048	Não	74,1 (11,3)	
Não	70,7 (11,4)		Total	73,8 (11,7)	

Legenda: PS-ECOG=Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group. AVD=Escala de Independência em Atividades da Vida Diária. EPC=Escala de Preferência de Controle. Outras neoplasias: glioblastoma laringe, melanoma, orofaringe, ovário, sarcoma.

Tabela 5 – Análise de Regressão Linear para avaliar fatores associados ao resultado do questionário de decisão compartilhada

Variável	b (IC 95%)*	P
Faixa etária		
60-69 anos	0,00	–
70-79 anos	-0,70 (-3,22 a 1,82)	0,584
≥ 80 anos	-0,93 (-5,41 a 3,56)	0,683
Escolaridade		
Analfabeto/ensino fundamental	-4,34 (-7,91 a -0,78)	0,017
Ensino médio	-3,53 (-7,13 a 0,07)	0,054
Ensino superior	0,00	–
Comorbidades		
Sim	-1,37 (-4,45 a 1,71)	0,380
Não	0,00	–
Etilismo		
Não	0,00	–
Atual/prévio	-0,84 (-6,47 a 4,78)	0,768
PS-ECOG		
0-1	2,54 (-1,60 a 6,68)	0,228
≥2	0,00	–
AVD		
≤4	3,11 (-1,73 a 7,95)	0,206
5-6	0,00	–
EPC		
Ativo	-0,66 (-4,72 a 3,39)	0,748
Colaborativo	0,00	–
Passivo	-17,4 (-20,0 a -14,8)	<0,001
Adaptação de dose do antineoplásico		
Sim	1,02 (-2,16 a 4,20)	0,527
Não	0,00	–

Legenda: PS-ECOG=Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group. AVD=Escala de Independência em Atividades da Vida Diária. EPC=Escala de Preferência de Controle. *O zero representa a linha de base. b=coeficiente de regressão ou angular.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo, ao demonstrarem que a maioria dos idosos com câncer expressa preferência colaborativa na tomada de decisão terapêutica, reforçam a tendência internacional de valorização do papel do paciente no processo decisório. O predomínio do perfil colaborativo é compatível com estudos internacionais que apontam esse padrão como o mais frequente em populações oncológicas (14-16). Em mulheres idosas com câncer de mama, por exemplo, Lawhon et al. (17) observaram preferência colaborativa em 48% das participantes, resultado semelhante ao encontrado na presente amostra. Por outro lado, a proporção de preferência passiva identificada (39,2%) superou a descrita em investigações conduzidas em outros países, que variam entre 9% e 24% (14,16-17), o que pode refletir particularidades socioculturais do contexto brasileiro, marcado por uma tradição de relações médico-paciente assimétricas e de maior delegação da autoridade clínica. Achado comparável ao nosso foi registrado por Moth et al. (18), que relataram maior prevalência de preferências passivas entre idosos frágeis ou com múltiplas comorbidades, fenômeno atribuído à complexidade terapêutica ou a limitações funcionais. Já a baixa frequência de preferência ativa reportada acompanha evidências de que poucos idosos desejam assumir controle total das decisões em cenários de câncer avançado ou tratamentos antineoplásicos complexos (16).

A associação identificada entre características sociodemográficas e clínicas e a PC evidencia a complexidade dos determinantes que modulam o engajamento decisório de idosos com câncer. Os resultados deste estudo demonstraram que pacientes viúvos apresentam maior probabilidade de preferir uma abordagem de cuidado passivo em comparação àqueles casados ou em união

estável. Esse achado encontra respaldo na

literatura internacional, que evidencia associação consistente entre o isolamento social e menor engajamento em práticas de saúde (19). No contexto da viuvez, evidências indicam aumento de sintomas depressivos, declínio funcional e pior qualidade de vida, fatores que podem comprometer a autonomia e favorecer atitudes mais passivas frente ao cuidado (20). Ademais, a literatura sobre TDC destaca que a presença de um cônjuge está associada a maior envolvimento do paciente, melhor compreensão das opções terapêuticas e maior adesão a intervenções ativas (21).

A associação observada entre presença de comorbidades e maior prevalência do perfil passivo corrobora evidências de que fragilidade, declínio funcional e maior carga sintomática diminuem a autoconfiança e o desejo de exercer controle sobre decisões terapêuticas, alinhando-se a estudos que mostram que idosos com menor reserva funcional apresentam menor disposição e habilidade para participar do processo decisório (3,22-24). Achados de outras pesquisas mostraram que idosos com comorbidades tendem a delegar escolhas clínicas por perceberem insegurança frente aos riscos terapêuticos e à dependência crescente de suporte profissional (25-26).

Os resultados deste estudo também revelaram que indivíduos com histórico de etilismo atual ou prévio apresentaram uma probabilidade significativamente maior de preferir uma abordagem de cuidado passivo em comparação aos não etilistas, sugerindo que o consumo de álcool constitui um importante determinante comportamental na tomada de decisão em saúde. Esse achado é consistente com evidências que associam o etilismo a menor engajamento em práticas de autocuidado e menor adesão a

tratamentos. Revisão sistemática recente indica que o consumo de álcool está relacionado a prejuízos na função executiva, à redução da autoeficácia e à maior impulsividade, fatores que impactam negativamente a capacidade de tomada de decisão e o envolvimento ativo no cuidado (27). Adicionalmente, estudos observacionais demonstram que indivíduos com histórico de etilismo apresentam menor adesão a regimes terapêuticos e maior probabilidade de abandono de tratamento, especialmente em condições crônicas (28-29).

A maior proporção de perfis passivos entre idosos provenientes de atendimento privado, em contraste com o predomínio de perfis colaborativos entre usuários do sistema público, sugere que fatores ambientais e organizacionais, incluindo modelos assistenciais, contexto socioeconômico, cultura institucional e expectativas em relação ao cuidado, exercem influência significativa sobre a forma como os idosos se posicionam nas decisões terapêuticas. Em contraste com o nosso resultado, um estudo de Tak et al. (30) mostrou que a cobertura por seguro privado estava associada a maior desejo de participar das decisões terapêuticas. No entanto, no Brasil, usuários de sistemas privados estão frequentemente expostos a modelos assistenciais mais centrados no médico e em fluxos de atendimento altamente tecnicizados, o que pode favorecer posições mais delegativas. Por outro lado, sistemas orientados por princípios de humanização, cuidado integral e práticas centradas na pessoa, características historicamente incorporadas ao sistema público brasileiro, apresentam maior potencial para promover engajamento colaborativo, conforme amplamente descrito na literatura (31-33).

O perfil mais ativo observado entre pacientes submetidos à cirurgia alinha-se a evidências da literatura que demonstram que experiências prévias de intervenção terapêutica, aliadas à percepção de eficácia pessoal, são fatores centrais para ampliar o envolvimento nas decisões em saúde. Estudos em populações oncológicas mostram que pacientes expostos a tratamentos invasivos prévios tendem a demandar maior

participação e exercer maior controle sobre o cuidado (14,34), possivelmente devido à maior compreensão da relevância das escolhas terapêuticas e do sentimento de capacidade para influenciar os resultados.

A média elevada de autonomia percebida observada nesta amostra é compatível com estudos internacionais que aplicaram o SDM-Q-9 ou instrumentos equivalentes em idosos com câncer. Em uma coorte de pacientes onco-hematológicos, Geerts et al. (35) relataram média de 84 pontos no SDM-Q-9, destacando que a maior parte dos estudos em pacientes com câncer apresenta escores entre 63 e 87, refletindo um padrão consistentemente alto. Resultados comparáveis foram percebidos por Geessink et al. (36) em idosos com câncer gastrointestinal, cuja média foi de 73 pontos, e por Brom et al. (34) em adultos e idosos com tumores sólidos, nos quais os níveis de decisão compartilhada permaneceram elevados e relativamente homogêneos independentemente do estágio da doença. De forma semelhante, um estudo asiático conduzido por Zhang et al. (37) também documentou altos níveis de autonomia percebida, reforçando que escores elevados são observados de maneira consistente em diferentes culturas e sistemas de saúde. Ademais, revisões e estudos psicométricos mostram que o SDM-Q-9 tende a apresentar escores altos e efeito teto quando a relação médico-paciente é positiva e a comunicação é percebida como eficaz (38), o que pode explicar, em parte, os níveis elevados de decisão compartilhada observados. Esses dados sugerem que, mesmo em contextos clinicamente complexos, como em oncogeriatria, a participação ativa nas decisões terapêuticas pode ser fortalecida especialmente quando há boa comunicação clínica, vínculo com a equipe assistencial e utilização de estratégias de apoio ao processo decisório.

A associação entre maior escolaridade e maior percepção de decisão compartilhada é consistente com estudos prévios que demonstram que o nível educacional influencia a capacidade do paciente de compreender as informações,

formular preferências e engajar-se nas decisões médicas (34,39).

A associação observada entre PC e autonomia percebida na população estudada reforça a relevância de compreender o modo como idosos com câncer participam do processo decisório durante o tratamento antineoplásico. Nossos achados evidenciaram que indivíduos com perfil de preferência passiva apresentaram menor percepção de decisão compartilhada, sugerindo que o estilo de participação preferido influencia diretamente a forma como esses pacientes vivenciam a comunicação clínica e o envolvimento nas escolhas terapêuticas. Tal fenômeno já foi descrito em pesquisas que evidenciam que decisões personalizadas em oncogeriatria favorecem uma comunicação mais centrada no paciente e estimulam maior participação no cuidado (40), como nos resultados descritos por Hahlweg et al. (15), que demonstraram que pacientes com menor PC tendem a perceber menor engajamento nas decisões médicas, e por Rencz et al. (16), que identificaram que estilos decisórios mais passivos se associam a menor satisfação com o processo de decisão em oncologia.

Apesar de reunir evidências relevantes sobre a PC e a autonomia percebida em oncogeriatria, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, a amostra foi obtida por conveniência, o que pode limitar a generalização dos resultados, especialmente diante da heterogeneidade intrínseca da população idosa com câncer. Além disso, a utilização de dados secundários provenientes de prontuário eletrônico pode estar sujeita a registros incompletos ou inconsistentes, gerando potencial viés de informação, e os instrumentos empregados, embora validados, envolvem dimensões subjetivas e suscetíveis à variabilidade interobservador, bem como à influência de fatores cognitivos e emocionais. Destaca-se ainda que não foi realizada avaliação neurocognitiva formal; contudo, todos os participantes haviam sido previamente avaliados por seus oncologistas assistentes e considerados elegíveis para

tratamento oncológico, permitindo a inferência de capacidade cognitiva a partir da elegibilidade terapêutica, e ainda que tal abordagem não substitua uma avaliação estruturada e possa não detectar déficits sutis, estudos prévios demonstram que a avaliação cognitiva nem sempre é aplicada de forma sistemática na prática clínica, sendo frequentemente substituída pelo julgamento clínico global (3,41). Por fim, devido ao delineamento observacional e transversal, não é possível estabelecer relações de causalidade.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo demonstram que, embora a maioria dos idosos com câncer manifeste preferência colaborativa ou ativa na tomada de decisão terapêutica, a presença significativa de perfis passivos e as variações associadas a fatores sociodemográficos, funcionais e assistenciais evidenciam a complexidade que permeia o engajamento decisório em oncogeriatria, reforçando que a participação do idoso nas decisões não decorre apenas do desejo individual, mas da interação entre vulnerabilidades clínicas, recursos pessoais e características estruturais do cuidado. A elevada percepção de autonomia observada indica que, quando sustentadas por comunicação qualificada e práticas centradas na pessoa, mesmo populações clinicamente frágeis podem experimentar processos de decisão compartilhada mais satisfatórios. Ademais, a relação direta entre PC e percepção de decisão compartilhada destaca a importância de reconhecer o perfil de PC de cada idoso como elemento fundamental para orientar intervenções que estimulem o engajamento e qualificar a experiência terapêutica. Em conjunto, esses resultados enfatizam a necessidade de estratégias assistenciais que promovam comunicação efetiva e abordagens individualizadas, sensíveis às vulnerabilidades e às capacidades de cada idoso, incorporando práticas sistemáticas de avaliação das preferências e fortalecendo modelos que favoreçam a autonomia, o diálogo e a personalização do tratamento. Esses elementos, integrados à rotina assistencial, têm potencial para

aprimorar a qualidade do cuidado, promovendo decisões mais alinhadas aos valores do idoso e, consequentemente, melhorando os desfechos em oncogeriatria.

REFERÊNCIAS

Organização Mundial da Saúde – OMS. Ageing and health. Geneva: World Health Organization, 2024.

Blok EJ, Wolbink JN, van Bodegom-Vos L. Systemic treatment decisions in older patients with early invasive breast cancer: evidence and strategies. *Ageing Cancer Res.* 2025;2:45-58. <https://doi.org/10.70401/acrt.2025.0001>

Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. *J Clin Oncol.* 2018;36(22):2326-2347. <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2018.78.8687>

Karaoğlu A, Bahat G. Clinical management of older persons with cancer: Current status and future directions. *Front Med.* 2025;12:157-169. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1631044>

Ruggiero C. Understanding aging, frailty, and resilience. In: Ruggiero C. *The surgical patient: a geriatric approach beyond age.* Springer; 2025. p. 87-104.

Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling.* 2014;94(30):291-309. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031>

Gans EA, Pieterse AH, Klapwijk MS, van Stiphout F, van Steenberghe IJ, Portielje JEA, et al. Shared decision-making with older adults with cancer: Adaptation of a model through literature review and expert Opinion. *Psychooncology.* 2024;33(1):e6291. <https://doi.org/10.1002/pon.6291>

Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA.* 2014;312(13):1295-1296. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1910118>

Pereira EEB, Santos NB, Sarges ESNF. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado. *Rev Pan-Amaz Saude.* 2014;5(4):37-44. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232014000400005>

Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(1):103-112. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>

Viana RA. Validação do G8 e sua acurácia como preditor de óbito em pacientes oncológicos com idade igual ou superior a 60 anos. [Dissertação]. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; 2018.

Degner LF, Sloan JA, Venkatesh P. The Control Preferences Scale. *Can J Nurs Res.* 1997;29(3):21-43. <https://static.igem.org/mediawiki/2019/8/88/T--SYSU-CHL-NA--TCPS.pdf>

Dias A, Maia D, Cruz H, Loio M, Castro P, Gomes S. Questionário de decisão partilhada de 9 itens (Q-DP-9) [Internet]. 2016 [citado em 22 abr. 2026]. Disponível em: https://www.patient-als-partner.de/media/sdm-q-9_portuguese.pdf

Hamelinck VC, Bastiaannet E, Pieterse AH, van de Velde CJH, Liefers GJ, Stiggelbout AM, et al. Preferred and Perceived Participation of Younger and Older Patients in Decision Making About Treatment for Early Breast Cancer: A Prospective Study. *Clin Breast Cancer.* 2018;18(2):e245-e253. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2017.11.013>

Hahlweg P, Kriston L, Scholl I, Brähler E, Faller H, Schulz H, et al. Cancer patients' preferred and perceived level of involvement in treatment decision-making: an epidemiological study. *Acta Oncol.* 2020;59(8):967-974. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2020.1762926>

Rencz F, Tamási B, Brodszky V, Ruzsa G, Gulácsi L, Péntek M. Did You Get What You Wanted? Patient Satisfaction and Congruence Between Preferred and Perceived Roles in Medical Decision Making in a Hungarian National Survey. *Value Health Reg Issues.* 2020;22:61-67. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2020.07.573>

Lawhon VM, England RE, Wallace AS, Williams CP, Williams BR, Niranjana SJ, et al. "It's important to me": A qualitative analysis on shared decision-making and patient preferences in older adults with early-stage breast cancer. *Psychooncology.* 2021;30(2):167-175. <https://doi.org/10.1002/pon.5545>

Moth EB, Kiely BE, Martin A, Naganathan V, Della-Fiorentina S, Honeyball F, et al. Older adults' preferred and perceived roles in decision-making about palliative chemotherapy, decision priorities and information preferences. *J Geriatr Oncol.* 2020;11(4):626-632. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.07.026>

Pollak C, Cotton K, Winter J, Blumen H. Health Outcomes Associated with Loneliness and Social Isolation in Older Adults Living with HIV: A Systematic Review. *AIDS Behav.* 2025;29(1):166-186. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04471-3>

Stahl ST, Arnold AM, Chen JY, Anderson S, Schulz R. Mortality after bereavement: the role of cardiovascular disease and depression. *Psychosomatic Medicine.* 2016;78(6):697-703. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000317>

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):1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>

Rostoft S, van den Bos F, Pedersen R, Hamaker ME. Shared decision-making in older patients with cancer - What does the patient want? *J Geriatr Oncol.* 2021;12(3):339-342. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.08.001>

Richardson DR, Loh KP. Improving personalized treatment decision-making for older adults with cancer: The necessity of eliciting patient preferences. *J Geriatr Oncol.* 2022;13(1):1-3. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.06.001>

Lewis L, Farrington N, Patel HP, Wagland R, Hunt K. Experience of decision-making for older adults, their significant others, and health care professionals after a diagnosis of cancer: A systematic review. *J Geriatr Oncol.* 2025;16(8):102716. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2025.102716>

Moorman SM. Older adults' preferences for independent or delegated end-of-life medical decision making. *J Aging Health.* 2011;23(1):135-157. <https://doi.org/10.1177/0898264310385114>

van Open JD, Coats TJ, Conroy SP, Lalseta J, Phelps K, Regen E et al. What matters most in acute care: an interview study with older people living with frailty. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):156. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02798-x>

Ariesen AMD, Neubert JH, Gaastra G, Tucha O, Koerts J. Risky Decision-Making in Adults with Alcohol Use Disorder—A Systematic and Meta-Analytic Review. *J Clin Med.* 2023;12(8):2943. <https://doi.org/10.3390/jcm12082943>

Kulkarni S, Weber SE, Buys C, Lambrechts T, Myers B, Drainoni ML, et al. Patient and provider perceptions of the relationship between alcohol use and TB and readiness for treatment: a qualitative study in South Africa. *Res Sq.* 2023;1-20. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3290185/v1>

Bernstein EY, Magane KM, Dukes KA, Palfai TP, Lee JH, Saitz R, et al. Correlates of post-hospitalization naltrexone adherence for alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2024;265:112470. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.112470>

Tak HJ, Ruhnke GW, Meltzer DO. Association of Patient Preferences for Participation in Decision Making With Health-Care Experiences and Satisfaction. *JAMA.* 2013;313(13):1195-1203. <https://doi.org/10.1001/jama-networkopen.2020.18766>

Epstein RM, Street Junior RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med.* 2011;9(2):100-103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>

Nkhoma KB, Cook A, Giusti A, Farrant L, Petrus R, Petersen I, et al. A systematic review of impact of person-centred interventions for serious physical illness in terms of outcomes and costs. *BMJ Open.* 2022;12(7):e054386. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054386>

Elkefi S, Asan O. The Impact of Patient-Centered Care on Cancer Patients' QOC, Self-Efficacy, and Trust Towards Doctors: Analysis of a National Survey. *J Patient Exp.* 2023;10. <https://doi.org/10.1177/23743735231151533>

Brom L, Pasman HRW, Widdershoven GAM, van der Vorst MJDL, Reijneveld JC, Postma TJ, et al. Patients' preferences for participation in treatment decision-making at the end of life: qualitative interviews with advanced cancer patients. *PLoS One.* 2014;9(6):e100435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100435>

Geerts PAF, van der Weijden T, Moser A, Bos GMJ. The Perception of Shared Decision-Making in Hematology by Patients and Physicians Seems Satisfactory, but Important Steps are Still Ahead of Us. *Hemasphere.* 2020;4(4):e417. <https://doi.org/10.1097/HS9.0000000000000417>

Geessink NH, Ofstad EH, Rikkers MGM, van Goor H, Kasper J, Schoon Y. Shared decision-making in older patients with colorectal or pancreatic cancer: Determinants of patients' and observers' perceptions. *Patient Educ Couns.* 2018;101(10):1767-1774. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.005>

Zhang W, Weng Y, Zhang X, Shen H, Li X, Liu Y, et al. Shared decision making behavior in surgery among early breast cancer patients and associated factors using COM-B model: a latent profile analysis. *J Nurs Manag.* 2025;33(2):458-69. <https://doi.org/10.1155/ionm/2347796>

Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SD-M-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Educ Couns.* 2010;80(1):94-9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.034>

Grabbe P, Gschwendtner KM, Gaisser A, Kludt E, Wild B, Eich W, et al. Preferred and perceived participation roles of oncological patients in medical decision-making: Results of a survey among users of the German Cancer Information Service. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2022;172:40-48. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.026>

Pinker I, Wetzlmair-Kephart L, Costa AM, Pilleron S. The role of healthcare professionals' attitudes in treatment decision-making for older adults with cancer: A scoping review. *J Geriatr Oncol.* 2025;16(3):102151. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2024.102151>

Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen MLG, Extermann M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2014;32(24):2595-603. <https://doi.org/10.1200/jco.2013.54.8347>

Valéria Sgnaolin

Mestre em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre/RS, Brasil.

Vanessa Sgnaolin

Mestre em Farmacologia Bioquímica e Molecular, doutora e pós-doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre/RS, Brasil. Professora na PUCRS, Porto Alegre/RS, Brasil.

Alfredo Cataldo Neto

Doutor em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre/RS, Brasil. Professor na PUCRS, Porto Alegre/RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Valéria Sgnaolin

Rua Costa, n. 30, 4º andar, sala 1
Menino Deus, 90110-270
Porto Alegre, RS, Brasil

Vanessa Sgnaolin

Av. Ipiranga, n. 6681, Prédio 81, 6º andar, sala 603
Partenon, 90619-900
Porto Alegre, RS, Brasil

Alfredo Cataldo Neto

Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, 8º andar, sala 804
Partenon, 90619-900
Porto Alegre, RS, Brasil

Como citar este artigo

Sgnaolin, V., Sgnaolin, V., & Cataldo Neto, A. Tomada de Decisão Compartilhada em Oncogeriatría: preferência de controle, autonomia percebida e fatores associados. PAJAR - Pan-American Journal of Aging Research, e49344. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2026.1.49344>

Os textos deste artigo foram revisados pela Texto Certo Assessoria Linguística e submetidos para validação dos autores antes da publicação.