Capacidade para tomar decisões sanitárias e seu papel no contexto da assistência ao paciente pediátrico

Ability to make health decisions and its role in the pediatrics context

Jussara de Azambuja Loch[1]

RESUMO

A capacidade ou competência é o componente funcional e operativo da autonomia moral e pressupõe certas habilidades psicológicas obrigatórias para poder tomar decisões autônomas, sendo que esses critérios de capacidade se estabelecem durante o desenvolvimento cognitivo-moral do indivíduo. O processo evolutivo global da personalidade atinge condições plenas na idade adulta. Neste trabalho são abordados os diferentes estágios do desenvolvimento da capacidade da criança e adolescentes.

UNITERMOS: Direitos do Paciente, Relação Médico Paciente, Pediatria, Bioética.

ABSTRACT

Ability or competence is the functional and operating component of moral autonomy, and it assumes certain psychological skills required to be able to make autonomous decisions. These criteria of ability become established along the individual's cognitive-moral development. The global developmental process of personality reaches full potential in adulthood. In this paper, the different stages in the development of this ability in children and adolescents are described.

KEYWORDS: *Patient Rights, Doctor-Patient Relationship, Pediatrics, Bioethics.*

DEFININDO CAPACIDADE E SEUS PRÉ-REQUISITOS

A capacidade ou competência é o componente funcional e operativo da autonomia moral (1) e pressupõe certas habilidades psicológicas obrigatórias para poder tomar decisões autônomas, sendo que estes critérios de capacidade se estabelecem durante o desenvolvimento cognitivo-moral do indivíduo.

O processo evolutivo global da personalidade atinge condições plenas na idade adulta. Apesar de se iniciar na infância, é durante a adolescência que acontecem os fenômenos de maturação mais importantes, que podem ser resumidos em:

a) A emergência do raciocínio lógico formal, que é o substrato cognitivo para realizar abstrações e considerar hipóteses: permite ao indivíduo internalizar as normas que vêm da sociedade e o posterior desenvolvimento de uma consciência das regras, para, no final do processo, atingir um estágio de escolhas autônomas de toda a espécie, inclusive morais.
b) O desenvolvimento de uma perspectiva de socialização, conseguida através da imagem e da interpretação que o indivíduo faz de si mesmo e dos outros e da sua interação com eles, possibilitando uma consciência do seu papel na sociedade e o lugar que os demais ocupam nela.
c) O estabelecimento de uma conduta moral concreta, que permite agir de acordo com princípios autônomos, requerendo um alto nível de raciocínio moral, que possibilita entender as regras, acreditar nelas e, principalmente, colocá-las em prática no dia a dia.

[1] Médica, doutora em Ciências Médicas. Professora adjunta do Departamento de Pediatria da FAMED/PUCRS. Membro do Departamento Científico de Bioética da Sociedade Brasileira de Pediatria. Coordenadora científica do Instituto de Bioética da PUCRS.

Para fazer julgamentos sobre o próprio comportamento, o indivíduo necessita de inteligência, capacidade para antecipar acontecimentos futuros, capacidade de empatia para com outras pessoas, capacidade para refletir – e não apenas abandonar um impulso –, controle das fantasias, especialmente das agressivas, além de um sentimento de autoestima e autoconfiança (2). Estas conclusões derivam de uma importantíssima contribuição da Psicologia Evolutiva para o entendimento de como se desenvolve o julgamento moral nas crianças e adolescentes, da qual descreveremos os resultados mais relevantes.

Baseado em estudos prévios feitos por Piaget e em sua teoria do desenvolvimento cognitivo, Kohlberg estudou como se constrói o conceito de justiça (o que é justo e o que é injusto) nas crianças e adolescentes. Este trabalho permitiu estabelecer níveis de julgamento moral, nos quais as crianças de diferentes idades utilizam formas de raciocínio diferentes para justificar o mesmo problema, mostrando uma evolução nas justificativas morais que empregam para solucionar um conflito.

A teoria de Kohlberg afirma que o processo de desenvolvimento do julgamento moral implica em reorganizações e transformações progressivas da estrutura cognitiva em novas estruturas mais sofisticadas, como resultado da *interação* do indivíduo com o meio social, sendo um processo de *construção* e não uma simples maturação ou adaptação ao meio. Kohlberg classificou essa sequência de diferenças qualitativas na estrutura de raciocínio para resolver o mesmo problema em idades diferentes, em seis estágios, posicionados em três níveis evolutivos, os quais permitem, no conjunto, analisar a estrutura do julgamento moral (Quadro 1).

Através desse instrumento foi possível concluir que, no Nível I, correspondente à moral pré-convencional, encontra-se a maioria das crianças com menos de nove anos de idade e alguns adolescentes, além de muitos dos adolescentes e adultos delinqüentes. No estágio 4 do Nível II (moral convencional) está posicionada a maioria dos adolescentes mais jovens e o estágio 5 do Nível III (moral pós-convencional) parece ser atingido nos anos de conclusão da escola secundária. O estágio 6 do Nível III é próprio de uma minoria de adultos e maiores de 20 anos de idade (4, 5, 6).

Em resumo, a maioria dos adolescentes se situa no estágio 4 do nível convencional de Kohlberg e, no final da adolescência, os jovens podem atingir o estágio 5 do nível pós-convencional, com distribuição semelhante à dos adultos, igualando-os em condições de julgamento moral.

Estas teorias tiveram grande impacto, influenciando a discussão nos campos da Medicina, do Direito e da Bioética, sobre a capacidade de crianças e adolescentes para tomar decisões. A partir delas, a sociedade e as leis norte-americanas reconheceram a existência de um estado de maturidade cognitiva independente da idade cronológica, conhecido como *mature minor status* (7, 8, 9, 10). A doutrina do *menor maduro* afirma que aqueles menores que são capazes de entender a natureza e as consequências (riscos e benefícios) do tratamento oferecido e de responsabilizar-se pela assistência recebida, devem ser considerados suficientemente maduros para consentir ou recusar o procedimento.

QUADRO 1 – Estágios do Desenvolvimento Moral de Kohlberg

Nível I: Moralidade Pré-convencional	
Estágio 1:	**Orientação para a punição e a obediência.** A criança decide o que é errado baseada naquilo que é punido. A obediência é valorizada em si mesma, mas a criança obedece porque os adultos têm um poder superior.
Estágio 2:	**Individualismo, propósito instrumental e intercâmbio.** A criança segue regras quando isto é de seu interesse imediato. O que é bom é aquilo que traz resultados agradáveis.
Nivel II: Moralidade Convencional	
Estágio 3:	**Expectativas e relacionamentos interpessoais mútuos e conformidade interpessoal.** As ações boas são aquelas que estão de acordo com as expectativas da família ou de outro grupo significativo. "Ser bom" torna-se importante em si mesmo.
Estágio 4:	**Sistema e consciência sociais (Lei e ordem).** As ações boas são aquelas assim definidas por grupos sociais mais amplos ou pela sociedade como um todo. Os deveres e as leis devem ser cumpridos, exceto em casos extremos
Nível III: Moralidade Pós-convencional ou de Princípios	
Estágio 5:	**Contrato Social ou utilidade e direitos individuais:** Agir de forma a obter "o maior bem para o maior número". O adolescente ou adulto tem consciência de que a maioria dos valores é relativa e as leis são modificáveis, embora as regras devam ser seguidas para preservar a ordem social. Mas existem alguns valores básicos não relativos, tais como a importância da vida e da liberdade de cada um.
Estágio 6:	**Princípios éticos universais.** O adulto desenvolve e segue princípios éticos escolhidos por ele mesmo para determinar o que é certo. Esses princípios éticos são parte de um sistema articulado de valores, cuidadosamente examinado e constantemente seguido; os princípios sãos princípios universais de justiça**.**

Fonte: Bee, 1996.

Além dessa condição, haveria uma chamada *idade da discrição*, ao redor dos 14 anos, na qual os adolescentes, após receber informações apropriadas sobre opções de tratamento, teriam suas preferências consideradas legalmente válidas e importantes, sendo necessariamente incluídas no processo de tomada de decisão e validadas através da concordância compulsória dos pais (10).

No Brasil, estas ideias estão sendo discutidas num âmbito ainda restrito, não tendo chegado, até o momento, a uma análise legal. Encontra-se na literatura médica brasileira referências ao estabelecimento de uma diferenciação entre capacidade sanitária e capacidade jurídica (11, 12) fundamentada no artigo 74 do novo Código de Ética Médica, que afirma: "(É vedado ao médico) "Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor

tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente" (13).

As leis civis brasileiras estipulam que *menores* são pessoas totalmente incompetentes para tomar decisões antes dos 16 anos, parcialmente incompetentes dos 16 até os 18 anos, idade em que a capacidade legal de pleno exercício de direitos é atingida. A exceção a esta regra é a condição de *menor emancipado*, um indivíduo que ainda não alcançou a idade de consentir, mas que tem todos os privilégios de um adulto para tomar decisões próprias, em decorrência de algumas circunstâncias especiais, previstas no Código Civil Brasileiro (14).

Essa avaliação cronológica da capacidade, e suas poucas exceções, não reconhecem as habilidades cognitivas e morais dos estágios da adolescência inicial e média, trazendo graves empecilhos ao consentimento adolescente na área da saúde. Enquanto as leis brasileiras não forem discutidas e atualizadas, apenas as diretrizes dos Códigos Deontológicos, alguns pareceres do Conselho Federal de Medicina e as Leis de Proteção, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, podem ser acionados como dispositivos normativos para essas questões.

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

O julgamento da competência ou incompetência de uma pessoa (mesmo daquelas que são consideradas legalmente incompetentes) deve ser dirigido para cada decisão em particular, pois a determinação da capacidade consiste sempre numa *aproximação*, e depende de, no mínimo, dois fatores: a natureza da decisão e as circunstâncias envolvidas naquela situação particular (8, 15, 16, 17).

Segundo vários autores que se ocupam do tema, na avaliação da competência de crianças, adolescentes e de adultos devem ser levados em consideração quatro quesitos: capacidade de raciocínio, grau de compreensão do problema e da informação, voluntariedade e a natureza da decisão (15,16).

A capacidade de raciocínio (*reasoning*) está na dependência da idade, da inteligência e do funcionamento cognitivo e emocional, bem como das experiências prévias em tomar decisões, da habilidade de analisar futuras consequências, da impulsividade, do nível de reflexão e da capacidade para assumir responsabilidades.

O grau de compreensão (*understanding)* depende do grau de conhecimentos gerais, das informações e das experiências educacionais passadas que permitam à criança entender concretamente sua situação e o problema que enfrenta.

A voluntariedade (*voluntariness*) deve ser entendida como a capacidade de consentir livremente, sem coerção ou manipulação por parte de terceiros. As crianças e os adolescentes estão sob a autoridade e a influência das opiniões de seus pais, tornando-se muitas vezes difícil avaliar o grau de comprometimento que esta situação provoca sobre as reais preferências dos primeiros.

A natureza da decisão (*nature of decision*) está definitivamente condicionada ao grau de habilidade e capacidade da criança para a autodeterminação. A magnitude da decisão e de suas consequências para o desenvolvimento e a qualidade de vida futura, analisadas através da gravidade e da urgência na decisão e do balanceamento dos riscos e benefícios, relaciona-se paralelamente com o grau de desenvolvimento cognitivo e moral.

Crianças em idade escolar geralmente têm dificuldade para comparar diferentes alternativas, avaliar realisticamente as consequências de uma determinada decisão, mas já têm capacidade para opinar sobre diversas questões relativas à sua saúde e, portanto, podem dar seu *assentimento*, que deve acompanhar-se necessariamente do consentimento informados dos pais.

Segundo a Academia Americana de Pediatria (18), no processo de alcançar o assentimento de um paciente pediátrico, o profissional de saúde deve garantir, no mínimo, os seguintes elementos:

- ajudar o paciente, de maneira apropriada a seu grau de desenvolvimento, a entender a natureza de sua condição;
- explicar ao paciente o que ele pode ou deve esperar com os exames e tratamento(s);
- fazer uma avaliação clínica do grau de compreensão que o paciente tem de sua situação e dos fatores que possam estar influenciando suas respostas (inclusive se está havendo pressão desproporcionada para que ele aceite os procedimentos);
- solicitar uma expressão da vontade do paciente para aceitar os cuidados propostos. Nenhum profissional deve solicitar opinião a um paciente pediátrico sem a séria intenção de levá-la em consideração. Em situações graves, em que o tratamento proposto se impõe independente da aceitação ou não por parte da criança, ela deve ser informada – e não perguntada – sobre este fato, e jamais deve ser enganada.

Portanto, abaixo dos 12 anos de idade, deve-se, em princípio, considerar o menor como incapaz, e o poder decisório pertence a seus pais. A partir dos 14 anos, cada caso deve ser avaliado cuidadosamente, presumindo a existência da capacidade do jovem, pois entre os 14 e os 17 anos costuma-se encontrar uma competência parcial. Após os 17-18 anos, os adolescentes costumam preencher todos os requisitos necessários para o consentimento informado (10, 18).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo M. La capacidad de los niños para tomar decisiones sanitárias: un problema ético y jurídico. Rev Esp Pediatr. 1997;53;2:107-111.
2. Lewis M, Volkmar FR. Aspectos clínicos do Desenvolvimento na infância e adolescência. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
3. Piaget J. O julgamento moral na criança. São Paulo: Editora Mestre Jou; 1977.
4. Kolhberg L. Psicologia del desarrollo moral. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 1992.
5. Bee H. A criança em desenvolvimento. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
6. Faw T. Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência. São Paulo: McGraw Hill do Brasil; 1981.
7. Holder AR. Minor's rights to consent to medical care. JAMA.1987;257;24:3400-3402
8. Sigman GS, O'Connor C. Exploration for physicians of the mature minor doctrine. J Pediatrics. 1991;119;4:520-525
9. Winslade WJ. Confidentiality. In: Reitch WT, ed. Encyclopedia of Bioethics. rev ed. N.York: Simon & Schuster Macmillan.1995;451-459.
10. Muscari ME. When can an adolescent give consent? AJN. 1998;98:5:18-19.
11. Fortes PAC. Ética e saúde. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1998.
12. Carvalho PRA, Torreão, LA. Aspectos éticos e legais na emergência. Jornal de Pediatria.1999;75,supl.2:S309-S314.
13. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM n. 1.931/2009 [internet]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_9.asp. Acesso em: 1 de novembro de 2012.
14. Brasil. Código Civil. Lei n. 10.406, de 10/01/2002. Porto Alegre: Síntese, 2003.
15. Grisso T, Vierling L. Consent to treatment: A developmental perspective. Professional Psychol. 1978;9:412-427.
16. King NMP, Cross AW. Children as decision makers: guidelines for pediatricians. J Pediatrics. 1989;115;1:10-16.
17. Muñoz DR, Fortes PAC.O princípio da Autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V (Coord). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
18. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Informed Consent, Parental Permission and Assent in Pediatric Practice. Pediatrics.1995.
19. Truog R, Burns J. Ethics. In: Rogers MC, Nichols DG (eds.). Textbook of pediatric intensive care. Baltimore: Williams & Wilkins. 1996;1699-1661.

✉ Endereço para correspondência
Instituto Bioetica
Av.Ipiranga, 6681/703
90.619-900 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3320-3679
institutobioetica@pucrs.br

Recebido: 13/11/2012 – Aprovado: 16/11/2011