# *Avaliando a Competência dos Pacientes: autonomia ou beneficência?*

## *Assessing the patient's competency: autonomy or beneficence?*

Instituto Bioética[1]

**RESUMO**

No presente artigo serão revisados algumas questões éticas e bioéticas relacionadas ao processo de avaliação da competência ou capacidade para tomada de decisões pelos pacientes em relação as suas questões de saúde. Estas questões serão analisadas a partir de uma visão da medicina e da bioética.

UNITERMOS: Competência, Autonomia, Beneficência.

**ABSTRACT**

*The process of decision-making by patients, regarding their health issues, is discussed through the medical and bioethical point of view.*

KEYWORDS: *Competência, Autonomia, Beneficência.*

## INTRODUÇÃO

Uma das situações nas quais os médicos podem solicitar o parecer de profissionais de saúde mental, em especial psiquiatras que trabalham junto a hospitais gerais, é para determinar a competência de pacientes que não concordam com o tratamento que lhes foi indicado. O termo competência aqui é entendido como a capacidade de se autogerir ou se autodeterminar e/ou tomar decisões por si próprio. Conforme Rosenfeld (1998), avaliar essa capacidade tem sido um dos pontos mais importantes e controvertidos no que diz respeito às questões éticas envolvidas na prática médica (1).

Nestas situações, o impulso para envolver um psiquiatra, quando um paciente recusa um tratamento recomendado, é compreensível e mesmo sustentável de várias formas, porém, nem sempre necessário. É importante lembrar que, muitas vezes, o médico que faz a atenção primária ao paciente e que o conhece melhor pode, de certa forma, estar mais habilitado que um novo consultor, que, frequentemente, tem a possibilidade de ver apenas uma vez o paciente para, então, julgar se o mesmo possui ou não capacidade decisória. Esse médico irá, certamente, também ser capaz de avaliar os prejuízos decisórios nos casos óbvios de incapacidade, tais como estupor ou coma.

Todavia, os psiquiatras, com frequência, são solicitados para a avaliação dos pacientes. Se, por exemplo, for uma situação de emergência o motivo para determinar a capacidade ou se existem evidências de um transtorno mental como a esquizofrenia, depressão, ou outro que possa afetar o julgamento, pode ser útil solicitar avaliação psiquiátrica. Isso pode ser importante para um paciente diante de uma situação na qual muitos fatores podem influenciar a sua capacidade (2).

Este artigo está baseado em uma aula que foi ministrada durante vários anos em uma disciplina de Bioética para médicos-residentes. Nele, pretende-se fazer uma reflexão a propósito de algumas questões médicas, éticas e bioéticas relacionadas à avaliação da competência e/ou capacidade de tomada de decisão do paciente.

[1] Administração

## COMPETÊNCIA E QUADRO CLÍNICO

Algumas das situações em que, frequentemente, mostra-se necessário determinar a competência do paciente são aquelas em que ele apresenta sintomas relacionados com transtornos mentais que podem prejudicar o teste de realidade e a capacidade do mesmo avaliar adequadamente sua condição. Por exemplo, pacientes com sintomas psicóticos que se recusam a seguir as recomendações de um determinado tratamento. Também, quadros de Transtorno do Humor e importante risco de suicídio. Em todas as situações em que existem sintomas psicóticos atuais que influenciam as decisões do paciente, encontraremos pacientes que, claramente, não são competentes para tomar decisões racionais a respeito do seu tratamento, já que todo o julgamento que o mesmo realiza da sua situação de vida é baseado em falsas premissas e nos seus pensamentos delirantes (3). Dessa forma, não existem muitos problemas do ponto de vista clínico em considerarmos tais pacientes incompetentes quanto à sua recusa em seguir um tratamento. Há outras circunstâncias em que é necessário avaliar a competência, porém elas tendem a ser epistemologicamente sem problemas, isto é, não existem dificuldades em determinar se o paciente é ou não incompetente. Em termos de competência, não resultam, portanto, em nenhum conflito ético. Por exemplo, com pacientes comatosos, e crianças de muito pouca idade**,** da mesma forma que com pacientes francamente psicóticos e com retardo mental severo, a questão da competência é inquestionável. Para tais pacientes, o dilema ético não resulta da questão de existir ou não competência, mas, muitas vezes, de quem irá tomar a decisão por um paciente claramente incompetente.

Porém, frequentemente, apesar de não existir dúvida quanto à falta de competência do paciente para decidir, a questão que mobiliza o médico pode ser em relação à capacidade de algum familiar para tomar as decisões pelo mesmo. É importante lembrar que os familiares podem apresentar algum transtorno mental grave.

A questão da competência também não costuma ser particularmente problemática quando paciente e os cuidadores de saúde fornecem uma concordância para o curso do tratamento. Em tais casos, o que pode ser questionado é se o paciente é competente para dar um consentimento informado válido. Poderá haver problemas em termos de competência se os familiares não concordam com um tratamento para o qual o paciente forneceu o seu consentimento. Entretanto, de modo geral, quando existe uma concordância entre médico e paciente a respeito do que deve ser feito, há poucos motivos para questionar a competência e, raramente, serão necessários grandes esforços para realizar uma avaliação, bem como conflitos éticos relacionados com essa questão.

Já aquelas situações nas quais o médico recomenda algum procedimento ao paciente e esse não deseja que seja feito são merecedoras de discussão. Em tais circunstâncias, a única maneira pela qual o médico pode tornar efetivas suas recomendações é se o paciente for julgado incompetente.

O fato de que a recusa a procedimentos recomendados é uma questão relevante na prática médica é demonstrada por um estudo em que foram analisadas as consultorias solicitadas ao Comitê de Bioética do HSL-PUCRS (4). Este estudo teve como objetivo identificar os conflitos bioéticos mais frequentes nas demandas de consultorias feitas àquele Comitê de Bioética no período de 1997 a 2006**.** Se somados juntos todos os casos em que houve recusa ao tratamento recomendado pela equipe de saúde (por motivos religiosos, pelos familiares e pelos pacientes), encontra-se um percentual de 22% das solicitações de consultoria. Ou seja, um dos motivos que, com frequência, fazem com que os médicos procurem o auxílio destes comitês são as situações nas quais existe uma recusa de que o paciente siga suas orientações.

Já em relação à capacidade decisória dos pacientes, no mesmo estudo, foram levantados os seguintes índices: 25,6% dos pacientes apresentavam capacidade decisória de acordo com os dados fornecidos pelo parecer e 47,6%, a grande maioria, não apresentavam. Em um percentual de 26,8% dos casos relatados, não havia indicações sobre a capacidade decisória do paciente. Quanto ao motivo da incapacidade decisória, com base no parecer e não apenas na interpretação do dado feita pela equipe de pesquisa, os principais motivos foram: transtorno neurológico (25%); idade (23%); transtorno mental (16,7%); transtorno metabólico (1,7%); não consta (33,3%)

## MOTIVOS PARA DETERMINAR A COMPETÊNCIA

A primeira questão que iremos abordar é por que o médico se importa em implementar suas recomendações, isto é, o que o motiva a tentar determinar a capacidade de decisão dos seus pacientes. A resposta ideal é óbvia e não gera controvérsia. Isto é, os profissionais estão valorizando a autonomia dos pacientes e se eles são capazes de exercitá-la. Estão querendo que os pacientes tomem a última decisão no que se refere a seus cuidados de saúde, ou ao menos desejam dar um grande peso a uma tomada de decisão quando essas decisões são feitas. Resta a pergunta se seriam sempre esses motivos os únicos e comuns aos médicos e vários outros profissionais de saúde no atendimento.

Uma outra razão pela qual os profissionais de saúde podem desejar determinar a competência é porque é ilegal tratar um paciente competente contra sua vontade. Desta forma, evitar a responsabilidade é um motivo distinto da promoção da autonomia, e o impasse envolve, portanto, questões jurídicas no amplo sentido do termo (4). Ainda que os aspectos jurídicos – como capacidade civil, entre outros – não sejam abordados neste trabalho, é importante lembrar que a Constituição Federal consagra, além da liberdade de crença que envolve não somente sentimentos religiosos, mas também os de ordem moral, a autodeterminação da pessoa na observância dos limites legais.

O terceiro motivo é uma questão de praticidade no atendimento. Um paciente que pode ser restrito contra sua vontade é um problema menor de manejo do que um que retira seus tubos e recusa-se a ficar restrito ao leito. Por outro lado, com frequência, é uma tarefa difícil impor um tratamento a um paciente resistente. E a tarefa mais fácil pode ser julgar um paciente competente e apoiar a sua recusa ao tratamento. Dessa forma, podemos questionar o quanto os julgamentos relativos à competência são afetados pelo conhecimento de que a incompetência irá levar o profissional a uma luta desprazerosa e a uma grande quantidade de trabalho.

Algumas vezes, o médico busca identificar a incompetência por empatizar com uma família que deseja que um de seus membros submeta-se a um tratamento para o qual está se recusando. Mesmo quando o profissional da saúde mental envolvido na determinação da competência não esteja diretamente motivado por nenhuma dessas questões relatadas anteriormente, a preocupação de outros que podem ter requerido a determinação da competência e que são, nesse sentido, uma fonte de informação a respeito do paciente pode influenciar o resultado das suas deliberações. Também é importante lembrar que pessoas boas e honestas, invariavelmente, possuem motivos mistos e complexos quando fazem julgamentos difíceis de importância prática. Inúmeros estudos em Psicologia Cognitiva evidenciam, por exemplo, que os mecanismos de avaliação e tomada de decisão podem, diante de uma situação específica, envolver componentes que não são plenamente identificáveis pelo próprio sujeito que decide (6,7,8,9). Bargh e Chartland (1999) destacam o fato de que certos processos decisórios tendem a tornarem-se mais automatizados diante de situações que se repetem e, portanto, mais limitados no que se refere a uma avaliação ponderada dos diferentes aspectos envolvidos (7). Nesse sentido, algumas escolhas podem representar também uma desconsideração seletiva e inconsciente no que diz respeito a certas informações e motivos, bem como a supervalorização de outros. Porém, uma clareza moral e intelectual exige que nos esforcemos para reconhecer esses motivos.

Em relação ao paciente que recusa o tratamento, um aspecto importante é avaliar a habilidade funcional para a decisão específica que é o foco de atenção. Alguns investigadores têm recomendado testar o paciente apresentando a ele um caso hipotético que pode avaliar mais sensivelmente a habilidade para entender uma situação clínica e tomar uma decisão a respeito dela. Enquanto parece lógico que esta forma de teste fornece mais informações a propósito da capacidade do paciente, a falha em interpretar uma situação hipotética não necessariamente significa que o paciente seja incapaz de tomar decisões a propósito de seu próprio corpo.

Como vimos anteriormente, em alguns pacientes as disfunções cognitivas podem ser multifatoriais. Se estivesse sofrendo de uma depressão clínica, sua recusa a um procedimento poderia refletir o desejo de morrer, e a doença, ela mesma (depressão), poderia embotar o julgamento e prejudicar sua habilidade de tomar decisões. Ainda que, de forma geral, um paciente com psicose não tem capacidade para tomar decisões, isso é possível em certos pacientes com tal história. Por exemplo, se um paciente com uma esquizofrenia crônica se recusa à cirurgia para câncer de colon porque não deseja ficar com uma colostomia permanente, isso pode ser considerado como uma decisão razoável, merecedora de respeito; no entanto, se ele se recusa porque *"outra pessoa que controla seus pensamentos através de um chip implantado em seu cérebro disse que deveria recusar"*, sua negativa ao tratamento é uma consequência óbvia de uma incapacidade para tomar decisões.

Fármacos e doenças clínicas podem prejudicar a capacidade para decisão por produzirem *delirium*, um estado confusional caracterizado pelo prejuízo na atenção e alterações na consciência. Neste caso, estes vários aspectos do prejuízo da cognição necessitariam ser explorados.

O *delirium* é uma síndrome clínica em que um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos surge em decorrência de uma condição médica geral, intoxicação ou abstinência de substâncias, uso de medicamentos, exposição a toxinas ou uma combinação destes fatores. A condição clínica de base é potencialmente detectável e provoca uma alteração da consciência vigil, da qual decorrem as demais alterações. Fora da nomenclatura oficial das classificações, o *delirium* recebe também a denominação de confusão mental aguda, psicossíndrome cerebral aguda, reação exógena de Bonhoeffer, encefalopatia metabólica ou tóxica, entre outras (10).

Sendo uma síndrome, o *delirium* pode estar presente em inúmeras doenças como, por exemplo, a insuficiência renal ou insuficiência respiratória, infecções do SNC, tumores, traumatismos cranioencefálicos e outras. A entidade clínica de base, independentemente de qual seja, leva a uma disfunção encefálica aguda, resultando em um padrão sintomático similar, relacionado ao nível de consciência e comprometimento cognitivo. É uma complicação relativamente comum de doenças físicas e, provavelmente, a síndrome psiquiátrica mais frequente em hospital geral. Às vezes, o *delirium* é a primeira manifestação aparente de um distúrbio clínico, e a identificação do rebaixamento da consciência pode conduzir a uma investigação precoce da etiologia básica, fundamental no tratamento.

Estima-se que a prevalência seja de 10% da população internada em hospital geral e na população idosa internada chega a 30 a 40%. Em alas de cirurgia geral, 15 a 25% dos pacientes podem desenvolver o quadro. Cerca de 30% dos pacientes em unidades de terapia intensiva e 40 a 50% dos pacientes em recuperação de cirurgias por fratura de quadril desenvolvem *delirium*. Na prática clínica, apenas 30 a 60% dos pacientes com *delirium* são corretamente diagnosticados. A presença desta síndrome é sinal de mau prognóstico. A taxa de mortalidade em três meses para pacientes que tenham tido um episódio de *delirium* é de 23 a 33%, e em um ano chega a 50%.

No *delirium*, há uma diminuição da capacidade de manter a atenção dirigida a um estímulo (hipotenacidade) e uma diminuição da capacidade para voltar-se a novos estímulos (hipovigilância). A organização do pensamento está prejudicada, levando a um pensamento incoerente, irrelevante, confuso, mesclando conteúdos da realidade objetiva e conteúdos da realidade subjetiva. De modo geral, há pensamentos persecutórios chegando a ideias delirantes vagas, semelhantes à linguagem do sonho e por isso também chamadas de delírios oniroides. O juízo crítico encontra-se prejudicado. As funções cognitivas acabam prejudicadas em função do prejuízo da atenção, orientação, memória, pensamento e compreensão, levando a uma diminuição da capacidade para resolver problemas.

O diagnóstico diferencial com Demência é que, nesta, o curso e a instalação do quadro clínico são geralmente insidiosos. Alterações do nível de consciência são mais raras nas demências (ocorrem apenas nos estágios avançados). Flutuações do quadro e alterações do ciclo-vigília e alucinações também são infrequentes.

Uma tentativa de avaliar a vontade do paciente que apresenta um quadro de *delirium,* pelo fato do quadro ser flutuante, é procurar conversar com o paciente em diferentes ocasiões, o que aumenta a possibilidade de que as informações sejam passadas para o paciente em um momento de maior lucidez.

A capacidade de decisão (capacidade de se autogerir) é a habilidade funcional do paciente para considerar os fatos relevantes de uma decisão específica e chegar – bem como comunicar – a uma decisão individual apropriada. Questões relacionadas à habilidade do paciente para tomar decisões frequentemente surgem durante o processo de consentimento informado para uma intervenção proposta. Somente se o paciente tem a habilidade para considerar suas opções e seus valores pessoais, suas escolhas são, verdadeiramente, um reflexo de uma tomada de decisão autônoma.

Enquanto o nível de capacidade de decisão necessária para consentir ou recusar uma intervenção pode variar, dependendo especificamente do paciente e da natureza da decisão a ser feita, um certo nível mínimo de habilidades cognitivas e intelectuais deve estar presente antes que a decisão possa ser aceita como um reflexo genuíno dos desejos e interesses do paciente.

Os dois princípios que, com frequência, estão envolvidos nas situações em que há recusa de um tratamento pelos pacientes de um tratamento indicado pelo médico são o da beneficência e o da autonomia. Este último, de acordo com Joaquim Clotet (11), ocupa-se principalmente dos direitos do paciente como pessoa individual e com o seu poder de decisão sobre o próprio tratamento. As motivações ideais para determinar a competência do paciente englobam o desejo de respeitar sua autonomia, o desejo de promover o seu bem-estar e a crença de que quando esses dois motivos entram em conflito, a autonomia do paciente não deveria ser colocada de lado como de interesse parcial para o mesmo.

O real problema da competência surge quando nos damos conta de que o bem-estar do paciente é distinto da sua autonomia. Se priorizarmos a autonomia podemos permitir, em algumas situações, que o bem-estar fique comprometido. É claro, não existe conflito se o paciente é incapaz de exercer a autonomia, pois, em uma situação desse tipo, não há autonomia para ser respeitada. A menos que o conflito que poderia ocorrer em relação ao paciente ocorra com os familiares do mesmo. A partir do âmago de uma das questões conceituais que nós enfrentamos ao determinar a competência é: um determinado paciente tem a capacidade para agir autonomamente?

## AUTONOMIA E COMPETÊNCIA

Vivemos na época dos direitos humanos, e praticamente acabamos de descobrir que entre eles está o direito de decidir – é claro que dentro de certos limites – sobre as intervenções que são realizadas em nosso próprio corpo, isto é, sobre a saúde e a doença, sobre a vida e a morte. No âmbito da saúde e da doença e da clássica relação médico-paciente, isso é conhecido hoje com o nome de "direito ao consentimento informado" (12). Desta forma, ao determinar a competência, nós devemos colocar um grande valor na autonomia. O padrão de competência que devemos empregar é o seguinte: o de se a pessoa está tomando suas próprias decisões, se ela está delineando, seja bem ou mal, sua própria vida. Se ela está fazendo isto, então ela é competente, porque ela pode ser autônoma (12). Conforme ressalta Wong (2003), esse tipo de avaliação tende, muitas vezes, a ser dicotômica, em que a competência simplesmente está presente ou não está. A pessoa que é incompetente é aquela que não pode – seja temporária ou permanentemente – exercer a autonomia (13). É somente quando você não é mais capaz de tomar nenhuma decisão a respeito de sua vida – seja boa ou má – que você se torna incapaz de agir autonomamente. Desse modo, o fato do paciente estar tomando uma decisão que o profissional de saúde considera, dentro dos seus conceitos pessoais e profissionais, como errada ou equivocada, não significa que o paciente é incapaz de tomar a decisão (13, 14).

Nós devemos nos apoiar fortemente em direção ao pressuposto de que os pacientes são autônomos, que as decisões que eles parecem estar fazendo, eles, na realidade, estão fazendo. Somente se nós julgarmos que uma pessoa não possui um "Self", que seu "Self" está desintegrado, ou que uma decisão particular que ela parece estar tomando não poderia vir de quem ela é ou de quem ela possa ter possivelmente se tornado – poderemos então considerar a autonomia como impossível e classificá-la como incompetente (13).

Se nós entendemos a autonomia como um valor fundamental e como definitiva para a competência, então podemos considerar que se você é autônomo, você é competente e se você é competente, suas decisões deveriam ser respeitadas. A competência, o direito de dirigir a sua

própria vida, deveria realmente se basear em nada mais que na sua capacidade de dirigir sua própria vida, e não na sua capacidade de fazer isso bem (13).

Entretanto, é importante lembrar que nem sempre devemos aceitar as opções dos pacientes e existem momentos em que o princípio de autonomia fica sujeito a outros valores muito importantes. Ainda que não haja consenso quanto a estas questões, podemos pensar que, mesmo na ausência de sintomas psicóticos francos, valores tais como a vida do paciente – em situações de atendimento em urgência, por exemplo – ou de outras pessoas – como nos casos de doenças infectocontagiosas – podem levar o profissional a colocar o princípio de autonomia em segundo lugar (14,15).

## BREVES CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atividade realizada por profissionais da área da saúde mental em determinar a competência dos pacientes para decidirem quanto à aceitação ou não de um tratamento médico pode, muitas vezes, se tornar uma tarefa complexa devido às múltiplas variáveis que podem estar presentes neste processo. Frequentemente, não basta determinarmos se o paciente está ou não psicótico. Como foi dito anteriormente, temos que avaliar outros interesses envolvidos, tais como as motivações da família e da equipe que está tratando o paciente. E mesmo quando falamos da vontade do paciente, estamos lidando com uma questão também muito complexa. A decisão do paciente pode estar sendo influenciada por inúmeras variáveis, como seus princípios religiosos, por valores culturais, como os pacientes oriundos de pequenas comunidades e que se sentem desconfortáveis em questionar as orientações do médico, que é visto como uma figura de muita autoridade, e mesmo questões relacionadas ao processo de adoecer. Não temos como evitar todas estas questões, e o importante é que, ao avaliarmos um determinado caso, tenhamos consciência de que elas podem existir.

## REFERÊNCIAS

1. Rosenfeld, B. Assessing Competence to Make Treatment Decisions. Drugs of Today. 1998, 34: 579-584.
2. Gauer GJC; Vasconcellos SJL; Avila GA; Avila GN. Determinando a Competência dos Pacientes. In: Gauer GJC; Ávila GA; Ávila GN (org.). Ciclo de Conferências em Bioetica I, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005; 139-156.
3. Bostwick JM; Masterson BJ. Psychofarmacological Treatment of Delirium to Restore Mental Capacity. Psychosomatics. 1998, 39: 112-117.
4. Loch JA; Gauer GJC; Borges GS. Consultorias Solicitadas ao Comitê de Bioetica da Faculdade de Medicina e do Hospital São Lucas da PUCRS no Período de 1997 a 2006. In: Loch JA; Gauer GJC; Casado M (org.). Bioetica, Interdisciplinaridade e Pratica Clinica, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008; 263-272.
5. Baron HC. Competency and Common Law. Why and How Decision-Making Capacity Criteria Should be Drawn From the Capacity--Determination Process. Psychology, Public Policy and Law. 2000, 6: 373-381.
6. Devine, PG. Stereotype and prejudice: their automatic and controlled components. Journal of Personality and Social Psychology. 1989, 56: 680-690.
7. Bargh JA; Chartland TL. The unbearable automaticity of being. American Psychologist. 1999, 54: 462-479.
8. Bargh JA; Chen M; Burrows L. Automaticity of social behavior: direct effects of trait construct and stereotype priming on action. Journal of Personality and Social Psychology. 1996, 71: 230-244.
9. Chen M; Bargh JA. Nonconscious behavioral confirmation processes: the self-fulfilling consequences of automatic stereotype activation. Journal of Experimental Social Psychology. 1999, 71: 464-478.
10. Schroeder VMU; Steiner O; Schroeder W. Delirium. In: Cataldo A; Gauer GJC; Furtado NR. Psiquiatria Para o Estudante de Medicina. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.; 316-321.
11. Clotet J. Bioética: Uma Aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003; 59.
12. Gracia D. Ética y vida: Ética de Los Confines de La Vida. Santa Fé de Bogotá: El Búho, V.3; 1998.
13. Silver M. Reflections on Determining Competency. Bioethics. 2002, 16: 455-468.
14. Wong JG. A practical guide to capacity assessment and patient consent in Hong Kong. Medical Practice. 2003, 9: 284-289.
15. Volicer L; Ganzini L. Health Professionals' views on Standards for Decision-Making Capacity Regarding Refusal of Medical Treatment in Mild Alzheimer's Disease. Ethic, Public Policy and Medical Economics. 2003, 51: 1270-1274.
16. Loch JA.; Kipper DJ; Gauer GJC. Bioética, Psiquiatria e o Estudante de Medicina In: Cataldo A; Gauer GJC; Furtado NR. Psiquiatria Para o Estudante de Medicina. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.; 91-97.

✉ Endereço para correspondência
**Instituto Bioética**
Av. Ipiranga, 6681/prédio 50/703
90.619-900 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3320-3679
institutobioetica@pucrs.br

Recebido: 17/6/2015 – Aprovado: 30/6/2015