

# Avaliação da Capacidade de Decisão em Psiquiatria de Ligação

## *Decision Capacity Assessment in Consultation-Liaison Psychiatry*

Filipe Vicente<sup>\*✉</sup>, Marta Nascimento<sup>\*\*</sup>, Ciro Oliveira<sup>\*\*\*</sup>, Carlota Tomé<sup>\*\*</sup>, Carlos Vieira<sup>\*\*</sup>, Alice Luís<sup>\*\*</sup>

### RESUMO

**Introdução:** Entre as funções do psiquiatra de ligação, encontra-se a avaliação da capacidade de decidir. Esta envolve a capacidade de fazer escolhas de forma autónoma e surge de forma relevante na prática clínica diária como pré-condição ao consentimento informado.

**Objetivos:** Os autores pretendem rever o processo subjacente à avaliação da capacidade de decisão, assim como outra informação relevante publicada a este respeito.

**Métodos:** Revisão não sistemática da literatura através da pesquisa eletrónica nos motores de busca *Medline/Pubmed*.

**Resultados:** A capacidade de decidir apenas pode ser avaliada relativamente a uma decisão em particular, sendo que o seu resultado não é necessariamente estável ao longo do tempo. Da mesma forma, não existe nenhum diagnóstico que permita concluir, por si só, pela incapacidade para decidir ou que possibilite prescindir da sua avaliação. Depende de vários fatores: conteúdo, forma do pensamento e funções cognitivas. Pode igualmente ser influenciada pelo nível de instrução do indivíduo, traços da personalidade, estados

emocionais/mecanismos de *coping* ou fatores circunstanciais.

Qualquer médico deverá estar habilitado para a realização desta avaliação. O psiquiatra de ligação deve ser envolvido perante a suspeita de doença mental capaz de prejudicar a capacidade de consentir ou perante a necessidade de validar uma avaliação já realizada. Appelbaum e Grisso propuseram uma avaliação sistematizada segundo os seguintes critérios: a) comunicação da escolha, b) compreensão, c) apreciação e d) processo de decisão racional/raciocínio. Numa tentativa de minimizar diferenças entre avaliadores, foram desenvolvidos vários instrumentos de avaliação, entre os quais se destaca a *MacArthur Competence Assessment Tool*. Particularmente nos doentes com défice cognitivo, tem sido também utilizada o *Mini Mental State Examination*, surgindo propostas no sentido de correlacionar os *scores* obtidos com a presença de capacidade de decisão. Perante a incapacidade para decidir, deverá ser respeitado o melhor interesse do doente, sendo procurada uma “decisão de substituição”, no rigoroso respeito pela ética e pela lei.

\* Serviço de Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta. ✉ filipe.l.vicente@gmail.com.

\*\* Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca.

\*\*\* Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Recebido / *Received*: 08.09.2015 - Aceite / *Accepted*: 07.06.2016.

**Conclusões:** Um doente capaz de decidir deve apresentar: a) atenção focada no problema; b) capacidade de considerar as diferentes opções propostas; c) capacidade de avaliar os riscos e benefícios e d) capacidade de antecipar os seus possíveis resultados.

**Palavras-Chave:** Psiquiatria de Ligação; Capacidade de Decisão; Consentimento Informado; Competência; Ética; Serviços Médico-Cirúrgicos.

## ABSTRACT

**Introduction:** *Decision Capacity Assessment is one of the functions of consultation psychiatry. It involves the ability to make choices autonomously and arises in a relevant way in clinical practice as a precondition to informed consent.*

**Aims:** *The authors pretend to review the process underlying decision capacity assessment, as well as other relevant information published in this regard.*

**Methods:** *Non systematic review of the literature, through electronic search in Medline/Pubmed.*

**Results:** *The ability to decide can only be assessed in relation to a particular decision, and its outcome is not necessarily stable over time. Similarly, there is no single diagnosis that allows concluding for incapacity, nor dispensing its proper evaluation. It depends on various factors like the thought content, thinking process or cognitive functions. It can also be influenced by the individual's level of education, personality traits, emotional states/ coping mechanisms or circumstantial fac-*

*tors. Every doctor should be able to carry out this evaluation. The liaison psychiatrist should be involved in case of suspected mental illness that can impair the ability to consent or before the need to validate an assessment already taken. Appelbaum and Grisso proposed a systematic evaluation based on the following criteria: a) communication of choice, b) understanding, c) appreciation and d) rational decision making. In an attempt to minimize differences between evaluators, several assessment instruments were developed, among which the MacArthur Competence Assessment Tool assumes a special focus. Mini Mental State Examination has also been used in patients with cognitive impairment, emerging proposals for correlating the scores obtained with the presence of decision-making. When a patient is unable to decide, it should be respected his best interest, and seek a "replacement decision", with respect for ethics and the law.*

**Conclusions:** *A patient who is able to decide must present: a) attention focused on the problem; b) ability to consider the different options proposed; c) ability to assess the risks and benefits and d) ability to anticipate their possible results.*

**Key-Words:** *Consultation Liaison Psychiatry; Decision Capacity; Informed Consent; Competence; Ethics; Medical and Surgical Wards.*

## INTRODUÇÃO

Na identificação das funções tradicionais do psiquiatra de ligação, são descritas funções

clínicas, educacionais, de investigação e administrativas<sup>1</sup>. As últimas conferem à psiquiatria de ligação o papel de avaliar a capacidade do doente decidir e de se auto cuidar. Segundo alguns estudos, 3 a 25% das intervenções da psiquiatria de ligação, envolvem questões relacionadas com a capacidade dos doentes tomar decisões<sup>2</sup>.

Uma capacidade é uma aptidão para realizar uma determinada tarefa, o que envolve necessariamente funções cognitivas e comportamentais mínimas<sup>3</sup>.

Por capacidades funcionais, entende-se o conjunto das capacidades naturais, importantes na gestão dos vários aspetos da vida diária e com impacto significativo nas interações sociais<sup>4</sup>. Entre estas, a capacidade de decidir refere-se à capacidade para efetuar uma escolha de forma autónoma. Tal pressupõe que aquele que decide não apenas compreende a informação que lhe foi transmitida, como também está capaz de efetuar um juízo de forma independente e enquadrada no seu sistema de valores<sup>5</sup>.

Com frequência, o conceito de competência surge associado ao de capacidade de decisão. Contudo, apesar de relacionados, são distintos. Se, por um lado, a avaliação da capacidade é uma tarefa clínica, por outro, a determinação de uma competência resulta de uma decisão judicial (geralmente tendo por base a primeira). Como tal, é um conceito normativo que não se refere a um estado, mas sim ao direito legal de agir<sup>5-6</sup>. Apesar das diferenças, os termos são frequentemente usados na literatura de forma equivalente<sup>7</sup>.

Na prática clínica, atual marcada pelo respeito pelos princípios da medicina e pelo papel ativo do doente, a necessidade de avaliar a capacidade de decisão do doente surge como uma pré-condição ao consentimento informado para a realização de tratamentos, internamento, exames complementares de diagnóstico e participação em ensaios clínicos. Este só é válido se for dado de forma livre, esclarecida e por alguém com atestada capacidade para o fazer<sup>8</sup>.

## OBJETIVOS:

Os autores pretendem rever os principais aspetos a ter em consideração na avaliação da capacidade de decisão por parte do psiquiatra de ligação. A saber:

- Os pressupostos subjacentes;
- O papel do psiquiatra de ligação na sua determinação;
- A utilização de instrumentos padronizados auxiliares;
- Relação entre compromisso da capacidade de decisão e as principais perturbações psiquiátricas;
- O que fazer perante a incapacidade dos doentes.

## MATERIAL E MÉTODOS:

Os autores realizaram uma revisão não sistemática da literatura acerca da capacidade de decisão em psiquiatria de ligação com recurso a uma pesquisa bibliográfica eletrónica nos motores de busca *Pubmed/Medline* com as palavras chave “*decision capacity*”, “*liaison psychiatry*” e “*mental capacity*”.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO:

### 1. De que Depende a Capacidade de Decidir?

A abordagem da capacidade de decisão deve ser orientada tendo em consideração três características essenciais: a) não é global; b) não é necessariamente estável ao longo do tempo e c) não é atribuída em função de diagnósticos. Tal significa que a sua avaliação é específica para uma dada e única decisão, isto é, ser capaz de tomar uma decisão num determinado contexto, não significa ter capacidade de o fazer noutra. A capacidade de decidir pode, pois, ser conceptualizada como um *estado* cuja variação ao longo do tempo pode relacionar-se com as alterações do estado mental do doente e/ou com outros fatores que a afetem. Tendo em consideração a multiplicidade de fatores que contribuem para a decisão, esta é frequentemente conceptualizada numa perspetiva dimensional<sup>7</sup>.

Por fim, sobretudo se a consciência estiver preservada, não existe nenhum diagnóstico que permita concluir, de forma automática, pela incapacidade de decidir ou que possibilite prescindir da sua avaliação, mesmo no caso de patologias que interferem diretamente com as funções cognitivas. De igual modo, a idade avançada não é sinónimo de ausência de capacidade para tomar uma decisão. No entanto, défice cognitivo e idade avançada podem ser encarados como fatores de risco<sup>9</sup>.

Em cada situação, a capacidade de decidir depende, pois, do conteúdo, da forma do pensamento e das funções cognitivas implicadas nesse processo, nomeadamente: orientação, atenção, memória, inteligência, pensamento abstrato, capacidade de resolução de proble-

mas, entre outras. É também influenciada pelo nível de instrução do indivíduo e, conseqüentemente, pela sua compreensão da situação específica<sup>10-11</sup>.

Além dos fatores clínicos já referidos, identificam-se outros fatores que podem influenciar a capacidade de decidir, sem que necessariamente a comprometam. São eles, por exemplo, o estado emocional, traços de personalidade, fatores circunstanciais e sociais, doença física (sem doença mental), factores ambientais e o número de horas de sono.

### 2. Papel da Psiquiatria de Ligação

Enquanto tarefa clínica, a avaliação da capacidade de decisão deverá estar ao alcance de qualquer médico. Inclusivamente, na sua avaliação deve ser dada prioridade ao médico assistente, uma vez que é o responsável pela obtenção do consentimento informado, além de estar naturalmente mais capacitado para esclarecer o doente sobre o diagnóstico e o plano proposto.

No entanto, existem condições que podem exigir o envolvimento da psiquiatria de ligação, nomeadamente, perante a presença ou suspeita de doença mental/neurológica suscetível de comprometer a capacidade de decidir, ou perante casos que, pela sua complexidade clínica, o médico assistente pretenda validar a sua apreciação. Esta poderá, ainda, ser reforçada pela aplicação de instrumentos de avaliação padronizados, com os quais o psiquiatra de ligação estará naturalmente mais familiarizado<sup>6</sup>.

### 3. Avaliação da Capacidade de Decisão

Tal como referido, défices cognitivos, sintomas psicopatológicos graves ou quaisquer outros

fatores clínicos não permitem, por si só, inferir a existência de incapacidade para decidir. Segundo Grisso e Appelbaum (1988)<sup>7</sup>, a avaliação da capacidade não resulta diretamente desses fatores, mas da conjugação de três informações distintas:

1. Informação clínica;
2. Avaliação das capacidades funcionais diretamente envolvidas na escolha (e eventualmente perturbadas pelos fatores supracitados);
3. Particularidades da situação concreta, em especial os riscos a ela associados.

Grisso e Appelbaum destacaram-se por terem sido os primeiros a dissecar as capacidades funcionais essenciais ao processo de decisão, determinando os critérios relevantes a serem observados através de um abordagem multidimensional<sup>12</sup>. Para que um consentimento seja válido, todos os critérios a seguir detalhados devem estar simultaneamente presentes:

*a) Comunicação da escolha (“Qual foi a sua decisão?”)*

O primeiro pressuposto para a capacidade de decisão é ser capaz de expressar uma escolha independentemente do meio utilizado (verbal, escrito, gestual). Os doentes que não são capazes de o fazer, são considerados incapazes de decidir. Inversamente, a simples expressão da escolha não permite inferir a capacidade do doente.

*b) Compreensão da informação (“Conte-me, por favor, usando as suas palavras, o que lhe disse o seu médico ...”)*

Ao encorajar o doente a explicar, por palavras suas, a informação fornecida, o médico é capaz de avaliar se o doente consegue assi-

miar a informação relevante para a tomada de decisão. Em causa estão informações sobre o plano terapêutico proposto, as abordagens alternativas, os benefícios e riscos dos diferentes planos e da não adesão. Este processo deve adequar-se ao nível educacional e cultural do doente. Segundo os autores referidos, é na avaliação deste critério que mais frequentemente sobressai a existência de um défice cognitivo. Interessa também perceber se o doente teve tempo suficiente para integrar a informação transmitida, se a partilhou com familiares ou outros e se ainda persistem dúvidas (a serem, habitualmente, esclarecidas pelo médico assistente).

De acordo com os mesmos autores, a *compreensão* é o critério mais frequentemente mencionado em documentos jurídicos sobre determinação da competência.

*c) Apreciação da doença e das opções fornecidas (“Que impacto tem em si a sua doença? Que efeitos terão os tratamentos em si e na sua vida?”)*

Para além da compreensão correta da informação que lhe é transmitida, o doente deve ser capaz de a aplicar à sua situação específica. Isto porque pode, por exemplo, não acreditar na informação ou considerar que os médicos estão equivocados. Tal significa que, após a compreensão, a apreciação expectável da situação pode ser interferida por fatores do foro psicopatológico ou por outros (como, por exemplo, os culturais), o que compromete a observação deste critério. Consequentemente, a *compreensão* por parte do doente é necessária, mas não suficiente. Torna-se, pois, necessário perceber qual o significado que o doente atribui à informação transmitida e a

forma como a integra na sua história pessoal e no seu sistema de valores. Contudo, importa referir que nem todos os motivos que levam o doente a apreciar uma questão concreta de forma diferente da do médico o tornam incapaz de decidir, nomeadamente quando a sua apreciação é congruente com os seus valores e experiências prévias (p.ex. recusa de tratamento por crenças religiosas).

Entre os fatores psicopatológicos que podem comprometer este critério, destacam-se não apenas os sintomas psicóticos, mas também alguns mecanismos de defesa como a negação ou desvalorização significativa da doença ou da necessidade de tratamento, cuja persistência se pode tornar desadaptativa.

Como guia facilitador da distinção dos fatores que comprometem a capacidade de decisão dos que a não comprometem, Appelbaum e Grisso referem que as crenças subjacentes aos primeiros reúnem três características em simultâneo: a) são irrealistas, ilógicas e consideradas uma distorção da realidade; b) são resultantes de uma cognição prejudicada, afetos perturbados ou de outras alterações psicopatológicas e não dos seus valores ou experiências prévias; c) são diretamente relevantes para a decisão de tratamento.

*d) Processo de decisão racional/ raciocínio (“Qual a razão da sua decisão? Explique-me porque tomou esta decisão...”)*

Finalmente, após perceber o valor que o doente atribui aos vários elementos da informação, é necessário esclarecer se este faz uma utilização lógica e racional durante o processo de escolha. Esta avaliação está, na verdade, mais focada no processo do que no seu conteúdo. O doente pode sentir dificuldades em lidar com

uma questão eventualmente complexa, não conseguindo organizar o seu pensamento, o que pode decorrer tanto de dificuldades cognitivas, como da ansiedade e emoções intensas provocadas pela tomada de decisão. Nesse caso, o psiquiatra de ligação poderá auxiliar o doente a estruturar o seu pensamento, desde que não comprometa o seu papel de avaliador ou a voluntariedade da decisão do doente.

#### **4. Instrumentos de Avaliação da Capacidade de Decisão**

Apesar de se tratar de uma avaliação clínica, têm surgido vários instrumentos padronizados que auxiliam o médico no momento da avaliação da capacidade de decisão. Esta necessidade prende-se, em parte, com a baixa concordância entre avaliações realizadas pelos diferentes clínicos<sup>13-14</sup>, numa tentativa de a tornar mais objetiva e consistente. Por outro lado, quer a ausência de capacidade para consentir, quer a falha no seu reconhecimento, são comuns nos serviços médico-cirúrgicos<sup>15</sup>. Em todo o caso, nenhuma das ferramentas existentes dispensa uma avaliação clínica cuidada.

Foram identificados quinze instrumentos utilizados na avaliação da capacidade para consentir um tratamento e dez para consentir a participação em ensaios clínicos<sup>6</sup>. Destas, a escala mais amplamente utilizada é a *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCAT-T). Foi desenvolvida em 1997 por Grisso, Appelbaum e Hill-Fotouhi diretamente a partir dos critérios de Grisso e Appelbaum. Trata-se de uma entrevista semiestruturada dirigida à situação específica do doente, pelo que deve ser usada em combinação com a informação clínica. Cada res-

posta é classificada como “adequada”, “aproximada” ou “inadequada”, sendo atribuída respetivamente a pontuação de dois, um e zero valores<sup>9,16</sup>. Contudo, não está estabelecido um valor de corte (*cut off*) que permita determinar se o doente é ou não capaz de decidir. Estima-se que a sua aplicação dure quinze a vinte minutos e tem sido verificada uma elevada concordância entre avaliadores<sup>15,17, 18; 19</sup>.

Relativamente ao uso do *Mini Mental State Examination* (MMSE), existe evidência de que o seu resultado se correlaciona com os julgamentos clínicos, podendo ser útil na identificação de doentes com capacidade limítrofe, sobretudo nos mais idosos e com algum grau de défice cognitivo, embora não deva ser utilizado em exclusivo. Apesar de não estar determinado um valor de corte (*cut off*), um resultado inferior a 19 pontos sugere, com elevada probabilidade, uma incapacidade. Por sua vez, um resultado superior a 23 é indicativo de que a capacidade estará preservada<sup>(\*) 20, 21 22</sup>

### 5. Capacidade de Decisão nas Enfermarias Médico-Cirúrgicas e Psiquiátricas

Utilizando a MacCAT, Raymont et al., num estudo realizado em 2004, concluíram que aproximadamente 40% dos doentes internados em enfermarias médico-cirúrgicas eram considerados incapazes para decidir quanto ao seu tratamento. Os autores relacionam esse facto com a idade avançada e a presen-

ça de défices cognitivos<sup>15</sup>. No que respeita aos casos avaliados pela psiquiatria de ligação (após recusa de plano ou alta a pedido), um outro estudo demonstra que os doentes avaliados como incapazes são maioritariamente do género masculino e apresentam um diagnóstico de doença cerebral orgânica (*delirium* ou demência). Já a maioria dos doentes que são considerados capazes não recebem qualquer diagnóstico psiquiátrico ou são diagnosticados com perturbação de ajustamento ou perturbação da personalidade<sup>24</sup>.

Apesar de um diagnóstico psiquiátrico (ou outra condição) não permitir, por si só, inferir a presença ou ausência de capacidade para decidir, diversos estudos têm sido realizados nestes doentes, nomeadamente quando as decisões envolvem o tratamento das suas próprias patologias psiquiátricas quer na escolha terapêutica, quer na admissão hospitalar. A maioria dos estudos realizados neste contexto recorreu a amostras de doentes internados em períodos de descompensação da sua doença. Um estudo de revisão indica que, apesar da incapacidade para tomar decisões acerca do seu tratamento ser frequente (em média, 29% dos doentes), a maioria dos doentes internados é avaliada como capaz<sup>25</sup>. Num outro estudo, Owen e os seus colaboradores avaliaram 350 admissões consecutivas num serviço de psiquiatria durante 16 meses, 60% dos doentes foram avaliados como *incapazes*, um valor claramente superior ao encontrado habitualmente nas enferma-

(\*) Os valores indicados não resultam da aplicação da adaptação portuguesa do MMSE. Os autores referidos na bibliografia não discriminam correções a estes valores para diferentes níveis educacionais do avaliado, que terão necessariamente que ser tidos em conta na aplicação deste teste de rastreio à população portuguesa, conforme demonstrado por Guerreiro *et al*<sup>23</sup>.

rias médico-cirúrgicas<sup>26</sup>. Confirmando as expectativas, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de doentes internados compulsivamente e o grupo de doentes internados voluntariamente, nomeadamente 86% vs. 39% de doentes considerados *incapazes*. Aplicando a escala de MacCAT-1<sup>27</sup>, compararam estes dois grupos, afirmando que as diferenças na capacidade de consentir incidiam sobretudo sobre o critério relativo à *apreciação* e em detrimento do critério da *compreensão*.

Relativamente aos fatores preditivos de incapacidade nas fases de agudização, os principais fatores encontrados foram: a presença e gravidade de sintomas psicóticos, o internamento compulsivo, a recusa de tratamento<sup>25</sup>, e a presença de episódios maníacos<sup>18,26</sup>. Na fase crónica das perturbações psicóticas, a incapacidade para decidir surge sobretudo relacionada com a presença de sintomas cognitivos e negativos<sup>11</sup>.

No que diz respeito à correlação entre o diagnóstico e a capacidade de decisão, não parecem existir diferenças estatisticamente significativas quando os estudos se referem apenas a perturbações psicóticas nomeadamente a esquizofrenia, a perturbação afetiva bipolar ou a perturbação esquizoafetiva<sup>28</sup>. O mesmo não se verifica nos trabalhos que incluem *todas as admissões hospitalares consecutivas*, destacando-se a esquizofrenia e a perturbação bipolar como as perturbações psiquiátricas que mais frequentemente se associam à

incapacidade para consentir, por oposição às perturbações depressivas e perturbações da personalidade<sup>26</sup>.

Em continuidade com os resultados já apresentados, uma revisão sistemática recente concluiu pela existência de uma forte correlação entre ausência de *insight* e ausência de capacidade para decidir relativamente ao tratamento médico em doentes psicóticos. No entanto, entre os doentes não psicóticos (por exemplo, perturbação obsessivo-compulsiva ou perturbações do comportamento alimentar) esta correlação não era observada<sup>29</sup>.

## 6. Incapacidade para Decidir

Ao contrário daquilo que acontece com um doente internado compulsivamente, cujo tratamento para a sua patologia psiquiátrica é decidido de acordo com o melhor interesse médico (que aqui se usa como sinónimo do melhor tratamento disponível para o seu caso em particular)<sup>(\*)</sup>, um doente avaliado como incapaz para consentir (numa enfermaria médico cirúrgica ou no tratamento de doenças físicas num internamento psiquiátrico), procede-se de acordo com o melhor interesse do doente, mesmo que se verifique que não coincide com o melhor interesse médico.

Assim, no melhor interesse do doente, o psiquiatra de ligação deve guiar-se pelos seguintes critérios<sup>31-32</sup>

1. Se a causa presumida da incapacidade for uma doença física cuja remissão é expectá-

(\*) Existe uma exceção: a intervenção psicocirúrgica, para a qual não só é necessário um consentimento informado por doente capaz, como este terá que ser prestado por escrito mesmo para o doente internado compulsivamente<sup>30</sup>.

- vel (caso da síndrome confusional aguda, cuja apresentação clínica é por definição flutuante), dever-se-á investir no seu tratamento e aguardar o efeito terapêutico, procedendo-se posteriormente a nova avaliação;
2. Se for uma doença psiquiátrica ou outras perturbações que afetam diretamente a cognição ou o juízo crítico, deve aguardar-se o efeito terapêutico de um tratamento adequado, reforçando a explicação do plano ao doente e promovendo a sua correta compreensão;
  3. Se se concluir que o medo e a ansiedade provocados pela situação poderão estar a interferir na capacidade do doente, o clínico deverá envolver um elemento significativo e da confiança do doente (familiar ou amigo) numa tentativa de facilitar a sua compreensão do caso;
  4. Se apesar dos esforços atrás referidos, o doente mantém ausência de capacidade para decidir, é necessária uma “decisão de substituição”. Esta pode passar por: a) diretivas antecipadas de vontade sob a forma de testamento vital; b) um procurador de cuidados de saúde previamente nomeado [a) e b) são regulados pela Lei n.º 25/2012]; c) um consentimento familiar<sup>(\*)</sup>; d) uma nomeação judicial de um curador provisório; e) um consentimento presumido por parte do médico<sup>(\*\*)</sup>.

5. Sempre que o consentimento for urgente e o doente é *incapaz*, deve agir-se de acordo com as diretivas antecipadas de vontade, explícitas ou verbalizadas de forma clara através de fonte segura/ouvir o procurador de cuidados de saúde ou na ausência dos anteriores, através de um consentimento presumido.

6. Sempre que o consentimento não for urgente e não existir testamento vital nem curador de cuidados de saúde, o Ministério Público, que é representante geral dos incapazes, deve dar início a um processo de tutela e à nomeação de um tutor provisório. Será nomeado um tutor provisório que deve dar o consentimento informado em vez do incapaz, conforme consta no artigo 142º do Código Civil Português.

Mesmo após a determinação da incapacidade para consentir, deve sempre ser promovida a participação do doente no processo de autorização, conforme assinalado pela Convenção Europeia dos Direitos do Homem e da Medicina.

## CONCLUSÃO:

A avaliação da capacidade de decisão pode constituir um desafio para os clínicos que prestam cuidados em enfermarias médico-cirúrgicas, particularmente em situações de doença psiquiátrica ativa ou de défice cognitivo. Ainda que esta seja uma tarefa ao alcance de qualquer médico, nestes casos a psiquiatria

(\*) De acordo com Nunes (2014) “nos limites do melhor interesse do doente, reconhece-se geralmente o direito da família (...) a tomar decisões médicas que sejam benéficas para o doente”<sup>5</sup>.

(\*\*) Consentimento presumido é a vontade que o doente provavelmente manifestaria se estivesse consciente ou tivesse capacidade de discernimento. Para a sua elaboração poderá ter-se em conta informações disponíveis, incluindo os dados fornecidos pela família<sup>31</sup>.

de ligação poderá ser chamada a colaborar, podendo fazer uso de vários instrumentos de avaliação padronizados. Nenhum diagnóstico psiquiátrico ou outro deve substituir a necessária avaliação, cujo resultado é específico quer para a decisão em causa, quer para o momento em que a avaliação foi efetuada.

No processo de avaliação, para que o doente seja avaliado como capaz de decidir, os seguintes elementos deverão estar presentes: a) atenção focada no problema; b) capacidade de considerar as diferentes opções propostas; c) capacidade de avaliar os riscos e benefícios médicos e as suas consequências práticas a curto e longo prazos; d) capacidade de julgar o impacto afetivo da decisão e os resultados dela decorrentes. Quando a avaliação determinar uma incapacidade para decidir, deverá ser procurada uma “decisão de substituição”, no rigoroso respeito pela ética e pela lei.

#### **Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:***

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

#### **Fontes de Financiamento / *Funding:***

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

#### **Bibliografia / *References***

1. Leigh, H, Stretzler J. The Functions of Consultation - Liaison Psychiatry; Handbook of Consultation - Liaison Psychiatry. New York, Springer 2008.
2. Farmsworth MG. Competency evaluations in a general hospital. *Psychosomatics* 1990; 31: 60 – 66.
3. Telles Correia D. Medicina Psicossomática e Psiquiatria de Ligação. A proximidade dos dois conceitos. *Psiquiatria de Ligação na prática clínica*. Lisboa, Lidel 2011: 1-14.
4. Alvaro LC. Competency: general principles and applicability in dementia. *Neurologia* 2012; 27: 290-300.
5. Nunes R, Matos JI. Consentimento informado e boa prática clínica. Coimbra, Julgar - Edição da Associação Sindical dos Juizes Portugueses e da Asociación Profesional de la Magistratura, 2014: 115-137.
6. Palmer BW. Assessment of decisional capacity. [www.psychiatrictimes.com](http://www.psychiatrictimes.com). 2007; consultado em Agosto de 2015.
7. Appelbaum PS, Grisso, T. Assessing patients' capacity to consent to treatment. *N Eng J Med* 1988; 319: 1635-38.
8. Jóluskin G. O consentimento informado na prática clínica: aspetos bioéticos da relação entre o profissional e o utente dos serviços de saúde. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde* 2010, 7:306-314.
9. Appelbaum, PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *The New England Journal of Medicine* 2007; 357: 1834-40.
10. Candia PC, Barba, AC. Mental capacity and consent to treatment in psychiatric patients: the state of the research. *Curr Opin Psychiatry*. 2011; 24 (5):442-446.
11. Palmer BW, Savla GN. The association of specific neuropsychological deficits with capacity to consent to research or treatment. *J Int Neuropsychol Soc*. 2007; 13:1047-59.

12. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. New York, Oxford University Press 1998: 31-76 nome do capítulo "abilities related to competence".
13. Shah A, Mukherjee S. Ascertaining capacity to consent: a survey of approaches used by psychiatrists. *Med Sci Law*. 2003; 43: 231-5.
14. Marson DC, McInturff B, Hawkins L, et al. Consistency of physician judgments of capacity to consent in mild Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 1997; 45:453-457.
15. Raymond V, Bingley W, Buchanan A, et al. Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross sectional study. *Lancet* 2004; 364: 1421-1427.
16. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions *Psychiatr Serv*. 1997; 48:1415-9.
17. Sturman ED. The capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools *Clin Psychol Rev*. 2005; 25: 954-74.
18. Cairns R, Maddock C, Buchanan A, David AS, Hayward P, Richardson G, Szmukler G, Hotopf M. Reliability of mental capacity assessments in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 2005; 187: 372-8.
19. Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1323-34.
20. Karlawish JH, Casarett DJ, James BD, Xie SX, Kim SY The ability of persons with Alzheimer disease (AD) to make a decision about taking an AD treatment. *Neurology* 2005; 64: 1514-9.
21. Kim SYW, Caine ED. Utility and limits of the Mini Mental State Examination in evaluating consent capacity in Alzheimer's disease. *Psych Serv* 2002; 53: 1322-4.
22. Etchells E, Darzin P, Silberfeld M, et al. Assessment of patient capacity to consent to treatment. *J Gen Intern Med* 1999; 14:27-34.
23. Guerreiro M, Silva AP, Botelho MA, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Rev Port Neurologia* 1994; 1: 9.
24. Katz M, Abbey S, Ryddal A, Lowy F. Psychiatric consultation for competency to refuse medical treatment. A retrospective study of patient characteristics and outcome. *Psychosomatics* 1995; 36: 33-41.
25. Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M. Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *Br J Psychiatry* 2007, 191: 291-7.
26. Owen GS, Richardson G, David AS, Szmukler G, Hayward P, Hotopf M. Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study *BMJ*. 2008 30: 1 – 4.
27. Mandarelli G, Tarsitani L, Parmigiani G, Pellselli GM, Frati P, Biondi M, Ferracuti S. Mental capacity in patients involuntarily or voluntarily receiving psychiatric treatment for an acute mental disorder. *J Forensic Sci*. 2014; 59:1002-7.
28. Howe V, Foister K, Jenkins K, Skene L, Copolov D, Neks N. Competence to give informed consent in acute psychosis is associated with symptoms rather than diagnosis. *Schizophrenia Research*. 2005 77: 211-4.

29. Ruissen AM, Widdershoven GA, Meynen G, Abma TA, van Balkom AJ. A systematic review of the literature about competence and poor *insight*. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125: 103-13.
30. Direção-Geral de Saúde. Norma sobre Consentimento Informado, livre e Esclarecido para Atos/Intervenções de Saúde (terapêuticos ou diagnósticos) e Participação em Estudos de Investigação, Lisboa, 2013.
31. Entidade Reguladora da Saúde. Consentimento informado – Relatório Final, Porto, 2009.
32. Grisso T, Appelbaum PS. Substitute Decision for incompetent patients. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. New York, Oxford University Press 1998. pps 140-168.