

Estudo da Fiabilidade Interavaliadores do Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde

Versão Final Após Defesa

Mariana Ferreira Rodrigues

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Paula Saraiva Amaral
Co-orientadora: Prof.^a Doutora Rosa Marina Afonso

Dezembro de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Mariana Ferreira Rodrigues, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M13419 de/o 2ºCiclo/Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 03/12/2025

Dedicatória

Aos meus pais e avós, que me deram as raízes para crescer e as asas para sonhar.

Dedico-vos esta tese com todo o amor e gratidão, por serem o alicerce e a luz que sempre iluminou o meu caminho.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Ana Amaral, expresso a minha mais profunda gratidão pela confiança depositada em mim desde o início desta jornada. Agradeço toda a orientação, paciência e disponibilidade que demonstrou ao longo deste percurso, bem como os ensinamentos e desafios que me ajudaram a crescer, tanto a nível académico como pessoal. A sua dedicação, exigência e incentivo foram fundamentais para o desenvolvimento e concretização deste trabalho.

À minha co-orientadora, Prof.^a Doutora Marina Afonso, agradeço de forma muito sincera toda a atenção, acompanhamento e contributos valiosos prestados ao longo deste processo. As suas sugestões e apoio constante foram determinantes para o aperfeiçoamento desta dissertação.

A ambas, Prof.^a Doutora Ana Amaral e Prof.^a Doutora Marina Afonso, deixo o meu profundo reconhecimento e gratidão pela orientação, dedicação e inspiração que marcaram esta etapa e tornaram possível a realização deste projeto.

Aos meus pais, devo um reconhecimento imenso pelo esforço, pela dedicação e pelo amor que sempre demonstraram. Obrigada por acreditarem em mim mesmo quando eu duvidava, por me apoiarem nos momentos mais desafiantes e por se preocuparem, acima de tudo, com o meu bem-estar. Por todas as conversas, conselhos e pequenos gestos de carinho que me deram força para continuar. Esta conquista também é vossa e espero que sintam orgulho do caminho que percorremos juntos.

Aos meus avós, agradeço pelo incentivo constante e por me transmitirem a importância de lutar pelos meus objetivos. O vosso exemplo, sabedoria e o carinho sempre presentes foram fundamentais para me ajudar a enfrentar os desafios. Obrigada por me lembrarem que cada esforço vale a pena e por celebrarem comigo cada pequena vitória, tornando-se mais confiante e determinada a alcançar esta meta.

Às minhas amigas, companheiras de tantos momentos, obrigada por tornarem esta etapa mais leve, por partilharem risos, confidências e desafios. A vossa presença fez toda a diferença: nos dias de dificuldade, foram um ombro amigo; nos momentos de alegria, multiplicaram a felicidade. Obrigada por estarem comigo, por me ouvirem, por me acompanharem em cada passo e por me ajudarem a transformar esta experiência académica em algo memorável.

Aos meus amigos de longa data, que compreenderam as minhas ausências e, ainda assim, estiveram sempre prontos a apoiar-me, proporcionar momentos de descontração e lembrar-me da importância de equilibrar estudo e vida pessoal, o meu muito obrigada. Cada palavra de incentivo, cada encontro, cada gesto de amizade ajudou-me a manter a motivação, a recarregar energias e a seguir em frente com confiança e serenidade.

Resumo

O envelhecimento da população tem conduzido a um aumento dos casos de perturbações neurocognitivas, como a demência, que podem comprometer a capacidade de decisão em saúde. Torna-se, assim, essencial dispor de instrumentos válidos e fiáveis que permitam avaliar esta capacidade de forma objetiva. O Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde (IAC-Saúde) foi desenvolvido para avaliar a capacidade de tomada de decisão em adultos, sendo importante averiguar a sua fiabilidade, para garantir rigor e objetividade. Este estudo teve como objetivo analisar a fiabilidade interavaliadores do IAC-Saúde.

Participaram 60 adultos entre os 60 e os 85 anos ($M = 71.17$; $DP = 5.96$), maioritariamente do sexo feminino (75%), casados (65%) e reformados (86.7%), que responderam ao *Montreal Cognitive Assessment*, o Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos, o *Geriatric Anxiety Inventory*, o *Geriatric Depression Scale*, e o IAC-Saúde. O IAC-Saúde foi cotado por dois avaliadores independentes para a análise do seu grau de concordância.

O coeficiente de correlação intraclasse ($CCI = .849$) revelou boa fiabilidade interavaliadores. Embora tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias atribuídas pelos avaliadores ($p < .001$), registou-se uma correlação forte e positiva ($r_s = .865$; $p < .001$) entre as pontuações atribuídas, indicando uma consistência geral nas avaliações.

Conclui-se que o IAC-Saúde apresenta consistência robusta entre avaliadores, constituindo um instrumento fiável e aplicável à prática clínica. Apesar das diferenças individuais na cotação, o IAC-Saúde mostra-se sensível e adequado para apoiar decisões éticas e informadas em saúde. Recomenda-se a realização de estudos futuros com amostras clínicas e maior diversidade de avaliadores.

Palavras-chave

Capacidade de decisão em saúde; IAC Saúde; Envelhecimento; Instrumentos de avaliação; Fiabilidade interavaliadores

Abstract

Population aging has led to an increase in neurocognitive disorders, such as dementia, which can compromise health decision-making capacity. It is therefore essential to have valid and reliable instruments that allow for an objective assessment of this capacity. The Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde (IAC-Saúde) was developed to evaluate decision-making ability in older adults, and it is important to examine the reliability to ensure rigor and objectivity. The present study aimed to analyze the interrater reliability of the IAC-Saúde.

Sixty adults aged between 60 and 85 years ($M = 71.17$; $SD = 5.96$) participated in the study, the majority being female (75%), married (65%), and retired (86.7%). Participants completed the Montreal Cognitive Assessment, the Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos, the Geriatric Anxiety Inventory, the Geriatric Depression Scale and the IAC-Saúde. The IAC-Saúde, was scored by two independent raters to analyze the level of agreement between them.

The intraclass correlation coefficient ($ICC = .849$), indicated good interrater reliability. Although statistically significant differences were found between the mean scores assigned by the raters ($p < .001$), a strong positive correlation was observed between their ratings ($r_s = .865$; $p < .001$), indicating overall consistency in evaluations.

It was concluded that the IAC-Saúde demonstrates robust interrater consistency, constituting a reliable instrument applicable to clinical practice. Despite minor differences in scoring, the IAC-Saúde appears to be sensitive and suitable for supporting ethical and informed health-related decisions. Future studies with clinical samples and a greater diversity of raters are recommended.

Keywords

Health decision-making capacity; IAC-Saúde; Aging; Assessment instruments; Interrater reliability

Índice

Introdução.....	1
1. Introdução	2
2. Método	6
2.1. Participantes	6
2.2. Procedimentos.....	7
2.3. Instrumentos.....	7
2.4. Análise de Dados	9
3. Resultados	10
4. Discussão.....	13
5. Conclusão	16
Referências.....	18
Anexo Teórico.....	24
1. Evolução histórica da autonomia na prática médica.....	24
2. A autonomia e a relação médico-doente	25
3. Capacidade de decisão em saúde	27
4. Capacidade de decisão em pessoas mais velhas e com demência.....	30
5. Avaliação prática da capacidade de avaliação e ferramentas psicométricas	31
6. Fiabilidade Interavaliadores na avaliação da capacidade.....	32
7. Desafios na Avaliação da Capacidade e Implicações Éticas	33
Referências	34

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características Sociodemográficas dos Participantes

Tabela 2 – Características Clínicas dos Participantes

Tabela 3 – Características Cognitivas e Clínicas dos Participantes

Tabela 4 – Análise Estatística das Variáveis

Tabela 5 – Coeficiente de Correlação de Spearman entre a pontuação atribuída pelo avaliador 1 e a pontuação atribuída pelo avaliador 2

Lista de Acrónimos

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ACCT	Assessment of Capacity to Consent to Treatment
AIVD-A	Atividades Instrumentais de Vida Diária - Avançadas
AIVD-F	Atividades Instrumentais de Vida Diária - Familiares
CCI	Coefficiente de Correlação Intraclasse
CCTI	Capacity to Consent to Treatment Instrument
GAI	Geriatric Anxiety Inventory
GDS	Geriatric Depression Scale
IAC-Saúde	Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde
IAFAI	Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos
MacArthur	MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment
MoCA	Montreal Cognitive Assessment

Introdução

A presente dissertação foi desenvolvida no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior e apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. O trabalho encontra-se redigido em formato de artigo científico, de modo a aproximar a produção académica das práticas de divulgação científica na área da Psicologia.

O objetivo principal deste estudo consistiu em analisar a fiabilidade interavaliadores do Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde (IAC-Saúde), desenvolvido para avaliar a capacidade de tomada de decisão em saúde em adultos mais velhos. Considerando o envelhecimento populacional e o conseqüente aumento de perturbações neurocognitivas, torna-se fundamental dispor de instrumentos válidos e fiáveis que permitam avaliar esta capacidade de forma objetiva, rigorosa e eticamente sustentada.

A dissertação encontra-se estruturada primeiramente numa introdução geral, que apresenta o enquadramento teórico e a relevância do tema; posteriormente, é apresentada a metodologia, os resultados e a discussão do estudo; por fim, inclui as considerações finais, que integram as principais conclusões, implicações práticas e sugestões para investigação futura. Adicionalmente, esta dissertação inclui um anexo teórico, em conformidade com o previsto no regulamento.

Importa referir que o artigo incluído nesta dissertação foi igualmente preparado para submissão à revista *PSICOLOGIA*, propriedade da Associação Portuguesa de Psicologia.

1. Introdução

O aumento da esperança média de vida tem contribuído para o crescimento da população mais velha, especialmente nos países industrializados desde o final do século XX. Prevê-se que o número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo passe de 1,1 mil milhões em 2023 para 1,4 mil milhões em 2030, uma evolução particularmente acelerada nas regiões em desenvolvimento (World Health Organization, 2025). Na União Europeia, a população estimada era de 449,3 milhões no início de 2024, dos quais mais de um quinto tinha 65 anos ou mais, com destaque para países como a Itália (24,3%), Portugal (24,1%), Bulgária (23,8%), Finlândia (23,4%), Grécia (23,3%) e Croácia (23%), que se destacam entre os países com populações mais envelhecidas da Europa (Pereira & Yilmaz, 2025). Em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2024), este fenómeno é particularmente evidente: em 2023, o índice de envelhecimento atingiu 188.1 adultos mais velhos por cada 100 jovens, refletindo um acentuado envelhecimento demográfico. Esta transformação demográfica tem sido acompanhada por um aumento da prevalência de perturbações neurocognitivas (Pais et al., 2020). Estudos recentes estimam que a nível mundial 5,6% a 7,6% das pessoas com 60 anos ou mais vivam com demência, sendo que, na Europa Central, a prevalência estimada é de 4,6% (Gonçalves-Pereira et al., 2017).

A demência caracteriza-se por alterações cognitivas progressivas, como o declínio da memória e funções executivas, acompanhadas de perdas funcionais que comprometem a autonomia nas atividades diárias (Plassman & Potter, 2018). À medida que a doença avança as pessoas podem vir a perder a capacidade de tomar decisões, o que representa um impacto significativo na sua autonomia pessoal (Sullivan et al., 2022) e acarreta implicações relevantes para os próprios, os seus cuidadores, os profissionais de saúde e a sociedade em geral (Amaral et al., 2022). A avaliação da capacidade de decisão em saúde em pessoas com demência constitui um processo complexo e multidimensional, que envolve a análise do historial clínico, entrevistas clínicas, avaliações neuropsicológicas e a aplicação de instrumentos específicos (Amaral et al., 2022). No entanto, o diagnóstico de défice cognitivo ligeiro ou de demência não implica, por si só, perda de capacidade (Amaral et al., 2022). Neste contexto, torna-se fundamental proceder a uma avaliação individualizada da capacidade de decisão, de forma a promover o respeito pela autonomia dos indivíduos e, simultaneamente, assegurar a proteção daqueles cuja capacidade se encontra comprometida (Amaral et al., 2022).

No que respeita aos cuidados de saúde, a capacidade de tomada de decisão refere-se à aptidão para consentir, recusar ou escolher entre alternativas de tratamento, realização de intervenções farmacológicas e não farmacológicas ou realização de exames (Amaral et al., 2023). Essa competência envolve não apenas o julgamento racional, mas também a compreensão contextual das situações relacionadas à saúde (Palmer & Harmell, 2016). De acordo com Palmer e Harmell (2016), essa capacidade é geralmente analisada com base em quatro dimensões fundamentais: compreensão, avaliação, raciocínio e expressão de uma escolha. A compreensão refere-se à capacidade do indivíduo assimilar informações sobre o seu estado clínico e os riscos e benefícios das intervenções (Amaral et al., 2021; Palmer & Harmell, 2016). A avaliação implica aplicar essa informação à sua situação pessoal, reconhecendo a sua relevância (Palmer & Harmell, 2016). O raciocínio consiste em ponderar criticamente as opções terapêuticas e as suas consequências (Amaral et al., 2021; Palmer & Harmell, 2016), enquanto a expressão de uma escolha traduz-se na capacidade de comunicar decisões de forma clara e consistente (Amaral et al., 2021; Palmer & Harmell, 2016).

A avaliação da capacidade de decisão é um processo fundamental na prestação de cuidados, sendo um dos pilares do consentimento informado, que tem uma visão centrada na autonomia dos indivíduos (Osuji, 2017). Nesta linha, a avaliação da capacidade não deve limitar-se apenas a determinar se uma pessoa é capaz de decidir “autonomamente”, identificando igualmente o tipo de suporte necessário para que indivíduos com dificuldades na tomada de decisão possam estar envolvidos no processo de decisão, promovendo assim a sua autonomia (Peisah et al., 2013). A bioética reconhece amplamente que adultos competentes têm o direito fundamental de decidir sobre os seus cuidados de saúde e participação em investigações, em consonância com o princípio do respeito pela autonomia (Osamor & Grady, 2018). Esse respeito implica reconhecer o direito de cada pessoa a formar opiniões, fazer escolhas e agir de acordo com os seus valores e crenças pessoais, garantindo que as suas decisões estejam alinhadas com as suas motivações e desejos individuais (Osamor & Grady, 2018; Lewis & Holm, 2022).

Nas últimas décadas, surgiram instrumentos estruturados que permitem avaliar sistematicamente as dimensões da capacidade, adaptando-se ao contexto do paciente e facilitando comparações empíricas, inclusive na demência (Palmer & Harmell, 2016; Amaral et al., 2021; Pennington et al., 2018). Contudo, persistem discrepâncias entre ferramentas, sobretudo nos domínios da avaliação e raciocínio, e a ênfase excessiva em competências cognitivas, diminuindo a relevância de fatores emocionais e valores pessoais, essenciais ao processo de decisão (Karel et al., 2010;

Hermann, 2020). A ausência de padronização limita a comparabilidade e a validade psicométrica, enquanto a prática clínica não estruturada gera divergências entre avaliadores (Hermann, 2020; Palmer & Harmell, 2016; Seyfried et al., 2013). Assim, é necessária uma avaliação mais sensível ao contexto, capaz de integrar aspectos cognitivos, emocionais e valorativos, para aumentar a objetividade e fiabilidade das determinações de capacidade (McWilliams, 2024).

Diversos instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar a capacidade de consentimento em saúde, especialmente para pessoas com demência, cada um com abordagens e critérios específicos. Entre os instrumentos mais utilizados neste domínio, destacam-se o *Capacity to Consent to Treatment Instrument (CCTI)* (Marson et al., 1995) e o *Assessment of Capacity to Consent to Treatment (ACCT)* (Moye et al., 2007) ambos desenvolvidos especificamente para populações com demência. Embora não tenha sido concebido especificamente para este grupo, o *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)* (Grisso & Appelbaum, 1998) é igualmente amplamente utilizado na avaliação da capacidade para consentir. O ACCT consiste numa entrevista estruturada usada em investigação e adaptável à prática clínica, recorrendo a vinhetas médicas para avaliar a compreensão, raciocínio e expressão de escolhas (Moye et al., 2007). O CCTI também usa vinhetas hipotéticas com pontuações quantitativas e identificação de erros (Amaral et al., 2021; Okonkwo et al., 2007). O MacCAT-T integra uma entrevista semiestruturada para contextos reais, avaliando os mesmos domínios, mas sem vinhetas nem valores de corte para a evidência de capacidade (Amaral et al., 2021; Sturman, 2005).

Vários estudos validaram estes instrumentos. O ACCT foi aplicado a pessoas com demência, esquizofrenia e a um grupo controlo, com avaliações de clínicos que não possuíam qualquer conhecimento quanto ao diagnóstico (Moye et al., 2007). O MacCAT-T e o CCTI foram analisados em meta-análises comparando indivíduos com declínio cognitivo ligeiro, doença de *Alzheimer* e participantes saudáveis (Parmigiani et al., 2021). Especificamente, o CCTI foi usado para avaliar a capacidade de consentimento em pessoas com declínio cognitivo ligeiro e *Alzheimer* ligeiro, comparando-as com um grupo controlo sob diferentes padrões de consentimento (Okonkwo et al., 2007).

Embora existam diversos instrumentos destinados a apoiar os profissionais de saúde na avaliação da capacidade dos pacientes para consentir tratamentos, a literatura evidencia uma carência de estudos que analisem e validem esses instrumentos de forma consistente (Lamont et al., 2013). Adicionalmente, muitos instrumentos apresentam

limitações significativas, sobretudo no que diz respeito à validação, sendo que alguns foram avaliados apenas em estudos isolados (Lamont et al., 2013; 10). A fiabilidade interavaliadores é adequada em ferramentas como o CCTI e o MacCAT-T (Lamont et al., 2013). Ademais, a precisão na avaliação da capacidade em populações específicas, como pacientes com perturbações mentais, requer maior atenção, evitando-se pressuposições equivocadas (Lamont et al., 2013). A literatura também aponta para uma lacuna na investigação sobre a correlação entre o julgamento clínico e os resultados desses instrumentos, reforçando a necessidade de ferramentas que sejam confiáveis, válidas e práticas, bem como de treino adequado dos profissionais na aplicação desses métodos para suportar os processos de avaliação da capacidade de tomada de decisão em saúde (Moye et al., 2007; Sturman, 2005). Por fim, a ausência de um *gold standard* para validar a capacidade reforça as limitações dos instrumentos atualmente disponíveis (Lamont et al., 2013; Sturman, 2005).

No contexto português, foi desenvolvido o Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde (IAC-Saúde), com o objetivo de avaliar a capacidade de tomada de decisão em cuidados de saúde em adultos mais velhos, nomeadamente aqueles com declínio cognitivo ligeiro e doença de *Alzheimer* (Amaral, 2023). Este instrumento resultou de um processo de investigação estruturado em três estudos complementares. O primeiro consistiu num estudo qualitativo que procurou compreender as perceções de profissionais de diferentes áreas e contextos, bem como de pessoas mais velhas, residentes na comunidade ou em instituições, sobre a capacidade de decisão em saúde na velhice (Amaral, 2023). O segundo estudo centrou-se no desenvolvimento e validação de vinhetas clínicas, concebidas para avaliar essa capacidade em indivíduos com declínio cognitivo e doença de *Alzheimer* (Amaral, 2023). Por fim, o terceiro estudo correspondeu à aplicação piloto do IAC-Saúde em adultos com demência, visando testar a versão experimental do instrumento e contribuir para a sua validação e adequação à população-alvo (Amaral, 2023). Os resultados do estudo piloto indicaram que o IAC-Saúde apresenta boa aceitabilidade, consistência interna aceitável, e permitiram definir a versão final do instrumento, mais curta e aplicável na prática clínica, embora sejam necessárias investigações adicionais com amostras maiores e análises de fiabilidade mais aprofundadas (Amaral et al., 2023). No entanto, não existem dados quanto à fiabilidade interavaliadores, o que constitui uma limitação importante, dado que o instrumento incluiu uma entrevista com respostas abertas, que pode conduzir a maior subjetividade na cotação do instrumento. A fiabilidade interavaliadores é essencial para assegurar que diferentes avaliadores, aplicando o mesmo instrumento, chegam a resultados consistentes e comparáveis, aumentando a

objetividade e a utilidade clínica do IAC-Saúde. De modo a responder a esta lacuna, o presente estudo tem como objetivos: descrição clínica e cognitiva dos participantes; avaliar o funcionamento cognitivo e estado emocional dos participantes; avaliar a fiabilidade interavaliadores do IAC-Saúde.

2. Método

2.1. Participantes

Os critérios de inclusão no estudo foram: idade igual ou superior a 60 anos; ausência de défice cognitivo, segundo os critérios por idade e escolaridade do MoCA (Gonçalves et al., 2023); saber ler e escrever; língua nativa portuguesa; residente na comunidade.

Os critérios de exclusão no estudo foram: idade inferior a 60 anos; a presença de défice cognitivo, segundo os critérios por idade e escolaridade do MoCA (Gonçalves et al., 2023); incapacidade de ler ou escrever; pessoas residentes em instituições, como Estruturas Residenciais para Idosos ou centros de dia; e recusa em participar no estudo.

As características sociodemográficas como o género, idade, escolaridade, estado civil, residência e profissão dos participantes incluídos no estudo são apresentadas na Tabela 1. Participaram no estudo 60 adultos com idade entre 60 e 85 anos, sendo a média de idade 71.17 ($DP = 5.96$). A maioria da amostra ($n = 45$, 75%), era do sexo feminino e em termos da escolaridade, a maioria dos indivíduos tinha o ensino secundário ($n = 19$, 31.7%). Grande parte dos participantes eram casados ($n = 39$, 65%) e no que diz respeito à residência, uma percentagem significativa ($n = 38$, 63.3%) vivia numa área predominantemente urbana. Relativamente à situação profissional, a maioria encontrava-se reformada ($n = 52$, 86.7%). Os dados completos podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1

Características Sociodemográficas dos Participantes (N = 60)

Variável	Categoria	n	%
Género	Homem	15	25.0
	Mulher	45	75.0
Idade		71.17 (5.96)	
Escolaridade	1 a 4 anos	10	16.7
	5 a 6 anos	7	11.7
	7 a 9 anos	12	20.0

	10 a 12 anos	19	31.7
	13 ou mais	12	20.0
Estado Civil	Solteiro	2	3.3
	Casado	39	65.0
	Viúvo	13	21.7
	União de Facto	1	1.7
	Divorciado	5	8.3
Residência	Área predominantemente urbana	38	63.3
	Área mediantemente urbana	15	25.0
	Área predominantemente rural	7	11.7
Profissão	Reformado	52	86.7
	Trabalhador por conta própria	3	5.0
	Trabalhador por conta de outrem	3	5.0
	Desempregado	2	3.3

2.2. Procedimentos

Este estudo enquadra-se no projeto “Avaliação da Capacidade de Tomada de Decisão em Cuidados de Saúde – Desenvolvimento e Validação do IACTD-CS”, aprovado pela Comissão Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2020-072).

Inicialmente, foi realizado um cartaz de forma a divulgar o estudo e o possível recrutamento de participantes na comunidade através de um *link Microsoft forms*. Posteriormente foram contactadas entidades ligadas à população alvo desta investigação, com o intuito de divulgar o estudo e convidar as pessoas a participar de forma voluntária no mesmo. Aos participantes que aceitaram colaborar no estudo foi aplicado o protocolo de avaliação em formato individual, por avaliadores membros da equipa do projeto, devidamente credenciados e preparados. A aplicação do protocolo teve a duração de cerca de 45 minutos.

Com recurso ao *software G*Power*, foi efetuada a determinação do tamanho da amostra ideal, que resultou num valor de 54 indivíduos. Foram avaliadas 74 pessoas, tendo 14 sido excluídas devido ao resultado do MoCA que era indicativo de declínio cognitivo.

Posteriormente, o instrumento IAC-Saúde foi cotado por dois avaliadores de forma independente, que se basearam exclusivamente nas instruções do manual para a atribuição das cotações.

2.3. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados quatro instrumentos de avaliação, com o objetivo de examinar diferentes dimensões da funcionalidade, cognição e saúde mental dos participantes.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

O MoCA (Freitas et al., 2011; Nasreddine et al., 2005) é um teste de rastreio cognitivo cuja pontuação total pode atingir os 30 pontos. Este instrumento permite avaliar oito domínios distintos do funcionamento cognitivo (Freitas et al., 2011; Freitas et al., 2012), nomeadamente: 1) funções executivas; 2) capacidades visuoespaciais; 3) memória a curto-prazo; 4) linguagem; 5) atenção 6) concentração; 7) memória de trabalho; 8) orientação temporal e espacial (Nasreddine et al., 2005). O instrumento encontra-se adaptado para a população portuguesa, tendo disponíveis dados normativos e que estabelecem pontos de corte ajustados em função da idade e escolaridade (Gonçalves et al., 2023).

Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)

O IAFAI (Sousa et al., 2013) consiste num questionário estruturado em formato de entrevista, aplicável a adultos, adultos mais velhos e/ou aos seus informantes ou cuidadores. O instrumento é composto por 50 itens que avaliam atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades instrumentais de vida diária familiares (AIVD-F) e atividades instrumentais de vida diária avançadas (AIVD-A) (Sousa et al., 2013). O principal objetivo do IAFAI é a avaliação das aptidões funcionais de adultos e adultos mais velhos na realização de atividades tanto básicas como instrumentais de vida diária (Sousa et al., 2017). Esta ferramenta foi desenvolvida para a população portuguesa, tendo disponíveis dados normativos de acordo com a idade e escolaridade (Sousa et al., 2013).

Geriatric Anxiety Inventory (GAI)

O GAI (Pachana et al., 2007; Ribeiro et al., 2011) é um instrumento utilizado para avaliar a ansiedade-estado em adultos mais velhos (Pachana et al., 2007). A versão portuguesa do instrumento inclui 20 itens, apresentando adaptações linguísticas e transculturais, sobretudo nas questões relacionadas com sintomas somáticos, e estabelece um ponto de corte de 10/11 pontos (Pachana et al., 2007).

Geriatric Depression Scale (GDS)

A GDS (Simões & Firmino, 2013; Yesavage et al., 1983) é uma escala amplamente utilizada para avaliar a sintomatologia depressiva em adultos mais velhos, caracterizando-se pela facilidade de aplicação (Brink et al., 1982; Yesavage et al., 1983).

No desenvolvimento do instrumento, foram considerados três aspetos essenciais para a população mais velha: formato de autorrelato, formato de resposta fácil (sim/não) e a participação de profissionais da área da geriatria (Simões et al., 2017). A versão original da GDS inclui 30 itens (Yesavage et al., 1983), que abordam características da depressão em adultos mais velhos, focando-se nos domínios afetivo e cognitivo (Simões et al., 2015).

Instrumento de Avaliação da Capacidade – Saúde (IAC-Saúde)

O IAC-Saúde (Amaral et al., 2023) destina-se a avaliar a capacidade de decisão nos cuidados de saúde, ou seja, a capacidade de consentir, recusar ou participar na escolha de intervenções de saúde (Amaral et al., 2023). O instrumento inclui uma vinheta, disponível em versões feminina e masculina, que apresenta uma situação hipotética, no caso relacionada com uma artrose no joelho. Segue-se uma entrevista de avaliação da capacidade, na qual são colocadas questões sobre a compreensão da situação, terminando com a solicitação de uma decisão sobre o tratamento considerado mais adequado para o problema apresentado (Amaral, 2023). A entrevista é composta por 19 itens, concebidos para avaliar quatro aptidões: 1) Compreensão da informação disponibilizada no momento; 2) Avaliação e reconhecimento da sua situação de saúde; 3) Raciocínio implicado na comparação de diferentes alternativas de comportamento; e 4) Expressão de uma escolha de tratamento (Amaral et al., 2023). As respostas são pontuadas entre 0 e 2 pontos, sendo 0 correspondente a uma resposta incorreta ou ilógica, ou a ausência de resposta, 1 a uma resposta lógica, mas incompleta, e 2 a uma resposta lógica e completa.

Questionário Sociodemográfico

Foi elaborado um questionário sociodemográfico especificamente construído para o presente estudo. Este incluiu questões relativas a variáveis pessoais e contextuais, tais como a idade, escolaridade, estado civil, a área de residência, profissão, bem como aspetos relacionados com a história clínica. Nesta última dimensão, foram incluídas questões sobre os problemas de saúde mais relevantes, identificados a partir da literatura como aqueles que mais afetam a população portuguesa.

2.4. Análise de Dados

As análises estatísticas foram realizadas no *software* SPSS, versão 29. Inicialmente, foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade das

variáveis em estudo. Os resultados indicaram que os dados não seguem uma distribuição normal ($p > .05$). Diante disso optou-se pela utilização de testes não paramétricos.

O Teste de Wilcoxon foi utilizado para comparar as pontuações atribuídas por dois avaliadores, uma vez que se trata de um teste não paramétrico adequado para verificar diferenças entre medidas emparelhadas (Hirsch et al., 2011). Este teste permite verificar se existem diferenças sistemáticas entre as avaliações, considerando que cada instrumento foi cotado de forma independente por dois avaliadores.

A Correlação de Spearman foi aplicada para analisar a associação entre as pontuações atribuídas pelos avaliadores. Este teste não paramétrico permite avaliar a direção (positiva ou negativa) da correlação (Martins, 2010), é ainda possível analisar a magnitude da associação considerando-se os seguintes valores para interpretação: fraca ($< .30$), moderada (.40 a .60), forte (.70 a .90) e perfeita ($> .90$) (Akoglu, 2018).

Para avaliar a fiabilidade interavaliadores do IAC-Saúde, foi aplicado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), que estima tanto a concordância quanto a consistência das pontuações atribuídas por dois ou mais avaliadores independentes (Hove et al., 2025). Este índice é considerado bastante importante para estudos de fiabilidade interavaliadores, sendo especialmente adequado para instrumentos que envolvem avaliações subjetivas. A interpretação dos valores de CCI seguiu os critérios de Koo & Li (2016): pobre fiabilidade ($< .50$), moderada fiabilidade (.50 a .75), boa fiabilidade (.75 a .90), excelente fiabilidade ($> .90$). Neste estudo, o CCI foi calculado considerando as pontuações totais do IAC-Saúde.

Para todas as análises, foi considerado um nível de significância de $< .05$.

3. Resultados

Nesta secção são apresentados os resultados referentes à análise da fiabilidade interavaliadores do IAC-Saúde. Inicialmente, são descritas as características clínicas e cognitivas dos participantes da amostra. De seguida, apresentam-se os resultados do Teste de Wilcoxon, utilizado para comparar as classificações entre os dois avaliadores. Posteriormente, são descritos os resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman, aplicado para analisar a associação entre as classificações atribuídas pelos avaliadores. Finalmente, é apresentado o CCI, utilizado como medida central da fiabilidade interavaliadores, permitindo avaliar de forma mais robusta a consistência entre as avaliações.

Quanto às características clínicas, destacou-se a hipertensão como a condição mais frequente pela maioria dos participantes ($n = 15$, 25%), sendo possível consultar informações adicionais na Tabela 2.

Tabela 2

Características Clínicas dos Participantes (N = 60)

Variável	Categoria	n	%
História Clínica	Lombalgia	6	10.0
	Artroses	12	20.0
	Hipertensão	15	25.0
	Dores Cervicais	5	8.3
	Diabetes	5	8.3
	Outros	7	11.7
	Nenhuma doença crónica	10	16.7

O funcionamento cognitivo global (pontuações do MoCA) e as características clínicas, ou seja, as pontuações do IAFAI, GAI e GDS da amostra encontram-se na Tabela 3. Os participantes apresentaram uma média de 23.65 ($DP = 2.84$) no que diz respeito ao desempenho cognitivo, com valores mínimos de 17 e valores máximos de 30. Quanto ao IAFAI, as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), obteve-se uma média de 1.24% ($DP = 2.17$) de incapacidade, variando entre os 0 e os 10%. Nas Atividades Instrumentais de Vida Diária – Familiares (AIVD-F), a média foi de .41% ($DP = 1.28$), com o mínimo de 0 e máximo de 6% e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária-Avançadas (AIVD-A), a média foi de .07% ($DP = .36$), com valores entre 0 e 2%. A média de Incapacidade Funcional Global foi de 1.71% ($DP = 2.75$). Relativamente à sintomatologia ansiógena, a média foi de 5.37 ($DP = 5.77$), com o valor mínimo de 0 e máximo de 20. E por fim, quanto à sintomatologia depressiva, a média foi de 5.47 ($DP = 5.16$), variando entre 0 e 24.

Tabela 3

Características Cognitivas e Clínicas dos Participantes (N = 60)

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
MoCA	17	30	23.65	2.84
ABVD	0%	10%	1.24%	2.17
AIVD-F	0%	6%	.41%	1.28
AIVD-A	0%	2%	.07%	.36
GAI	0	20	5.37	5.77
GDS	0	24	5.47	5.16

No Teste de Wilcoxon, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as classificações atribuídas pelos dois avaliadores ($Z = -4.214$, $p < .001$). Este resultado indica que, em termos médios, os avaliadores não atribuíram pontuações idênticas, sendo que o avaliador 2 apresentou classificações significativamente inferiores ao avaliador 1. Esta diferença sugere que pode existir uma tendência diferenciada na interpretação ou aplicação dos critérios de avaliação entre os avaliadores. Na tabela 4 são apresentados os resultados da análise estatística.

Tabela 4

Análise Estatística das Variáveis

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Avaliador 1	15	34	27.08	4.17
Avaliador 2	15	33	25.67	4.45

O Coeficiente de Correlação de Spearman (Tabela 5) mostrou que, apesar da diferença nas médias, as pontuações totais atribuídas pelos dois avaliadores apresentam uma correlação positiva, forte e estatisticamente significativa ($r_s = .865$; $p < .001$). Este resultado significa que, quando o avaliador 1 atribui pontuações mais elevadas, o avaliador 2 também tende a atribuir pontuações mais elevadas, e o mesmo acontece para pontuações mais baixas. Assim, apesar de diferenças absolutas entre as médias, há uma elevada consistência na tendência de classificação entre os avaliadores.

Tabela 5

Coeficiente de Correlação de Spearman entre a pontuação atribuída pelo avaliador 1 e a pontuação atribuída pelo avaliador 2

	Avaliador 1
	r_s
Avaliador 2	.865*

Nota: * $p < .001$

A análise da fiabilidade interavaliadores pelo CCI, evidenciou uma boa fiabilidade entre os dois avaliadores, CCI = .849, com intervalo de confiança de 95% [.760, .907], sendo estatisticamente significativo ($F_{(59,59)} = 12.273$, $p < .001$). Segundo os critérios de Koo & Li (2016), valores entre .75 e .90 indicam boa fiabilidade, aproximando-se da categoria de “excelente” (>.90). Este resultado reforça que o IAC-Saúde apresenta um grau elevado de consistência interavaliadores, o que significa que,

embora possam existir pequenas diferenças individuais na aplicação do instrumento, os avaliadores tendem a convergir de forma confiável nas suas classificações.

4. Discussão

Os resultados do presente estudo demonstraram que o IAC-Saúde apresenta uma boa fiabilidade interavaliadores, com valores de CCI classificados como “bons” e muito próximos da categoria de “excelente”. Este resultado indica que o instrumento é capaz de gerar avaliações consistentes entre diferentes avaliadores, mesmo na presença de pequenas variações individuais.

A diferença significativa observada nas médias atribuídas por cada avaliador sugere, contudo, que podem existir discrepâncias na forma como alguns critérios de cotação são interpretados ou aplicados. É possível que um dos avaliadores tenha adotado uma postura mais rigorosa na atribuição das pontuações, ou que alguns critérios no manual de cotação não estejam, suficientemente detalhados, permitindo interpretações ligeiramente diferentes. Esta observação evidencia a importância de reforçar o alinhamento entre avaliadores através de formação estruturada e clarificação de critérios, de modo a reduzir possíveis inconsistências e aumentar a uniformidade na aplicação do instrumento. Apesar disso, a elevada correlação positiva entre as pontuações confirma que essas variações não comprometem a fiabilidade global do instrumento, demonstrando que o IAC-Saúde mantém um padrão estável de avaliação da capacidade de decisão em saúde.

Quando comparados com a literatura internacional, os resultados obtidos neste estudo alinham-se com o padrão de fiabilidade encontrado noutros instrumentos destinados à avaliação da capacidade de decisão em saúde. Moye et al. (2008) reportaram uma fiabilidade interavaliadores de .90 na aplicação do ACCT a adultos com demência e outras condições neuropsiquiátricas. De forma semelhante, Grisso et al., (1997) demonstraram que o MacCAT-T apresenta correlações intraclasse entre .82 e .99 nas diferentes dimensões da capacidade, evidenciando elevada consistência interavaliadores. Bilanakis et al. (2013), na adaptação do instrumento para a população grega do MacCAT-T, obtiveram um CCI a variar entre .93 e 1 para os itens individuais do instrumento, confirmando uma excelente consistência entre avaliadores. Do mesmo modo, Cairns et al. (2005) observaram uma elevada concordância entre dois entrevistadores ($kappa = .82$) e entre um painel de clínicos ($kappa = .84$) na avaliação da capacidade de consentimento, especialmente quando combinada com informação clínica adicional. Estes estudos demonstraram que são instrumentos bem estruturados,

mesmo quando exigem julgamento clínico, tendem a apresentar uma fiabilidade robusta entre avaliadores, um padrão igualmente verificado no IAC-Saúde.

Este estudo apresenta-se como particularmente relevante por responder a uma lacuna ainda pouco explorada em Portugal: a análise da fiabilidade interavaliadores em instrumentos de avaliação da capacidade de decisão em saúde. Ao disponibilizar evidência psicométrica robusta, o IAC-Saúde torna-se mais confiável para utilização tanto em contextos de prática clínica como em investigação científica. Além disso, trata-se de um contributo importante para a produção de conhecimento na língua portuguesa, que ainda é escassa nesta área. A existência de instrumentos validados e culturalmente adaptados permite não só dar suporte a profissionais de saúde e investigadores, mas também fortalece a autonomia científica nacional, evitando a dependência excessiva de ferramentas desenvolvidas noutros contextos culturais. A pertinência do presente estudo também se estende ao plano social, ao demonstrar boa fiabilidade interavaliadores, reforça-se a ideia de que o IAC-Saúde pode contribuir para avaliações mais justas e padronizadas, reduzindo a influência de subjetividades individuais e promovendo maior equidade no processo de tomada de decisão clínica.

A análise dos resultados evidenciou uma diferença sistemática nas médias atribuídas por cada avaliador, ainda que tenha sido observada consistência nas pontuações, com base nos resultados na análise da correlação. Tal implica que, ainda que os avaliadores tenham evidenciado diferenças quanto ao nível de exigência, os seus resultados são convergentes. Este dado é relevante porque evidencia que o instrumento é resiliente às diferenças individuais de interpretação, assegurando que, independentemente de quem o aplique, a tendência de avaliação é semelhante. Assim, a robustez do IAC-Saúde é confirmada, o que o torna um recurso adequado para cenários clínicos e investigativos que envolvem múltiplos profissionais.

É importante sublinhar que este padrão não deve ser entendido como uma limitação, mas sim como um reflexo da realidade de qualquer instrumento de avaliação psicológica ou clínica, nos quais a subjetividade faz parte do processo. Tal fenómeno é um risco particularmente associado aos instrumentos que incluem perguntas abertas, uma vez que o avaliador precisa interpretar e classificar respostas complexas. Este tipo de estrutura, embora enriqueça a avaliação e capture nuances relevantes do raciocínio do participante, aumenta a possibilidade de variações na cotação entre avaliadores. Contudo, é importante que o instrumento demonstre capacidade de manter a consistência mesmo diante dessas diferenças individuais, o que foi confirmado pelos resultados obtidos neste estudo.

A presença dessas diferenças entre avaliadores reforça também a importância de investir em formação e supervisão específicas para os profissionais que utilizem o IAC-Saúde. Uma formação adequada poderia incluir treino prático na aplicação e cotação do instrumento e discussão de casos clínicos, de modo a reduzir discrepâncias e promover maior uniformidade nos critérios utilizados. Este processo formativo permitiria alinhar as interpretações, aumentar a sensibilidade clínica e garantir que as decisões fundamentadas com recurso à aplicação do instrumento são mais justas, éticas e cientificamente fundamentadas. Adicionalmente, a implementação de momentos de supervisão contínua entre avaliadores pode contribuir para consolidar práticas de cotação mais consistentes e para reforçar a fiabilidade interavaliadores em aplicações futuras.

A fiabilidade interavaliadores é frequentemente negligenciada na validação de instrumentos psicológicos e da saúde, onde a prioridade recai maioritariamente sobre a consistência interna ou sobre a validade do construto (McCrae et al., 2011). No entanto, a fiabilidade entre avaliadores é um critério essencial para assegurar que o instrumento não depende exclusivamente da perceção ou experiência do profissional, mas sim das características objetivas do mesmo. Os resultados deste estudo oferecem um contributo relevante ao preencher esta lacuna. O facto de o IAC-Saúde ter demonstrado boa concordância interavaliadores reforça a sua utilidade prática e aumenta a confiança na sua aplicação em diversos contextos.

Ainda assim, é importante reconhecer que, apesar da boa qualidade psicométrica do instrumento, a perícia do avaliador continua a desempenhar um papel determinante. As diferenças encontradas entre os avaliadores neste estudo evidenciam precisamente essa necessidade de formação estruturada. A correta aplicação do IAC-Saúde exige conhecimento prévio, treino adequado e sensibilidade clínica para interpretar as respostas dos participantes, de modo a que as decisões derivadas da sua utilização sejam o mais justas e fundamentadas possível. Assim, torna-se essencial garantir que os profissionais responsáveis pela aplicação deste tipo de instrumento são devidamente capacitados, preferencialmente com formação em áreas da saúde mental. Estes profissionais possuem competências específicas que lhes permitem compreender melhor os processos cognitivos e emocionais envolvidos na tomada de decisão em saúde, assegurando uma interpretação mais rigorosa e contextualizada das respostas.

Deste modo, pode afirmar-se que os processos de avaliação da capacidade de decisão em saúde devem assentar numa preparação técnica adequada e em práticas de formação e supervisão contínua, de modo a garantir que os resultados obtidos sejam

interpretados e utilizados de forma ética e eficaz. O IAC-Saúde pode constituir uma ferramenta útil nesse contexto, desde que aplicado por profissionais qualificados e devidamente treinados. A criação de programas de treino formal, aliados à experiência clínica supervisionada, contribuirá para fortalecer o uso responsável e cientificamente sustentado destes processos de avaliação, assegurando maior consistência e rigor na sua aplicação.

5. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo analisar a fiabilidade interavaliadores do instrumento IAC-Saúde, procurando responder a uma lacuna existente na literatura nacional e internacional relativamente à fiabilidade interavaliadores em instrumentos de avaliação da capacidade de tomada de decisão em saúde. Os resultados demonstraram que o IAC-Saúde apresenta boa fiabilidade interavaliadores. Apesar de se terem verificado diferenças significativas nas médias atribuídas por cada avaliador, a elevada correlação positiva entre as classificações e o nível robusto de concordância confirmam que o instrumento permite alcançar resultados consistentes, independentemente do avaliador. Estes resultados reforçam a fiabilidade e a aplicabilidade clínica do IAC-Saúde, que se apresenta como uma ferramenta sólida para apoiar profissionais na avaliação da capacidade de decisão em saúde de adultos mais velhos. O estudo contribui, assim, não apenas para o fortalecimento da investigação nacional nesta área, mas também para a disponibilização de um instrumento adaptado ao contexto cultural e linguístico português, com implicações relevantes para a prática clínica e para a promoção de decisões em saúde mais justas e objetivas.

Apesar da relevância dos resultados, este estudo apresenta algumas importantes limitações. A amostra utilizada foi constituída apenas por adultos mais velhos sem declínio cognitivo, ou seja, uma população normativa, o que restringe a generalização dos resultados a populações clínicas. Além disso, tratou-se de uma amostra por conveniência, com dimensão relativamente reduzida, o que pode limitar a representatividade e a robustez estatística. O tempo necessário para a administração de todos os instrumentos foi considerável, podendo ter gerado cansaço nos participantes e influenciado o seu desempenho. Acresce ainda que a fiabilidade interavaliadores foi analisada apenas com dois avaliadores, o que, embora suficiente para uma análise preliminar, restringe a generalização da fiabilidade a grupos maiores e a mais heterogêneos de profissionais. Verificou-se também a existência de diferenças sistemáticas entre os avaliadores, o que sugere que alguns critérios de cotação podem ser interpretados de forma distinta. Por fim, não foram controlados fatores contextuais,

como fadiga ou motivação dos participantes, que podem ter influenciado a forma como responderam às questões.

Tendo em conta estas limitações, sugerem-se várias direções para futuras investigações. A primeira prende-se com a aplicação do IAC-Saúde em populações clínicas, incluindo pessoas com défice cognitivo ligeiro e demência, de modo a avaliar a sua fiabilidade e utilidade nestes contextos. Um estudo detalhado item a item poderá também permitir identificar quais os aspetos mais suscetíveis de divergência entre avaliadores, conduzindo ao aperfeiçoamento das instruções e critérios de cotação. Será igualmente pertinente alargar a amostra em termos de dimensão, diversidade sociodemográfica e geográfica, de forma a reforçar a validade externa do instrumento, bem como aumentar o número e a heterogeneidade de avaliadores, comparando resultados entre profissionais com diferentes níveis de experiência clínica. Adicionalmente, a implementação de um sistema de correção ou revisão online das respostas derivadas da aplicação do instrumento poderá contribuir para uniformizar a interpretação e pontuação.

Referências

- Akoglu, H. (2018). User's Guide to Correlation Coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 91–93. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
- Amaral, A. S., Afonso, R. M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2021). Decision-Making Capacity in Healthcare: Instruments Review and Reflections about Its Assessment in the Elderly with Cognitive Impairment and Dementia. *Psychiatric Quarterly*, 93. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09867-7>
- Amaral, A. S., Simões, M. R., Freitas, S., Vilar, M., Sousa, L. B., & Afonso, R. M. (2022). Healthcare decision-making capacity in old age: A qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 13(October). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1024967>
- Amaral, A. S., Simões, M. R., Freitas, S., & Afonso, R. M. (2023). *Instrumento de Avaliação da Capacidade em Saúde: Manual de Administração e Cotação*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Amaral, A. S., Simões, M. R., Freitas, S., & Afonso, R. M. (2023). *Capacity Assessment Instrument – Health: Pilot Study of a New Tool for Adults with Dementia*.
- Bilanakis, N., Vratsista, A., Kalampokis, G., Papamichael, G., & Peritogiannis, V. (2013). The Greek version of the MacArthur competence assessment tool for treatment: reliability and validity. Evaluation of capacity for treatment decisions in Greek psychiatric patients. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1744-859x-12-10>
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., & Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 1(1), 37–43.
- Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., Szmukler, G., & Hotopf, M. (2005). Reliability of mental capacity assessments in psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 187(4), 372–378. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.4.372>
- Dunn, L. B., Nowrangi, M. A., Palmer, B. W., Jeste, D. V., & Saks, E. R. (2006). Assessing Decisional Capacity for Clinical Research or Treatment: A Review of

- Instruments. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1323–1334.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1323>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the Portuguese population. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 33(9), 989–996.
<https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>
- Freitas, S., Simões, M. R., Marôco, J., Alves, L., & Santana, I. (2012). Construct Validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 18(2), 242–250.
<https://doi.org/10.1017/S1355617711001573>
- Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, A., Alves da Silva, J., Caldas de Almeida, M., Fernandes, A., Raminhos, C., Ferri, C. P., Prina, A. M., Prince, M., & Xavier, M. (2017). The prevalence of dementia in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia Research Group study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 261.
<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0647-5>
- Grisso, T., Appelbaum, P. S., & Hill-Fotouhi, C. (1997). The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric Services (Washington, DC)*, 48(11), 1415–1419.
- Grisso, T., and Appelbaum, P. S. (1998). *MacArthur competence assessment tool for treatment (MacCAT-T)*. United States of America: Professional Resource Press.
- Hermann, H., Feuz, M., Trachsel, M., & Biller-Andorno, N. (2020). Decision-making capacity: from testing to evaluation. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23(2), 253–259. <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09930-6>
- Hirsch, O., Keller, H., Albohn-Kühne, C., Krones, T., & Donner-Banzhoff, N. (2011). Pitfalls in the statistical examination and interpretation of the correspondence between physician and patient satisfaction ratings and their relevance for shared decision making research. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1).
<https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-71>
- Hove, D. T., Jorgensen, T. D., & Van. (2025). How to Estimate Intraclass Correlation Coefficients for Interrater Reliability from Planned Incomplete Data. *Multivariate Behavioral Research*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/00273171.2025.2507745>

- Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Estatísticas demográficas 2023*. Instituto Nacional de Estadística. ISBN 978-989-25-0688-3.
- Karel, M. J., Gurrera, R. J., Hicken, B., & Moye, J. (2010). Reasoning in the capacity to make medical decisions: the consideration of values. *PubMed*, *21*(1), 58–71.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, *15*(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Lamont, S., Jeon, Y.-H., & Chiarella, M. (2013). Assessing Patient Capacity to Consent to treatment: an Integrative Review of Instruments and Tools. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(17-18), 2387–2403. <https://doi.org/10.1111/jocn.12215>
- Lewis, J., & Holm, S. (2022). Patient autonomy, clinical decision making, and the Phenomenological reduction. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *25*(4), 615–627. <https://doi.org/10.1007/s11019-022-10102-2>
- Martins, A. Q. (2010). *Estatística Aplicada com o SPSS*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3571.9282>
- Marson, D. C., Ingram, K. K., Cody, H. A., and Harrell, L. E. (1995). Assessing the competency of patients with Alzheimer's disease under different legal standards a prototype instrument. *Arch. Neurol.* *52*, 949–954. <https://doi.org/10.1001/archneur.1995.00540340029010>
- McCrae, R. R., Kurtz, J. E., Yamagata, S., & Terracciano, A. (2011). Internal consistency, retest reliability, and their implications for personality scale validity. *Personality and Social Psychology Review*, *15*(1), 28–50. <https://doi.org/10.1177/1088868310366253>
- McWilliams, A., Ariyo, K., David, A. S., & Owen, G. S. (2024). Mental capacity assessment in the multi-professional real world: a qualitative study of six areas of uncertainty. *Wellcome Open Research*, *9*, 221–221. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.20952.1>
- Moye, J., Karel, M. J., Edelstein, B., Hicken, B., Armesto, J. C., & Gurrera, R. J. (2007). Assessment of Capacity to Consent to Treatment. *Clinical Gerontologist*, *31*(3), 37–66. <https://doi.org/10.1080/07317110802072140>

- Moye, J., Karel, M. J., Edelstein, B., Hicken, B., Armesto, J. C., & Gurrera, R. J. (2007). Assessment of capacity to consent to treatment: Challenges, the “ACCT” approach, directions. *Clinical Gerontologist*, *31*(3), 37-66.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Osamor, P. E., & Grady, C. (2018). Autonomy and couples’ joint decision-making in healthcare. *BMC Medical Ethics*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0241-6>
- Osuji, P. I. (2017). Relational autonomy in informed consent (RAIC) as an ethics of care approach to the concept of informed consent. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *21*(1), 101–111. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9789-7>
- Okonkwo, O., Griffith, H. R., Belue, K., Lanza, S., Zamrini, E. Y., Harrell, L. E., Brockington, J. C., Clark, D., Raman, R., & Marson, D. C. (2007). Medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment. *Neurology*, *69*(15), 1528–1535. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000277639.90611.d9>
- Pais, R., Ruano, L., Moreira, C., Carvalho, O. P., & Barros, H. (2020). Prevalence and incidence of cognitive impairment in an elder Portuguese population (65–85 years old). *BMC Geriatrics*, *20*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01863-7>
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics*, *19*(1), 103–114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Palmer, B. W., & Harmell, A. L. (2016). Assessment of Healthcare Decision-making Capacity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *31*(6), 530–540. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw051>
- Parmigiani, G., Del Casale, A., Mandarelli, G., Barchielli, B., Kotzalidis, G. D., D’Antonio, F., Di Vita, A., De Lena, C., & Ferracuti, S. (2021). Decisional capacity to consent to treatment and research in patients affected by Mild Cognitive Impairment. A systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 529–542. <https://doi.org/10.1017/S1041610220004056>

- Peisah, C., Sorinmade, O. A., Mitchell, L., & Hertogh, C. M. P. M. (2013). Decisional capacity: toward an inclusionary approach. *International Psychogeriatrics / Ipa*, 25(10), 1571–1579. <https://doi.org/10.1017/S1041610213001014>
- Pennington, C., Davey, K., ter Meulen, R., Coulthard, E., & Kehoe, P. G. (2018). Tools for testing decision-making capacity in dementia. *Age and Ageing*, 47(6), 778–784. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy096>
- Pereira, I., & Yilmaz, M. (2025). *Over 65 and rising: Is the EU facing a demographic crisis?*. Euronews. <https://www.euronews.com/my-europe/2025/02/21/over-65-and-rising-is-the-eu-facing-a-demographic-crisis?>
- Plassman, B. L., & Potter, G. G. (2018). Epidemiology of dementia and mild cognitive impairment. *American Psychological Association EBooks*, 15–39. <https://doi.org/10.1037/0000076-002>
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & mental health*, 15(6), 742–748. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.562177>
- Santos, A. J., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T., & Dias, C. M. (2022). *Envelhecimento e Saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://www.insa.min-saude.pt>
- Seyfried, L., Ryan, K. A., & Kim, S. Y. H. (2013). Assessment of Decision-Making Capacity: Views and Experiences of Consultation Psychiatrists. *Psychosomatics*, 54(2), 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2012.08.001>
- Simões, M. R., Prieto, G., Pinho, M. S., & Firmino, H. (2015). Geriatric Depression Scale (GDS-30). In M. R. Simões, I. Santana & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escalas e Testes na Demência* (3.^a ed.; pp. 128-133) [Scales and Tests in Dementia, 3rd ed.]. Novartis.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Pinho, M. S., Vilar, M., Prieto, G., & Firmino, H. (2017). Escala de Depressão Geriátrica (GDS) [Geriatric Depression Scale (GDS)]. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. S. Almeida (Coords.), *Psicologia Clínica e da*

- Saúde: Instrumentos de Avaliação* [Clinical and Health Psychology: Assessment Instruments] (pp. 219-233). Factor.
- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2013). IAFAI, Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos. *Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*.
- Sousa, L. B., Vilar, M., Prieto, G., & Simões, M. R. (2017). Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI) In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. S. Almeida (Coords.), *Psicologia Clínica e da Saúde: Instrumentos de Avaliação* (pp. 235-249). Factor.
- Sturman, E. (2005). The capacity to consent to treatment and research: A review of standardized assessment tools. *Clinical Psychology Review, 25*(7), 954–974. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.010>
- Sullivan, K. A., Purser, K., Graham, K., & Parkinson, L. (2022). Public awareness of legal decision-making capacity and planning instruments in dementia: implications for health care practitioners. *Psychiatry, Psychology and Law, 30*(4), 565-578. <https://doi.org/10.1080/13218719.2022.2060364>
- Vellinga, A., Smit, J. H., van Leeuwen, E., van Tilburg, W., & Jonker, C. (2004). Instruments to assess decision-making capacity: an overview. *International Psychogeriatrics, 16*(4), 397–419. <https://doi.org/10.1017/s1041610204000808>
- de Werd, M. M. E., Hoelzenbein, A. C., Boelen, D. H. E., Rikkert, M. G. M. O., Hüell, M., Kessels, R. P. C., & Voigt-Radloff, S. (2016). Interrater Reliability and Concurrent Validity of a New Rating Scale to Assess the Performance of Everyday Life Tasks in Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementiasr, 31*(8), 605–611. <https://doi.org/10.1177/1533317516653468>
- World Health Organization (2025). *Population aging*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research, 17*(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Anexo Teórico

1. Evolução histórica da autonomia na prática médica

Historicamente, no Ocidente, o médico ocupava o papel central na tomada de decisões clínicas, sendo considerado a principal autoridade no processo terapêutico (Tham & Letendre, 2021). Até ao início do século XX, a medicina apresentava capacidades limitadas no tratamento de doenças crônicas ou incuráveis, o que reduzia o seu impacto efetivo na alteração do estado de saúde das pessoas (Tham & Letendre, 2021). Paradoxalmente, foi precisamente com o avanço exponencial da ciência e da prática clínica que surgiu a necessidade de incluir o paciente de forma mais ativa no processo de decisão, dando maior ênfase à transmissão de informação e à obtenção do consentimento informado (Tham & Letendre, 2021).

Nesse contexto, a doutrina do consentimento informado surgiu como resposta a esse novo paradigma. Inicialmente, centrava-se principalmente na comunicação de informações pelo médico, sem garantir a compreensão efetiva por parte do paciente (Childress & Childress, 2020). Embora a justificação ética e legal do consentimento sempre tenha enfatizado o respeito pela autonomia pessoal, o seu objetivo central passou a ser ir além da formalidade: assegurar que o paciente pudesse decidir de forma consciente e fundamentada, expressando valores e preferências pessoais (Childress & Childress, 2020; Steinberg, 2009). Este processo requer uma interação colaborativa, em que o médico compartilha conhecimento e experiência, e o paciente participa ativamente da decisão sobre o seu tratamento (Steinberg, 2009).

A consagração do *Código de Nuremberg* (1947) representou um marco fundamental, ao estabelecer a exigência do consentimento voluntário em investigações científicas, garantindo simultaneamente a informação adequada sobre riscos e potenciais danos (Sturman, 2005; Tham & Letendre, 2021). Este princípio abriu caminho para o desenvolvimento da bioética moderna, em que a obra de Beauchamp e Childress (1979) desempenhou um papel central, ao propor os quatro princípios da ética biomédica – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – como estrutura orientadora da prática clínica (Tham & Letendre, 2021).

A partir da segunda metade do século XX, o consentimento informado por escrito, consolidou-se como um pilar da prática médica, garantindo a partilha de informação e promovendo decisões conjuntas sobre a saúde (Pietrzvowski & Smilowska, 2021; Steinberg, 2009). Apesar do seu reconhecimento ético e legal, a obtenção de consentimento adequado continua a ser complexa, envolvendo discussões

detalhadas sobre a condição do paciente, opções terapêuticas, riscos, benefícios, desconforto associado a algumas intervenções e incertezas quanto ao resultado das mesmas (Pietrzvkowski & Smilowska, 2021). Entre as principais barreiras encontram-se a percepção subjetiva do paciente de estar bem informado e a confiança excessiva do médico na clareza da informação fornecida (Pietrzvkowski & Smilowska, 2021). Assim, o respeito pela autonomia pressupõe que o processo de consentimento permita decisões fundamentadas e conscientes (Pietrzvkowski & Smilowska, 2021).

O respeito pela autonomia do doente ganhou cada vez mais relevância, sendo não apenas valorizado no campo ético, mas também legitimado em termos jurídicos, como exemplifica a Lei de Autodeterminação do Doente (1990) (Tham & Letendre, 2021). Neste contexto, informar o paciente e garantir o seu consentimento passou a ser encarado como requisito essencial (Tham & Letendre, 2021). Contudo, em muitos casos, este processo reduzia-se a uma formalidade, sem proporcionar o suporte necessário para a tomada de decisões complexas (Tham & Letendre, 2021). Assim, embora o princípio da autonomia tenha reforçado os direitos individuais, também gerou novas tensões entre médicos e pacientes, especialmente quando se equilibram interesses éticos, clínicos e legais.

O conceito de autonomia assume um papel central na bioética e na prática clínica, sendo entendido como a capacidade do indivíduo de pensar, decidir e agir de acordo com os seus valores e crenças (Thalén et al., 2017). Esta noção está enraizada no princípio de que cada pessoa possui um valor intrínseco, devendo as suas escolhas ser respeitadas, mesmo quando possam parecer inadequadas, insensatas ou arriscadas aos olhos de terceiros (Steinberg, 2009). Assim, o consentimento para qualquer intervenção médica só é válido se for informado, voluntário e competente (Thalén et al., 2017).

2. A autonomia e a relação médico-doente

A obra de Gerald Dworkin (1988), *A Teoria e a Prática da Autonomia*, contribuiu para a reflexão sobre este conceito, definindo-o como autogoverno livre da interferência externa e de limitações que inibem escolhas significativas (Tham & Letendre, 2021). No plano clínico, esta perspetiva conduziu a uma transformação na comunicação médico-doente, onde o diálogo passou a ocupar um lugar central, promovendo uma participação mais ativa do paciente no processo de decisão (Tham & Letendre, 2021).

A literatura evidencia esta mudança: desde a necessidade de comunicar más notícias de forma humanizada, até ao equilíbrio entre a autoridade médica e as escolhas do doente, passando pela competência cultural como condição para cuidados de saúde adequados (Peisah et al., 2013; Tham & Letendre, 2021). O paradigma contemporâneo de cuidados centrados na pessoa reflete esta evolução, colocando a ênfase na participação ativa do paciente, no respeito pelas suas necessidades e preferências e na adaptação dos cuidados à sua perspectiva (Tham & Letendre, 2021). Além disso, a investigação na área da comunicação clínica tem demonstrado um duplo benefício: reforço da relação interpessoal e eficácia acrescida na prestação de cuidados de saúde, ao valorizar a dimensão humana das interações (Tham & Letendre, 2021).

Neste contexto, o consentimento informado assume um papel central, operacionalizando a autonomia ao permitir ao paciente decidir deliberadamente sobre o tratamento proposto (Pietrzvkowski & Smilowska, 2021). No entanto, a prática mostra que a autonomia é um conceito complexo, que envolve não apenas a capacidade de escolher, mas também a de implementar as próprias decisões (Tham & Letendre, 2021). Há situações em que as pessoas não conseguem exercer plenamente estas ações, exigindo a presença de substitutos, como familiares, representantes legais ou profissionais de saúde (Sturman, 2005; Tham & Letendre, 2021).

A antiga abordagem paternalista, centrada no máximo “o médico sabe mais”, foi progressivamente substituída por modelos que valorizam o diálogo e a partilha de decisões (Tham & Letendre, 2021). Contudo, este movimento não esteve isento de contradições. Por receio de influenciar excessivamente as escolhas dos pacientes, muitos médicos passaram a limitar-se a apresentar opções de forma neutra, omitindo recomendações baseadas na sua experiência clínica (Peisah et al., 2013). Essa atitude, embora bem-intencionada, resultou numa autonomia obrigatória, em que o doente ficava sem o aconselhamento necessário para enfrentar decisões difíceis (Peisah et al., 2013).

Assim, o verdadeiro desafio atual não é apenas reconhecer a autonomia do doente, mas também proporcionar apoio adequado, equilibrando informação, aconselhamento e respeito pelas preferências individuais (Peisah et al., 2013). Este apoio à decisão não implica impor a vontade de terceiros, mas sim orientar e criar condições para que o paciente possa chegar a uma decisão própria e com a qual se identifique, preservando a propriedade da escolha (Peisah et al., 2013). A colaboração entre médico e paciente, quando orientada por princípios éticos e comunicacionais

sólidos, constitui um elemento essencial para que a autonomia seja exercida de forma plena e responsável.

3. Capacidade de decisão em saúde

O debate bioético sobre a capacidade de decisão em saúde centra-se numa tensão fundamental entre dois componentes do princípio do respeito pelas pessoas (Palmer & Harmell, 2016). Por um lado, existe o dever ético de reconhecer os indivíduos como agentes autónomos, capazes de decidir sobre o que acontece ou não ao seu próprio corpo (Palmer & Harmell, 2016). Por outro, subsiste a obrigação de proteger aqueles cuja autonomia se encontra diminuída, prevenindo que sejam abandonados aos seus direitos sem uma salvaguarda adequada (John et al., 2020; Palmer & Harmell, 2016).

Neste contexto, a avaliação da capacidade de decisão está intimamente ligada ao consentimento informado, concebido para promover e salvaguardar a autonomia das pessoas (Boettger et al., 2016). A literatura distingue claramente entre competência e capacidade: a primeira refere-se a uma determinação legal mais abrangente sobre a aptidão de uma pessoa para gerir decisões relevantes (como finanças ou disposições patrimoniais), enquanto a segunda se aplica a decisões específicas no campo da saúde (Barstow et al., 2018; Darby & Dickerson, 2017).

Tradicionalmente, a avaliação da capacidade de consentimento envolve quatro critérios fundamentais: compreensão da informação fornecida, avaliação do modo como essa informação se aplica ao seu caso particular, raciocínio na ponderação das alternativas e uma escolha consistente ao longo do tempo (Boettger et al., 2016; Darby & Dickerson, 2017; Sjöstrand et al., 2015). Estes elementos traduzem-se na capacidade funcional do indivíduo para perceber os factos relevantes, reconhecer as opções disponíveis, avaliar as suas consequências e comunicar a decisão de forma clara (John et al., 2020).

A capacidade é um conceito específico do contexto e da decisão, avaliando-se sempre em relação a uma escolha concreta, num determinado momento e circunstância (Boettger et al., 2016). Consequentemente, uma pessoa pode ser considerada apta para decidir sobre procedimentos simples, como exames laboratoriais, mas incapaz de deliberar sobre intervenções médicas complexas ou sobre mudanças significativas no seu modo de vida (Boettger et al., 2016). Além disso, trata-se de um conceito de natureza limite ou bivalente, o que significa que o indivíduo é considerado capaz relativamente à decisão específica em análise (Boettger et al., 2016).

A perspetiva jurídica e bioética dominante defende que os adultos possuem o direito fundamental de tomar decisões que afetam a sua própria vida (Wong et al., 1999). Contudo, este direito só se concretiza plenamente quando a pessoa está devidamente informada, livre de pressão e em condições de exercer a sua capacidade de decisão (Wong et al., 1999). Assim, mais do que avaliar apenas os resultados de uma escolha, o foco está na capacidade cognitiva de compreender, avaliar e raciocinar sobre as opções disponíveis (John et al., 2020). A investigação contemporânea sublinha ainda que a tomada de decisão é um processo complexo, que envolve funções executivas, previsão de consequências e processos metacognitivos, o que torna a avaliação da capacidade uma tarefa multidimensional (Darby & Dickerson, 2017).

Os métodos atuais de avaliação da capacidade de consentimento em saúde focam-se sobretudo na forma como os indivíduos utilizam processos racionais para comparar riscos e benefícios das opções disponíveis (Karel et al., 2010). A capacidade de apresentar razões reconhecíveis para uma decisão é entendida como um indicador central da integridade do processo de decisão, mesmo quando o raciocínio não é inicialmente linear ou lógico (Karel et al., 2010). Assim, mais do que julgar o resultado final, avalia-se a racionalidade do processo de decisão.

A literatura tem consensualmente descrito quatro dimensões fundamentais para avaliar a capacidade de decisão: expressar uma escolha, compreender a informação, avaliar a situação e raciocinar sobre as opções (Barstow et al., 2018; Palmer & Harmell, 2016; Wong et al., 1999; Zhing & Karlawish, 2019). A primeira refere-se à possibilidade de comunicar uma decisão clara e consistente (Zhing & Karlawish, 2019). Embora seja o critério menos exigente, constitui um requisito básico (Wong et al., 1999). No entanto, a mera enunciação de uma escolha não garante, por si só, a proteção adequada a pessoas vulneráveis, já que dificuldades como ambivalência ou défices de memória podem comprometer a autenticidade dessa comunicação (Wong et al., 1999).

A segunda dimensão, compreensão, corresponde à capacidade de entender o significado da informação relevante sobre a condição de saúde, a natureza e os riscos do tratamento, bem como as suas alternativas, incluindo a ausência de intervenção (Palmer & Harmell, 2016). Este critério é considerado o menos controverso e o limiar de exigência é geralmente baixo, bastando que a pessoa consiga compreender a informação em termos gerais e numa linguagem acessível (Wong et al., 1999). A avaliação da compreensão deve ir além da repetição literal da informação, exigindo evidências de que o doente a assimilou de facto, por exemplo, ao reformulá-la com as suas próprias palavras (Palmer & Harmell, 2016).

A avaliação constitui a terceira dimensão e vai além da compreensão factual, exigindo que o indivíduo reconheça como a informação se aplica à sua situação pessoal (Wong et al., 1999). Isso implica aceitar a existência de uma condição médica e compreender as potenciais consequências das opções de tratamento (Zhing & Karlawish, 2019). As dificuldades nesta competência, frequentemente observadas em perturbações psiquiátricas, demência ou deficiência intelectual, são particularmente críticas quando o doente demonstra falta de *insight* ou recusa em reconhecer a própria doença (Wong et al., 1999).

Por fim, o raciocínio refere-se à capacidade de manipular a informação de forma lógica, comparando alternativas e avaliando consequências de acordo com os seus valores pessoais (Palmer & Harmell, 2016; Zhing & Karlawish, 2019). Mais uma vez, a ênfase recai no processo e não no conteúdo da decisão, o que se espera é que a escolha resulte de um processo minimamente estruturado de ponderação e não esteja gravemente comprometida pela doença ou incapacidade (Wong et al., 1999).

Importa destacar que o grau de complexidade exigido em cada dimensão está diretamente relacionado com a severidade da decisão em causa: quanto maior o risco de dano associado, mais elevados os padrões de capacidade requeridos (Zhing & Karlawish, 2019). Adicionalmente, tem ganho espaço o reconhecimento de que, mesmo quando um indivíduo não possui capacidade plena para consentir autonomamente, pode ainda manter aptidão suficiente para designar um representante de confiança que o auxilie nas decisões (Palmer & Harmell, 2016). Essa perspetiva alarga a compreensão tradicional do consentimento, aproximando-a das práticas quotidianas em que as pessoas consultam familiares ou amigos antes de tomar decisões relevantes (Palmer & Harmell, 2016).

Em contexto hospitalar, a avaliação da capacidade é frequentemente marcada por dilemas éticos, sobretudo em pessoas mais velhas, frágeis ou com demência, que insistem em decisões que podem representar riscos para si ou para terceiros (John et al., 2020). A restrição da autonomia só é justificável perante provas claras de que a decisão causará danos graves e irreparáveis (Barstow et al., 2018). Nestes casos, é essencial equilibrar o respeito pela autodeterminação com a proteção do indivíduo vulnerável, num processo multidimensional que exige discussão em equipa e não apenas decisão isolada do profissional (John et al., 2020).

Face ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças neurodegenerativas, cresce a procura de avaliações de capacidade, reforçando a necessidade de protocolos padronizados, formação clínica adequada e participação de

especialistas, de modo a assegurar processos éticos, consistentes e juridicamente sustentáveis (John et al., 2020).

4. Capacidade de decisão em pessoas mais velhas e com demência

A avaliação da capacidade de tomada de decisão torna-se particularmente complexa em populações idosas ou com demência (Boettger et al., 2016). Uma vez que, ao longo do curso de evolução da demência, possam estar afetadas funções cognitivas específicas — memória, linguagem, comportamento ou funções executivas — todos os tipos de demência podem comprometer a capacidade de decisão (Darby & Dickerson, 2017).

Apesar da demência leve ou moderada não impedir necessariamente decisões informadas sobre tratamentos, estudos indicam que a prevalência de incapacidade na de tomada de decisão é elevada, sobretudo quando se avaliam compreensão, raciocínio e avaliação da situação clínica (Boettger et al., 2016; Thalén et al., 2017). Correlações importantes foram observadas entre a capacidade de decisão e outras funções cognitivas, incluindo a recuperação verbal, conhecimento verbal, memória episódica, velocidade cognitiva e memória de trabalho (Thalén et al., 2017).

O envelhecimento também altera processos cognitivos, emocionais e motivacionais, com modificações especialmente evidentes no córtex pré-frontal, afetando a tomada de decisão (Tannou et al., 2019). Com o aumento global da população idosa, a avaliação da capacidade de decisão em saúde torna-se cada vez mais relevante, dada a maior prevalência de demência (Wood et al., 2020).

A evolução da medicina e farmacologia, que tem permitido um aumento da esperança de vida e a ampliação das opções de tratamento, reforça a importância de os profissionais de saúde determinarem se os pacientes têm competência para consentir tratamentos ou participar em investigações médicas (Schmand et al., 1999). Assim, a avaliação da capacidade de decisão em pessoas idosas não é apenas uma questão ética, mas também uma prioridade prática e legal, crucial para garantir escolhas informadas e protegidas em contextos de vulnerabilidade cognitiva (Schmand et al., 1999).

5. Avaliação prática da capacidade de avaliação e ferramentas psicométricas

Para os profissionais de saúde, a avaliação da capacidade para consentir é uma parte essencial, embora frequentemente implícita, de cada consulta (Barstow et al., 2018; Palmer & Harmell, 2016). O tratamento só pode ser prestado quando o doente ou um representante legalmente autorizado fornece consentimento informado válido (Palmer & Harmell, 2016). Na prática clínica, a capacidade do paciente é geralmente avaliada de forma informal, baseada no diálogo quotidiano (Barstow et al., 2018). Quando os quatro elementos da capacidade — compreensão, avaliação, raciocínio e expressão de uma escolha — estão presentes, presume-se que o doente possui competência decisória (Barstow et al., 2018). Contudo, a capacidade pode ser questionada se o diálogo for ilógico, se houver alterações abruptas no estado mental ou se o paciente recusar tratamentos claramente benéficos (Barstow et al., 2018).

Com o objetivo de tornar a avaliação mais sistemática, foram desenvolvidas diversas ferramentas, incluindo entrevistas estruturadas e vinhetas hipotéticas (Darby & Dickerson, 2017). Nestes métodos, são apresentados ao paciente cenários de problemas de saúde, permitindo avaliar a sua capacidade de compreender riscos e benefícios, aplicar essa informação à situação específica, escolher uma opção de tratamento e manter a consistência dessa escolha ao longo do tempo (Darby & Dickerson, 2017). Os testes neuropsicológicos clássicos, focados na memória, linguagem ou funções executivas, são importantes, mas insuficientes para a avaliação da capacidade de decisão, por isso, abordagens específicas de avaliação de processos de decisão são frequentemente recomendadas, sobretudo em pessoas com demência (Darby & Dickerson, 2017; John et al., 2020).

A avaliação da capacidade de decisão é complexa e dependente tanto das habilidades do profissional quanto da metodologia utilizada (John et al., 2020). A falta de uma abordagem padronizada preocupa os investigadores e clínicos, pois influencia a fiabilidade interavaliadores, a consistência teste-reteste e a validade preditiva dos instrumentos (Palmer & Harmell, 2016). A utilização de vinhetas padronizadas tem-se mostrado uma solução prática, válida e fiável, permitindo controlar fatores que, em situações reais, seriam difíceis de isolar, e aproximando-se de cenários clínicos reais sem expor o paciente a riscos éticos ou clínicos (Evans et al., 2015).

Embora metodologicamente úteis, as vinhetas não reproduzem exatamente a complexidade de situações reais (Vellinga et al., 2005). O desempenho do paciente

pode ser influenciado por fatores motivacionais ou emocionais, como ansiedade ou envolvimento pessoal com a decisão (Vellinga et al., 2005). Estudos indicam, por exemplo, que os pacientes compreendem melhor informações relacionadas com a sua doença do que cenários hipotéticos sobre patologias somáticas não pessoais, evidenciando a necessidade de interpretação cuidadosa dos resultados (Vellinga et al., 2005).

Historicamente, a literatura sobre avaliação da competência evoluiu de recomendações gerais até métodos estruturados, como o introduzido por Stanley et al. (1984), que utilizou vinhetas para investigar decisões clínicas, e posteriormente aplicadas a pessoas com *Alzheimer* por Sachs et al. (1994) e Marson et al. (1995). Estes estudos mostraram que, mesmo quando os padrões formais de competência não eram plenamente atendidos, as vinhetas forneciam informações valiosas sobre os valores e preferências dos indivíduos, reforçando o papel da avaliação estruturada na prática clínica (Schmand et al., 1999).

Em síntese, o aumento da procura por avaliações de capacidade acompanha o envelhecimento populacional e a crescente prevalência de demência (John et al., 2020). Apesar da variedade de instrumentos disponíveis, não existe ainda uma abordagem única padronizada, tornando essencial a formação clínica adequada, a atuação em equipa interdisciplinar e a utilização criteriosa de ferramentas como vinhetas para garantir decisões informadas, éticas e consistentes (John et al., 2020).

6. Fiabilidade Interavaliadores na avaliação da capacidade

Os estudos de fiabilidade interavaliadores têm como objetivo medir o grau de concordância entre diferentes avaliadores diante do mesmo fenómeno (Benomar et al., 2023). Em termos simples, procura-se investigar até que ponto diferentes profissionais, ao analisar a mesma situação, tendem a chegar a conclusões semelhantes (Benomar et al., 2023). A concordância traduz-se no nível em que os juízos são idênticos, refletindo a consistência da avaliação de uma mesma informação por avaliadores distintos (Mulsant et al., 2002).

Apesar da relevância desta abordagem, a fiabilidade das determinações não estruturadas, ou seja, quando a avaliação se baseia no juízo clínico, sem recurso a instrumentos psicométricos, continua a ser problemática (Palmer & Harmell, 2016). Estudos demonstraram que mesmo profissionais de saúde altamente qualificados enfrentam dificuldades na avaliação da capacidade de decisão, o que frequentemente resulta em divergências significativas e baixa fiabilidade interavaliadores (Palmer &

Harmell, 2016). Estes resultados reforçam a necessidade de metodologias estruturadas, bem como de instrumentos validados, para assegurar maior consistência e rigor nas avaliações clínicas.

7. Desafios na Avaliação da Capacidade e Implicações Éticas

A decisão de um profissional de saúde em considerar uma pessoa incompetente para prestar consentimento informado tem consequências profundas sobre a sua autonomia e livre-arbítrio (Sturman, 2005). Deficiências nesse processo podem comprometer seriamente a relação médico-paciente e, em alguns casos, originar litígios judiciais (Convie et al., 2020). A avaliação da capacidade de decisão constitui, assim, um campo particularmente sensível, uma vez que envolve riscos éticos, clínicos e legais relevantes (Gasparini et al., 2021).

Por um lado, o reconhecimento de incapacidade pode resultar numa restrição significativa dos direitos individuais, por outro, ignorar sinais de capacidade diminuída expõe não apenas a pessoa com demência, mas também terceiros, a riscos diversos, como acidentes domésticos, falhas em tarefas do cotidiano ou necessidade de apoio permanente (Gasparini et al., 2021). Nestes casos, eventuais reduções nos direitos devem ser sempre compensadas por uma avaliação orientada pelo princípio do “melhor interesse” da pessoa e da sua família, podendo incluir medidas de apoio, como a nomeação de um procurador legal (Gasparini et al., 2021).

A complexidade da avaliação da capacidade vai muito além de simples pontuações em testes cognitivos ou questionários (Gasparini et al., 2021). A inexistência de um *goldstandard* constitui um dos principais desafios atuais, exigindo uma abordagem interdisciplinar que integre contributos da ética, do direito, da neuropsicologia e da neurociência (Gasparini et al., 2021). Para além das funções cognitivas, é essencial considerar fatores emocionais, valores pessoais, experiências de vida e contexto social e financeiro, os quais influenciam de forma decisiva a tomada de decisões (Gasparini et al., 2021).

Referências

- Barstow, C., Shahan, B., & Roberts, M. H. (2018). *Evaluating Medical Decision-Making Capacity in Practice*. 98(1), 40–46.
- Benomar, A., Zarour, E., Létourneau-Guillon, L., & Raymond, J. (2023). Measuring interrater reliability. *Radiology*, 309(3), e230492.
- Boettger, S., Bergman, M., Jenewein, J., & Boettger, S. (2016). Advanced age and decisional capacity: The effect of age on the ability to make health care decisions. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.011>
- Childress, J. F., & Childress, M. D. (2020). What Does the Evolution From Informed Consent to Shared Decision Making Teach Us About Authority in Health Care? *AMA Journal of Ethics*, 22(5), E423-429. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.423>
- Convie, L. J., Carson, E., McCusker, D., McCain, R. S., McKinley, N., Campbell, W. J., Kirk, S. J., & Clarke, M. (2020). The patient and clinician experience of informed consent for surgery: a systematic review of the qualitative evidence. *BMC Medical Ethics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00501-6>
- Darby, R. R., & Dickerson, B. C. (2017). Dementia, Decision Making, and Capacity. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(6), 270–278. <https://doi.org/10.1097/hrp.000000000000163>
- Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., Stough, C. O., Canter, K. S., Robles, R., & Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 160–170. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.12.001>
- Gasparini, M., Moro, V., Amato, S., Vanacore, N., & Gambina, G. (2021). The evaluation of capacity in dementia: ethical constraints and best practice. A systematic review. *PubMed*, 57(3). https://doi.org/10.4415/ann_21_03_04
- John, S., Rowley, J., & Bartlett, K. (2020). Assessing patients decision-making capacity in the hospital setting: A literature review. *Australian Journal of Rural Health*, 28(2). <https://doi.org/10.1111/ajr.12592>

- Karel, M. J., Gurrera, R. J., Hicken, B., & Moye, J. (2010). *Reasoning in the Capacity to Make Medical Decisions: The Consideration of Values*. 21(1), 58–71. <https://doi.org/10.1086/jce201021110>
- Mulsant, B. H., Kastango, K. B., Rosen, J., Stone, R. A., Mazumdar, S., & Pollock, B. G. (2002). Interrater Reliability in Clinical Trials of Depressive Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1598–1600. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1598>
- Palmer, B. W., & Harmell, A. L. (2016). Assessment of Healthcare Decision-making Capacity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 530–540. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw051>
- Peisah, C., Sorinmade, O. A., Mitchell, L., & Hertogh, C. M. P. M. (2013). Decisional capacity: toward an inclusionary approach. *International Psychogeriatrics / Ipa*, 25(10), 1571–1579. <https://doi.org/10.1017/S1041610213001014>
- Pietrzykowski, T., & Smilowska, K. (2021). The reality of informed consent: empirical studies on patient comprehension—systematic review. *Trials*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04969-w>
- Schmand, B., Gouwenberg, B., Smit, J. H., & Jonker, C. (1999). Assessment of mental competency in community-dwelling elderly. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 13(2), 80-87.
- Sjöstrand, M., Karlsson, P., Sandman, L., Helgesson, G., Eriksson, S., & Juth, N. (2015). Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Medical Ethics*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0026-8>
- Steinberg, A. (2009). Disclosure of Information and Informed Consent: Ethical and Practical Considerations. *Journal of Child Neurology*, 24(12), 1568–1571. <https://doi.org/10.1177/0883073809337033>
- Sturman, E. (2005). The capacity to consent to treatment and research: A review of standardized assessment tools. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 954–974. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.010>

- Tannou, T., Koeberlé, S., Aubry, R., & Haffen, E. (2019). How does decisional capacity evolve with normal cognitive aging: systematic review of the literature. *European Geriatric Medicine*, 11. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00251-8>
- Thalén, L., Heimann Mühlenbock, K., Almkvist, O., Eriksson, M., Sundström, E., & Tallberg, I.-M. (2017). Do adapted vignettes improve medical decision-making capacity for individuals with Alzheimer's disease? *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(6), 497–503. <https://doi.org/10.1111/sjop.12401>
- Tham, J., & Letendre, M. C. (2021). Healthcare decision-making: Cross-cultural analysis of the shift from the autonomous to the relational self. In *Cross-Cultural and Religious Critiques of Informed Consent* (pp. 44-56). Routledge.
- Vellinga, A., Smit, J. H., Van Leeuwen, E., Van Tilburg, W., & Jonker, C. (2005). Decision-making capacity of elderly patients assessed through the vignette method: Imagination or reality? *Aging & Mental Health*, 9(1), 40–48. <https://doi.org/10.1080/13607860512331334059>
- Wong, J. G., Clare, I. C. H., Gunn, M. J., & Holland, A. J. (1999). Capacity to make health care decisions: its importance in clinical practice. *Psychological Medicine*, 29(2), 437–446. <https://doi.org/10.1017/S0033291798008113>
- Wood, S., Bally, K., Cabane, C., Fassbind, P., Jox, R. J., Leyhe, T., Monsch, A., & Trachsel, M. (2020). Decision-making capacity evaluations: the role of neuropsychological assessment from a multidisciplinary perspective. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01932-x>
- Zhong, R., Sisti, D. A., & Karlawish, J. H. (2019). A pragmatist's guide to the assessment of decision-making capacity. *The British Journal of Psychiatry*, 214(4), 183–185. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.17>