



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**JOSÉ MIGUEL SOUSA PEREIRA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA VERSÃO CURTA DA  
ESCALA DE ATITUDES DOS MÉDICOS PERANTE OS DIREITOS  
À INFORMAÇÃO E AO CONSENTIMENTO DOS DOENTES**

**ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL**

**ÁREA CIENTÍFICA: MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

**Trabalho realizado sob a orientação de:**

**PROFESSOR DOUTOR JOSÉ AUGUSTO SIMÕES**

**03/2018**

# Índice

Resumo .....	3
Abstract.....	4
Introdução.....	5
Metodologia.....	8
Construção da versão curta da Escala.....	8
Resultados.....	13
Discussão.....	16
Agradecimentos .....	19
Referências Bibliográficas.....	20
Anexo 1 .....	22
Anexo 2 .....	30
Anexo 3 .....	31

## Resumo

**Introdução:** O respeito pela dignidade do Homem é, desde há vários séculos, uma preocupação de inúmeras sociedades. O objetivo derradeiro do inquérito empírico é melhorar os cuidados de saúde. Embora muitos princípios da bioética tenham sido derivados de inquérito e reflexão filosófica, a pesquisa empírica é necessária como um bem essencial para avançar de forma bem fundamentada e bem informada.

**Objetivos:** construir e validar uma versão mais curta da escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento, elaborada por José Carlos Martins, uma escala tipo Likert com 31 itens e cinco possibilidades de resposta em cada item.

**Métodos:** Análise dos principais componentes da escala de José Carlos Martins e respetiva explicação da variância. Análise dos itens correspondentes aos componentes identificados e seleção das 17 questões da escala original que explicam cerca de 75% da variância. Comparação do alfa de Cronbach das duas escalas e, sendo o mesmo consistente, permitiu a aplicação dos dois questionários.

**Resultados:** Os questionários foram aplicados, em dois momentos distintos, a um grupo de 35 médicos, internos e especialistas, de Medicina Geral e Familiar do Núcleo de Formação da Bairrada. Apesar do coeficiente de correlação de Spearman mostrar uma forte associação entre as duas escalas, o alfa de Cronbach da versão curta da escala (17 itens) foi substancialmente inferior ao da escala original (31 itens).

**Discussão:** Apesar da comparação do alpha de Cronbach efetuado aquando do estudo de construção da versão curta ser favorável à mesma, verifica-se que o alpha de Cronbach encontrado no presente estudo não permite validar essa versão mais curta (17 itens) perante a escala original (31 itens), de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento, apesar de uma correlação significativa entre as duas escalas.

**Palavras-Chave:** Escalas, Atitudes, Informação, Consentimento Informado

## **Abstract**

**Introduction:** Respect for human dignity has, for several centuries, been a concern of countless societies. The ultimate goal of empirical survey is to improve health care. Although many principles of bioethics have been derived from inquiry and philosophical reflection, empirical research is needed as an essential tool for advancing in a structured and well-informed manner.

**Objectives:** To construct and validate a shorter version of the attitudes scale regarding the rights to information and consent, elaborated by José Carlos Martins, a Likert type scale with 31 items and five answer possibilities in each item.

**Methods:** Analysis of the main components from José Carlos Martins scale and its explanation of variance. Analysis of the items corresponding to the identified components and selection of 17 questions from the original scale that explain about 75% of the variance. Comparison of the Cronbach's alpha of the two scales who showed enough consistency to allow the application of both questionnaires.

**Results:** The questionnaires were applied in two different moments, to a group of 35 physicians, ranging from interns to specialists, of General and Family Medicine in Bairrada's training Center. Although Spearman's correlation coefficient showed a strong association between the two scales, Cronbach's alpha of the short version of the scale (17 items) was substantially lower than the original scale (31 items).

**Discussion:** Despite the comparison of Cronbach's alpha being favorable to the short version of the scale rather than the long one during the study that lead to its construction, we verified that the Cronbach's alpha found in the present study does not allow its validation when compared to the original scale (31 items) of attitudes towards patients rights to information and consent, despite a significant correlation between the two.

**Keywords:** Scales, Attitudes, Information, Informed Consent

## **Introdução**

O respeito pela dignidade do Homem é, desde há vários séculos, uma preocupação de inúmeras sociedades. Implica a valorização do homem não como um simples meio, mas sempre como um fim em si mesmo. Os princípios da dignidade humana baseiam-se na própria natureza da espécie, suportada pelos conceitos de racionalidade, liberdade e finalidade em si, fazendo do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na procura da realização de si próprio. Essa preocupação manifestou-se de formas diversas: religião, direito, pela política e pelo pensamento individual, entre outras. Após a segunda guerra mundial e especialmente pelo processo de Nuremberga, esta inquietação tomou proporções especiais no âmbito dos cuidados de saúde, culminando no Código de Nuremberga, e mais tarde, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948. Ambos evidenciam a necessidade de respeitar a autonomia da pessoa.[1]

Ética Normativa, em contexto de cuidados de saúde, descreve as diretrizes comportamentais dos profissionais de saúde quando acompanham pacientes.[2,3] De um ponto de vista ético, o doente não é apenas aquele que se sujeita à abordagem médica, mas também o seu principal interveniente, que após previamente informado, deve decidir de entre as opções que a ele próprio irão diretamente afetar.[4]

Exigir que os médicos forneçam informações fundamentadas sobre riscos e alternativas a um procedimento proposto podem ajudá-los a evitar seus próprios distúrbios de julgamento e de forma a harmonizar as suas próprias ideias e fundamentações com aquelas descritas na literatura. O intercâmbio de consentimento informado também pode ajudar a melhorar a tomada de decisão do médico, abrindo um diálogo com o paciente. Os pacientes podem possuir informações importantes para uma escolha de tratamento sobre a qual o médico pode ser alheio e que não será atempadamente a menos que o médico explique o procedimento proposto de forma coerente e detalhada. Os especialistas podem ter apenas conhecimentos superficiais sobre seus pacientes e um paciente pode ter informações importantes relacionados com alergias, ocupações e histórias médicas familiares que o especialista consideraria vital para a seleção do tratamento, mas que não seria revelado na ausência de um intercâmbio de consentimento informado.[5]

A autonomia, enquanto conceito, pressupõe a livre escolha do doente perante a aceitação ou recusa de uma intervenção, neste contexto médico, sobre si próprio, partindo do pressuposto que este possui informação suficiente para tomar a decisão. O doente pode e deve ter um papel ativo na participação dos seus cuidados de saúde.[6]

A prática baseada em valores também é complementar à ética, não fossem os princípios éticos, juntamente com a lei médica, um quadro de valores compartilhados, como são exemplos os "melhores interesses" e "confidencialidade"; A própria prática baseada em valores fornece suporte para uma abordagem equilibradas quando existem situações em que os valores da estrutura da própria estrutura médico-doente estão em conflito.[7]

A metodologia da ética médica mudou nas últimas duas décadas de um uso predominante de análises normativo-filosóficas para um envolvimento crescente de métodos empíricos.[8]

O objetivo derradeiro do inquérito empírico terá sempre valores progressistas e, neste contexto, o objetivo derradeiro será melhorar os cuidados de saúde. Embora muitos princípios da bioética tenham sido derivados de inquérito e reflexão filosófica, a pesquisa empírica é necessária como um bem essencial para avançar de forma bem fundamentada e bem informada. Claramente, reflexões filosóficas e estudos empíricos podem trabalhar em conjunto, em simbiose. Como com todos os aspetos da bioética, a contribuição de diferentes especialistas com diferentes competências, vivências e técnicas, muitas vezes produz os melhores resultados. A comunidade bioética deve abraçar as duas formas de investigação como abordagens válidas para o estabelecimento de normas éticas.[9]

Trata-se de um campo de ética aplicada, em que profissionais de saúde e as próprias entidades políticas são, cada vez mais, chamados a centrar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde na redução da incidência de conflitos éticos. O que pode ser quantificado por meio de testes e estudos empíricos, ou seja, investigação científica, também permite delinear e avaliar a eficácia de estratégias que incidam numa melhor gestão dos conflitos éticos. Aqui entra a pertinência de um conceito de “Ética preventiva” em que uma boa gestão preventiva é muito mais eficiente para evitar os conflitos éticos do que ter de lidar com eles enquanto problemas ativos. Isto remete responsabilidade para o próprio médico, para que o mesmo se torne competente em estudos empíricos de tomada de decisão clínica e aplique os seus resultados às questões que afetam os seus pacientes e suas famílias.[10]

No entanto, não existem protocolos universalmente aceites, e existe uma pluralidade de opiniões sobre a melhor abordagem em situações complexas em que existe um conflito entre diferentes princípios morais e, é talvez aqui que mais esforços devam ser dirigidos num contexto de bioética contemporânea.[11]

Este estudo tem como objetivo construir e validar uma versão mais curta da escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento, elaborada por José Carlos Martins,[12] uma escala tipo Likert com 31 itens e cinco possibilidades de resposta em cada item.

A escala original satisfaz os critérios de validade e de fidelidade apresentando no teste Alpha de Cronbach valores de consistência interna elevados: 0,549 na dimensão informação (19 itens), 0,629 na dimensão consentimento (12 itens) e 0,681 no global da escala (31 itens). Da sua aplicação a médicos de família[13] evidenciamos o facto de as atitudes dos médicos de família, relativamente aos referidos direitos, serem significativamente diferentes das atitudes dos doentes[14] e dos enfermeiros.[15] Salientamos ainda a diferença estatisticamente significativa quando comparadas as atitudes entre os médicos mais jovens e os mais idosos.[13]

## **Metodologia**

Através de estudo estatístico determinar as questões que explicam a maioria da variância da escala original e construir uma escala mais curta.

Aplicar as duas escalas, em momentos distintos, a uma amostra de médicos de MGF e fazer estudo analítico, comparando o Alpha de Cronbach das duas escalas.

## **Construção da versão curta da Escala**

O estudo estatístico inicial para determinar as questões que explicam a maioria da variância da escala original e selecionar os itens para construir uma escala mais curta foi feito a partir de uma avaliação baseada nas respostas dos 77 médicos de família do estudo de José Augusto Simões e José Carlos Martins publicado em 2014.[16]

A análise dos principais componentes e explicação da variância, assim como as associações com  $85,5 < 5$  da variância explicada e os valores de extração estão descritos na tabela I.

Os itens correspondentes aos componentes identificados vão referidos na tabela II.



<b>Table I</b>						
<b>Total Variance Explained</b>						
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,502	17,749	17,749	5,502	17,749	17,749
2	3,584	11,563	29,312	3,584	11,563	29,312
3	3,460	11,160	40,472	3,460	11,160	40,472
4	2,841	9,165	49,637	2,841	9,165	49,637
5	2,514	8,109	57,746	2,514	8,109	57,746
6	2,095	6,759	64,505	2,095	6,759	64,505
7	1,712	5,522	70,027	1,712	5,522	70,027
8	1,484	4,787	74,814	1,484	4,787	74,814
9	1,179	3,804	78,618	1,179	3,804	78,618
10	1,097	3,540	82,158	1,097	3,540	82,158
11	1,030	3,323	85,481	1,030	3,323	85,481
12	,893	2,880	88,361			
13	,590	1,905	90,266			
14	,584	1,883	92,149			
15	,486	1,569	93,718			
16	,431	1,392	95,109			
17	,324	1,044	96,154			
18	,265	,855	97,008			
19	,249	,802	97,811			
20	,189	,611	98,421			
21	,149	,482	98,904			
22	,108	,350	99,254			
23	,076	,246	99,499			
24	,044	,142	99,641			
25	,033	,105	99,747			
26	,029	,093	99,839			
27	,020	,065	99,904			
28	,017	,056	99,960			
29	,010	,034	99,993			
30	,002	,007	100,000			
31	1,197E-5	3,861E-5	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Table II****Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
VAR00024	,705										
VAR00009	,685										
VAR00025	,683										
VAR00011	,668										
VAR00015								,287			
VAR00007							,397				
VAR00010	,571										
VAR00028									,367		
VAR00002	,563										
VAR00014					,473						
VAR00003			,449								
VAR00019	,413										
VAR00017								,321			
VAR00005		,603									
VAR00029					,336						
VAR00020		,458									
VAR00012			,677								
VAR00016						,369					
VAR00021			,584								
VAR00018			,520								
VAR00030			,486								
VAR00023				,722							
VAR00027	,597										
VAR00004				-,308							
VAR00022					,604						
VAR00008					,515						
VAR00001						,677					
VAR00031									,343		
VAR00006				,468							
VAR00026								,484			
VAR00013								,385			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a.11 components extracted.

Foram selecionados 17 itens dos 31 da escala original, a partir dos 7 primeiros componentes, que explicam 74,8% da variância da escala original. Foram assim selecionadas as questões 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 18, 20, 21, 26, 27, 29 e 30 para a escala reduzida (tabela III).

<b>Table III</b>			
<b>Communalities</b>			
	Initial	Extraction	
VAR00001	1,000	,686	
VAR00002	1,000	,766	
VAR00003	1,000	,845	
VAR00005	1,000	,751	
VAR00006	1,000	,828	
VAR00008	1,000	,805	
VAR00009	1,000	,831	
VAR00011	1,000	,805	
VAR00012	1,000	,868	
VAR00014	1,000	,737	
VAR00018	1,000	,861	
VAR00020	1,000	,715	
VAR00021	1,000	,851	
VAR00026	1,000	,738	
VAR00027	1,000	,790	
VAR00029	1,000	,718	
VAR00030	1,000	,805	
Extraction Method: Principal Component Analysis.			

A partir dos dados das 77 respostas analisadas neste estudo estatístico e comparando o Alfa de Cronbach da escala de 31 itens com a de 17 itens (tabela IV), verifica-se que o mesmo é favorável à escala de 17 itens.

<b>Table IV</b>	
<b>Reliability Statistics</b>	
Cronbach alpha	N of Items
,345	31
,455	17

As duas escalas foram então aplicadas, em momentos distintos, a uma amostra de médicos de MGF (internos e especialistas, seus orientadores).

No início de uma reunião do Núcleo de Formação da Bairrada do Internato de Medicina Geral e Familiar da Região Centro foi aplicada a escala curta e no final da mesma reunião foi pedida a resposta à escala original. A reunião teve a duração de duas horas e meia, pelo que foi sensivelmente essa a diferença cronológica na aplicação das escalas. A reunião consistiu na apresentação de trabalhos de Internos e nenhum deles versou tema ligado à ética ou ao consentimento informado.

## Resultados

Responderam 35 médicos cuja caracterização se apresenta nas tabelas seguintes.

<b>Tabela V</b>					
<b>Sexo</b>					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Masculino	13	30,2	37,1	37,1
	Feminino	22	51,2	62,9	100,0
	Total	35	81,4	100,0	

<b>Tabela VI</b>					
<b>Grupo profissional</b>					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Especialista	14	32,6	40,0	40,0
	Interno	21	48,8	60,0	100,0
	Total	35	81,4	100,0	

<b>Tabela VII</b>					
<b>Grupo Etário</b>					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	< 30 anos	14	32,6	40,0	40,0
	30 a 39 anos	7	16,3	20,0	60,0
	40 a 49 anos	3	7,0	8,6	68,6
	50 a 59 anos	4	9,3	11,4	80,0

	> 59 anos	7	16,3	20,0	100,0
	Total	35	81,4	100,0	

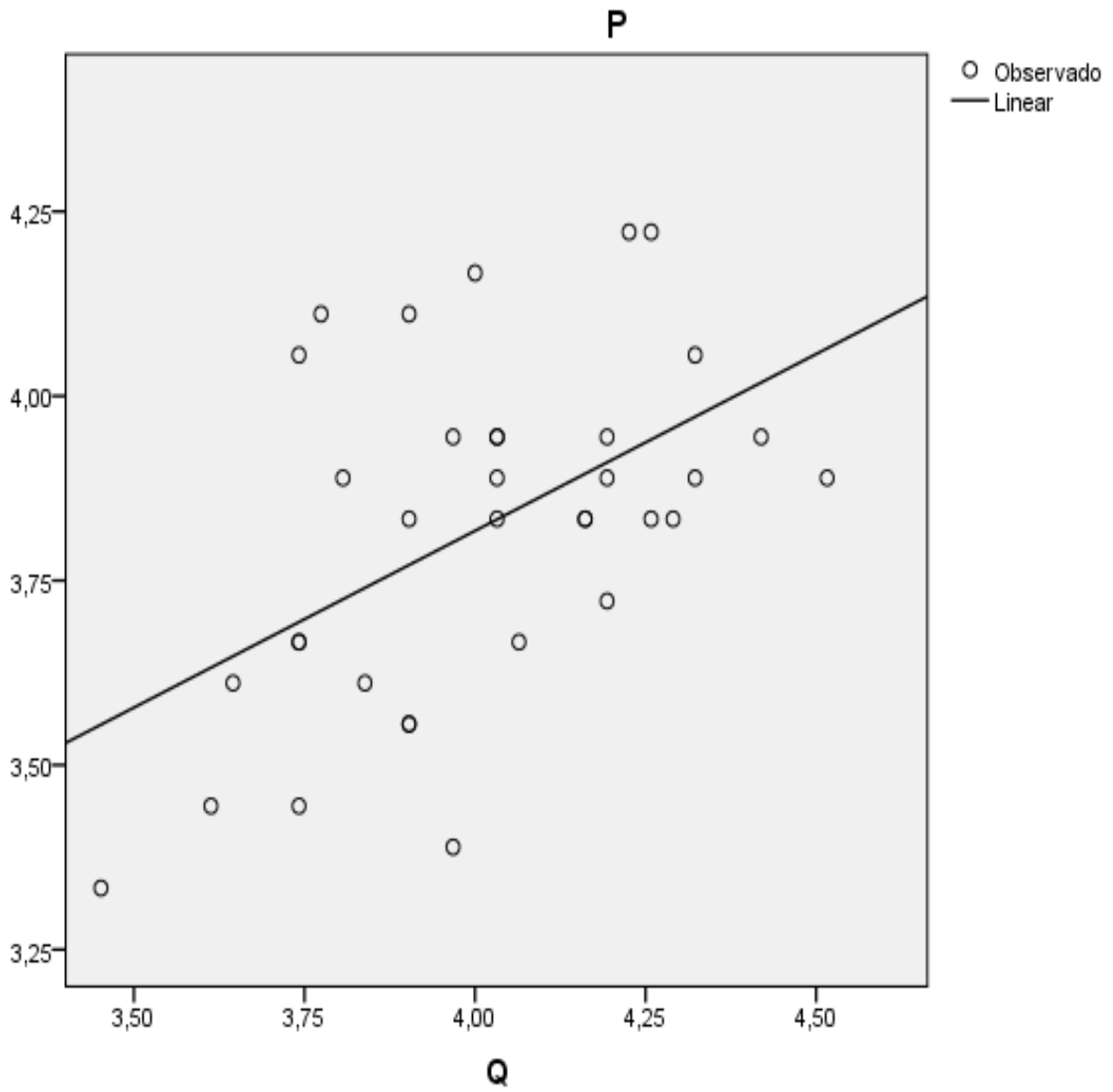
<b>Tabela VIII</b>		
<b>Estatísticas de confiabilidade</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,350	,576	17
,696	,773	31

Pela análise da tabela VIII verifica-se que o Alfa de Cronbach da escala original (31 itens) é superior ao da escala curta (17 itens).

No entanto, se correlacionarmos as duas escalas, sendo P a escala curta, e primeira a ser aplicada à amostra, e Q a escala original, verificamos pela correlação de Spearman que a correlação é significativa (tabela IX e Figura 1).

<b>Tabela IX</b>				
<b>Correlações</b>				
			P	Q
de Spearman	P	Coeficiente de Correlação	1,000	,454**
		Sig. (unilateral)	.	,003
		N	35	35
	Q	Coeficiente de Correlação	,454**	1,000
		Sig. (unilateral)	,003	.
		N	35	35

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (unilateral).



## Discussão

Apesar da comparação do alpha de Cronbach (Tabela IV) efetuado no estudo de construção da versão curta, efetuado com dados de investigação anterior publicada em 2014, ser favorável à mesma, verifica-se que o alpha de Cronbach encontrado no presente estudo não permite validar essa versão mais curta (17 itens) perante a escala original (31 itens), de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento, apesar de uma correlação significativa entre as duas escalas.

Relativamente aos dados aferidos, pelo alfa de Cronbach inicialmente obtido num estudo preliminar, podemos aferir que, caso a versão curta da escala tivesse sido aplicada à mesma amostra populacional dos estudos de José Carlos Martins[13], a sua consistência seria ainda mais elevada. No entanto, quando aplicada à amostra populacional anteriormente descrita, o mesmo não se verificou, existindo uma discrepância entre as respostas dadas pelos médicos ao formulário inicialmente aplicado, de 17 questões, e ao de 31. É então importante fazer uma análise introspectiva do porquê destas diferenças. Seria intuitivo pensar que, respondendo às mesmas questões num intervalo de tempo relativamente limitado, como o da duração de uma reunião do Núcleo de Formação da Bairrada, as respostas seriam sensivelmente as mesmas, pois a perspectiva dos médicos em relação às questões apresentadas não teria sofrido nenhuma alteração, perspectiva corroborada pelo facto da reunião que se interpôs entre a aplicação das duas escalas não ter abordado temáticas que pudessem levar os médicos inquiridos a alterar a sua visão sobre as atitudes perante os direitos à informação e consentimento dos doentes.

Tendo a reunião que antecedeu a entrega do segundo formulário tido uma duração de aproximadamente duas horas, não é de todo impensável que os médicos tenham preenchido o mesmo de uma forma mais apressada, ou a sua capacidade de concentração tivesse sido afetada ao longo desse período de tempo. Por outro lado, a amostra em si, com um número substancialmente inferior ao dos estudos de José Carlos Martins[13], poderá também ter tido um peso importante nos resultados finais.



Não tendo sido atingido o objetivo primário deste estudo, o de validar uma versão curta da “Escala de atitudes dos médicos perante os direitos à Informação e ao Consentimento”, o mesmo permitiu-nos mesmo assim testar uma metodologia para construção e validação de uma versão mais curta de uma escala pré-existente.

Será então relevante refletir sobre a importância da aplicação de Escalas e Questionários, assim como do estudo das atitudes dos médicos nas vertentes Informação e Consentimento, temas por vezes sujeitos a conflitos tanto éticos como legais.

Por um lado, é amplamente reconhecida a importância da utilização de escalas e questionários no estudo científico, como instrumento de uma metodologia empírica.[9] Independentemente da natureza do estudo, seja ele social, económico, familiar ou de qualquer outro âmbito, a pertinência da aplicação de questionários passa também pela facilidade com que interrogamos um maior número de pessoas, num espaço de tempo relativamente curto.[17] Seguindo esta linha de pensamento, se a aplicação de um questionário deve sempre seguir alguns princípios, como aplica-lo de forma coerente com o grau de habilitação da amostra populacional em estudo, devem-se também dirigir esforços para que a sua simplificação seja um princípio base na sua própria conceção, não só por uma questão de facilidade na sua interpretação, mas para que melhor esteja acomodado ao próprio inquirido e à sua disponibilidade, cativando a sua atenção e interesse de forma não saturante.[18] Este desinteresse poderá comprometer a fiabilidade das suas respostas e, conseqüentemente, do próprio estudo em si.[19] Factos nos quais se assenta a pertinência deste trabalho.

Relativamente à vertente Informação e Consentimento, é intuitivo que as decisões individuais não se assentam em reflexões individuais apenas, mas são uma consequência de interações psicossociológicas entre o próprio e aqueles que o rodeiam.[20] No âmbito da Medicina e do Consentimento Informado, esta ambivalência acarreta responsabilidades não só ao doente em questão, enquanto parte ativa da discussão e juiz final da mesma, mas também ao médico, enquanto veículo de informação que, muitas vezes, é transmitida de forma quase unilateral, dando-lhe assim um papel fundamental nesta interação.[21] Neste sentido, a autodeterminação individual torna-se, de certa forma, subjetiva, pelo que os próprios médicos devem reger-se por valores e princípios que estejam de acordo com os dogmas éticos e deontológicos da corrente de pensamento

atual, que os elevem e credibilizem para além da vertente científica, neste diálogo. No entanto, esta linha nem sempre é clara, particularmente quando vários princípios estão em conflito, e as opiniões sobre um mesmo caso podem divergir. É aqui que parece importante um estudo exaustivo relativamente às atitudes dos médicos perante estas conceptualizações, e avaliar o impacto que diferentes posições perante um mesmo assunto podem ter, não só numa perspetiva legal, que cada vez mais está intimamente ligada a este processo bivalente de transmissão de informação, como também a nível pessoal, tanto para o médico, como para o próprio doente, enquanto partes integrantes da corrente de pluralismo contemporâneo. [22]

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor José Augusto Simões, pelos ensinamentos, simpatia, paciência e constante disponibilidade.

Ao Professor José Carlos Martins, por ser o grande responsável pela construção deste caminho sobre o qual tentei caminhar pelos meus próprios pés.

A todos os médicos presentes na reunião do Núcleo de Formação da Bairrada, que permitiram construir a amostra populacional.

Aos meus familiares e amigos, que me permitiram chegar até aqui.

## Referências Bibliográficas

1. Martins JC. O direito do doente a informação: contextos, práticos, satisfação e ganhos em saúde. [dissertação de doutoramento]. Porto: Universidade do Porto; 2008. <http://hdl.handle.net/10216/7251>.
2. Pellegrino ED. Bioethics at century's turn: Can normative ethics be retrieved? *Journal of Medicine and Philosophy*, 2000; 25(6):655-675.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Seventh Edition New York: Oxford University Press. 2013.
4. Nogales-Gaete J, Vargas-Silva P, Vidal-Canas I. Clinical, ethical and legal issues on medical information to patients and relatives. *Revista Médica de Chile*. 2013; 141(9):1190-6.
5. Calado MG. A autonomia do doente em fim de vida e a satisfação com a informação. [dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2014. <http://hdl.handle.net/10400.14/15297>.
6. Lori B. Andrews J.D. Informed consent statutes and the decision making process. *Journal of Legal Medicine*. 1984; 5(2): 163-217. doi: 10.1080/01947648409513408.
7. Fulford KW, Dickenson D, Murray TH. Introduction. Many voices: human values in health care ethics. In: Fulford KW, Dickenson D, Murray TH, editors. *Health care ethics and human values: an introductory text with readings and case studies*. Oxford, UK: Blackwell. 2002. p. 1–19.
8. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. The birth of the empirical turn in bioethics. *Bioethics*. 2005; 19: 49-71. doi:10.1111/j.1467-8519.2005.00424.x.
9. Kon AA. The Role of Empirical Research in Bioethics, *The American Journal of Bioethics*. 2009; 9(6-7): 59-65, doi: 10.1080/15265160902874320.
10. Shelton W. The role of empirical data in bioethics. In: Jacoby L, Siminoff L. (editor). *Empirical methods for bioethics: A primer*. Oxford: Elsevier; 2008. p. 13-20
11. Gillon R. Defending 'the four principles' approach to biomedical ethics. *J Med Ethics*. 1995; 21(6):323-4.
12. Martins JC. Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: Percepções, atitudes e opiniões. *Revista Referência*. 2004; 12:15-26.

13. Simões JA, Martins JC. Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. *Revista Portuguesa de Bioética*. 2007; 3:315-330.
14. Martins JC. – Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 2003; 8:49—62.
15. Martins JC. Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: Perceções, atitudes e opiniões. *Revista Referência*. 2004; 12:15-26.
16. Simões JA, Martins JC. Atitudes éticas dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários perante os direitos que visam a autonomia do paciente. *Revista ADSO*. 2014; 4:34-42.
17. Glenn ND. Replications, significance tests and confidence in survey research. *Public Opinion Quarterly*. 1983; 47:261-269.
18. Denton JJ, Tsai CY, Chevrette P. Effects on survey responses of subjects, incentives and multiple mailings. *Journal of Experimental Education*. 1988; 56:77-82.
19. Adams L, Gale, D. Solving the quandary between questionnaire length and response rate in educational research. *Research in Higher Education*. 1982; 17:231-240.
20. Kant I. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Textos Filosóficos. Lisboa:Edições 70; 1995.
21. Nunes R. *Obrigações Profissionais e Regras de Conduta*. Olhar o Presente, Projectar o Futuro. *Direitos do Homem e Biomedicina*. Lisboa:Universidade Católica Editora. Lisboa; 2003.
22. Nunes R. Os Valores e a Sociedade Plural. In: *Dependências Individuais e Valores Sociais*. Colectânea Bioética Hoje n.º 7 (coordenação Rui Nunes). Coimbra:Gráfica de Coimbra; 2004.

## Anexo 1

### QUESTIONÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

#### “OS MÉDICOS DE FAMÍLIA PERANTE OS DIREITOS DOS DOENTES À INFORMAÇÃO E AO CONSENTIMENTO”

O meu nome é José Miguel Pereira, sou aluno do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e estou a realizar um estudo onde pretendo validar para médicos de família uma versão mais curta da Escala de atitudes perante os direitos dos doentes à informação e ao consentimento, elaborada por José Carlos Martins, sob a orientação do Prof. Doutor José Augusto Simões.

Nesse sentido, agradeço a sua colaboração ao aceitar o preenchimento agora do questionário curto e dentro de algumas horas do questionário longo, pedindo desde já desculpa pelo possível incómodo que lhe causo.

Este questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, destinando-se a ser tratados em conjunto. Esses dados serão utilizados apenas para fins de investigação e passíveis de publicação, no todo ou em partes, em revistas médicas ou de saúde.

A resposta a este questionário é facultativa e livre, sendo o seu preenchimento e devolução considerado como expressão de consentimento informado em participar na investigação.

Questionário A

Nº \_  
Não escrever  
neste espaço

**A. Sexo:**

1. - Sexo Masculino  2. - Sexo Feminino

A - [ ]

**B. Grupo Etário:**

1. < 30 anos  2. 30-39 anos  3. 40-49 anos  4. 40-59 anos  5. > 59 anos

B - [ ]

**C. Profissão:**

1. - Especialista  2. - Interno

C - [ ]

**D. Número de anos na Profissão:** \_\_\_\_\_

D - [ ]

**E. Unidade de Saúde onde trabalha habitualmente (o maior número de horas semanais):**

1. USF  2. UCSP  3. OUTRA

E - [ ]

Segue-se uma lista de afirmações, por favor, assinale com uma cruz (x) o grau de concordância, segundo a escala de 1 a 5, que melhor descreve a sua atitude perante cada uma.

**P1. Deve ser dito tudo ao doente sobre a sua doença.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever  
neste espaço

P1 - [ ]

**P2. Ao informar o doente, a linguagem deve preferir a clareza à precisão científica.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P2 - [ ]

**P3. Deve ser respeitado o possível desejo do doente de não ser informado.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3 - [ ]

**P5. Deve dizer-se ao doente o diagnóstico da sua doença.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5 - [ ]

**P6. A informação a transmitir ao doente deve limitar-se à resposta às suas dúvidas.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6 - [ ]

**P8. O doente deve ser informado sobre a gravidade da sua doença.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8 - [ ]

**P9. Ao doente deve ser dito tudo menos as partes mais desagradáveis da sua situação.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever neste espaço

P9 - [ ]

**P11. A família deve ser informada sobre a situação do doente se este recusar receber essa informação.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P11 - [ ]

**P12. Se o doente for ou estiver incapaz (estado de coma, doença mental, ...) a informação deve ser dada aos familiares.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P12 - [ ]

**P14. Deve ser aconselhado ao doente o tratamento que à luz dos conhecimentos atuais seja preferível, com as devidas justificações.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P14 - [ ]

**P18. Antes de qualquer exame, deve ser dito ao doente para que serve, os seus riscos e vantagens.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P18 - [ ]

**P20. O doente tem o direito de escolher o tratamento que mais se adequa a si próprio, ainda que a sua escolha não coincida com o tratamento cientificamente mais eficaz.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P20 - [ ]

**P21. O doente (adulto e capaz), é o único que pode autorizar que sejam realizados exames de diagnóstico e tratamentos sobre o seu corpo.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P21 - [ ]

**P26. O ato de consentir deve ser único e específico para cada exame ou tratamento a realizar.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P26 - [ ]

**P27. O ato de consentir necessita de ser sempre formalizado com a assinatura do doente.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P27 - [ ]



**P29. O ato de consentir pressupõe a ampla informação do doente.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever  
neste espaço  
P29 - [ ]

**P30. Se o doente é ou está incapaz (doença mental, coma, ...), é aos familiares que cabe consentir.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P30 - [ ]

Segue-se uma lista de afirmações, por favor, assinale com uma cruz (x) o grau de concordância, segundo a escala de 1 a 5, que melhor descreve a sua atitude perante cada uma.

**Q1. Deve ser dito tudo ao doente sobre a sua doença.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever neste espaço

Q1 - [ ]

**Q2. Ao informar o doente, a linguagem deve preferir a clareza à precisão científica.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2 - [ ]

**Q3. Deve ser respeitado o possível desejo do doente de não ser informado.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3 - [ ]

**Q4. Deve dizer-se ao doente como se pensa que a sua doença irá evoluir.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4 - [ ]

**Q5. Deve dizer-se ao doente o diagnóstico da sua doença.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q5 - [ ]

**Q6. A informação a transmitir ao doente deve limitar-se à resposta às suas dúvidas.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q6 - [ ]

**Q7. O doente deve ser informado sobre todos os tratamentos possíveis para a sua doença.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7 - [ ]

**Q8. O doente deve ser informado sobre a gravidade da sua doença.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q8 - [ ]

**Q9. Ao doente deve ser dito tudo menos as partes mais desagradáveis da sua situação.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q9 - [ ]

**Q10. A família do doente deve ser sempre informada e posta ao corrente da situação.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever neste espaço  
Q10 - [ ]

**Q11. A família deve ser informada sobre a situação do doente se este recusar receber essa informação.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q11 - [ ]

**Q12. Se o doente for ou estiver incapaz (estado de coma, doença mental, ...) a informação deve ser dada aos familiares.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q12 - [ ]

**Q13. Quando a doença é grave, o melhor é não dizer nada a ninguém.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q13 - [ ]

**Q14. Deve ser aconselhado ao doente o tratamento que à luz dos conhecimentos atuais seja preferível, com as devidas justificações.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q14 - [ ]

**Q15. Só devem ser transmitidas informações à família se o doente o desejar ou com a sua autorização.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q15 - [ ]

**Q16. O doente só deve ser informado sobre o tratamento preferível e não sobre os outros.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q16 - [ ]

**Q17. A informação deve ser exata, e para isso nada melhor que as palavras técnicas e científicas corretas, de forma a não deixar lugar para dúvidas.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q17 - [ ]

**Q18. Antes de qualquer exame, deve ser dito ao doente para que serve, os seus riscos e vantagens.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q18 - [ ]

**Q19. Quando a doença é grave, é preferível informar só a família.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever neste espaço  
Q19 - [ ]

**Q20. O doente tem o direito de escolher o tratamento que mais se adequa a si próprio, ainda que a sua escolha não coincida com o tratamento cientificamente mais eficaz.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q20 - [ ]

**Q21. O doente (adulto e capaz), é o único que pode autorizar que sejam realizados exames de diagnóstico e tratamentos sobre o seu corpo.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q21 - [ ]

**Q22. A família também pode autorizar sobre a realização de exames e tratamentos no doente (adulto e capaz).**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q22 - [ ]

**Q23. O médico é que decide o tratamento a efetuar, devendo o doente acatar a sua decisão.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q23 - [ ]

**Q24. Quando o doente recorre ao hospital aceita automaticamente todos os tratamentos necessário ao diagnóstico da sua doença.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q24 - [ ]

**Q25. Quando o doente recorre ao hospital aceita automaticamente todos os tratamentos necessários para curar ou controlar a sua doença.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q25 - [ ]

**Q26. O ato de consentir deve ser único e específico para cada exame ou tratamento a realizar.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q26 - [ ]

**Q27. O ato de consentir necessita de ser sempre formalizado com a assinatura do doente.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q27 - [ ]

**Q28. Quando existe uma relação de confiança entre o doente e os profissionais, a palavra é suficiente para consentir.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever neste espaço  
Q28 - [ ]

**Q29. O ato de consentir pressupõe a ampla informação do doente.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q29 - [ ]

**Q30. Se o doente é ou está incapaz (doença mental, coma, ...), é aos familiares que cabe consentir.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q30 - [ ]

**Q31. Para autorizar a realização de um exame ou tratamento não é necessário ter conhecimentos sobre ele.**

Discordo completamente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q31 - [ ]

## Anexo 2

22/03/2018

Gmail - Re: Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento - Tese de Mestrado



José Augusto Rodrigues Simões <jars58@gmail.com>

---

### Re: Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento - Tese de Mestrado

---

Jmartins@esenfc.pt <Jmartins@esenfc.pt>  
Para: Zé Pereira <zmspereira\_@live.com.pt>  
Cc: jars58@gmail.com

21 de março de 2018 às 15:22

Estimaso José Pereira,

Boa tarde.

Obrigado pelo seu interesse na escala e pelo contato. E começo por pedir desculpa pela demora na resposta. Estou fora da escola, de atestado, pelo que muita coisa vai "ficando para trás". Também porque nem sempre tenho a disposição necessária para consultar e responder ao correio eletrónico. Obrigado Jos? Augusto por lembrares.

É com todo o gosto que autorizo a utilização da escala no seu estudo e, penso, uma versão reduzida tem elevado potencial.

Disponham de mim no que eu puder ajudar.

Com as melhores saudações académicas,

José Carlos Martins

Citando "Zé Pereira" <zmspereira\_@live.com.pt>:

Bom dia, Professor José Carlos Martins!  
O meu nome é José Miguel Pereira, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Universidade de Coimbra, e venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar a escala elaborada pelo professor no âmbito da minha tese de mestrado, de construção e validação de uma versão curta da mesma. Estou a trabalhar com o Dr. José Augusto Simões, meu orientador de tese, que referiu que o Prof. Martins já estaria a par da elaboração deste trabalho, pelo que envio em anexo o projecto de tese e o questionário, para sua consideração.

De resto, votos de um feliz e próspero ano de 2018!  
Cumprimentos,

José Miguel Pereira

---

This message was sent using IMP, the Internet Messaging Program.

### **Anexo 3**

JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES, MD, PhD, declara que o presente estudo para Tese em Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com o título **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA VERSÃO CURTA DA ESCALA DE ATITUDES DOS MÉDICOS PERANTE OS DIREITOS À INFORMAÇÃO E AO CONSENTIMENTO DOS DOENTES”** da autoria de **JOSÉ MIGUEL PEREIRA**, cumpre as normas éticas pois trata-se de um estudo de caracterização temática na área curricular de MGF com anonimização dos participantes.

**Coimbra, 01 / 03 / 2018**



**José Augusto Rodrigues Simões**