U.PORTO

MESTRADO
CUIDADOS PALIATIVOS

Tradução, adaptação e validação de uma escala de atitudes em relação à morte medicamente assistida.

Lorena de Oliveira Meyer Nascimento

M

2025

FACULDADE DE **MEDICINA**

U.PORTO

MESTRADO
CUIDADOS PALIATIVOS

Tradução, adaptação e validação de uma escala de atitudes em relação à morte medicamente assistida.

Lorena de Oliveira Meyer Nascimento

M

2025

ORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA IVONE DUARTE
COORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA ANDREIA TEIXEIRA

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

“Antes uma vida curta por inteiro

Do que uma longevidade pela metade.”

- Ana Michelle Soares

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação representou uma etapa marcante do meu percurso académico e pessoal, e não teria sido possível sem o apoio, a orientação e a colaboração de várias pessoas e instituições, a quem expresso aqui o meu profundo agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Prof.ª Doutora Ivone Duarte, pela sua orientação científica rigorosa, incentivo crítico e por ter acreditado na relevância deste tema desde o início.

De igual modo, expresso a minha sincera gratidão à minha coorientadora, Prof.ª Doutora Andreia Teixeira, pelo acompanhamento atento, disponibilidade constante, sugestões pertinentes e apoio valioso ao longo de todo o processo. A sua perspetiva complementar enriqueceu significativamente a construção deste trabalho.

Agradeço também à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, pelo ambiente de aprendizagem e investigação proporcionado ao longo do mestrado.

Um imenso agradecimento a todos os profissionais de saúde que participaram neste estudo, médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros, pela generosidade com que partilharam o seu tempo, as suas opiniões e experiências num tema tão sensível e complexo como a morte medicamente assistida, em especial à Daniela Mota e ao Thiago Silveira. Sem a sua participação, este trabalho não teria sido possível.

À minha família e amigos, que estiveram ao meu lado com paciência, motivação e carinho ao longo deste processo, especialmente ao meu marido, Igor Ribeiro, e aos meus pais, Ivana Nascimento e Roberto Meyer, deixo o meu mais sincero obrigado. O vosso apoio emocional e encorajamento foram fundamentais nos momentos de maior exigência.

Por fim, agradeço ao meu Orientador de Formação do Internato Médico, Dr. João Fernandes, pelo apoio, compreensão e incentivo ao final desta etapa. A sua disponibilidade para me conceder tempo dedicado à elaboração desta dissertação, aliada à sua sensibilidade e respeito pelo equilíbrio entre a formação clínica e o percurso académico, foram fundamentais para a concretização deste trabalho. A sua postura humana teve um impacto significativo no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

RESUMO

Introdução: A morte medicamente assistida (MMA), que inclui a eutanásia e o suicídio medicamente assistido, tem vindo a ser progressivamente legalizada em vários países, incluindo Portugal. Este fenómeno levanta desafios significativos para os profissionais de cuidados paliativos, cujas práticas são tradicionalmente orientadas para o alívio do sofrimento sem intenção de abreviar ou prolongar a vida. Torna-se, por isso, essencial dispor de um instrumento válido em português para avaliar as atitudes dos profissionais de cuidados paliativos face à MMA e compreender fatores associados.

Objetivos: O objetivo principal deste estudo foi traduzir, adaptar culturalmente e validar o instrumento *Attitude Scales on Passive Euthanasia and Physician-Assisted Death* para a língua portuguesa (variante europeu). Como objetivos secundários, procurou-se: (1) explorar os fatores que influenciam as atitudes dos profissionais de saúde face à MMA; (2) aplicar e validar a versão adaptada da escala a uma amostra de profissionais de cuidados paliativos (CP) a exercer no Brasil; e (3) comparar as atitudes face à MMA entre profissionais de CP que exercem em Portugal e no Brasil.

Metodologia: Este estudo seguiu um desenho transversal, quantitativo e analítico em dois estudos complementares. Estudo I: tradução e adaptação da escala para a língua portuguesa (duas traduções independentes, reconciliação, retrotradução), pré-teste, aplicação *online* a profissionais de CP a exercer em Portugal, através da técnica "bola de neve", validação psicométrica por Análise de Componentes Principais e estudo de fiabilidade através da análise de consistência interna. Estudo II: aplicação *online* da escala a profissionais de CP a exercer no Brasil, validação da escala e comparação das atitudes face à MMA entre os profissionais de CP a exercer em Portugal e no Brasil. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da FMUP e a participação foi anónima e voluntária.

Resultados: A versão portuguesa da escala apresentou elevada equivalência semântica e conceptual e boa compreensibilidade quando aplicada a profissionais de saúde de CP a exercer em Portugal. A estrutura exploratória replicou os cinco fatores do instrumento original (*Global*, *Filosófico*, *Alternativo*, *Jurídico* e de *Retenção*) e a consistência interna de cada um dos fatores foi adequada. Optou-se por excluir o item 17 da análise, uma vez que a

exclusão deste item melhorava a consistência interna do seu fator. O fator *Retenção* apresentou o *score* médio mais elevado, seguido pelos fatores *Global*, *Filosófico*, *Alternativo* e *Jurídico*. Verificou-se correlação negativa entre a idade e os fatores *Global* e *Filosófico*, e, em relação ao sexo, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre o sexo feminino e o masculino no fator *Alternativo*. Profissionais mais jovens demonstraram atitudes mais favoráveis à MMA. Profissionais com mais de 10 anos de experiência mostraram menor média nos fatores *Global*, *Filosófico* e Retenção. Aqueles com mais de 10 anos de experiência revelaram menor abertura, possivelmente devido à consolidação de valores tradicionais dos cuidados paliativos. Quando aplicada à escala a profissionais de saúde de CP a exercer no Brasil, sustentou também a extração de cinco fatores. No entanto, a estrutura fatorial apresentou diferenças face à versão original e à portuguesa, sugerindo a necessidade de adaptação cultural específica para o Brasil. Nas atitudes face à MMA, observaram-se diferenças significativas no *score* total entre os profissionais a exercer em Portugal e os que exercem no Brasil (4,42 *vs* 4,32, respetivamente; p=0,028). Portugal apresentou médias mais elevadas na aceitação da eutanásia ativa e na recusa ou retirada de medidas de prolongamento da vida. No Brasil, registaram-se atitudes mais influenciadas por crenças religiosas e menor concordância com o suicídio medicamente assistido.

Conclusão: A versão em português europeu da escala mostrou-se adequada, válida e fiável para avaliar atitudes de profissionais de CP a exercer em Portugal, face à MMA. As atitudes variam consoante caraterísticas geracionais e de experiência profissional, e há diferenças estatisticamente significativas entre os contextos de Portugal e Brasil. Estudos futuros com amostras maiores e probabilísticas, bem como análises confirmatórias e investigações transculturais, são recomendados para robustecer a generalização e clarificar diferenças contextuais.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, eutanásia, suicídio assistido, escala de atitude, paliativistas.

ABSTRACT

Introduction: Medically assisted death (MAD), which includes euthanasia and physician-assisted suicide, has been progressively legalised in several countries, including Portugal. This phenomenon poses significant challenges for palliative care professionals, whose practices are traditionally guided by the relief of suffering without any intention to hasten or prolong life. It is therefore essential to have a valid instrument in Portuguese to assess palliative care professionals' attitudes towards MAD and to understand the associated factors.

Objectives: The main aim of this study was to translate, culturally adapt, and validate the *Attitude Scales on Passive Euthanasia and Physician-Assisted Death* into European Portuguese. The secondary objectives were to: (1) explore factors influencing healthcare professionals' attitudes towards MAD; (2) validate and apply the adapted scale to a sample of palliative care (PC) professionals practising in Brazil; and (3) compare attitudes towards MAD between PC professionals working in Portugal and Brazil.

Methods: This was a cross-sectional, quantitative and analytical study, conducted in two complementary stages. Study I involved the translation and cultural adaptation of the scale into Portuguese (two independent translations, reconciliation, back-translation), pre-testing, online application to PC professionals in Portugal via snowball sampling, psychometric validation through Principal Component Analysis, and reliability testing using internal consistency analysis. Study II consisted of the online application of the scale to PC professionals in Brazil, validation of the factor structure, and comparison of attitudes towards MAD between professionals in Portugal and Brazil. The study received ethical approval from the FMUP Ethics Committee, and participation was anonymous and voluntary.

Results: The Portuguese version of the scale demonstrated high semantic and conceptual equivalence and good comprehensibility when applied to palliative care professionals practising in Portugal. Exploratory analysis replicated the five original factors (Global, Philosophical, Alternative, Legal, and Retention), and the internal consistency for each factor was adequate. Item 17 was excluded from the analysis, as its removal improved the internal consistency of its respective factor. The Retention

factor had the highest average score, followed by the Global, Philosophical, Alternative, and Legal factors. A negative correlation was found between age and both the Global and Philosophical factors. Regarding sex, a statistically significant difference was observed in the Alternative factor between male and female participants. Younger professionals showed more favourable attitudes towards medically assisted death (MAD), whereas those with more than 10 years of experience had lower mean scores in the Global, Philosophical, and Retention factors. This reduced openness among more experienced professionals may be linked to a stronger adherence to traditional palliative care values. When the scale was applied to palliative care professionals in Brazil, the extraction of five factors was also supported. However, the factorial structure differed from the original and the Portuguese versions, indicating the need for cultural adaptation specific to the Brazilian context. Regarding attitudes towards MAD, significant differences were observed in the total scores between professionals practising in Portugal and Brazil (4.42 vs 4.32, respectively; $p = 0.028$). Portuguese professionals reported higher levels of acceptance regarding active euthanasia and the refusal or withdrawal of life-prolonging measures. In contrast, Brazilian professionals displayed attitudes more influenced by religious beliefs and showed lower agreement with physician-assisted suicide.

Conclusion: The European Portuguese scale version proved suitable, valid, and reliable for assessing PC professionals' attitudes towards MAD. Attitudes varied according to generational and professional experience factors, and statistically significant differences were found between the Portuguese and Brazilian contexts. Further studies with larger and probabilistic samples, confirmatory factor analysis, and cross-cultural investigations are recommended to enhance generalisability and clarify contextual differences.

Keywords: Palliative care, euthanasia, assisted suicide, attitude scale, palliative care professionals.

ÍNDICE

RESUMO vi

ABSTRACT viii

LISTA DE TABELAS xii

LISTA DE FIGURAS xiii

LISTA DE SIGLAS xiv

INTRODUÇÃO 15

CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 17

1.1. Os Cuidados Paliativos 17
2.1.1. Cuidados Paliativos na Europa 19
1.1.2. Cuidados Paliativos em Portugal 21
1.1.3. Cuidados Paliativos no Brasil 23

1.2. Morte Medicamente Assistida 25
1.2.1. Suicídio Assistido 26
1.2.2. Eutanásia 27
1.2.3. Morte Medicamente Assistida em Portugal 28
1.2.4. Morte Medicamente Assistida no Brasil 29

1.3. Morte Medicamente Assistida e Cuidados Paliativos 30

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA 33

2.1. Problemática e Objetivos 33
2.1.1. Objetivos do estudo 33

2.2. Desenho do Estudo e Métodos 33

2.3. Tipo de Estudo 36

2.4. População e Amostra do Estudo 36
2.4.1. Tamanho da amostra 37

2.5. Procedimento de Análise de Dados 37

2.6. Considerações Éticas 38

CAPÍTULO 3. RESULTADOS 39

3.1. Estudo I: Tradução e adaptação da escala para a língua portuguesa 39

3.2. Estudo I: Recolha de dados e validação da escala 39
3.2.1. Caraterização da amostra (n=91) 40
3.2.2. Validação da escala 40
3.2.3. Associação entre os fatores e as variáveis sociodemográficas 43

3.3. Estudo II: Atitudes face a MMA entre Portugueses e Brasileiros 44
3.3.1. Caraterização da amostra 44
3.3.2. Validação da escala 46
3.3.3. Atitudes face à morte medicamente assistida 46
3.3.4. Comparação entre os profissionais de CP a exercer no Brasil com os que exercem em Portugal 47

CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO 50

4.1. Processo de Tradução e Adaptação Cultural 50

4.2. Estrutura Fatorial e Propriedades Psicométricas 50

4.3. Fatores Associados às Atitudes face à MMA 51

4.4. Comparação Luso-Brasileira: Padrões Comuns e Especificidades Culturais 52
4.5. Limitações da Aplicação Transcultural 52
4.6. Implicações para a Prática e Investigação 53
4.7. Limitações do Estudo 53
4.7. 1. Limitações Metodológicas 53
4.7.2. Limitações Conceituais 54
4.8. Considerações Éticas e Profissionais 54
CONSIDERAÇÕES FINAIS 56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 58
APÊNDICES 62
APÊNDICE A. Instrumento de Avaliação 63
APÊNDICE B. Escala traduzida e adaptada 69
APÊNDICE C. Análise em Componentes Principais - amostra de profissionais de saúde de CP a exercer no Brasil 71
APÊNDICE D. Análise de fiabilidade - a amostra de profissionais de saúde de CP a exercer no Brasil 74
APÊNDICE E. Descrição das respostas, por item - amostra total. 75
APÊNDICE F. Descrição das respostas, por item – amostra de profissionais de saúde de CP a exercer no Brasil 76
APÊNDICE G. Descrição das respostas, por item – amostra de profissionais de saúde de CP a exercer em Portugal 78
ANEXOS 80
ANEXO A. Escala Original 81
ANEXO B. Parecer Comitê de Ética 82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resultados da Análise em Componentes Principais: cargas fatoriais após rotação varimax. 41
Tabela 2: Análise de consistência interna através do alpha de Cronbach, da correlação item total corrigida e da média da correlação inter-item. 42
Tabela 3: Associação entre os cinco fatores da escala e as variáveis sociodemográficas (n = 91). 43
Tabela 4: Caraterização da amostra no total (n = 215), caraterização da amostra por país (Brasil, n = 124 vs Portugal, n = 91) e comparação entre os dois países. 45
Tabela 5: Atitudes face à MMA (comparação entre os profissionais de saúde de CP a exercer nos dois países). 47
Tabela 6: Comparação dos fatores entre participantes a exercer em Portugal e participantes a exercer no Brasil. Os scores dos fatores foram calculados pela média aritmética dos respetivos itens. 49
Tabela 7. Resultados da Análise em Componentes Principais: cargas fatoriais após rotação varimax. 71
Tabela 8. Análise de consistência interna através do alpha de Cronbach, da correlação item total corrigida e da média da correlação inter-item. 74
Tabela 9. Descrição, por item, da escala sobre as atitudes face à MMA na amostra total (n = 215). 75
Tabela 10. Descrição, por item, da escala sobre as atitudes face à MMA na amostra dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, a exercer no Brasil (n = 124). 76
Tabela 11.Descrição, por item, da escala sobre as atitudes face à MMA na amostra dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, a exercer em Portugal (n = 91). 78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Políticas de Saúde relacionadas aos Cuidados Paliativos na Europa. 20

LISTA DE SIGLAS

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS - Direção Geral da Saúde

EACP - Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos

ECSCP- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP - Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

EMCP - Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos

MMA- Morte Medicamente Assistida

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAC - Plano Antecipado de Cuidado

PNCP- Política Nacional de Cuidados Paliativos

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SUS - Sistema Único de Saúde

UCP - Unidades de Cuidados Paliativos

UE- União Europeia

INTRODUÇÃO

A presente dissertação insere-se no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e tem como propósito contribuir para o aprofundamento da reflexão sobre os princípios e práticas que orientam esta área.

Os cuidados paliativos caraterizam-se pelos cuidados prestados ao indivíduo portador de uma doença ameaçadora da vida, principalmente em fase final, focados no conforto do paciente e melhoria de sua qualidade de vida, através de uma abordagem holística, que engloba as dimensões biopsicossocial e espiritual do indivíduo, sem adiar ou antecipar a sua morte.[1,2] Decisões de fim de vida respeitando a autonomia do paciente e familiares estão entre as responsabilidades do paliativista.[2] O principal pilar dos cuidados paliativos é o alívio do sofrimento do paciente e familiares durante todo o processo de adoecimento, fornecendo apoio emocional na tomada de decisões difíceis no final da vida.[1-4]

No entanto, o cenário das decisões no final da vida tem-se tornado mais complexo nas últimas décadas. A morte medicamente assistida (MMA), que inclui a eutanásia e o suicídio medicamente assistido, tem-se expandido no mundo nos últimos 20 anos de forma significativa.[2,3,5] A implementação dessas leis em um número crescente de países gera um desafio às equipes de cuidados paliativos.[2,3,4] A relação entre os cuidados paliativos e as práticas de morte medicamente assistida permanece controversa e torna-se um ponto importante a ser considerado e amplamente discutido, uma vez que pode afetar a prestação contínua de cuidados de pacientes em fim de vida.[3-6] Várias associações de cuidados paliativos em todo o mundo têm mantido o posicionamento de que as práticas dos cuidados paliativos devem ser mantidas completamente à parte das práticas de morte medicamente assistida. Por outro lado, em alguns países, como a Bélgica, a eutanásia está incorporada aos cuidados paliativos.[5,6,7]

Diante dos princípios básicos dos cuidados paliativos de oferecer alívio do sofrimento do paciente de forma holística, sem adiar ou acelerar a morte e do crescente número de países que já legalizaram ou estão em discussão sobre a legalização da morte medicamente assistida, incluindo Portugal, torna-se importante compreender as atitudes dos paliativistas em relação à morte medicamente assistida nas práticas dos cuidados paliativos.

Atualmente, não existe uma escala padronizada e validada, em língua portuguesa, que avalie de forma abrangente essas atitudes. A ausência de uma escala validada em língua portuguesa limita a capacidade de investigar sistematicamente as atitudes de profissionais

de cuidados paliativos face à MMA, restringindo a implementação de estratégias baseadas em evidência para formação e apoio clínico. Esta investigação propõe-se a colmatar essa lacuna, através da tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento *Attitude Scales on Passive Euthanasia and Physician-Assisted Death*[8], para a língua portuguesa.

O objetivo principal deste estudo é disponibilizar uma ferramenta fiável para avaliar as atitudes de profissionais de cuidados paliativos portugueses e brasileiros face à morte medicamente assistida, incluindo a eutanásia e o suicídio assistido, contribuindo para uma melhor compreensão do papel do paliativista na prestação de cuidados a pacientes que enfrentam decisões de fim de vida, com ênfase no apoio emocional e na qualidade dos cuidados prestados.

Esta dissertação está organizada em quatro capítulos. O enquadramento teórico apresenta a contextualização do tema, sustentada numa revisão da literatura científica. Seguem-se a exposição da problemática, a definição dos objetivos e a descrição da metodologia adotada. Posteriormente, são apresentados os principais resultados, que dão lugar à respetiva discussão e conclusões.

CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Os Cuidados Paliativos

Na década de 1960 nasceu o conceito moderno de cuidados paliativos, principalmente através do trabalho desenvolvido por Cicely Saunders no St. Christopher's Hospice em Londres. Saunders introduziu a ideia de "dor total", que englobava o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, e defendeu uma abordagem holística do cuidado. Isso lançou as bases para o movimento dos *hospices*, que inicialmente se concentrava em proporcionar conforto e dignidade aos doentes terminais, particularmente aqueles com cancro. Porém o termo "cuidados paliativos" em si, só foi criado mais tardiamente, em 1974, pelo Dr. Balfour Mount.[9] Com o tempo, os cuidados paliativos expandiram-se para além das suas origens para se tornarem uma especialidade médica mais ampla. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu formalmente os cuidados paliativos como componente essencial da atenção integral à saúde em 1990, legitimando ainda mais o seu papel na melhoria da qualidade de vida dos doentes com doenças graves.[10]

Os cuidados paliativos têm sofrido uma evolução significativa ao longo das últimas décadas, deixando de ser cuidados apenas de fim de vida para uma abordagem abrangente e interdisciplinar que aborda as necessidades dos doentes graves ao longo de toda a trajetória de doença. Nos últimos anos, os cuidados paliativos têm se afastado da sua conceção original, centrada nos *hospices*, para assumirem uma abordagem mais abrangente e integrada. Esta nova perspetiva defende a introdução precoce dos cuidados paliativos ao longo do percurso da doença, não apenas nas fases finais, com o propósito de promover a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias. A expansão deste conceito encontra suporte numa base robusta de evidência científica, nomeadamente proveniente de ensaios clínicos realizados no âmbito da oncologia, e tem sido amplamente validada e promovida por organizações de referência a nível nacional e internacional.[11,12]

Atualmente, os cuidados paliativos são amplamente reconhecidos como uma componente essencial da abordagem integral em saúde, sendo progressivamente integrados em especialidades como a oncologia, cardiologia e outras áreas clínicas. Esta evolução tem sido sustentada por evidência científica consistente que comprova os benefícios da introdução precoce dos cuidados paliativos, não só na melhoria dos resultados clínicos e do bem-estar dos doentes, mas também na racionalização dos recursos e na redução dos custos

associados aos cuidados de saúde.[11,12] Os cuidados paliativos deixaram de estar restritos a contextos institucionais, como os *hospices* ou unidades de internamento, passando a ser disponibilizados em ambulatórios, contextos comunitários e até plataformas de telessaúde. Esta diversificação dos ambientes de prestação tem contribuído para uma maior acessibilidade por parte de doentes com diferentes perfis e necessidades. [13,134]

A abordagem centrada no alívio do sofrimento em contextos de doença avançada é assegurada por equipas interdisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, capelães e outros profissionais de saúde. Esta forma de atuação colaborativa permite uma resposta abrangente às diversas dimensões das necessidades dos doentes e das suas famílias, físicas, emocionais, sociais e espirituais, promovendo uma atenção verdadeiramente holística.[14,15]

Apesar dos avanços na prestação de cuidados em contextos de doença avançada, continuam a verificar-se desigualdades significativas no acesso a serviços paliativos. Determinados grupos populacionais, nomeadamente minorias raciais e étnicas, enfrentam barreiras persistentes no acesso a este tipo de apoio, frequentemente relacionadas com determinantes estruturais, como o estatuto socioeconómico e a localização geográfica. Tais desigualdades refletem padrões sistémicos que comprometem a equidade na prestação de cuidados. Face a este cenário, tem-se vindo a reforçar o compromisso com a promoção da equidade no acesso aos cuidados paliativos, especialmente no que diz respeito a populações historicamente marginalizadas. Entre as estratégias emergentes destacam-se os modelos de intervenção culturalmente sensíveis e as iniciativas baseadas na comunidade, concebidas para diminuir essas assimetrias.[13-15]

O cuidado orientado para o alívio do sofrimento percorreu um caminho significativo desde as suas origens no movimento *hospice*, transformando-se numa área interdisciplinar e abrangente, focada nas múltiplas dimensões das necessidades de pessoas com condições de saúde complexas. Apesar dos avanços alcançados, persistem desafios importantes, nomeadamente as desigualdades no acesso, a escassez de profissionais qualificados e as barreiras de natureza cultural. O desenvolvimento desta área dependerá da implementação de modelos assistenciais inovadores, de uma maior articulação com os cuidados de saúde primários e da adoção de uma perspetiva de saúde pública que promova a equidade e a acessibilidade. Ao enfrentar tais obstáculos e acompanhando as tendências atuais, esta modalidade de cuidados tem o potencial de continuar a melhorar significativamente a qualidade de vida de doentes e das suas famílias a nível global.[14,15]

2.1.1. Cuidados Paliativos na Europa

Diversos países europeus têm vindo a desenvolver estratégias formais para a organização dos cuidados paliativos a nível nacional. Em 2015, foram identificados planos nacionais específicos em 12 Estados-Membros da União Europeia (43%) e em seis países não pertencentes à UE (33%). Adicionalmente, na altura, 13 países (28%) referiam estar em processo de elaboração ou finalização de planos nacionais de cuidados paliativos, sendo seis deles membros da União Europeia (21%) e sete países não pertencentes à UE (39%). A maior parte dos planos identificados foi desenvolvida após o ano de 2001, com um aumento expressivo do número de estratégias adotadas em torno de 2010.[15,16]

Nos últimos cinco anos, vinte e cinco países desenvolveram estratégias ou planos nacionais específicos para os Cuidados Paliativos (CP). Em cerca de vinte e um desses países, os planos nacionais foram acompanhados por legislação própria, decretos governamentais ou leis específicas sobre CP. Estes países incluem: Áustria, Dinamarca, França, Alemanha, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Macedónia do Norte, Noruega, Portugal, Roménia, Federação Russa, Eslováquia, Espanha e Suécia.[17]

Adicionalmente, alguns países encontram-se em fase de preparação de planos nacionais, como é o caso da Bélgica (região da Flandres), República Checa, Grécia, Polónia e Eslovénia. Por outro lado, diversos países optaram por incluir uma secção dedicada aos CP dentro de outros planos nacionais de saúde, como os referentes ao cancro, às doenças crónicas não transmissíveis ou ao VIH/SIDA, como na Albânia, Bulgária, Croácia, Suíça e outros.[17]

Atualmente, existem associações dedicadas aos cuidados paliativos em pelo menos trinta e nove países, sendo que alguns apresentam mais do que uma entidade representativa, estando Portugal entre eles.[17]

Para além dessas associações que englobam os cuidados paliativos gerais, destaca-se a presença de organizações especificamente para os cuidados paliativos pediátricos, em alguns países europeus, e a existência de sociedades de enfermagem em cuidados paliativos, incluindo Portugal.[17]

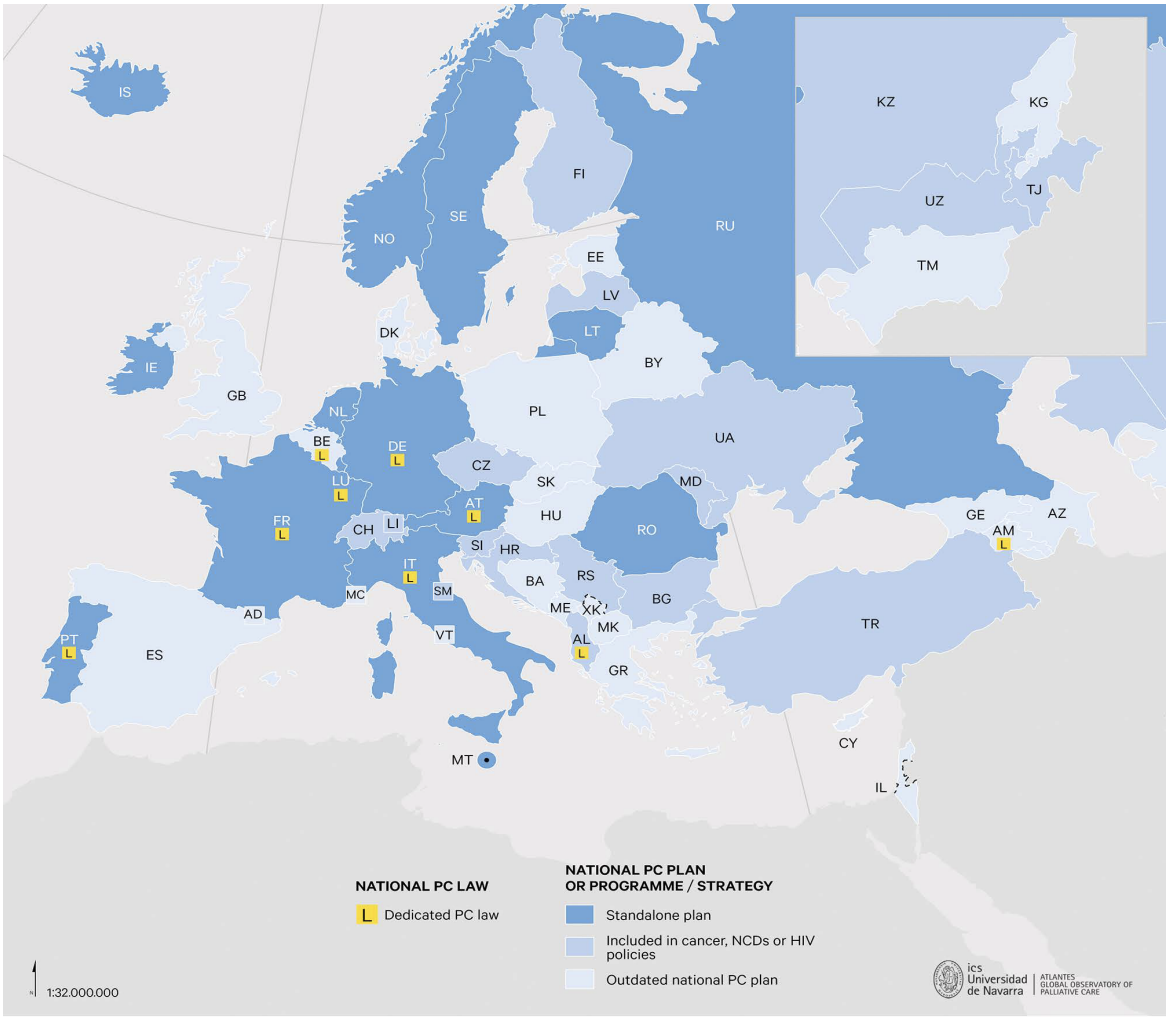
Na Europa, quinze países (da Europa Ocidental em sua maioria) já adotaram políticas ou orientações nacionais que regulam o Planeamento Antecipado de Cuidados (PAC), estando Portugal entre eles. Para além destes, outros oito países indicaram dispor de

legislação sobre testamentos vitais, e um número equivalente implementou normas relativas à decisão por representantes legais.[17]

O PAC permite que os indivíduos definam objetivos e preferências relativamente a tratamentos e cuidados médicos futuros, discutam essas preferências com os familiares e profissionais de saúde, e as registem e revisitem sempre que adequado. Um dos instrumentos legais mais utilizados neste âmbito é o Testamento Vital, documento no qual a pessoa expressa, de forma clara, os cuidados e intervenções que aceita ou recusa, caso venha a perder a capacidade de comunicação ou decisão.[17]

Apesar da existência de quadros legais e recomendações oficiais em muitos países, a aplicação efetiva do PAC permanece desigual em toda a região europeia.[17]

Figura 1: Políticas de Saúde relacionadas aos Cuidados Paliativos na Europa.



Fonte: EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025.

1.1.2. Cuidados Paliativos em Portugal

No contexto nacional, destaca-se a existência de um Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental, referente ao biénio 2023-2024, que define as principais orientações para a implementação e consolidação desta resposta em saúde. Este plano tem como objetivo assegurar uma atuação integrada, equitativa e humanizada na prestação de cuidados a pessoas com doença avançada ou em fim de vida.[18]

Os cuidados paliativos têm a sua origem no país em 1992 no Hospital do Fundão, com a criação da Unidade da Dor. Após dois anos surge a primeira Unidade de Cuidados Paliativos no Instituto Português de Oncologia do Porto, e no ano seguinte foi fundada a Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Em 1996, é criada a primeira equipa de cuidados paliativos domiciliários do país.[19] Mais tardiamente, em 2003, a Direção Geral da Saúde (DGS) instituiu a "Dor como o 5º Sinal Vital" (Circular Normativa n.º 09/DGCG).[20]

Em 2006, o Decreto-Lei n.º 101/2006 veio estabelecer a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), incluindo os cuidados paliativos no seu âmbito de atuação. Neste contexto, foram constituídas as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), as Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).[21]

Os despachos n.º 10279 e 10280, de 2008, definiram as condições de comparticipação de medicamentos opióides essenciais no tratamento da dor, promovendo assim a equidade no acesso à terapêutica analgésica.[22]

No ano de 2012, foi publicada a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que regulamenta as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), vulgarmente conhecidas como "testamento vital", permitindo aos cidadãos declarar previamente as suas preferências quanto aos cuidados de saúde em situações de incapacidade. [23]

Ainda em 2012, a Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, conhecida como Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, formalizou a criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), consagrando o direito de acesso aos cuidados paliativos, atribuindo ao Estado a responsabilidade pela sua organização e prestação. Esta legislação definiu a RNCP como estrutura sob tutela do Ministério da Saúde, com coordenação assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, por intermédio dos respetivos coordenadores regionais.[16,24]

A RNCP é composta por diferentes tipos de equipas: as EIHSCP, que oferecem apoio técnico e acompanhamento diferenciado em contexto hospitalar a outros profissionais e a doentes com doença avançada e prognóstico limitado; as ECSCP, que prestam cuidados domiciliários a doentes em fase avançada de doença e suporte aos cuidadores informais, além de colaborarem com as unidades de cuidados de saúde primários e com a rede de cuidados continuados; e as UCP, que se destinam ao internamento de doentes em situação clínica complexa que requerem cuidados paliativos especializados e de caráter multidisciplinar, incluindo situações de sobrecarga do cuidador.[24,25]

Adicionalmente, a Lei n.º 31/2018 reforça os direitos das pessoas em situação de doença avançada e em fim de vida, contribuindo para a salvaguarda da dignidade e do bem-estar dos utentes nestas fases críticas do ciclo de vida. Complementa-se este quadro normativo com o Decreto-Lei n.º 253/2009, que aprova o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde, reconhecendo a dimensão espiritual como parte integrante do cuidado integral.[17]

Para além da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e da Associação de Enfermagem em Cuidados Continuados e Paliativos, existe em Portugal um conjunto significativo de organizações que se dedicam à promoção dos cuidados paliativos. Entre estas, destacam-se iniciativas da sociedade civil com atuação relevante em diferentes áreas clínicas e sociais. Estas organizações desempenham um papel fundamental na defesa dos direitos dos doentes em situação de fragilidade, promovendo não só o acesso a cuidados especializados como também o suporte psicossocial, o acompanhamento das famílias e a conscientização pública sobre as necessidades emergentes no contexto dos cuidados paliativos.[17]

Apesar dos avanços normativos e estratégicos, observa-se uma lacuna relevante ao nível da monitorização e avaliação da qualidade dos serviços prestados. Embora o plano estratégico contemple um conjunto de indicadores de qualidade específicos para os cuidados paliativos, estes nunca foram implementados. Tal omissão compromete a eficácia do planeamento, dificulta a identificação de áreas de melhoria e limita o desenvolvimento sustentado da prestação de cuidados paliativos em Portugal.[17]

Portugal tem demonstrado um compromisso claro com o desenvolvimento de políticas estruturadas na área da atenção paliativa, refletido na existência de um plano estratégico nacional e de um enquadramento legal próprio, porém persistem desafios consideráveis que comprometem a plena efetividade dessas medidas. As elevadas taxas de

mortalidade hospitalar e a insuficiente formação dos profissionais de saúde evidenciam fragilidades que exigem atenção continuada. A comparação com outros contextos europeus e internacionais reforça a urgência de expandir o acesso aos cuidados de base comunitária, de rever os modelos de financiamento e de intensificar a cooperação transnacional. Superar estes entraves será essencial para que Portugal consolide os seus avanços e assegure cuidados paliativos acessíveis, equitativos e de elevada qualidade para todas as pessoas que deles necessitam.[17,18]

1.1.3. Cuidados Paliativos no Brasil

Nos últimos anos, a oferta de cuidados paliativos no Brasil tem passado por um processo de consolidação normativa e institucional. Um marco fundamental foi a publicação da Portaria GM/MS n.º 3.681/2024, que instituiu a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) e estabeleceu diretrizes para a sua implementação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Este instrumento normativo definiu princípios, objectivos, critérios de habilitação e financiamento, bem como a composição e carga horária mínima exigida para as Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos (EMCP) e as Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos (EACP). A PNCP prevê a integração dos cuidados paliativos em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com destaque para o reforço da atenção primária à saúde enquanto coordenadora do cuidado, e incentiva o uso da telessaúde e do matriciamento como estratégias para capilarização da oferta em territórios com cobertura fragilizada.[26]

Embora este avanço represente uma viragem significativa face ao cenário anterior, caracterizado por ações fragmentadas e desiguais, persistem desafios estruturais devido a elevada desigualdade territorial na distribuição dos serviços de referência, com concentração marcada nas regiões Sudeste e Sul, e ausência significativa nas regiões Norte e em macrorregiões interioranas. Esta concentração revela lacunas históricas na cobertura assistencial, muitas vezes agravadas pela falta de infraestrutura, de profissionais capacitados e de mecanismos adequados de financiamento e regulação.[27]

A estrutura normativa atual estabelece dois modelos organizacionais complementares: as EMCP, com papel de apoio técnico e regional, nomeadamente por meio de telessaúde e formação continuada; e as EACP, localizadas em estabelecimentos municipais e vinculadas a parâmetros populacionais e assistenciais para efeito de habilitação. Estas equipas devem actuar em diferentes pontos da rede, nomeadamente na atenção

primária, no domicílio (através do Programa Melhor em Casa), em ambulatórios especializados e unidades hospitalares. A portaria também detalha os fluxos e critérios regulatórios para organização da oferta, financiamento e avaliação dos serviços.[28]

Outro eixo crítico abordado na PNCP diz respeito à formação profissional. A inclusão de requisitos mínimos de educação permanente e capacitação formal como critério obrigatório para a homologação das equipas reflete o reconhecimento da insuficiência histórica da formação em cuidados paliativos nos cursos de graduação em saúde, especialmente em medicina. A portaria estabelece cargas horárias mínimas (entre 180 e 360 horas) para formação dos profissionais, podendo ser cumpridas através de cursos presenciais e módulos disponibilizados em plataformas.[27,28]

No contexto do SUS, a carência de estratégias robustas de educação continuada e de instrumentos de apoio técnico representa uma limitação relevante. Para enfrentar este problema, a PNCP recomenda a expansão da teleducação, bem como o fortalecimento de estratégias regionais de capacitação em serviço, especialmente nas regiões com vazios assistenciais.[27,28]

Além das fragilidades na formação e na cobertura territorial, o Brasil enfrenta barreiras relevantes ao acesso a medicamentos essenciais, sobretudo os opioides utilizados para controlo de sintomas no final da vida. O consumo de analgésicos opioides no país está muito abaixo das necessidades estimadas, refletindo não apenas obstáculos logísticos e regulatórios, mas também barreiras culturais e estigmas associados ao seu uso.[27,28]

Adicionalmente, verifica-se a ausência de sistemas de informação padronizados para registo e monitorização dos cuidados paliativos no SUS, o que dificulta a produção de indicadores fiáveis e a avaliação da qualidade e extensão da oferta. Esta lacuna compromete o planeamento e a tomada de decisão baseada em evidência.[27,28]

Apesar destes desafios persistentes, o período de 2020 a 2025 tem sido marcado por avanços normativos e operacionais importantes. A edição da PNCP e o início da habilitação de equipas matriciais e assistenciais em 2025 constituem uma transição concreta das normas para a prática, incluindo investimentos anunciados pelo Ministério da Saúde para a cobertura gradual por macrorregiões até 2026. Estes avanços revelam um esforço de regionalização e institucionalização dos cuidados paliativos, com vista a garantir maior equidade na oferta e melhor capacidade de resposta da rede de saúde.[28]

1.2. Morte Medicamente Assistida

A morte medicamente assistida tem uma trajetória histórica longa e complexa, marcada por mudanças nas visões sociais, religiosas, jurídicas e clínicas em torno do fim da vida. Desde a Antiguidade até aos dias de hoje, os entendimentos sobre o papel do profissional de saúde perante o sofrimento incurável e a autonomia do doente evoluíram significativamente.[9,29]

Na Grécia Antiga, é sabido que alguns médicos aceleravam intencionalmente a morte de doentes em estado terminal, como parte da sua prática médica. O próprio Juramento de Hipócrates, frequentemente interpretado como um manifesto contra a eutanásia, não condenava de forma inequívoca todas as formas de auxílio à morte, sublinhando antes a importância de "não causar dano", um princípio que se prestava a múltiplas interpretações consoante o contexto.[29]

Durante a Idade Média, a visão cristã da vida como um dom sagrado contribuiu para a rejeição generalizada da eutanásia e do suicídio assistido. A Igreja Católica, em particular, defendeu a inviolabilidade da vida humana, condenando qualquer forma de antecipação deliberada da morte, ideia esta que se manteve ao longo de vários séculos e continua, em muitos contextos, a moldar o enquadramento ético e legal do tema.[9,29]

No século XIX, os debates modernos começaram a ganhar força, com discussões emergentes no Reino Unido e nos Estados Unidos sobre a moralidade e legalidade da morte medicamente assistida. No entanto, propostas legislativas introduzidas nesse período foram sistematicamente rejeitadas, refletindo ainda uma sociedade pouco aberta à institucionalização dessas práticas. [9,29,30]

A segunda metade do século XX marcou uma mudança decisiva. Em 1942, a Suíça descriminalizou o suicídio assistido, tornando-se o primeiro país a permitir legalmente esse tipo de assistência. No início dos anos 2000, os Países Baixos e a Bélgica aprovaram legislações pioneiras que legalizaram a eutanásia, estabelecendo condições rigorosas para a sua aplicação, incluindo o consentimento voluntário e o sofrimento intolerável do doente. Em 1997, o estado norte-americano do Oregon tornou-se o primeiro nos EUA a legalizar o suicídio medicamente assistido, por via do *Death with Dignity Act*, aprovado em referendo.[28,29,30]

Desde então tem-se assistido a uma aceleração da aceitação legal destas práticas em diferentes regiões do mundo, no século atual. O Canadá legalizou a morte medicamente assistida através do programa *Medical Assistance in Dying* (MAiD); a Colômbia, o

Luxemburgo, a Espanha e a Nova Zelândia seguiram caminhos semelhantes. Nos Estados Unidos, outros estados, como Califórnia, Vermont e Washington, adoptaram legislação inspirada no modelo do Oregon.[28,29]

Atualmente são onze os países com alguma das formas de morte medicamente assistida permitida: Países Baixos (2001), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Suíça (1942), Espanha (2021), Alemanha (2021), Canadá (2016), Estados Unidos (nomeadamente Oregon em 1997, Washington e Montana em 2009, Vermont em 2013 e Califórnia em 2015), Colômbia (2015), Austrália (2017) e Nova Zelândia (2021).[4,37,38,39] No dia 25 de maio de 2023, foi publicada no Diário Oficial de Portugal a lei que despenaliza a eutanásia no país.[6] Ainda há diversos países em discussão ativa sobre o tema, como a França, Itália, Equador, Peru, Africa do Sul e a Índia.[28-31]

Nos países onde foram aprovadas leis que legalizam práticas de morte assistida, observa-se frequentemente a existência de pontos comuns na legislação. Em termos gerais, qualquer legislação que permita a abreviação da morte exige, obrigatoriamente, um pedido voluntário por parte do doente, que deve ser mentalmente competente para expressar a sua vontade, bem como a emissão de um parecer por um segundo médico, assegurando assim uma dupla verificação da decisão.[28-31]

Mesmo com tendência crescente de legalização, o tema permanece fortemente controverso. Persistem debates sobre as fronteiras éticas da autonomia individual, o risco de pressões implícitas sobre doentes vulneráveis, o papel dos profissionais de saúde e o impacto destas práticas na relação terapêutica. Assim, a morte medicamente assistida continua a suscitar reflexões profundas sobre o significado da dignidade no fim de vida, desafiando sociedades a encontrar equilíbrios entre liberdade individual, compaixão e responsabilidade coletiva.

1.2.1. Suicídio Assistido

Suicídio assistido é o ato pelo qual uma pessoa, que se encontra em sofrimento intolerável e irreversível, recebe apoio para pôr termo à sua vida, sendo ela própria a responsável pela ação final que conduz à morte, normalmente através da ingestão de uma substância letal, prescrita por um médico.[32]

O suicídio assistido é frequentemente confundido com a eutanásia, mas uma distinção fundamental é que, no suicídio assistido, o próprio indivíduo deve realizar o ato

final. Esta distinção é crucial para a compreensão dos enquadramentos éticos e legais que envolvem a prática.[33-36]

Apesar de a morte medicamente assistida ser frequentemente apresentada como um ato de autonomia, os dados indicam que a grande maioria dos doentes evita a autoadministração da substância letal, mesmo quando essa é uma condição legal. Esta relutância, observada na maior parte dos casos, levanta dúvidas sobre a real autonomia envolvida nesses atos. Em vez de uma decisão puramente individual, muitos pacientes parecem procurar segurança e controlo por parte dos médicos, revelando uma preferência por uma heteronomia reconfortante, na qual o profissional de saúde assume a responsabilidade pelo desfecho final.[34]

O papel dos profissionais de saúde é controverso, uma vez que a sua participação no suicídio assistido desafia a visão tradicional da medicina como arte de cura. Esta tensão é evidente na relutância de muitos profissionais de saúde em se envolverem na prática, apesar dos subsídios legais.[32,33,34]

Embora o suicídio assistido seja enquadrado como uma questão de autonomia e dignidade pessoal, suscita também profundas questões éticas e sociais. O potencial de abuso, o papel dos profissionais de saúde e as implicações sociais da normalização da morte assistida são considerações críticas. O debate é ainda mais complicado por fatores culturais, religiosos e psicológicos, destacando a necessidade de abordagens diferenciadas e específicas do contexto para a política e a prática.

1.2.2. Eutanásia

A eutanásia é definida como o ato de acabar intencionalmente com a vida de uma pessoa para alívio do sofrimento intolerável causado por uma doença incurável, muitas vezes a pedido do doente. Diferente do suicídio assistido, na eutanásia a morte é causada por outrem. Esta prática está profundamente entrelaçada com considerações éticas, legais e culturais, tornando-a objeto de debate e interpretações variadas entre diferentes sociedades e comunidades médicas. O termo tem origem nas palavras gregas “eu” (bom) e “thanatos” (morte), refletindo a intenção de proporcionar uma “boa morte” para aqueles que sofrem de doenças sem perspetiva de cura.[35,36,37]

A eutanásia pode ser de dois tipos: A eutanásia ativa, a qual corresponde à prática de atos diretos com o propósito de provocar a morte de um doente, como por exemplo a administração de uma injeção letal. Esta forma de intervenção é geralmente mais

controversa, tanto no plano ético como jurídico, devido à sua natureza intencional e direta, sendo considerada ilegal em muitas jurisdições; e eutanásia passiva, que se refere à omissão ou interrupção de tratamentos de suporte vital, permitindo que a morte ocorra de forma natural. Esta abordagem é, em geral, mais amplamente aceite tanto do ponto de vista legal como ético, uma vez que não implica uma ação direta para provocar a morte, mas sim a aceitação do curso natural da doença.[36,37,38]

Embora a eutanásia seja frequentemente enquadrada como um meio para aliviar o sofrimento, é crucial considerar as implicações mais amplas, incluindo potenciais abusos e o valor social atribuído à vida. Assim como no caso do suicídio assistido, o debate sobre a eutanásia não é apenas sobre os direitos individuais, mas também sobre as responsabilidades éticas dos prestadores de cuidados de saúde e as normas sociais que regem as decisões de vida e morte. Como tal, continua a ser uma questão controversa que requer uma consideração cuidadosa das dimensões ética, jurídica e cultural.

1.2.3. Morte Medicamente Assistida em Portugal

Em Portugal, a morte medicamente assistida foi legalmente prevista pela Lei n.º 22/2023, de 25 de maio, a qual estabelece os critérios e procedimentos para a sua aplicação em casos de sofrimento intolerável associado a lesão definitiva ou doença grave e incurável.[38] A lei define dois procedimentos possíveis: o suicídio medicamente assistido, prioritário, e a eutanásia, aplicável apenas quando o doente se encontra fisicamente impossibilitado de autoadministrar os fármacos letais.[38] Embora promulgada, a legislação ainda não se encontra em vigor, devido à ausência de regulamentação necessária. De acordo com o artigo 34.º da referida lei, esta só entrará em vigor 30 dias após a publicação da regulamentação. O artigo 31.º estipula que a regulamentação deve ser aprovada no prazo de 90 dias após a publicação da lei, o que não ocorreu até à data.[39,40]

Em abril de 2025, o Tribunal Constitucional considerou parcialmente inconstitucionais algumas disposições, exigindo a revisão das normas relativas à escolha do método, à avaliação clínica presencial e à formulação da objeção de consciência.[41]

Deste modo, apesar de Portugal ter dado um passo importante ao aprovar a Lei n.º 22/2023, a efetiva implementação da morte medicamente assistida permanece suspensa, dependente da regulamentação ainda por publicar e da clarificação jurídica exigida pelo Tribunal Constitucional. Esta situação reflete a complexidade e sensibilidade do tema, que exige não apenas um enquadramento legal robusto, mas também um amplo consenso ético,

clínico e social para garantir a sua aplicação segura, equitativa e respeitadora dos direitos fundamentais de todas as partes envolvidas.[41,42]

1.2.4. Morte Medicamente Assistida no Brasil

No Brasil, o conceito de morte medicamente assistida, que abrange tanto a eutanásia como o suicídio medicamente assistido, enfrenta obstáculos significativos do ponto de vista bioético e jurídico. O ordenamento jurídico brasileiro assenta numa interpretação fortemente conservadora do direito à vida, consagrado na Constituição Federal como um direito inviolável. Esta formulação tem sido amplamente entendida não apenas como uma garantia individual, mas como um dever de manutenção da vida, o que limita substancialmente a autonomia do indivíduo sobre decisões relativas à sua própria morte, mesmo em situações de doença terminal irreversível.[43,44]

No plano penal, tanto a eutanásia como o suicídio assistido são considerados práticas criminosas. A eutanásia, entendida como a antecipação da morte por compaixão, mediante ação direta de terceiros, é juridicamente enquadrada como homicídio. Já o suicídio assistido, em que uma pessoa presta auxílio para que outra provoque a própria morte, enquadra-se no crime de auxílio ou instigação ao suicídio, de acordo com o Código Penal. Importa salientar que não existe, até ao momento, legislação específica que regule a morte medicamente assistida, nem estão em tramitação projetos legislativos que visem essa regulamentação.[43,44]

Neste cenário legal, o Brasil tem recorrido ao conceito de ortotanásia como forma juridicamente aceite de garantir uma morte digna. A ortotanásia, também conhecida como "morte direita", consiste na não aceleração e nem prolongamento artificial da vida, permitindo que o processo de morrer decorra de forma natural, mas com medidas de conforto e alívio do sofrimento. Esta abordagem tem vindo a ser respaldada pela doutrina jurídica, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Poder Judiciário, conformando o entendimento de que os cuidados paliativos constituem a resposta ética e legalmente aceitável à terminalidade.[43,44,45]

A Resolução n.º 1.805/2006 do CFM foi um marco neste contexto, ao autorizar os médicos a limitar ou suspender tratamentos que apenas prolonguem artificialmente a vida de doentes terminais, desde que assegurados os cuidados necessários para o alívio da dor e do sofrimento. No entanto, esta norma não legitima qualquer forma de antecipação ativa da morte, estabelecendo, assim, uma clara distinção ética e jurídica entre permitir a morte natural e provocar intencionalmente a morte. [44,45]

Assim, o modelo brasileiro revela uma tensão entre o controlo estatal da vida e os direitos individuais, particularmente num contexto em que os cuidados paliativos são apresentados como a única via legítima de resposta à terminalidade. Esta visão, que valoriza a vida biológica em detrimento da vida biográfica, acaba por limitar a autonomia do sujeito em nome de uma norma colectiva, ignorando outras possíveis expressões legítimas de dignidade no morrer. [43,44]

Em 2025, foi criada no Brasil a associação "Eu Decido", iniciativa pioneira no país dedicada à promoção do debate público sobre o direito à morte medicamente assistida. Inspirada em organizações internacionais, como a espanhola "Derecho a Morir Dignamente", a associação reúne profissionais de saúde, juristas, investigadores, artistas e comunicadores com o propósito de ampliar o diálogo bioético, jurídico e social em torno da autodeterminação no fim de vida.[46]

1.3. Morte Medicamente Assistida e Cuidados Paliativos

A evolução das práticas médicas no âmbito dos cuidados em fim de vida, nomeadamente os cuidados paliativos e o movimento *hospice*, evidencia progressos significativos na forma como a sociedade e os sistemas de saúde lidam com a doença terminal, o controlo da dor e a preservação da dignidade da pessoa em fase terminal. Historicamente, a abordagem médica centrava-se predominantemente em intervenções destinadas a prolongar a vida, muitas vezes em detrimento do alívio do sofrimento e da consideração pelas necessidades emocionais, psicológicas e espirituais dos doentes. A morte era, nessa perspetiva, frequentemente interpretada como um insucesso terapêutico.[47,48]

Com o desenvolvimento dos cuidados paliativos e a consolidação do paradigma de cuidados centrados na pessoa, assistiu-se a uma transição para uma abordagem mais holística, que valoriza a qualidade de vida, a autonomia do doente e o alívio do sofrimento físico e existencial. Durante o século XX, sobretudo na sua primeira metade, os avanços tecnológicos, como o uso de antibióticos, ventilação mecânica e outras medidas de suporte vital, permitiram prolongar artificialmente a vida, mesmo em situações clínicas irreversíveis. Esta realidade suscitou importantes dilemas éticos sobre a proporcionalidade e adequação das intervenções, sobretudo quando estas prolongavam o sofrimento sem uma expectativa razoável de recuperação ou melhoria da qualidade de vida.[32,,47]

A relação entre morte medicamente assistida e cuidados paliativos é complexa e controversa, envolvendo considerações éticas, legais e práticas. Apesar de ambos visarem enfrentar o sofrimento em fim de vida, diferem fundamentalmente nas suas abordagens e objetivos. Os cuidados paliativos concentram-se no alívio dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida sem apressarem a morte, enquanto a morte medicamente assistida envolve facilitar ativamente a morte do paciente para aliviar o sofrimento. Apesar destas diferenças, há um reconhecimento crescente de que ambas as práticas podem coexistir e até complementar-se mutuamente em determinados contextos.[1-3,6,47,48]

Enquanto o primeiro alinha com o paradigma hipocrático, enfatizando a gestão dos sintomas e a qualidade de vida sem apressar a morte, o segundo está associado à medicina socrática, que prioriza a autonomia do doente e o alívio do sofrimento intolerável, mesmo que envolva a abreviação da vida.[47-49]

Esta prática tem vindo a ser gradualmente aceite em diferentes países. A implementação da legislação, contudo, tem gerado desafios significativos na prática clínica. Na Austrália, por exemplo, profissionais de cuidados paliativos relataram preocupações quanto ao impacto da morte medicamente assistida nos serviços de saúde, especialmente pela exigência de tempo, formação e recursos adicionais. A prestação destes cuidados permanece concentrada em poucos clínicos, o que limita o acesso e cria tensões na gestão de doentes em fim de vida.[36,47,48,49]

Os pedidos de morte assistida estão frequentemente associados a sofrimento físico e, sobretudo, a angústia existencial, um aspeto menos reconhecido pelos profissionais. Em muitos casos, a solicitação de morte medicamente assistida surge como um ponto de partida para discutir o fim da vida, sendo que a ausência de tempo ou preparação pode levar a encaminhamentos prematuros, sem uma escuta adequada das necessidades do paciente.[50]

O debate ético centra-se frequentemente na autonomia dos doentes versus o potencial de abuso ou coerção. Enquanto alguns argumentam que a morte medicamente assistida respeita a autonomia do paciente, outros preocupam-se com as implicações para as populações vulneráveis. No entanto, estas preocupações são paralelas a questões semelhantes nos cuidados paliativos, tais como o uso indevido de sedativos e analgésicos.[49,50]

Apesar de a morte medicamente assistida e os cuidados paliativos constituírem abordagens distintas no contexto do fim de vida, partilham objetivos fundamentais, nomeadamente o alívio do sofrimento e o respeito pela autonomia do doente. A sua

coexistência exige uma reflexão cuidadosa sobre os múltiplos desafios éticos, legais e operacionais, de forma a assegurar que ambas as práticas se articulem de forma complementar, e não em oposição. Num cenário global em constante transformação, torna-se essencial enfrentar os dilemas e obstáculos inerentes a ambas as práticas, assegurando respostas humanas, éticas e focadas nas necessidades individuais dos pacientes.

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA

2.1. Problemática e Objetivos

À luz dos princípios que orientam os cuidados paliativos, centrados na abordagem global do sofrimento e na promoção da qualidade de vida sem intenção de apressar ou prolongar a morte, observa-se uma crescente complexidade na prática clínica em contextos onde a morte medicamente assistida foi legalizada ou se encontra em debate legislativo, como é o caso de Portugal. Neste cenário, emergem desafios éticos e profissionais para os paliativistas, especialmente no que se refere às suas atitudes perante práticas como a eutanásia e o suicídio assistido.

Apesar da relevância do tema, ainda não existe, em língua portuguesa, um instrumento devidamente validado que permita aferir de forma fiável e contextualizada as atitudes dos profissionais de cuidados paliativos relativamente à morte medicamente assistida. Esta ausência dificulta a produção de conhecimento rigoroso sobre o posicionamento destes profissionais e limita o desenvolvimento de políticas, formação e práticas alinhadas com as realidades locais.

2.1.1. Objetivos do estudo

Objetivo Primário: Traduzir, adaptar e validar o instrumento *Attitude Scales on Passive Euthanasia and Physician-Assisted Death* para língua portuguesa (português europeu).[8]

Objetivos Secundários:

- Explorar os fatores que influenciam as atitudes face à Morte Medicamente Assistida (MMA);
- Aplicar a escala obtida no objetivo primário a profissionais de CP a exercer no Brasil;
- Comparar as atitudes face a MMA entre profissionais de CP que exercem no Brasil e que exercem em Portugal.

2.2. Desenho do Estudo e Métodos

O processo de tradução, adaptação cultural e validação da escala *Attitude Scales on Passive Euthanasia and Physician-Assisted Death* para a língua portuguesa foi realizado

após a devida autorização do autor responsável pela versão original. A escala original consta de 21 itens que abordam atitudes de médicos oncologistas do estado de Michigan, EUA, face a MMA. Na escala original, os itens foram agrupados em 5 fatores: *Global; Retenção; Filosófico; Jurídico; Alternativo,* com valores de alfa de Cronbach de 0,94; 0,74; 0,76; 0,86 e 0,84, respetivamente. O fator *Global* é constituído pelos itens que abordam a avaliação geral da eutanásia (itens 1-10); o fator *Retenção* agrupou os itens relacionados a não realizar ou retirar condutas de manutenção da vida (itens 11-13); o fator *Filosófic*o refere-se a elementos dissuasores em relação a MMA, como o juramento Hipocrático e a religião (itens 14-17); o fator *Jurídico* engloba as questões relacionadas com dissuasores legais (itens 18 e 19); e o fator *Alternativo* (itens 20 e 21) refere-se às alternativas à MMA, como *Maior controlo da dor levaria a menor necessidade de eutanásia* (Anexo A).[8]

Este projeto de investigação engloba 2 estudos:

- Estudo I: tradução, adaptação e validação da escala para a língua portuguesa (português europeu);
- Estudo II: aplicação da escala obtida no estudo I em profissionais de CP a exercer no Brasil, para validação da escala no Brasil e comparações das atitudes face à MMA entre profissionais de CP a exercer em Portugal e no Brasil.

O estudo I foi conduzido em três fases distintas, seguindo diretrizes metodológicas internacionalmente reconhecidas:[51,52,53]

- Fase I: Tradução da escala.

A tradução do instrumento *Atitude Scales on Passive Euthanasia and Physician-Assisted Death* seguiu os Princípios de Boas Práticas para o Processo de Tradução e Adaptação Cultural de Medidas de Resultados Relatados por Pacientes.[54] Foram produzidas duas traduções independentes, uma realizada por um tradutor nativo em português europeu e fluente em inglês, que foi o "consultor chave do país", ou seja, o principal contato para realizar e auxiliar na tradução. Esse tradutor tinha formação em pesquisa em saúde e experiência na tradução de documentos em inglês. A outra tradução foi realizada por um tradutor nativo em português europeu e que falava inglês fluentemente, porém sem formação na área de saúde. As duas traduções foram conciliadas pela equipe de pesquisa para obter uma tradução consensual final, que foi novamente traduzida para o inglês.[51,52]

A tradução reversa (do português europeu para o inglês) foi feita por um tradutor profissional, cuja língua materna é o inglês e que falava fluentemente o português. Este tradutor não teve conhecimento prévio da versão original em inglês. Posteriormente, a nova tradução foi comparada com a original para identificar quaisquer diferenças relevantes.[51,52]

Na etapa final, foi realizado o pré-teste da escala: a versão na língua portuguesa consensual foi distribuída a um grupo de 15 pessoas, conhecidos da autora desta dissertação e da área de cuidados paliativos, para verificar se há algum problema de interpretação e mensurar o tempo necessário para responder ao questionário. A equipe de pesquisa analisou os resultados da aplicação do instrumento para preparar a versão final.[51,52]

- Fase II: Recolha de Dados.

O questionário foi partilhado utilizando a técnica de amostragem por conveniência e bola de neve, através de redes sociais e plataformas digitais, de junho a agosto de 2025. Além das respostas aos 21 itens da escala original, foram recolhidos dados sobre a idade, sexo, profissão, local e tempo de atuação nos Cuidados Paliativos (Apêndice A).

Para alcançar os profissionais de cuidados paliativos, a exercer em Portugal, foram utilizadas as seguintes estratégias de disseminação:

1. Redes Sociais Profissionais e Gerais: O questionário foi divulgado em grupos especializados em cuidados paliativos em plataformas como *Linkedin* e *WhatsApp*, direcionado especificamente para profissionais da área, como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos.
2. Contactos Diretos com Associações e Redes de Cuidados Paliativos: Foi solicitada a colaboração de associações nacionais e regionais, como a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), para partilhar o *link* do questionário com os seus associados.
3. Instituições de Saúde: Foram contactados Serviços hospitalares, clínicas e instituições especializadas em cuidados paliativos, solicitando a partilha do estudo entre os profissionais dessas instituições.
4. *E-mails*: O questionário foi também enviado por *e-mail* destinado a profissionais da área, com uma mensagem explicativa sobre o objetivo do estudo e um *link* para participação.

- Fase III: Validação do instrumento.

A validação do instrumento consistiu em duas partes: avaliação da fiabilidade e análise da estrutura interna. A avaliação da fiabilidade foi averiguada através da análise da consistência interna. Para a análise da estrutura interna foi aplicada Análise de Componentes Principais (ACP).

O estudo II foi realizado juntamente com a fase II do estudo I. De forma a alcançar os profissionais de cuidados paliativos a exercer no Brasil foram utilizadas as mesmas estratégias de disseminação, mas solicitou-se também a colaboração da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) do Brasil.

2.3. Tipo de Estudo

Este projeto de investigação foi transversal, quantitativo, de natureza analítica, baseado na aplicação *online* de um questionário que continha uma escala traduzida e adaptada para o contexto dos Cuidados Paliativos na língua portuguesa (português europeu).

2.4. População e Amostra do Estudo

A população do estudo de validação da escala (estudo I) foi constituída por profissionais de saúde com formação ou atividade profissional na área de Cuidados Paliativos, a exercer em Portugal, sendo estes os critérios de inclusão. Para o estudo da aplicação da escala (estudo II), além de profissionais de saúde com formação ou atividade profissional na área de Cuidados Paliativos a exercer em Portugal, foram também incluídos profissionais com o mesmo perfil que exercem no Brasil. Em ambos os estudos foram excluídos os profissionais de saúde sem qualquer formação ou experiência na área, bem como indivíduos que, embora trabalhem de alguma forma em Cuidados Paliativos, não pertencem à área da saúde. Excluíram-se igualmente participantes que cumprissem os critérios profissionais, mas que não exercessem a sua atividade em Portugal ou no Brasil.

2.4.1. Tamanho da amostra

Hill considerou que em uma análise fatorial de escalas com mais de 15 variáveis, o tamanho mínimo da amostra deve ser n = 5 * *k* (onde *k* é o número de variáveis); e com menos de 15 variáveis, o tamanho mínimo recomendado deve ser n = 10 * *k*.[55] Para a validação da escala (estudo I), baseado no critério de Hill, sendo uma escala com 21 itens, estimou-se um tamanho amostral de 105 participantes.

Relativamente ao cálculo do tamanho da amostra para o estudo II de aplicação do questionário a profissionais de CP a exercer no Brasil, este foi determinado com base no cálculo amostral para proporções, assumindo o cenário mais conservador (uma proporção estimada de 50%), uma população infinita, um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%. Considerou-se população infinita, tendo em conta a inexistência de dados completos e atualizados sobre o número total de profissionais de CP a exercer no Brasil. Com base nestes parâmetros, foi estimada uma amostra de, aproximadamente, 377 participantes.

2.5. Procedimento de Análise de Dados

Os dados foram armazenados com o software Microsoft Excel. As análises de dados foram realizadas com SPSS Statistics V.29.0. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas, n (%). As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio-padrão, M (dp) se distribuídas normalmente ou por mediana e intervalo interquartil, Med [Q_1; Q_3] se não distribuídas normalmente. A normalidade foi avaliada pela observação dos respetivos histogramas.

A consistência interna da escala foi avaliada através de três técnicas complementares: (1) média da correlação entre itens, (2) correlação item-total corrigida e (3) coeficiente alpha de Cronbach (α). Considera-se adequada uma média de correlação entre itens superior a 0,4. A interpretação da correlação item-total corrigida seguiu os seguintes critérios: "muito boa" entre 0,40 e 1,00; "boa, mas pode melhorar" entre 0,30 e 0,39; "suficiente, mas requer melhoria" entre 0,20 e 0,29; "fraca, passível de exclusão ou revisão" entre -1,00 e 0,19. Para o coeficiente de alpha de Cronbach foram adotados os seguintes parâmetros: valores superiores a 0,90 indicam consistência interna excelente; entre 0,80 e 0,90 indicam boa consistência; entre 0,70 e 0,80 indicam consistência razoável; entre 0,60 e 0,70 indicam fraca

consistência; e inferiores a 0,60 indicam uma consistência inaceitável. Relativamente ao alfa de Cronbach, valores de α superiores a 0,70 foram considerados aceitáveis.[56]

No processo de validação da escala, foi aplicada a Análise em Componentes Principais (ACP), com o objetivo de examinar a sua estrutura interna. A adequação da amostra à análise fatorial foi avaliada através da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett. Considera-se, segundo a literatura, que um valor de KMO superior a 0,6 indica uma amostra adequada para a aplicação da ACP.[56]

De forma a estudar a associação entre variáveis contínuas não normalmente distribuídas utilizou-se o coeficiente de Spearman, Sp. Para comparar distribuições de variáveis contínuas entre dois grupos independentes utilizou-se o teste t (se variáveis normalmente distribuídas) ou o teste de Mann-Whitney (se variáveis não normalmente distribuídas). Para estudar a associação entre variáveis categóricas utilizou-se o teste de Qui-quadrado, quando possível ou o teste exato de Fisher quando a assunção do teste Qui-quadrado não se verificava.

Valores de $p \leq 0.05$ foram considerados significativos.

2.6. Considerações Éticas

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (parecer número: 310/CEFMUP/2025) cumprindo todos os requisitos éticos aplicáveis à investigação com seres humanos (Anexo B).

A participação foi voluntária, e os participantes puderam desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Para isso, bastava encerrar o preenchimento do questionário *online*.

Todos os dados foram recolhidos de forma anónima e tratados com estrita confidencialidade. As informações não permitem a identificação pessoal dos respondentes e foram utilizadas exclusivamente para os fins deste estudo. Os dados foram armazenados de forma segura pela entidade promotora e serão mantidos por um período máximo de um ano após a conclusão da investigação.

Os participantes têm o direito de solicitar o acesso aos resultados do estudo, mediante envio de um *e-mail* ao investigador principal, assim que os dados forem analisados e divulgados.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

3.1. Estudo I: Tradução e adaptação da escala para a língua portuguesa

Para a tradução e adaptação cultural da *Attitude Scales on Passive Euthanasia and Physician-Assisted Death* foram produzidas duas traduções diretas e independentes por falantes nativos de português europeu: uma realizada por uma tradutora médica especializada e consultora de validação linguística, e outra por uma tradutora fluente em inglês, sem formação na área da saúde. As versões foram reconciliadas pela equipa de investigação e a versão final foi retrotraduzida para inglês por uma tradutora especializada em retroversão, nativa da língua inglesa, fluente em português, doutorada em Tradução e Terminologia pela Universidade Nova de Lisboa, sem contacto prévio com o original. Em uma reunião entre a equipa de investigação e os tradutores, foi realizada a comparação entre retrotradução e original permitindo resolver divergências linguísticas e conceptuais.

No pré-teste realizado com 15 profissionais de cuidados paliativos avaliou-se a compreensibilidade dos itens e o tempo de preenchimento; emergiu a questão do termo "doença incurável", tendo sido sugerida a substituição por "sofrimento intolerável". A equipa contactou um dos autores do trabalho original, que discordou da substituição e explicitou que "doença incurável" deve ser entendida como "doença avançada e irreversível". Em consequência, optou-se por manter o termo "doença incurável" na versão final em português, acrescentando uma nota com a definição fornecida pelo autor (Apêndice B).

3.2. Estudo I: Recolha de dados e validação da escala

Apesar de o tamanho da amostra estimado na Subsecção 2.4.1. do capítulo da Metodologia tenha sido 105, no período de recolha de dados, obtiveram-se apenas 91 respostas de profissionais de saúde que atuam na área de CP e que exercem em Portugal.

3.2.1. Caraterização da amostra (n=91)

A amostra recolhida para o estudo de validação foi constituída por 91 profissionais de saúde com atuação na área dos cuidados paliativos, a exercer em Portugal. A idade média dos participantes foi de 41,4 anos, com um desvio padrão de 10,2 anos.

Quanto ao sexo, observou-se uma predominância de participantes do sexo feminino (n = 58, 63,7% da amostra).

Relativamente à categoria profissional, a maioria dos participantes são médicos, totalizando 69 profissionais (75,8%). Os enfermeiros/as representaram 20,9% da amostra (n = 19), enquanto apenas 3 participantes (3,3%) pertenciam à área da psicologia. Nesta amostra, não se registaram respostas de profissionais das áreas da fisioterapia, nutrição ou serviço social.

No que respeita ao tempo de atuação em cuidados paliativos, verificou-se que 57,1% dos profissionais (n = 52) tinham menos de 5 anos de experiência na área, enquanto 25,3% (n = 23) tinham entre 5 e 10 anos de experiência. Um número menor de participantes declarou experiência mais prolongada, com 12,1% (n = 11) a indicar entre 11 e 15 anos de experiência, e 5,5% (n = 5) a referir mais de 15 anos de atividade profissional em cuidados paliativos**.**

3.2.2. Validação da escala

Para a validação, procedeu-se inicialmente à inversão dos itens 8 e 14–21 antes da análise por terem significado oposto ao construto principal.

Posteriormente, aplicou-se a Análise em Componentes Principais (ACP). A medida KMO = 0,812 indicou boa adequação amostral e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$), sustentando a fatoração via componentes principais.

O critério de Kaiser sugeriu a extração de cinco fatores, explicando 73% da variância total, e o gráfico de escarpa corroborou este número de fatores. Após rotação *varimax* obteve-se a seguinte distribuição: fator *Global* (itens 1–10; 38,9% da variância), fator *Jurídico* (itens 17–19; 14,0% da variância), fator *Alternativo* (itens 20–21; 7,5% da variância), fator *Filosófico* (itens 14–16; 6,6% da variância) e fator *Retenção* (itens 11–13; 5,9% da variância). As cargas fatoriais de cada item podem ser consultadas na Tabela 1.

Tabela 1: Resultados da Análise em Componentes Principais: cargas fatoriais após rotação *varimax*.

	Fator Global	**Fator alternativo**	**Fator filosófico**	**Fator de retenção**	**Fator jurídico**
1. Considera que uma pessoa tem o direito de pôr termo à própria vida se tiver uma doença incurável (por exemplo, cancro/câncer)?	0,599				
2. Quando uma pessoa tem uma doença incurável, considera que deve ser permitido por lei que os médicos ponham termo à vida da pessoa de forma indolor, se a pessoa e a respetiva família o pedirem?	0,741				
3. Concordaria com pôr termo à vida de um doente se uma junta médica nomeada pelo tribunal concordasse que não havia cura para esse doente?	0,786				
4. Deve ser permitido aos paliativistas ajudar um doente a cometer suicídio medicamente assistido.	0,753				
5. Dar medicação a um doente com a intenção de permitir que o doente ponha termo à própria vida é aceitável.	0,845				
6. Dar instruções a um doente (ou seja, dizer quantos comprimidos tomar) com o intuito de ajudar esse doente a pôr termo à própria vida é aceitável.	0,859				
7. É necessária legislação que permita a prática de eutanásia ativa.	0,710				
8. É necessária legislação que proíba a prática de eutanásia ativa.	0,510				
9. Eu seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em fase de fim de vida pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.	0,702				
10. A maioria dos paliativistas seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em estado terminal pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.	0,730				
11. Deve ser permitido aos paliativistas recusarem-se a aplicar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.				0,852	
12. Deve ser permitido aos paliativistas retirar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.				0,709	
13. É aceitável usar a perfusão de morfina para controlar a dor, mesmo que possa acelerar a morte do doente.				0,568	
14. O juramento de Hipócrates desencoraja-me de facilitar a morte de doentes.			0,794		
15. O juramento de Hipócrates desencoraja outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.			0,793		
16. As minhas crenças religiosas impedem-me de facilitar a morte de doentes.			0,547		
17. As crenças religiosas impedem outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.					0,752
18. O medo de que haja repercussões legais dissuade-me de facilitar a morte de doentes.					0,805
19. O medo de que haja repercussões legais dissuade outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.					0,855
20. Dar mais atenção a problemas relacionados com a qualidade de vida eliminaria a necessidade de haver eutanásia.		0,917			

21. Dar mais atenção ao controlo da dor eliminaria a necessidade de haver eutanásia.	0,924

Relativamente à análise de fiabilidade, obteve-se bons resultados de consistência interna. O fator *Global* apresentou α = 0,936, com correlações item–total entre 0,637 e 0,840, não se observando ganhos com a remoção de qualquer item. No fator *Jurídico* obteve-se α = 0,817 e correlações de 0,478–0,822; a exclusão do item 17 aumentaria marginalmente o α. O fator *Alternativo*, composto por dois itens, revelou α = 0,966, com correlações de 0,935–0,935. No fator *Filosófico*, o α foi 0,734, com correlações de 0,389–0,720, podendo a remoção do item 16 elevar ligeiramente o coeficiente. Já o fator *Retenção* apresentou α = 0,605, com correlações de 0,385–0,506, não havendo melhoria do α com a remoção de itens (Tabela 2).

Tabela 2: Análise de consistência interna através do alpha de Cronbach, da correlação item total corrigida e da média da correlação inter-item.

	Alpha de Cronbach	Correlação item total corrigida	Média da correlação inter-item
Fator *Global*	**0,936**		**0,597**
Item 1	0,931	0,707	
Item 2	0,925	0,840	
Item 3	0,930	0,736	
Item 4	0,928	0,770	
Item 5	0,931	0,716	
Item 6	0,930	0,740	
Item 7	0,928	0,782	
Item 8	0,935	0,637	
Item 9	0,925	0,824	
Item 10	0,931	0,704	
Fator *Jurídico*	**0,817**		**0,591**
Item 17	0,917	0,478	
Item 18	0,655	0,760	
Item 19	0,583	0,822	
Fator *Alternativo*	**0,966**		**0,935**
Item 20	NA	0,935	
Item 21	NA	0,935	
Fator *Filosófico*	**0,734**		**0,485**
Item 14	0,440	0,720	
Item 15	0,606	0,599	
Item 16	0,846	0,389	
Fator *Retenção*	**0,605**		**0,373**
Item 11	0,504	0,424	
Item 12	0,465	0,506	
Item 13	0,561	0,385	

Na escala original, o item 17 pertence ao fator *Filosófico*. No entanto, neste estudo, o item 17 foi incluído no fator *Jurídico*. A remoção deste item melhora o valor do α do seu fator (a sua remoção altera o valor do alpha de Cronbach do fator *Jurídico* de 0,817 para 0,917). A equipa de investigação reuniu e optou por excluir este item das análises subsequentes.

3.2.3. Associação entre os fatores e as variáveis sociodemográficas

O *score* de cada fator foi calculado pela média aritmética dos itens que o compõem. O fator *Retenção* apresentou a média mais elevada, 4,41 (0,67); seguido do fator *Global*, 3,68 (0,98); seguido do fator *Filosófico*, 3,33 (1,03); seguido do fator *Alternativo*, 3,05 (1,42) e, por fim, o fator *Jurídico*, 2,02 (1,16).

Seguidamente, estudaram-se possíveis associações entre cada um dos fatores e as variáveis sociodemográficas que foram recolhidas no questionário.

A idade correlacionou-se negativamente com os fatores *Global* (Sp= - 0,209; p = 0.047) e *Filosófico* (Sp= -0,416; p <0,001), sem associações significativas com *Jurídico, Alternativo e Retenção* (p = 0,286; 0,226; 0,740, respetivamente). Quanto ao sexo, apenas o fator *Alternativo* evidenciou diferença estatisticamente significativa (Mann–Whitney, p = 0,018), com as mulheres a apresentarem uma mediana (2,5 [1,0; 4,0]) inferior à dos homens (4,0 [2,0; 4,3]); nos restantes fatores não se observaram diferenças por género. Na categoria profissional, verificaram-se diferenças no fator *Filosófico* (Mann–Whitney, p = 0,007), com enfermeiros/as a registarem uma mediana inferior (3,0 [2,0; 3,7]) face à dos/as médicos/as (3,7 [2,8; 4,3]). Por fim, o tempo de atuação em cuidados paliativos associou-se ao fator *Global (*p = 0,017), ao fator *Filosófico* (p = 0,005) e ao fator *Retenção* (p = 0,024): profissionais com mais de 10 anos apresentaram medianas mais baixas no fator *Global* (3,3 [1,6; 4,1] *vs* 4,0 [3,4; 4,4]), *Filosófico* (2,8 [2,1; 3,0] *vs* 3,7 [3,0; 4,3]) e *Retenção* (4,0 [3,3; 4,9] *vs* 4,7 [4,0; 5,0]) quando comparados com os pares com menos ou igual a 10 anos (Tabela 3).

Tabela 3: Associação entre os cinco fatores da escala e as variáveis sociodemográficas (n = 91).

		Fatores				
		Global	***Jurídico***	***Alternativo***	***Filosófico***	***Retenção***
Idade, Sp		-0,209 p =0,047*	0,113 p = 0,286	0,128 p = 0,226	-0,416 p < 0,001*	-0,035 p = 0,740
Sexo, Med [Q_1; Q_3]		0,535[a]	0,080[a]	0,018[a, *]	0,594[a]	0,716[a]
	Feminino	3,8 [3,1; 4,4]	2 [1; 3]	2,5 [1; 4]	3,5 [2,9; 4,3]	4,7 [4; 5]
	Masculino	3,9 [3,4; 4,4]	1,5 [1; 2]	4 [2; 4,3]	3,3 [2,7; 3,8]	4,7 [4; 5]
Categoria profissional, Med [Q_1; Q_3]		0,337[a]	0,157[a]	0,071[a]	0,007[a, *]	0,172[a]
	Médico/a	3,9 [3,4; 4,4]	2 [1; 3]	4 [2; 4]	3,7 [2,8; 4,3]	4,7 [4; 5]
	Enfermeiro/a	3,5 [2,4; 4,4]	1 [1; 2]	2 [1; 4]	3 [2; 3,7]	4,3 [3,7; 5]

Tempo de atuação na área dos Cuidados Paliativos, Med [Q_1; Q_3]		0,017[a, *]	0,112[a]	0,539[a]	0,005[a, *]	0,024[a, *]
	≤ 10 anos	4 [3,4; 4,4]	1,5 [1; 2,5]	3 [2; 4]	3,7 [3; 4,3]	4,7 [4; 5]
	> 10 anos	3,3 [1,6; 4,1]	2,5 [1; 4,3]	3,5 [1,3; 4]	2,8 [2,1; 3]	4 [3,3; 4,9]

Sp: coeficiente de Spearman; *: significativo a 5%; a: teste de Mann-Whitney.

3.3. Estudo II: Atitudes face a MMA entre Portugueses e Brasileiros

Dado que a autora da presente dissertação é de nacionalidade brasileira e que considerou que a escala traduzida para português europeu seria compreendida integralmente por brasileiros, optou-se por efetuar um pré-teste da escala a 15 médicos de Cuidados Paliativos, de nacionalidade brasileira, conhecidos da autora desta dissertação, para verificar se havia algum problema de interpretação da escala em português europeu. Uma vez que não foram identificadas dificuldades na compreensão dos itens traduzidos para português europeu, optou-se pela aplicação do questionário também a profissionais de saúde a exercer na área dos cuidados paliativos no Brasil. Esta decisão teve como finalidade realizar uma análise exploratória complementar, permitindo uma comparação descritiva entre os dois contextos linguísticos e profissionais.

3.3.1. Caraterização da amostra

Apesar de o tamanho da amostra estimado para o estudo II, na Subsecção 2.4.1. do capítulo da Metodologia tenha sido 377, no período de recolha de dados, obtiveram-se apenas 129 respostas de profissionais de saúde que atuam na área de CP e que exercem no Brasil (este tamanho amostral corresponde a um erro, aproximado, de 8,6%). No entanto, 5 destes profissionais não responderam de forma válida à questão sobre a *Categoria Profissional*, não cumprindo todos os critérios de inclusão (Profissionais de saúde com formação ou atuação na área de CP), pelo que foram eliminados do estudo. Assim, o tamanho da amostra para o estudo II é 215, 124 (57,7%) profissionais de saúde de CP que exercem no Brasil e 91 (42,3%) profissionais e saúde de CP que exercem em Portugal. Na Tabela 4, pode ser encontrada a caraterização da amostra dos profissionais de saúde a exercer em Portugal (n = 91), a caraterização da amostra dos profissionais de saúde a exercer no Brasil (n = 124) e a caraterização da amostra dos profissionais de saúde no total (n = 215). Ainda na Tabela 4 pode ser consultada a comparação efetuada entre os dois grupos de profissionais (Portugal *vs* Brasil).

A amostra correspondente ao Brasil foi composta por 124 profissionais de saúde, representando 57,7% da amostra total do estudo. A idade média dos participantes brasileiros foi de 47,2 anos (dp = 10,2 anos).

No que diz respeito ao sexo, a maioria dos participantes identificou-se como do sexo feminino (n = 88; 60,3%), seguindo-se o sexo masculino (n = 35; 28,2%), e apenas um participante optou por não declarar o sexo (0,8%).

Quanto à categoria profissional, verificou-se alguma diversidade, com predominância de médicos/as (n = 63; 47,7%). Seguiram-se os psicólogos/as (n = 24; 19,4%), enfermeiros/as (n = 17; 13,7%), e, em menor número, participaram também fisioterapeutas (n = 8; 6,5%), assistentes sociais (n = 8; 6,5%) e nutricionistas (n = 4; 3,2%).

Em relação ao tempo de atuação na área dos cuidados paliativos, a maioria dos profissionais possuía até 10 anos de experiência, destacando-se a faixa dos 5 a 10 anos com 69,7% (n = 53) dos participantes. Cerca de 39,5% (n = 34) atuavam há menos de 5 anos, enquanto 16 participantes (12,9%) tinham entre 11 e 15 anos de experiência. Por fim, 21 profissionais (16,9%) declararam atuar há mais de 15 anos na área, representando o grupo com maior experiência acumulada.

Considerando a amostra total (n = 215), a idade média foi 44,7 anos (dp = 10,6 anos), sendo significativamente superior no Brasil face a Portugal (47,2 *vs* 41,4; $p < 0,001$). A amostra foi maioritariamente feminina (67,9%). Predominaram médicos/as (61,4%), seguidos de enfermeiros/as (16,7%) e psicólogos/as (12,6%), com diferenças na distribuição da categoria profissional entre os dois países ($p < 0,001$). Quanto à experiência em cuidados paliativos, 75,3% tinham até 10 anos, também com diferenças significativas ($p < 0,001$) entre os dois países (Tabela 4).

Tabela 4: Caraterização da amostra no total (n = 215), caraterização da amostra por país (Brasil, n = 124 vs Portugal, n = 91) e comparação entre os dois países.

	Total n = 215	**Brasil n = 124 (57,7%)**	**Portugal n = 91 (42,3%)**	**p-value**
Idade (*anos*), M (dp)	44,7 (10,6)	47,2 (10,2)	41,4 (10,2)	<0,001[a, *]
Sexo, n (%)				
Feminino	146 (67,9)	88 (60,3)	58 (39,7)	0,295[b]
Masculino	68 (31,6)	35 (51,5)	33 (48,5)	
Prefiro não dizer	1 (0,5)	1 (100)	0 (0)	
Categoria profissional, n (%)				
Médico/a	132 (61,4)	63 (47,7)	69 (52,3)	<0,001[b, *]
Enfermeiro/a	36 (16,7)	17 (47,2)	19 (52,8)	

Fisioterapeuta	8 (3,7)	8 (100)	0 (0)	
Nutricionista	4 (1,9)	4 (100)	0 (0)	
Psicólogo/a	27 (12,6)	24 (88,9)	3 (11,1)	
Assistente Social	8 (3,7)	8 (100)	0 (0)	
Tempo de atuação na área dos Cuidados Paliativos, n (%)				
< 5 anos	86 (40,0)	34 (39,5)	52 (60,5)	<0,001[b,*]
5 a 10 anos	76 (35,3)	53 (69,7)	23 (30,3)	
11 a 15 anos	27 (12,6)	16 (59,3)	11 (40,7)	
> 15 anos	26 (12,1)	21 (80,8)	5 (19,2)	

a: teste t; b: teste exato de Fisher *: significativo a 5%.

3.3.2. Validação da escala

A equipa de investigação estudou a estrutura interna da escala na amostra constituída pelos profissionais de saúde de CP a exercer no Brasil (n = 124), mas a estrutura da escala tem algumas diferenças relativamente à original, o que indica uma possível necessidade de adaptação cultural e revisão do instrumento para o português do Brasil. Note-se que a equipa de investigação efetuou a tradução e adaptação cultural da escala original para português europeu e, não para o português do Brasil.

A medida KMO = 0,857 indicou boa adequação amostral e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$), sustentando a fatoração via componentes principais.

O critério de Kaiser sugeriu também a extração de cinco fatores, explicando 75% da variância total, e o gráfico de escarpa corroborou este número de fatores. Após rotação *varimax* obteve-se a seguinte distribuição: fator *Global* (itens 1–9, 16; 45% da variância), fator *Jurídico* (itens 18–19; 4,9% da variância), fator *Alternativo* (itens 20–21; 6,4% da variância), fator *Filosófico* (itens 10, 14, 15 e 17; 10,7% da variância) e fator *Retenção* (itens 11–13; 7,9% da variância). As cargas fatoriais de cada item podem ser consultadas na Tabela 7 do Apêndice C. A análise de fiabilidade pode ser consultada na Tabela 8 do Apêndice D.

3.3.3. Atitudes face à morte medicamente assistida

Considerando a amostra total, observou-se elevada concordância com práticas alinhadas com princípios dos cuidados paliativos *(deve ser permitido aos paliativistas recusarem-se a aplicar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente e deve ser permitido aos paliativistas retirar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente;* M = 4,5; dp = 0,8 e M = 4,2; dp = 1,1, respetivamente) e aceitar o princípio do duplo efeito:

É aceitável usar a perfusão de morfina para controlar a dor, mesmo que possa acelerar a morte do doente (M = 4,4; dp = 1,0). Verificou-se apoio legal à eutanásia ativa (*é necessária legislação que permita a prática de eutanásia ativa*; M = 4,1; dp = 1,4) e rejeição de legislação que a proíba (*é necessária legislação que proíba a prática de eutanásia ativa*; M = 2,1; dp = 1,4). Já nos comportamentos de assistência ativa direta, observou-se maior heterogeneidade/ambivalência: *deve ser permitido aos paliativistas ajudar um doente a cometer suicídio medicamente assistido* (M = 3,2; dp = 1,4), *dar medicação a um doente com a intenção de permitir que o doente ponha termo à própria vida é aceitável* (M = 3,1; dp = 1,4) e *dar instruções a um doente (ou seja, dizer quantos comprimidos tomar) com o intuito de ajudar esse doente a pôr termo à própria vida é aceitável* (M = 2,9; dp = 1,5) (Tabela 9 do Apêndice E).

Atitudes dos profissionais dos cuidados paliativos face à MMA de cada país isoladamente estão descritas nas tabelas 10 e 11 encontradas nos Apêndices F e G.

3.3.4. Comparação entre os profissionais de CP a exercer no Brasil com os que exercem em Portugal

Como é possível constatar na Tabela 5, Portugal apresentou médias superiores na legislação que permite eutanásia ativa (4,36 *vs* 3,88; $p = 0,007$) e na aceitação de retirar (4,60 *vs* 4,43; $p = 0,023$) e recusar medidas de prolongamento da vida (4,30 *vs* 4,14; $p = 0,007$). Os profissionais que exercem no Brasil apresentaram média inferior em "*permitir ajudar um doente a cometer suicídio medicamente assistido*" (2,95 *vs* 3,60; $p = 0,011$). Observaram-se diferenças significativas em religião ("*as minhas crenças religiosas impedem-me*" (1,84 *vs* 2,65; $p = 0,006$); "*as crenças religiosas impedem outros*" (3,22 *vs* 3,69; $p = 0,003$). A aceitação do duplo efeito foi elevada em ambos os países, com pequena diferença, mas significativa (4,42 *vs* 4,32; $p = 0,028$).

Tabela 5: Atitudes face à MMA (comparação entre os profissionais de saúde de CP a exercer nos dois países).

	Brasil		**Portugal**		**p-value**
	Med [Q_1; Q_3]	**M (dp)**	**Med [Q_1;Q_3]**	**M (dp)**	
Considera que uma pessoa tem o direito de pôr termo à própria vida se tiver uma doença incurável (por exemplo, cancro/câncer)?	4 [2; 5]	3,67 (1,4)	4 [4; 5]	4,08 (1,1)	0,063[a]
Quando uma pessoa tem uma doença incurável, considera que deve ser permitido por lei que os médicos ponham termo à vida da pessoa de forma indolor, se a pessoa e a respetiva família o pedirem?	4 [2; 5]	3,56 (1,5)	4 [3; 5]	3,88 (1,2)	0,329[a]

Concordaria com pôr termo à vida de um doente se uma junta médica nomeada pelo tribunal concordasse que não havia cura para esse doente?	2,5[1; 4]	2,69 (1,5)	3 [2; 4]	3,00 (1,3)	0,096[a]
Deve ser permitido aos paliativistas ajudar um doente a cometer suicídio medicamente assistido,	3 [2; 4]	2,95 (1,5)	4 [3; 4]	3,60 (1,2)	0,011[a,*]
Dar medicação a um doente com a intenção de permitir que o doente ponha termo à própria vida é aceitável,	4 [1; 4]	2,98 (1,5)	4 [2; 4]	3,26 (1,3)	0,190[a]
Dar instruções a um doente (ou seja, dizer quantos comprimidos tomar) com o intuito de ajudar esse doente a pôr termo à própria vida é aceitável,	3 [1; 4]	2,81 (1,5)	4 [2; 4]	3,07 (1,4)	0,464[a]
É necessária legislação que permita a prática de eutanásia ativa,	5 [3; 5]	3,88 (1,5)	5 [4; 5]	4,36 (1,1)	0,007[a,*]
É necessária legislação que proíba a prática de eutanásia ativa,	1 [1; 3]	2,27 (1,5)	1 [1; 2]	1,84 (1,2)	0,090[a]
Eu seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em fase de fim de vida pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida,	4 [3; 5]	3,83 (1,5)	5 [4; 5]	4,09 (1,3)	0,430[b]
A maioria dos paliativistas seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em estado terminal pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida,	3 [2; 4]	3,07 (1,3)	3 [2; 4]	3,29 (1,2)	0,728[a]
Deve ser permitido aos paliativistas recusarem-se a aplicar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente,	5 [4; 5]	4,14 (1,2)	5 [4; 5]	4,30 (1,0)	0,007[a,*]
Deve ser permitido aos paliativistas retirar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente,	5 [4; 5]	4,43 (0,98)	5 [4; 5]	4,60 (0,6)	0,023[b,*]
É aceitável usar a perfusão de morfina para controlar a dor, mesmo que possa acelerar a morte do doente,	5 [4; 5]	4,42 (0,95)	5 [4; 5]	4,32 (1,0)	0,028[b,*]
O juramento de Hipócrates desencoraja-me de facilitar a morte de doentes,	3 [2; 4]	3,12 (1,4)	3 [2; 4]	2,95 (1,3)	0,554[a]
O juramento de Hipócrates desencoraja outros paliativistas de facilitar a morte de doentes,	4 [3; 4]	3,48 (1,1)	3 [2; 4]	3,22 (1,2)	0,253[a]
As minhas crenças religiosas impedem-me de facilitar a morte de doentes,	2 [1; 4]	2,65 (1,6)	1 [1; 2]	1,84 (1,3)	0,006[a,*]
As crenças religiosas impedem outros paliativistas de facilitar a morte de doentes,	4 [3; 4]	3,69 (1,0)	3 [3; 4]	3,22 (1,0)	0,003[a,*]
O medo de que haja repercussões legais dissuade-me de facilitar a morte de doentes,	4 [4; 5]	3,94 (1,3)	4 [3; 5]	3,93 (1,3)	0,831[a]
O medo de que haja repercussões legais dissuade outros paliativistas de facilitar a morte de doentes,	5 [4; 5]	4,27 (1,0)	4 [3; 5]	4,03 (1,1)	0,195[b]
Dar mais atenção a problemas relacionados com a qualidade de vida eliminaria a necessidade de haver eutanásia,	4 [2; 5]	3,29 (1,5)	3 [2; 4]	2,99 (1,4)	0,562[a]
Dar mais atenção ao controlo da dor eliminaria a necessidade de haver eutanásia,	4 [2; 4]	3,24 (1,5)	2 [2; 4]	2,91 (1,4)	0,177[a]

a: teste do Qui-quadrado, b: teste exato de Fisher.

Relativamente aos fatores, é possível comparar, na Tabela 6, as médias obtidas em cada fator, entre os profissionais de saúde de CP a exercer em Portugal (n = 91) e os que exercem no Brasil (n = 124). Relembra-se que o item 17 foi excluído da análise. Foram encontradas diferenças significativas entre os dois países nos fatores *Global* (p = 0,016) e *Filosófico* (p = 0,006). Em ambos, os profissionais de saúde de CP a exercer em Portugal apresentaram médias mais elevadas comparativamente aos que exercem no Brasil.

Tabela 6: Comparação dos fatores entre participantes a exercer em Portugal e participantes a exercer no Brasil. Os *scores* dos fatores foram calculados pela média aritmética dos respetivos itens.

	Portugueses (n = 91)	**Brasileiros (n = 124)**	**p-value[a]**
Fator *Global*	3,68 (0,98)	3,32 (1,20)	0,016*
Fator *Jurídico*	2,02 (1,16)	1,90 (1,05)	0,424
Fator *Alternativo*	3,05 (1,42)	2,73 (1,45)	0,114
Fator *Filosófico*	3,33 (1,03)	2,91 (1,14)	0,006*
Fator *Retenção*	4,41 (0,67)	4,33 (0,87)	0,473

a: teste t para 2 amostras independentes. *: significativo a 5%.

CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO

4.1. Processo de Tradução e Adaptação Cultural

O processo de tradução e adaptação cultural da *Attitude Scales on Passive Euthanasia and Physician-Assisted Death* para o português europeu seguiu rigorosamente as diretrizes metodológicas internacionalmente reconhecidas.[51-53] A abordagem metodológica adotada, envolvendo traduções independentes, reconciliação, retrotradução e pré-teste, assegurou não apenas a equivalência linguística, mas também a adequação cultural do instrumento ao contexto português.

A questão emergente durante o pré-teste sobre o termo "doença incurável" ilustra a importância da fase de validação semântica. A sugestão inicial de substituição por "sofrimento intolerável" refletiu uma preocupação legítima dos participantes, possivelmente relacionada com a evolução conceptual dos cuidados paliativos, que tem progressivamente enfatizado o sofrimento como critério central para intervenções paliativas. No entanto, a decisão de manter o termo original, com a clarificação fornecida pelo autor da escala original ("doença avançada e irreversível"), preservou a integridade conceptual do instrumento, permitindo comparações futuras com estudos internacionais.

4.2. Estrutura Fatorial e Propriedades Psicométricas

A análise de componentes principais confirmou uma estrutura de cinco fatores que explicam 73% da variância total, resultado superior ao estudo original americano.[8] Esta robustez da estrutura fatorial sugere que os construtos subjacentes às atitudes face à morte medicamente assistida são transculturalmente relevantes, embora com algumas particularidades na distribuição dos itens.

A redistribuição do item 17 ("*As crenças religiosas impedem outros paliativistas de facilitar a morte de doentes"*) do fator *Filosófico* para o fator *Jurídico* representa uma diferença conceptual interessante face ao estudo original. Esta alteração pode refletir a especificidade do contexto português, onde as questões religiosas podem ser percecionadas pelos profissionais como tendo implicações mais diretas na esfera legal e regulamentar, dado o histórico de influência da Igreja Católica nas políticas de saúde em Portugal.[19]

A consistência interna mostrou-se globalmente adequada, com destaque para o fator *Global* (α = 0,936) e o fator *Alternativo* (α = 0,966), indicando excelente fiabilidade. O fator *Retenção* apresentou o valor mais baixo (α = 0,605), situando-se no limiar da aceitabilidade. Esta menor consistência pode estar relacionada com a heterogeneidade conceptual dos itens que compõem este fator, abrangendo desde a retirada de medidas de prolongamento da vida até à administração de morfina com possível aceleração da morte, práticas que, embora relacionadas, podem ser percecionadas diferentemente pelos profissionais portugueses.[57,58]

4.3. Fatores Associados às Atitudes face à MMA

Os resultados revelaram correlações negativas significativas entre a idade e os fatores *Global e Filosófico*, sugerindo que profissionais mais jovens apresentam atitudes mais favoráveis à morte medicamente assistida e menor influência de considerações filosóficas/religiosas nas suas decisões. Este padrão é consistente com estudos encontrados na literatura, que documentam uma evolução geracional nas atitudes face ao fim de vida.[5,6,8]

Particularmente relevante é a associação entre o tempo de atuação em cuidados paliativos e as atitudes face à MMA. Profissionais com mais de 10 anos de experiência apresentaram medianas significativamente mais baixas nos fatores *Global, Filosófico e Retenção*. Este resultado pode parecer contraintuitivo, uma vez que maior experiência poderia teoricamente resultar em maior abertura a diferentes abordagens terapêuticas. No entanto, pode refletir um fenômeno de consolidação profissional em torno dos princípios tradicionais dos cuidados paliativos, onde a experiência prolongada reforça a adesão aos valores fundacionais da especialidade.[47,58]

A diferença de sexo observada apenas no fator *Alternativo*, com homens apresentando maior concordância com alternativas à eutanásia, sugere que as diferenças de sexo nas atitudes face à MMA podem ser mais subtis e específicas do que generalizadas.

A diferença entre médicos e enfermeiros no fator *Filosófico*, com enfermeiros apresentando menor influência de considerações filosóficas, pode refletir diferenças na formação profissional e na proximidade ao doente. Os enfermeiros, pela natureza do seu trabalho, mantêm contacto mais prolongado e íntimo com os doentes em sofrimento, o que pode influenciar a sua perspetiva sobre as limitações das abordagens puramente filosóficas face à realidade clínica.[59]

4.4. Comparação Luso-Brasileira: Padrões Comuns e Especificidades Culturais

A comparação entre profissionais portugueses e brasileiros revelou tanto semelhanças quanto diferenças significativas, refletindo a complexidade cultural das atitudes face à morte medicamente assistida. Ambos os grupos demonstraram elevada concordância com práticas alinhadas com os princípios tradicionais dos cuidados paliativos, nomeadamente a aceitação da retirada e recusa de medidas de prolongamento da vida e o princípio do duplo efeito.[57,60]

As diferenças mais marcantes emergiram nas questões relacionadas com a legislação e as crenças religiosas. Os profissionais portugueses apresentaram maior apoio à legislação que permite a eutanásia ativa, possivelmente refletindo o contexto legislativo português, onde a morte medicamente assistida foi descriminalizada em 2021, criando um ambiente de maior aceitação social e profissional.[57,58,61]

As diferenças significativas nas questões religiosas (profissionais brasileiros reportaram maior influência das crenças religiosas pessoais) podem refletir diferenças na religiosidade entre os dois países. Embora ambos sejam tradicionalmente católicos, estudos sociológicos sugerem que o Brasil mantém níveis mais elevados de religiosidade ativa, enquanto Portugal tem experimentado um processo de secularização mais acentuado.[56]

Esta diferença na religiosidade pode ter implicações práticas importantes para a implementação de políticas de fim de vida, sugerindo que abordagens diferenciadas podem ser necessárias nos dois contextos culturais.

4.5. Limitações da Aplicação Transcultural

A não confirmação da estrutura fatorial na amostra brasileira representa uma limitação importante e sugere que, apesar da proximidade linguística, existem diferenças culturais suficientemente significativas para afetar a validade do construto. Esta observação reforça a importância da validação específica de instrumentos psicométricos para diferentes contextos culturais, mesmo quando existe proximidade linguística.[52,54]

4.6. Implicações para a Prática e Investigação

Os resultados sugerem que as atitudes dos profissionais portugueses face à MMA são heterogéneas e influenciadas por múltiplos fatores, incluindo idade, experiência, sexo e categoria profissional. Esta heterogeneidade tem implicações importantes para a formação profissional e para o desenvolvimento de políticas institucionais.

A maior aceitação entre profissionais mais jovens e com menor experiência sugere a necessidade de programas de formação que abordem estas questões de forma equilibrada, respeitando tanto as perspetivas tradicionais quanto as emergentes. Simultaneamente, a menor aceitação entre profissionais mais experientes não deve ser interpretada como resistência infundada, mas como reflexo de uma perspetiva consolidada que valoriza os pilares dos cuidados paliativos.[1-4]

A validação bem-sucedida da escala para o contexto português abre possibilidades para investigação longitudinal sobre a evolução das atitudes profissionais, especialmente no contexto da implementação da legislação sobre morte medicamente assistida. Estudos futuros poderão examinar como a experiência prática com estas situações influencia as atitudes profissionais ao longo do tempo.

A não confirmação da estrutura fatorial na amostra brasileira indica a necessidade de um processo de validação específico para o contexto brasileiro, incluindo possível adaptação de itens e exploração de fatores culturais específicos que possam influenciar as atitudes face à MMA.

4.7. Limitações do Estudo

4.7. 1. Limitações Metodológicas

O desenho transversal do estudo limita a capacidade de estabelecer relações causais entre as variáveis demográficas e as atitudes face à MMA. A utilização de amostragem por conveniência e bola de neve, embora pragmática dada a população específica em estudo, pode ter introduzido viés de seleção, com possível predominância de profissionais com interesse particular no tema.

O tamanho amostral, embora adequado para a validação psicométrica, pode ter limitado a capacidade de detetar diferenças mais subtis entre subgrupos profissionais. Estudos futuros com amostras maiores poderão explorar essas nuances com maior precisão.

4.7.2. Limitações Conceituais

A aplicação de um instrumento desenvolvido no contexto americano ao contexto português, apesar do rigoroso processo de adaptação, pode não capturar completamente as especificidades culturais e legais portuguesas. O desenvolvimento futuro de instrumentos específicos para o contexto europeu ou português poderá complementar os resultados obtidos.

A não inclusão de variáveis como a experiência direta com pedidos de MMA, formação específica na área, ou conhecimento da legislação atual representa uma limitação que estudos futuros poderão abordar.

4.8. Considerações Éticas e Profissionais

Os resultados sugerem que a comunidade de cuidados paliativos portuguesa não é homogénea nas suas atitudes face à MMA, refletindo a complexidade ética e profissional desta questão. Esta diversidade de perspetivas, longe de representar uma fragilidade, pode ser interpretada como reflexo de uma profissão madura que reconhece a legitimidade de diferentes abordagens éticas face a situações complexas.

A elevada aceitação do princípio do duplo efeito e das práticas de retirada/recusa de tratamentos de prolongamento da vida demonstra que existe consenso em torno de práticas que, embora possam acelerar a morte, são consideradas eticamente distintas da MMA. Esta distinção é fundamental para a identidade profissional dos cuidados paliativos e sugere que o debate sobre MMA não questiona os princípios fundamentais da especialidade.

A variação nas atitudes conforme a experiência profissional sugere a necessidade de abordagens diferenciadas na formação inicial e contínua. Profissionais em início de carreira podem beneficiar de exposição equilibrada a diferentes perspetivas éticas, enquanto profissionais experientes podem necessitar de espaços de reflexão sobre a evolução da prática e da sociedade. A diversidade de perspetivas, contudo, também pode constituir um

desafio para a coesão das equipas, tornando essencial a existência de mecanismos institucionais de reflexão e mediação ética que previnam a polarização.

As diferenças entre categorias profissionais reforçam a importância da formação interprofissional, permitindo que distintas perspetivas se enriqueçam mutuamente na abordagem a situações complexas de fim de vida. Esta diversidade tem também implicações diretas na relação com doentes e famílias, exigindo clareza na comunicação acerca da distinção entre práticas reconhecidas nos cuidados paliativos e a MMA, de forma a preservar a confiança e a transparência no processo de decisão clínica.

Em termos internacionais, estudos realizados na Holanda mostram que, mesmo após a legalização da eutanásia e do suicídio assistido, persistem dilemas relacionados com a delimitação entre o dever de aliviar o sofrimento e a possibilidade de induzir a morte.[67,68] Situação semelhante foi observada no Canadá, onde investigações conduzidas no Quebec evidenciam que tanto médicos como enfermeiros enfrentam tensões éticas na definição do seu papel perante a prática, mesmo em contexto de enquadramento legal.[62,63]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo alcançou com sucesso o seu objetivo primário de traduzir, adaptar e validar a *Attitude Scales on Passive Euthanasia and Physician-Assisted Death* para a língua portuguesa, estabelecendo um instrumento psicometricamente robusto para avaliar as atitudes dos profissionais de cuidados paliativos face à morte medicamente assistida (MMA).

O processo de tradução e adaptação cultural, conduzido de acordo com as diretrizes metodológicas internacionais, resultou numa versão portuguesa que preserva a integridade conceitual do instrumento original, permitindo comparações transculturais futuras.

Este trabalho contribui para o preenchimento de uma lacuna no contexto lusófono, ao disponibilizar uma ferramenta validada que pode ser utilizada em investigação, prática clínica e contextos formativos. A escala revela-se útil para compreender os fatores que moldam as atitudes dos profissionais de saúde perante um tema sensível e socialmente controverso, em constante debate político e bioético.

Em termos práticos, a escala pode servir para monitorizar perfis de atitude ao nível de serviço, orientar programas de formação dirigidos aos domínios mais sensíveis e apoiar processos de deliberação clínica e de elaboração de orientações internas. A sua aplicação sequencial permitirá acompanhar mudanças ao longo do tempo e avaliar o impacto de iniciativas educativas ou de alterações normativas.

A inclusão de participantes do Brasil revelou maior variabilidade das respostas e discrepâncias em alguns itens. Antes de comparações diretas entre países, é necessário ampliar a amostra brasileira e confirmar a equivalência da medida, idealmente com entrevistas cognitivas focadas nos itens mais sensíveis e testes formais de invariância. Até esse passo, as interpretações devem manter-se circunscritas ao contexto português.

Além das contribuições metodológicas e práticas já mencionadas, este estudo evidencia a importância de instrumentos psicometricamente validados para abordar temáticas bioéticas sensíveis, permitindo decisões baseadas em evidência e reflexão ética informada. A disponibilidade de uma versão portuguesa da escala fortalece a capacidade de investigação nacional e transcultural, promovendo diálogos informados sobre a morte medicamente assistida e facilitando a integração de perspetivas profissionais no desenvolvimento de políticas de saúde.

Futuramente, recomenda-se aperfeiçoar o domínio relativo a decisões de retenção de tratamento, explorar o alargamento de conteúdos onde tal se justifique, avaliar a estabilidade temporal e investigar relações com indicadores de prática clínica. Estudos futuros poderão também aplicar a escala a outros profissionais de saúde. Assim, a escala pode consolidar-se como uma ferramenta de apoio à qualidade assistencial, à investigação aplicada e à promoção de uma prática clínica mais consciente, ética e centrada na pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. (n.d.). Palliative care. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care (Acesso em 19 de maio de 2025).
2. Gerson, S. M., et al. (2020). The relationship of palliative care with assisted dying. Journal of Pain and Symptom Management, 59(6), e12–e15.
3. Riisfeldt, T. E. (2023). Euthanasia and assisted suicide are compatible with palliative care and are not rendered redundant by it. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 32(2), 254–262.
4. Mroz, S., et al. (2021). Assisted dying around the world: A status quaestionis. Annals of Palliative Medicine, 10(3), 3540–3553.
5. Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA, 316(1), 79–90.
6. Mathews, J. J., et al. (2021). Impact of medical assistance in dying on palliative care: A qualitative study. Palliative Medicine, 35, 447–454.
7. Smiianov, V. A. (2024). Medical assistance in dying for palliative patients in different countries of the world: lessons on euthanasia legalization. Inter Collegas, 11(2). https://doi.org/10.35339/ic.11.2.smi
8. Doukas, D. J., et al. (1995). Attitudes and behaviors on physician-assisted death: A study of Michigan oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 3(5), 1055–1061.
9. Weissman, D. E. (2008). Palliative care: An historical perspective. *Hematology*, 2008(1), 465–470. https://doi.org/10.1182/asheducation-2008.1.465
10. Ferrell, B., Chung, V., Koczywas, M., & Smith, T. J. (2020). Dissemination and Implementation of Palliative Care in Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, *38*(9), 995–1001. https://doi.org/10.1200/JCO.18.01766
11. Hui, D., & Bruera, E. (2020). Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *38*(9), 852–865. https://doi.org/10.1200/JCO.18.02123
12. Csikai, E. L., & Bullock, K. (2024). The growth of social work in palliative and end-of-life care in the United States: how did we get here? *Palliative Care and Social Practice*, *18*. https://doi.org/10.1177/26323524241263625
13. Imam, S. N., Braun, U. K., Garcia, M. A., & Jackson, L. K. (2024). Evolution of Telehealth—Its Impact on Palliative Care and Medication Management. *Pharmacy*. https://doi.org/10.3390/pharmacy12020061
14. Halpern, J. J., & Lee, E. (2024). *Innovative Models in Palliative Care in Oncology* (pp. 81–94). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780197607299.003.0007
15. Stevens, E., & Milligan, S. (2019). *Home palliative care in the United Kingdom and Europe* (pp. 45–62). Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-19535-9_4
16. Woitha, K., Carrasco, J. M., Clark, D., Lynch, T., Garralda, E., Martin-Moreno, J. M., & Centeno, C. (2016). Policy on palliative care in the WHO European region: an overview of progress since the Council of Europe's (2003) recommendation 24. *European Journal of Public Health*, *26*(2), 230–235. https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKV201
17. Garralda, E., Tripodoro, V. A., Ling, J., Brennan, J., Montero, Á., Bastos, F., Monzón, L., Suárez, D., Pons, J. J., & Centeno, C. (2025). EAPC Atlas of

Palliative Care in the European Region 2025. *European Association for Palliative Care (EAPC).*
18. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental: Biénio 2023–2024*. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf
19. Capelas M,Simões S, Alvarenga M, Coelho P. Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. Revista Cuidados Paliativos. 2014;1(2):7-13.
20. Ministério da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2003 Jun 14. Available from: DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003
21. DR. Diário da República [Internet]. Lisboa; 2006. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934
22. DR. Diário da República [Internet]. Lisboa; 2008. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10279-2008-1230589
23. DR. Diário da República. Lisboa; 2012 Jul 16. Available from: Lei n.º 25/2012 (pgdlisboa.pt)
24. DR. Diário da República. Lisboa; 2012 Set 05. Available from: Lei n.º 52/2012 | DR (diariodarepublica.pt)
25. Aguiar, H. (2012). Os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários - O desafio para o século XXI. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, *28*(6), 442–447. https://doi.org/10.32385/RPMGF.V28I6.10985
26. Ministério da Saúde. (2024, 7 de maio). Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. *Diário Oficial União*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
27. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. (2022). *Cadernos de Saúde Pública*, *38*(9), e00130222. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT00130222
28. Ministério da Saúde. (2025). Cuidados Paliativos — MinistériodaSaúde. *Portal Gov.br*. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/cuidados-paliativos
29. E. J. Emanuel, "The history of euthanasia debates in the United States and Britain," Annals of Internal Medicine, vol. 121, no. 10, 1994. doi: 10.7326/0003-4819-121-10-199411150-00010
30. Brueck MA, Sulmasy DP. The genealogy of death: A chronology of U.S. organizations promoting euthanasia and assisted suicide. *Palliative and Supportive Care*. 2019;17(5):604-608. doi:10.1017/S1478951518000573
31. Shabran, R. P., & Upadhyay, R. K. (2023). Exploring The Right To Die: A Comprehensive Review Of Legal, Ethical And Clinical Dimensions. *Journal of Namibian Studies : History Politics Culture*, *36*, 2200–2210. https://doi.org/10.59670/r1g8er25
32. Güth, U., McMillan, S., & Battegay, E. (2023). Medical Aid in Dying: Europe's Urgent Medico-Ethical Challenge. *International Journal of Public Health*. https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606538
33. Bulger, J. W. (2024). *Assisted Suicide*. 67–74. https://doi.org/10.1093/med/9780197772195.003.0009

34. Pope, T. M. (2018). Legal History of Medical Aid in Dying: Physician Assisted Death in U.S. Courts and Legislatures. *New Mexico Law Review*, *48*(2), 267. https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2321&context=nmlr
35. Jones, D. A. (2024). "Assisted dying" as a comforting heteronomy: the rejection of self-administration in the purported act of self-determination. *The New Bioethics*, 1–20. https://doi.org/10.1080/20502877.2024.2307698
36. Emanuel, E. J. (2017). Euthanasia and physician-assisted suicide: focus on the data. *The Medical Journal of Australia*, *206*(8), 339–340. https://doi.org/10.5694/MJA16.00132
37. Lavi, S. (2003). Euthanasia and the Changing Ethics of the Deathbed. *Theoretical Inquiries in Law*, *4*(2). https://doi.org/10.2202/1565-3404.1080
38. Nesterenko, V. G. (2024). Medical and social aspects of euthanasia of palliative patients in Ukraine, Switzerland, Canada, the USA and Israel. *Медицина Сьогодні і Завтра*, *93*(3). https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.3.nes
39. Assembleia da República. (2023). Lei n.º 22/2023 de 25 de maio. Diário da República, n.º 102/2023, Série I. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3648 (Acesso em 19 de maio de 2025)
40. Fernandes, L., Barranha, R., & Ferreira, A. (2023). Legislation of euthanasia in Portugal: The psychiatrist's role. *International Psychogeriatrics*. https://doi.org/10.1017/s1041610223002284
41. Tribunal Constitucional. (2025). *Acórdão n.º 307/2025*. https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20250307.html. Último acesso em 19 de maio de 2025.
42. Marina, S., Wainwright, T., Pereira, H. P., & Ricou, M. (2022). Trends in hastened death decision criteria: A review of official reports. Health Policy, 126(7), 643–651. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.05.007
43. Dadalto, L., & Carvalho, S. (2021). Os desafios bioéticos da interrogação voluntária de hidratação e nutrição em fim de vida no ordenamento jurídico brasileiro. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *21* (2), 127—142. https://doi.org/10.18359/rlbi.5181https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156
44. Dadalto, L. (2019). Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do fim próprio. *Pensar, Revista de Ciências Jurídicas*, *24* (3), 1—11. https://doi.org/10.5020/2317-2150.2019.9555
45. Conselho Federal de Medicina. (2016, 17 de novembro). *Resolução nº 2.156/2016: Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva*.
46. Eu Decido. (2025). *Quem somos*. Eu Decido – Pelo direito à morte assistida. https://eudecido.org.br/
47. Muckart, D. J. J., Gopalan, D., Hardcastle, T. C., Hodgson, E., & McQuoid-Mason, D. J. (2014). Palliative care: definition of euthanasia. *South African Medical Journal*, *104*(4), 259–260. https://doi.org/10.7196/SAMJ.8016
48. Patuzzo, S., Pulice, E., & Orsi, L. (2023). *Palliative Care against Medically Assisted Death? Misunderstanding and Instrumental Objections.* 10499091231196302. https://doi.org/10.1177/10499091231196302
49. Senior, K. (2023). Medically assisted dying and cancer: a complex issue. *Lancet Oncology*, *24*(9), e362. https://doi.org/10.1016/s1470-2045(23)00409-6

50. Downar, J., MacDonald, S., & Buchman, S. (2023). Medical Assistance in Dying, Palliative Care, Safety, and Structural Vulnerability. *Journal of Palliative Medicine*. https://doi.org/10.1089/jpm.2023.0210
51. Monteiro, L., et al. (2021). Translation and adaptation of the STOPP-START screening tool to Portuguese for detecting inappropriate prescriptions in older people: A protocol. BMJ Open, 11, e043746. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043746
52. Gregório, M. D., et al. (2020). The Problem-Solving Decision-Making Scale—Translation and validation for the Portuguese language: A cross-sectional study. BMJ Open, 10, e033625. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033625
53. Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine, 25(24), 3186–3191.
54. Wild, D., Grove, A., Martin, M., et al. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value in Health, 8, 94–104.
55. Hill, M. M., & Hill, A. (2008). Investigação por questionário. Lisboa: Sílabo.
56. G.-J. Peters, "The alpha and the omega of scale reliability and validity: Why and how to abandon Cronbach's alpha and the route towards more comprehensive assessment of scale quality," The European Health Psychologist, 2014, doi: 10.17605/OSF.IO/TNRXV
57. Ferreira, A. E., & Braga, T. M. (2024). Between Portugal and Brazil: Dignified Death, Legislative Evolution and Future Perspectives. International Journal of Innovative Research in Multidisciplinary Education, 03(11) https://doi.org/10.58806/ijirme.2024.v3i11n01
58. Pereira, E., Marina, S., & Ricou, M. (2023). Percepções dos Médicos Portugueses sobre Cenários de Morte Apressada: Um Estudo Transversal. Acta Médica Portuguesa, 36 (2), 105—112. https://doi.org/10.20344/amp.17290
59. Gonçalves, J. A. F. (2010). Atitudes face a situações de fim de vida que não sejam a eutanásia e o suicídio assistido entre oncologistas portugueses. Support Care Cancer, 18 (10), 1271—1277 http://doi.org/ 10.1007/s00520-009-0743-y
60. RIETJENS, Judith A. C. et al. Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: A mixed-methods approach. *Palliative Medicine*, v. 27, n. 3, p. 273-280, 2013. DOI: https://doi.org/10.1177/0269216312448507
61. BOLT, Eva E. et al. Nurses' attitudes towards their role in euthanasia and physician-assisted suicide: a national survey in the Netherlands. *International Journal of Nursing Studies*, v. 45, n. 8, p. 1146-1154, 2008. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.07.003
62. LÉGARÉ, France et al. Determinants of the intention of physicians to practise euthanasia in palliative care: a cross-sectional study. BMC Medical Ethics, v. 16, n. 6, 2015. DOI: https://doi.org/10.1186/1472-6939-16-6
63. PAYOT, Andréanne et al. Determinants of nurses' intention to practice euthanasia in palliative care. Nursing Ethics, v. 22, n. 7, p. 822-835, 2015. DOI: https://doi.org/10.1177/0969733014549883

APÊNDICES

APÊNDICE A. Instrumento de Avaliação

Instrumento de Avaliação das Atitudes face à Eutanásia e ao Suicídio Assistido

Está a ser convidado(a) a participar do estudo "Tradução, adaptação e validação de uma escala de atitudes em relação à morte medicamente assistida", a ser desenvolvido no âmbito da dissertação do Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) por Lorena Meyer, sob orientação de Ivone Duarte, PhD e Andreia Teixeira, PhD, cujo objetivo é a validação da tradução de uma escala de atitudes em relação a morte medicamente assistida, adaptando-a para o contexto de língua portuguesa. A sua participação é voluntária e essencial para garantir a confiabilidade e a validade desta ferramenta de medida.

Sua participação consiste em responder a um questionário online com máximo de 10 minutos de duração. Todas as informações recolhidas serão tratadas com estrita confidencialidade, assegurando o anonimato dos participantes. Os dados não permitirão a identificação pessoal e serão utilizados apenas para os fins deste estudo, sendo os mesmos armazenados exclusivamente pela entidade promotora, e por um prazo máximo de um ano após a conclusão do estudo.

A participação é totalmente voluntária e poderá desistir a qualquer momento sem qualquer consequência ou penalidade. Caso decida interromper a participação, basta fechar o questionário online. A cada participante, reserva-se o direito de solicitar os resultados do estudo, enviando um email ao investigador principal, assim que os mesmos sejam divulgados.

O estudo teve o parecer favorável da Comissão Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, assegurando os aspetos éticos.

Ao continuar, confirme que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar deste estudo, sabendo que poderá retirar-se a qualquer momento.

A investigadora: Lorena Meyer

Em caso de dúvida pode contactar: lmeyer.dc@gmail.com

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Declaro que aceito participar no estudo, tendo sido informado(a) acerca dos termos e condições para a sua realização. *

- [ ] Sim

2. Idade *

3. Sexo: *

- [ ] Feminino
- [ ] Masculino
- [ ] Prefiro não dizer

4. Categoria Profissional*

5. País de Atuação: *

- [ ] Brasil
- [ ] Portugal

6. Tempo de atuação na área dos Cuidados Paliativos: *

- [ ] < 5 anos
- [ ] 5 a 10 anos
- [ ] 11 a 15 anos
- [ ] > 15 anos

Atitudes face à Eutanásia e o Suicídio Assistido

1. Considera que uma pessoa tem o direito de pôr termo à própria vida se tiver uma doença incurável* (por exemplo, cancro/câncer)?

*Leia-se doença incurável como doença avançada, sem possibilidade de recuperação ao estado anterior à doença, podendo apresentar sofrimento ou não associado. *

- [ ] Concordo plenamente
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Discordo plenamente

2. Quando uma pessoa tem uma doença incurável*, considera que deve ser permitido por lei que os médicos ponham termo à vida da pessoa de forma indolor, se a pessoa e a respetiva família o pedirem?

*Leia-se doença incurável como doença avançada, sem possibilidade de recuperação ao estado anterior à doença, podendo apresentar sofrimento ou não associado. *

- [ ] Concordo plenamente

Concordo parcialmente
Não concordo nem discordo
Discordo parcialmente
Discordo plenamente

3. Concordaria com pôr termo à vida de um doente se uma junta médica nomeada pelo tribunal concordasse que não havia cura para esse doente?*
Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Não concordo nem discordo
Discordo parcialmente
Discordo plenamente

4. Deve ser permitido aos paliativistas ajudar um doente a cometer suicídio medicamente assistido.*
Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Não concordo nem discordo
Discordo parcialmente
Discordo plenamente

5. Dar medicação a um doente com a intenção de permitir que o doente ponha termo à própria vida é aceitável.*
Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Não concordo nem discordo
Discordo parcialmente
Discordo plenamente

6. Dar instruções a um doente (ou seja, dizer quantos comprimidos tomar) com o intuito de ajudar esse doente a pôr termo à própria vida é aceitável.*
Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Não concordo nem discordo
Discordo parcialmente
Discordo plenamente

7. É necessária legislação que permita a prática de eutanásia ativa.*
Concordo plenamente
Concordo parcialmente

- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Discordo plenamente

8. É necessária legislação que proíba a prática de eutanásia ativa. *

- [ ] Concordo plenamente
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Discordo plenamente

9. Eu seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em fase de fim de vida pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.*

- [ ] Concordo plenamente
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Discordo plenamente

10. A maioria dos paliativistas seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em fim de vida pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.*

- [ ] Concordo plenamente
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Discordo plenamente

11. Deve ser permitido aos paliativistas recusarem-se a aplicar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.*

- [ ] Concordo plenamente
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Discordo plenamente

12. Deve ser permitido aos paliativistas retirar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.*

- [ ] Concordo plenamente

- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Discordo plenamente

13. É aceitável usar a perfusão de morfina para controlar a dor, mesmo que possa acelerar a morte do doente.*

- [ ] Concordo plenamente
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Discordo plenamente

14. O juramento de Hipócrates desencoraja-me de facilitar a morte de doentes.*

- [ ] Concordo plenamente
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Discordo plenamente

15. O juramento de Hipócrates desencoraja outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.*

- [ ] Concordo plenamente
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Discordo plenamente

16. As minhas crenças religiosas impedem-me de facilitar a morte de doentes. *

- [ ] Concordo plenamente
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Discordo plenamente

17. As crenças religiosas impedem outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.*

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente

18.O medo de que haja repercussões legais dissuade-me de facilitar a morte de doentes.*

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente

19. O medo de que haja repercussões legais dissuade outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.*

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente

20. Dar mais atenção a problemas relacionados com a qualidade de vida eliminaria a necessidade de haver eutanásia.*

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente

21. Dar mais atenção ao controlo da dor eliminaria a necessidade de haver eutanásia.*

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo plenament

APÊNDICE B. Escala traduzida e adaptada

Escala de Atitudes face a Eutanásia Passiva e Morte Medicamente Assistida Traduzida e Adaptada para língua portuguesa
Fator Global
1. Considera que uma pessoa tem o direito de pôr termo à própria vida se tiver uma doença incurável* (por exemplo, cancro/câncer)? *Leia-se doença incurável como doença avançada, sem possibilidade de recuperação ao estado anterior à doença, podendo apresentar sofrimento ou não associado.
2. Quando uma pessoa tem uma doença incurável*, considera que deve ser permitido por lei que os médicos ponham termo à vida da pessoa de forma indolor, se a pessoa e a respetiva família o pedirem? *Leia-se doença incurável como doença avançada, sem possibilidade de recuperação ao estado anterior à doença, podendo apresentar sofrimento ou não associado.
3. Concordaria com pôr termo à vida de um doente se uma junta médica nomeada pelo tribunal concordasse que não havia cura para esse doente?
4. Deve ser permitido aos paliativistas ajudar um doente a cometer suicídio medicamente assistido.
5. Dar medicação a um doente com a intenção de permitir que o doente ponha termo à própria vida é aceitável.
6. Dar instruções a um doente (ou seja, dizer quantos comprimidos tomar) com o intuito de ajudar esse doente a pôr termo à própria vida é aceitável.
7. É necessária legislação que permita a prática de eutanásia ativa.
8. É necessária legislação que proíba a prática de eutanásia ativa
9. Eu seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em fase de fim de vida pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.
10. A maioria dos paliativistas seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em fim de vida pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.
Fator de retenção
11. Deve ser permitido aos paliativistas recusarem-se a aplicar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.
12. Deve ser permitido aos paliativistas retirar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.
13. É aceitável usar a perfusão de morfina para controlar a dor, mesmo que possa acelerar a morte do doente.
Fator filosófico
14. O juramento de Hipócrates desencoraja-me de facilitar a morte de doentes.
15. O juramento de Hipócrates desencoraja outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.
16. As minhas crenças religiosas impedem-me de facilitar a morte de doentes.
17. As crenças religiosas impedem outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.
Fator jurídico
18.O medo de que haja repercussões legais dissuade-me de facilitar a morte de doentes.
19. O medo de que haja repercussões legais dissuade outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.
Fator alternativo

20. Dar mais atenção a problemas relacionados com a qualidade de vida eliminaria a necessidade de haver eutanásia.
21. Dar mais atenção ao controlo da dor eliminaria a necessidade de haver eutanásia.

APÊNDICE C. Análise em Componentes Principais - amostra de profissionais de saúde de CP a exercer no Brasil

Tabela 7. Resultados da Análise em Componentes Principais: cargas fatoriais após rotação *varimax*.

	Fator *Global*	**Fator *Alternativo***	**Fator *Filosófico***	**Fator de *Retenção***	**Fator *Jurídico***
1. Considera que uma pessoa tem o direito de pôr termo à própria vida se tiver uma doença incurável (por exemplo, cancro/câncer)?	0,759				
2. Quando uma pessoa tem uma doença incurável, considera que deve ser permitido por lei que os médicos ponham termo à vida da pessoa de forma indolor, se a pessoa e a respetiva família o pedirem?	0,749				
3. Concordaria com pôr termo à vida de um doente se uma junta médica nomeada pelo tribunal concordasse que não havia cura para esse doente?	0,699				
4. Deve ser permitido aos paliativistas ajudar um doente a cometer suicídio medicamente assistido,	0,814				
5. Dar medicação a um doente com a intenção de permitir que o doente ponha termo à própria vida é aceitável,	0,905				
6. Dar instruções a um doente (ou seja, dizer quantos comprimidos tomar) com o intuito de ajudar esse doente a pôr termo à própria vida é aceitável,	0,849				
7. É necessária legislação que permita a prática de eutanásia ativa,	0,717				
8. É necessária legislação que proíba a prática de eutanásia ativa,	0,608				

9. Eu seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em fase de fim de vida pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida,	0,725			
10. A maioria dos paliativistas seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em estado terminal pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida,		0,742		
11. Deve ser permitido aos paliativistas recusarem-se a aplicar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente,			0,844	
12. Deve ser permitido aos paliativistas retirar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente,			0,778	
13. É aceitável usar a perfusão de morfina para controlar a dor, mesmo que possa acelerar a morte do doente,			0,786	
14. O juramento de Hipócrates desencoraja-me de facilitar a morte de doentes,		0,527		
15. O juramento de Hipócrates desencoraja outros paliativistas de facilitar a morte de doentes,		0,783		
16. As minhas crenças religiosas impedem-me de facilitar a morte de doentes,	0,554			
17. As crenças religiosas impedem outros paliativistas de facilitar a morte de doentes,		0,562		
18. O medo de que haja repercussões legais dissuade-me de facilitar a morte de doentes,				0,860

19. O medo de que haja repercussões legais dissuade outros paliativistas de facilitar a morte de doentes,		0,862
20. Dar mais atenção a problemas relacionados com a qualidade de vida eliminaria a necessidade de haver eutanásia,	0,842	
21. Dar mais atenção ao controlo da dor eliminaria a necessidade de haver eutanásia,	0,815	

APÊNDICE D. Análise de fiabilidade - a amostra de profissionais de saúde de CP a exercer no Brasil

Tabela 8. Análise de consistência interna através do alpha de Cronbach, da correlação item total corrigida e da média da correlação inter-item.

	Alpha de Cronbach	**Correlação item total corrigida**	**Média da correlação inter-item**
Fator *Global*	**0,951**		**0,663**
Item 1	0,942	0,889	
Item 2	0,941	0,904	
Item 3	0,950	0,695	
Item 4	0,947	0,774	
Item 5	0,945	0,807	
Item 6	0,948	0,732	
Item 7	0,943	0,848	
Item 8	0,952	0,657	
Item 9	0,943	0,867	
Item 16	0,948	0,755	
Fator *Jurídico*	**0,775**		**0,649**
Item 18	NA	0,649	
Item 19	NA	0,649	
Fator *Alternativo*	**0,985**		**0,970**
Item 20	NA	0,970	
Item 21	NA	0,970	
Fator *Filosófico*	**0,708**		**0,374**
Item 10	0,613	0,544	
Item 14	0,629	0,527	
Item 15	0,531	0,690	
Item 17	0,763	0,256	
Fator *Retenção*	**0,789**		**0,562**
Item 11	0,640	0,716	
Item 12	0,694	0,649	
Item 13	0,577	0,768	

APÊNDICE E. Descrição das respostas, por item - amostra total.

Tabela 9. Descrição, por item, da escala sobre as atitudes face à MMA na amostra total (n = 215).

	1	2	3	4	5	Med [Q_1; Q_3]	M (dp)
Considera que uma pessoa tem o direito de pôr termo à própria vida se tiver uma doença incurável (por exemplo, cancro/câncer)?	20 (9,3)	23 (10,7)	12 (5,6)	76 (35,3)	84 (39,1)	4 [3; 5]	3,8 (1,3)
Quando uma pessoa tem uma doença incurável, considera que deve ser permitido por lei que os médicos ponham termo à vida da pessoa de forma indolor, se a pessoa e a respetiva família o pedirem?	29 (13,5)	21 (9,8)	15 (7,0)	72 (33,5)	78 (36,3)	4 [3; 5]	3,7 (1,4)
Concordaria com pôr termo à vida de um doente se uma junta médica nomeada pelo tribunal concordasse que não havia cura para esse doente?	57 (26,5)	40 (18,6)	30 (14,0)	60 (27,9)	28 (13,0)	3 [1; 4]	2,8 (1,4)
Deve ser permitido aos paliativistas ajudar um doente a cometer suicídio medicamente assistido.	36 (16,7)	39 (18,1)	21 (9,8)	78 (36,3)	41 (19,1)	4 [2; 4]	3,2 (1,4)
Dar medicação a um doente com a intenção de permitir que o doente ponha termo à própria vida é aceitável.	46 (21,4)	34 (15,8)	20 (9,3)	82 (38,1)	33 (15,3)	4 [2; 4]	3,1 (1,4)
Dar instruções a um doente (ou seja, dizer quantos comprimidos tomar) com o intuito de ajudar esse doente a pôr termo à própria vida é aceitável.	56 (26,0)	40 (18,6)	16 (7,4)	72 (33,5)	31 (14,4)	3 [1; 4]	2,9 (1,5)
É necessária legislação que permita a prática de eutanásia ativa.	25 (11,6)	12 (5,6)	15 (7,0)	31 (14,4)	132 (61,4)	5 [4; 5]	4,1 (1,4)
É necessária legislação que proíba a prática de eutanásia ativa.	116 (54,0)	29 (13,5)	30 (14,0)	15 (7,0)	25 (11,6)	1 [1; 3]	2,1 (1,4)
Eu seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em fase de fim de vida pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.	26 (12,1)	17 (7,9)	8 (3,7)	57 (26,5)	107 (49,8)	4 [4; 5]	3,9 (1,4)
A maioria dos paliativistas seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em estado terminal pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.	25 (11,6)	40 (18,6)	58 (27,0)	59 (27,4)	33 (15,3)	3 [2; 4]	3,2 (1,2)
Deve ser permitido aos paliativistas recusarem-se a aplicar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.	9 (4,2)	15 (7,0)	17 (7,9)	56 (26,0)	118 (54,9)	5 [4; 5]	4,2 (1,1)
Deve ser permitido aos paliativistas retirar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.	4 (1,9)	6 (2,8)	8 (3,7)	57 (26,5)	140 (65,1)	5 [4; 5]	4,5 (0,8)
É aceitável usar a perfusão de morfina para controlar a dor, mesmo que possa acelerar a morte do doente.	7 (3,3)	8 (3,7)	8 (3,7)	66 (30,7)	126 (58,6)	5 [4; 5]	4,4 (1,0)
O juramento de Hipócrates desencoraja-me de facilitar a morte de doentes.	38 (17,7)	42 (19,5)	41 (19,1)	60 (27,9)	34 (15,8)	3 [2; 4]	3,1 (1,3)
O juramento de Hipócrates desencoraja outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.	16 (7,4)	30 (14,0)	63 (29,3)	70 (32,6)	36 (16,7)	3 [3; 4]	3,4 (1,1)
As minhas crenças religiosas impedem-me de facilitar a morte de doentes.	108 (50,2)	32 (14,9)	10 (4,7)	31 (14,4)	34 (15,8)	1 [1; 4s]	2,3 (1,6)
As crenças religiosas impedem outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.	9 (4,2)	22 (10,2)	70 (32,6)	83 (38,6)	31 (14,4)	4 [3; 4]	3,5 (1,0)
O medo de que haja repercussões legais dissuade-me de facilitar a morte de doentes.	18 (8,4)	19 (8,8)	16 (7,4)	67 (31,2)	95 (44,2)	4 [4; 5]	3,9 (1,3)
O medo de que haja repercussões legais dissuade outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.	8 (3,7)	11 (5,1)	29 (13,5)	56 (26,0)	111 (51,6)	5 [4; 5]	4,2 (1,1)
Dar mais atenção a problemas relacionados com a qualidade de vida eliminaria a necessidade de haver eutanásia.	37 (17,2)	54 (25,1)	12 (5,6)	61 (28,4)	51 (23,7)	4 [2; 4]	3,2 (1,5)
Dar mais atenção ao controlo da dor eliminaria a necessidade de haver eutanásia.	37 (17,2)	58 (27,0)	13 (6,0)	60 (27,9)	47 (21,9)	3 [2; 4]	3,1 (1,5)

1: Discordo totalmente; 2: Discordo; 3: Não discordo nem concordo; 4: Concordo e 5: Concordo totalmente.

APÊNDICE F. Descrição das respostas, por item – amostra de profissionais de saúde de CP a exercer no Brasil

Tabela 10. Descrição, por item, da escala sobre as atitudes face à MMA na amostra dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, a exercer no Brasil (n = 124).

	1	2	3	4	5	Med [Q_1; Q_3]	M (dp)
Considera que uma pessoa tem o direito de pôr termo à própria vida se tiver uma doença incurável (por exemplo, cancro/câncer)?	16 (12,9)	17 (13,7)	5 (4,0)	40 (32,3)	46 (37,1)	4 [2; 5]	3,67 (1,4)
Quando uma pessoa tem uma doença incurável, considera que deve ser permitido por lei que os médicos ponham termo à vida da pessoa de forma indolor, se a pessoa e a respetiva família o pedirem?	22 (17,7)	12 (9,7)	8 (6,5)	39 (31,5)	43 (34,7)	4 [2; 5]	3,56 (1,5)
Concordaria com pôr termo à vida de um doente se uma junta médica nomeada pelo tribunal concordasse que não havia cura para esse doente?	41 (33,1)	21 (16,9)	13 (10,5)	33 (26,6)	16 (12,9)	2,5 [1; 4]	2,69 (1,5)
Deve ser permitido aos paliativistas ajudar um doente a cometer suicídio medicamente assistido.	29 (23,4)	26 (21,0)	11 (8,9)	38 (30,6)	20 (16,1)	3 [2; 4]	2,95 (1,5)
Dar medicação a um doente com a intenção de permitir que o doente ponha termo à própria vida é aceitável.	33 (26,6)	19 (15,3)	9 (7,3)	43 (34,7)	20 (16,1)	4 [1; 4]	2,98 (1,5)
Dar instruções a um doente (ou seja, dizer quantos comprimidos tomar) com o intuito de ajudar esse doente a pôr termo à própria vida é aceitável.	38 (30,6)	22 (17,7)	8 (6,5)	38 (30,6)	18 (14,5)	3 [1; 4]	2,81 (1,5)
É necessária legislação que permita a prática de eutanásia ativa.	19 (15,3)	11 (8,9)	9 (7,3)	12 (9,7)	73 (58,9)	5 [3; 5]	3,88 (1,5)
É necessária legislação que proíba a prática de eutanásia ativa.	63 (50,8)	13 (10,5)	19 (15,3)	9 (7,3)	20 (16,1)	1 [1; 3]	2,27 (1,5)
Eu seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em fase de fim de vida pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.	18 (14,5)	12 (9,7)	4 (3,2)	29 (23,4)	61 (49,2)	4 [3; 5]	3,83 (1,5)
A maioria dos paliativistas seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em estado terminal pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.	17 (13,7)	25 (20,2)	32 (25,8)	32 (25,8)	18 (14,5)	3 [2; 4]	3,07 (1,3)
Deve ser permitido aos paliativistas recusarem-se a aplicar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.	7 (5,6)	11 (8,9)	4 (3,2)	38 (30,6)	64 (51,6)	5 [4; 5]	4,14 (1,2)
Deve ser permitido aos paliativistas retirar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.	4 (3,2)	6 (4,8)	2 (1,6)	33 (26,6)	79 (63,7)	5 [4; 5]	4,43 (0,98)
É aceitável usar a perfusão de morfina para controlar a dor, mesmo que possa acelerar a morte do doente.	3 (2,4)	7 (5,6)	1 (0,8)	37 (29,8)	76 (61,3)	5 [4; 5]	4,42 (0,95)
O juramento de Hipócrates desencoraja-me de facilitar a morte de doentes.	22 (17,7)	22 (17,7)	23 (18,5)	33 (26,6)	24 (19,4)	3 [2; 4]	3,12 (1,4)
O juramento de Hipócrates desencoraja outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.	8 (6,5)	12 (9,7)	38 (30,6)	44 (35,5)	22 (17,7)	4 [3; 4]	3,48 (1,1)

As minhas crenças religiosas impedem-me de facilitar a morte de doentes.	50 (40,3)	19 (15,3)	6 (4,8)	22 (17,7)	27 (21,8)	2 [1; 4]	2,65 (1,6)
As crenças religiosas impedem outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.	5 (4,0)	8 (6,5)	32 (25,8)	55 (44,4)	24 (19,4)	4 [3; 4]	3,69 (1,0)
O medo de que haja repercussões legais dissuade-me de facilitar a morte de doentes.	11 (8,9)	11 (8,9)	7 (5,6)	40 (32,3)	55 (44,4)	4 [4; 5]	3,94 (1,3)
O medo de que haja repercussões legais dissuade outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.	4 (3,2)	6 (4,8)	11 (8,9)	35 (28,2)	68 (54,8)	5 [4; 5]	4,27 (1,0)
Dar mais atenção a problemas relacionados com a qualidade de vida eliminaria a necessidade de haver eutanásia.	20 (16,1)	28 (22,6)	6 (4,8)	36 (29,0)	34 (27,4)	4 [2; 5]	3,29 (1,5)
Dar mais atenção ao controlo da dor eliminaria a necessidade de haver eutanásia.	21 (16,9)	26 (21,0)	8 (6,5)	40 (32,3)	29 (23,4)	4 [2; 4]	3,24 (1,5)

1: Discordo totalmente; 2: Discordo; 3: Não discordo nem concordo; 4: Concordo e 5: Concordo totalmente.

APÊNDICE G. Descrição das respostas, por item – amostra de profissionais de saúde de CP a exercer em Portugal

Tabela 11.Descrição, por item, da escala sobre as atitudes face à MMA na amostra dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, a exercer em Portugal (n = 91).

	1	2	3	4	5	Med [Q_1; Q_3]	M (dp)
Considera que uma pessoa tem o direito de pôr termo à própria vida se tiver uma doença incurável (por exemplo, cancro/câncer)?	4 (4,4)	6 (6,6)	7 (7,7)	36 (39,6)	38 (41,8)	4 [4; 5]	4,08 (1,1)
Quando uma pessoa tem uma doença incurável, considera que deve ser permitido por lei que os médicos ponham termo à vida da pessoa de forma indolor, se a pessoa e a respetiva família o pedirem?	7 (7,7)	9 (9,9)	7 (7,7)	33 (36,3)	35 (38,5)	4 [3; 5]	3,88 (1,2)
Concordaria com pôr termo à vida de um doente se uma junta médica nomeada pelo tribunal concordasse que não havia cura para esse doente?	16 (17,6)	19 (20,9)	17 (18,7)	27 (29,7)	12 (13,2)	3 [2; 4]	3,00 (1,3)
Deve ser permitido aos paliativistas ajudar um doente a cometer suicídio medicamente assistido.	7 (7,7)	13 (14,3)	10 (11,0)	40 (44,0)	21 (23,1)	4 [3; 4]	3,60 (1,2)
Dar medicação a um doente com a intenção de permitir que o doente ponha termo à própria vida é aceitável.	13 (14,3)	15 (16,5)	11 (12,1)	39 (42,9)	13 (14,3)	4 [2; 4]	3,26 (1,3)
Dar instruções a um doente (ou seja, dizer quantos comprimidos tomar) com o intuito de ajudar esse doente a pôr termo à própria vida é aceitável.	18 (19,8)	18 (19,8)	8 (8,8)	34 (37,4)	13 (14,3)	4 [2; 4]	3,07 (1,4)
É necessária legislação que permita a prática de eutanásia ativa.	6 (6,6)	1 (1,1)	6 (6,6)	19 (20,9)	59 (64,8)	5 [4; 5]	4,36 (1,1)
É necessária legislação que proíba a prática de eutanásia ativa.	53 (58,2)	16 (17,6)	11 (12,1)	6 (6,6)	5 (5,5)	1 [1; 2]	1,84 (1,2)
Eu seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em fase de fim de vida pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.	8 (8,8)	5 (5,5)	4 (4,4)	28 (30,8)	46 (50,5)	5 [4; 5]	4,09 (1,3)
A maioria dos paliativistas seria a favor de uma legislação que permitisse a um doente em estado terminal pedir ajuda ao médico assistente para pôr termo à sua vida.	8 (8,8)	15 (16,5)	26 (28,6)	27 (29,7)	15 (16,5)	3 [2; 4]	3,29 (1,2)
Deve ser permitido aos paliativistas recusarem-se a aplicar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.	2 (2,2)	4 (4,4)	13 (14,3)	18 (19,8)	54 (59,3)	5 [4; 5]	4,30 (1,0)
Deve ser permitido aos paliativistas retirar medidas de prolongamento da vida, a pedido do doente.	0 (0)	0 (0)	6 (6,6)	24 (26,4)	61 (67,0)	5 [4; 5]	4,60 (0,6)
É aceitável usar a perfusão de morfina para controlar a dor, mesmo que possa acelerar a morte do doente.	4 (4,4)	1 (1,1)	7 (7,7)	29 (31,9)	50 (54,9)	5 [4; 5]	4,32 (1,0)
O juramento de Hipócrates desencoraja-me de facilitar a morte de doentes.	16 (17,6)	20 (22,0)	18 (19,8)	27 (29,7)	10 (11,0)	3 [2; 4]	2,95 (1,3)
O juramento de Hipócrates desencoraja outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.	8 (8,8)	18 (19,8)	25 (27,5)	26 (28,6)	14 (15,4)	3 [2; 4]	3,22 (1,2)

As minhas crenças religiosas impedem-me de facilitar a morte de doentes.	58 (63,7)	13 (14,3)	4 (4,4)	9 (9,9)	7 (7,7)	1 [1; 2]	1,84 (1,3)
As crenças religiosas impedem outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.	4 (4,4)	14 (15,4)	38 (41,8)	28 (30,8)	7 (7,7)	3 [3; 4]	3,22 (1,0)
O medo de que haja repercussões legais dissuade-me de facilitar a morte de doentes.	7 (7,7)	8 (8,8)	9 (9,9)	27 (29,7)	40 (44,0)	4 [3; 5]	3,93 (1,3)
O medo de que haja repercussões legais dissuade outros paliativistas de facilitar a morte de doentes.	4 (4,4)	5 (5,5)	18 (19,8)	21 (23,1)	43 (47,3)	4 [3; 5]	4,03 (1,1)
Dar mais atenção a problemas relacionados com a qualidade de vida eliminaria a necessidade de haver eutanásia.	17 (18,7)	26 (28,6)	6 (6,6)	25 (27,5)	17 (18,7)	3 [2; 4]	2,99 (1,4)
Dar mais atenção ao controlo da dor eliminaria a necessidade de haver eutanásia.	16 (17,6)	32 (35,2)	5 (5,5)	20 (22,0)	18 (19,8)	2 [2; 4]	2,91 (1,4)

1: Discordo totalmente; 2: Discordo; 3: Não discordo nem concordo; 4: Concordo e 5: Concordo totalmente.

ANEXOS

ANEXO A. Escala Original

Table 1. Attitude Scales on Passive Euthanasia and Physician-Assisted Death
Globo factor (a = .94)
1. Do you think a person has the right to end his or her own life if this person has an incurable disease (eg, cancer)?
2. When a person has a disease that cannot be cured, do you think doctors should be allowed by law to end the patient's life by some painless means if the patient and his or her family request it?
3. Would you approve of ending a patient's life if a board of doctors appointed by the court agreed that the patient could not be cured?
4. Oncologists should be allowed to assist a patient in committing suicide by medical means.
5. Giving medication to a patient with the intent to allow that patient to end his or her life is acceptable.
6. Giving instructions to a patient (ie, how many pills to take) with the intent to allow that patient to end his or her life is acceptable.
7. Legislation permitting the practice of active euthanasia is needed.
8. Legislation prohibiting the practice of active euthanasia is needed.
9. I would favor legislation allowing a terminally ill patient to ask an attending physician to help end his or her life.
10. Most oncologists would favor legislation allowing a terminally ill patient to ask an attending physician to help end his or her life.
Withhold factor {a = .88)
11. Oncologists should be allowed to withhold life-sustaining measures at the patient' s request.
12. Oncologists should be allowed to withdraw life-sustaining measures at the patient's request.
13. lt is acceptable to use a morphine drip to achieve pain control, even if it may hasten a patient' s death.
Philosophy foctor {a = .76)
14. The Hippocratic oath deters me from facilitating patients' deaths
15. The Hippocratic oath deters other oncologists from facilitating patients' deaths.
16. My religious beliefs deter me from facilitating patients' deaths.
17. Religious beliefs deter other oncologists from facilitating patients' deaths.
Legal factor {a = .87)
18. Fear of legal repercussion deters me from facilitating patients' deaths.
19. Fear of legal repercussion deters other oncologists from facilitating patients' deaths.
Alternative factor {a = .84)
20. More attention to quality-of-life concerns would eliminate the need for euthanasia.
21. More attention to pain control would eliminate the need for euthanasia

ANEXO B. Parecer Comitê de Ética

Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University of Porto

PARECER

310/CEFMUP/2025

Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Parecer/Rapport: 310/CEFMUP/2025

Título do projeto/ Project title: Tradução, adaptação e validação de uma escala de atitudes em relação a morte medicamente assistida.

Investigador/ Researcher: Lorena de Oliveira Meyer Nascimento

Parecer/ Rapport:

☒ Favorável/Accepted

☐ Rejeitado/Declined

☐ Outro

Relatora: Prof.ª Doutora Cristina Prudêncio

Deliberado em reunião plenária da Comissão de Ética de Porto, a 30 de janeiro de 2025, por unanimidade dos membros presentes.
Solicita-se o favor de após a conclusão do projeto enviar o relatório final com as conclusões do estudo, nos termos do Art.3º n.º 3 alínea f) do Decreto-Lei n.º 80/2018 de 15 de outubro.

Porto, 31 de janeiro de 2025

O Secretariado da Comissão de Ética
Profª Doutora Francisca Rego

O Presidente da Comissão de Ética
Prof Doutor Rui Nunes

Alameda Professor Hernâni Monteiro, 4200-319, Porto
Email: comissaoetica@med.up.pt
Telefone: +351 220426840