

Escala de conflito em tomadas de decisão em saúde: instrumento adaptado e validado para língua portuguesa

SCALE OF CONFLICT IN HEALTH CARE DECISION-MAKING: AN INSTRUMENT ADAPTED AND VALIDATED FOR THE PORTUGUESE LANGUAGE

ESCALA DE CONFLICTO EN LAS TOMAS DE DECISIONES EN SALUD: INSTRUMENTO ADAPTADO Y VALIDADO PARA EL IDIOMA PORTUGUÉS

Maria Júlia Costa Marques Martinho¹, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins², Margareth Angelo³

RESUMO

As diferentes opções disponibilizadas aos doentes no âmbito da saúde actualmente implicam em processos de tomada de decisão cada vez mais difíceis podendo desencadear conflito no decorrer da mesma. Foi nosso propósito, com este estudo, dispor de um instrumento que nos possibilite conhecer esta variável. Assim, propusemos efectuar a adaptação transcultural e avaliar as propriedades psicométricas da versão portuguesa da *Decisional Conflict Scale*, que visa obter informações sobre a tomada de decisão e os factores que influenciam a escolha tomada. A amostra constituída por 521 estudantes de Enfermagem, teve como foco a tomada de decisão na síndrome gripal. Os resultados obtidos nos testes de confiabilidade revelam boa consistência interna para o total dos itens (α Cronbach=0,94). O estudo psicométrico permite-nos afirmar que a versão em Português da *Decisional Conflict Scale*, que denominamos *Escala de Conflitos de Tomadas de Decisão em Saúde* (ECTDS), é um instrumento fidedigno e válido.

DESCRITORES

Teoria da decisão
Pacientes
Cuidados de enfermagem
Comparação transcultural
Psicometria

ABSTRACT

The different options available to patients in the health environment now are implicated in increasingly difficult processes of decision-making, and may trigger conflict about them. This study had as its purpose, to develop an instrument that enabled us to know about this variable. Therefore, we decided to effect a transcultural adaptation and evaluation of psychometric properties of the Portuguese version of the *Decisional Conflict Scale*, which seeks information about decision-making and the factors that influence the choices made. The sample consisted of 521 nursing students, with a focus on decision-making regarding the flu syndrome. The results obtained on the reliability tests showed good internal consistency for all items (Cronbach α =0.94). The psychometric study allowed us to affirm that the Portuguese version of the *Decisional Conflict Scale*, which we call *Scale of Conflicts in Decision-Making in Health* (ECTDS), was a reliable and valid instrument.

DESCRIPTORS

Decision theory
Patients
Nursing care
Cross-cultural comparison
Psychometrics

RESUMEN

Las diferentes opciones disponibles para el paciente en el ámbito de la salud implican actualmente procesos de toma de decisiones cada vez más difíciles, pudiéndose desencadenar conflictos durante ellos. Objetivamos disponer de un instrumento que nos posibilitara conocer esta variable. Consecuentemente, nos propusimos efectuar la adaptación transcultural y evaluar las propiedades psicométricas de la versión portuguesa de la *Decisional Conflict Scale*, que apunta a obtener informaciones sobre toma de decisiones y factores que influyen en la elección tomada. La muestra, constituida por 521 estudiantes de Enfermería, se enfocó en la toma de decisiones en el síndrome gripal. Los resultados obtenidos en los tests de confiabilidad expresan buena consistencia interna para todos los ítems (α Cronbach=0,94). El estudio psicométrico nos permite afirmar que la versión en portugués de la *Decisional Conflict Scale*, que denominamos *Escala de Conflictos de Toma de Decisiones en Salud* (ECTDS), es un instrumento fidedigno y válido.

DESCRIPTORES

Teoría de las decisiones
Pacientes
Atención de enfermería
Comparación transcultural
Psicometría

¹ Doutoranda em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. julia@esenf.pt ² Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. mmartins@esenf.pt ³ Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. angelm@usp.br

INTRODUÇÃO

As decisões, grandes ou pequenas estão presentes no nosso quotidiano, sendo tomadas em diferentes contextos. Ao fazê-lo estamos a escolher entre alternativas de acção ou inacção.

Em saúde, as decisões geralmente envolvem um certo número de possibilidades diagnósticas e terapêuticas, que desencadeiam respostas incertas. O conflito decisional é definido⁽¹⁻²⁾ como um estado de incerteza acerca do curso de uma acção. O nível de incerteza é maior quando nos confrontamos com decisões que envolvem risco ou incerteza nos resultados, quando as opções de escolha são de alto risco implicam potenciais ganhos e perdas significativas, quando há uma mudança nos valores ou quando é provável um sentimento de culpa antecipada acerca de aspectos positivos das opções rejeitadas⁽¹⁻²⁾. Alguns estudos⁽³⁻⁵⁾ de muitos publicados desde a década de 60, referem que o conhecimento dos riscos e das consequências de cada opção de escolha é uma condição essencial para uma tomada de decisão competente. Acredita-se que a informação dada através de uma comunicação assertiva e aberta sobre os riscos e consequências das opções de escolha pode estimular um papel mais proactivo por parte dos pacientes nas tomadas de decisão e minimizar os conflitos, ainda que mediante a possibilidade de desfechos incertos⁽⁶⁻⁷⁾.

A *Decisional Conflict Scale (DCS)*⁽¹⁻²⁾ foi desenvolvida para obter informações sobre a tomada de decisão tida pelo doente e os factores que influenciam a escolha tomada, percebida como eficaz por este. A utilidade desta escala (DCS) está na identificação de factores que contribuem e possam ser modificáveis com as intervenções de enfermagem para uma tomada de decisão mais segura e satisfatória por parte do doente.

Esta informação é útil não só para avaliar o impacto da decisão no doente e família como apoiar a decisão tomada, mas também, para desenvolver e adaptar intervenções, que estejam em sintonia com as necessidades particulares dos pacientes possibilitando a estes uma tomada de decisão mais segura e satisfatória.

O estudo que realizamos tem o propósito de validar a escala *Decisional Conflict Scale (DCS)* e identificar que decisões tomam os estudantes de enfermagem sobre a síndrome gripal e se destas decisões advém conflito.

Consideramos importante compreender como estes futuros profissionais percebem a tomada de decisão e se os factores sociodemográficos interferem na tomada de decisão, já que futuramente serão estes profissionais a desenvolver intervenções destinadas a ajudar e apoiar as pessoas a fazerem escolhas específicas, dando-lhes informação de suporte à tomada de decisão. Sendo também importante esta compreensão para

delinear estratégias que melhor se adequem a um apoio efectivo às tomadas de decisão em saúde, no processo de ensino/aprendizagem, já que estes estudantes estão em processo de formação. Pois, entendemos que as intervenções de apoio na tomada de decisão podem ajudar a pessoa que está duvidosa a tomar a decisão que melhor responda às suas necessidades, aumentando a probabilidade das decisões serem baseadas em conhecimento adequado, com expectativas realistas e de acordo com os seus valores pessoais⁽⁸⁻⁹⁾.

Optámos por uma tomada de decisão em saúde aparentemente *simples*, quase quotidiana, que pensamos nós, não trazer dilemas nas suas opções, já que a definição⁽¹⁻²⁾ de uma óptima decisão é tida, como uma decisão informada, que está de acordo com os valores pessoais e que quando o individuo a adopta expressa satisfação por ela.

O propósito deste estudo é efetuar a adaptação cultural e a validação do instrumento *Decisional Conflict Scale (DCS)* para a língua portuguesa e compreender as tomadas de decisão na síndrome gripal dos estudantes de Enfermagem da Licenciatura e Mestrado de uma Escola Superior de Enfermagem do Porto.

MÉTODO

O processo de adaptação cultural e validação do instrumento em questão seguiu as orientações preconizadas na literatura, orientando a estratégia de execução pela proposta de operacionalização⁽¹⁰⁾; como apresenta a Figura 1.

Instrumento

O instrumento de colheita de dados integrou um conjunto de questões para a obtenção dos dados socio demográficos dos estudantes e a escala *Decisional Conflict Scale (DCS)*⁽¹¹⁾, de autopreenchimento, composta por 16 itens que dão corpo a cada afirmação. A DCS foi concebida para avaliar conflitos de decisão do doente no âmbito de determinadas tomadas de decisão em saúde num dado momento. Tal como na escala original utilizou-se uma escala de concordância de estrutura do tipo *Likert* (5 opções), que varia desde *concordo completamente (0)* a *discordo completamente (4)* e que mede as seguintes dimensões:

1) A incerteza: construída com os itens 1, 2 e 3, que avalia o que o tomador da decisão considera certo ou claro sobre o que fazer à luz da particular decisão de saúde;

2) Factores que contribuem para a incerteza: que avalia o que pode ser modificado por intervenções de apoio à decisão, classificadas em três subcomponentes:

1. Informação: sobre as opções, riscos e benefícios (itens 4, 5, 6),

2. Clareza quanto ao valor pessoal dos benefícios e riscos (itens 7, 8, 9) e

A utilidade desta escala (DCS) está na identificação de factores que contribuem e possam ser modificáveis com as intervenções de enfermagem para uma tomada de decisão mais segura e satisfatória por parte do doente.

3. Suporte na tomada de decisão a fazer (itens 10, 11, 12), e

3) Decisão efectivamente percebida: construída com os itens 13, 14, 15, 16. Avalia a percepção de que a sua decisão é informada, coerente com os valores pessoais e com a qual eles estão satisfeitos.

O *score* total da escala é obtido somando os 16 itens, dividindo por 16 e multiplicando por 25. A pontuação obtida na escala pode variar entre 0 e 100, considerando-se que quanto maior o *score* obtido, maior o nível de conflito face à decisão tomada.

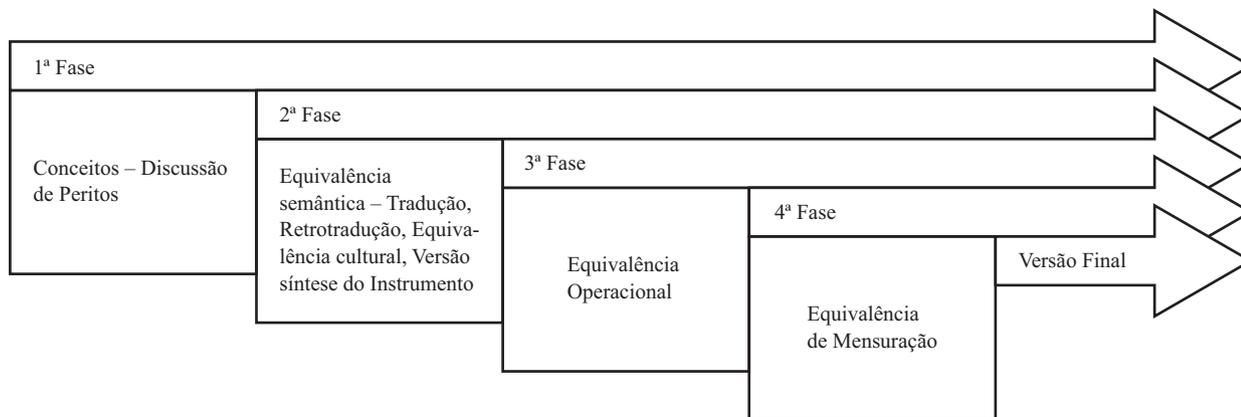


Figura 1 - Adaptação transcultural da ECTDS

Procedimentos

Efectuou-se um pedido de autorização formal a 22 de Junho de 2011 ao Presidente da Escola Superior de Enfermagem para o acesso aos estudantes da referida Escola. Tendo anteriormente sido obtido parecer Ético favorável - Nº 08/CEUP/2011 à Comissão de Ética da Universidade do Porto no âmbito do seu doutoramento. Posteriormente os investigadores entraram em contacto com os Coordenadores e/ou professores de diferentes unidades curriculares dos Cursos de Licenciatura e Mestrados, com o objectivo de solicitar a participação e colaboração no estudo. Os estudantes foram esclarecidos dos objectivos, finalidade de estudo e do direito de recusarem participar. O processo de selecção da amostra foi não probabilístico por conveniência. A colheita de dados decorreu entre 28 de Junho e 21 de Julho de 2011. Não foi pedida autorização à autora da escala, porque esta dá a sua autorização no User Manual – Decisional Conflict Scale a quem a utilizar, desde que esta seja referenciada⁽¹⁾.

O instrumento foi aplicado com a colaboração dos professores a estudantes de enfermagem em sala de aula, depois ter sido explicado os objectivos do estudo, esclarecido que os questionários não eram identificados, garantido o anonimato e que a sua participação era voluntária não advindo qualquer prejuízo da sua não participação.

Para o processamento estatístico de dados utilizou-se o programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences*(SPSS) Statistics 19.

Participantes

Usou-se uma amostragem não probabilística de conveniência, tendo em consideração os requisitos necessários

para se proceder à análise estatística inerente à validação da escala. Assim, participaram no estudo 521 estudantes (42,3%), de uma população de 1233 estudantes, maioritariamente do sexo feminino (87,7%; n=457), com idades compreendidas entre os 18 e os 53 anos (M=22,5; DP= 5,37). Dos participantes 426 (81,8%) frequentam o Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) e 95 (18,2%) o Mestrado. No CLE os estudantes distribuem-se pelo 1º ano (29,1%; n=124), 2º ano (23,9%; n=102), 3º ano (33,6%; n=143) e 4º ano (13,4%; n=57), sendo que destes 226 (53,1%) estão em teoria e 200 (46,9%) estão em estágio. Nos cursos de Mestrado os estudantes distribuem-se pelos Mestrados em Comunitária (17,9%), Psiquiatria (15,8%), Médico-cirúrgica (12,6%), Saúde Materna e Obstetrícia (28,4%) e Reabilitação (25,3%).

No CLE 28 (6,6%) são estudantes trabalhadores enquanto no Mestrado somente 3 (3,2%) não são estudantes trabalhadores. Dos inquiridos, 135 (26%) estão deslocados do agregado familiar, sendo destes 119 (28%) estudantes do CLE e 16 (16,8%) estudantes do Mestrado. Quanto à experiência de doença 240 (56,6%) estudantes do CLE e 55 (57,9%) estudantes do Mestrados referiram já ter tido essa experiência. Destes, 223 (53,2%) estudantes do CLE e 49 (52,1%) estudantes do Mestrado tiveram que efectuar tratamento para a sua situação de doença e 156 (37,2%) estudantes do CLE e 27 (29%) estudantes de Mestrado tiveram de ser hospitalizados.

Elaboração da Versão Portuguesa

A adaptação cultural e validação da escala foram realizadas como se apresenta na figura a seguir:

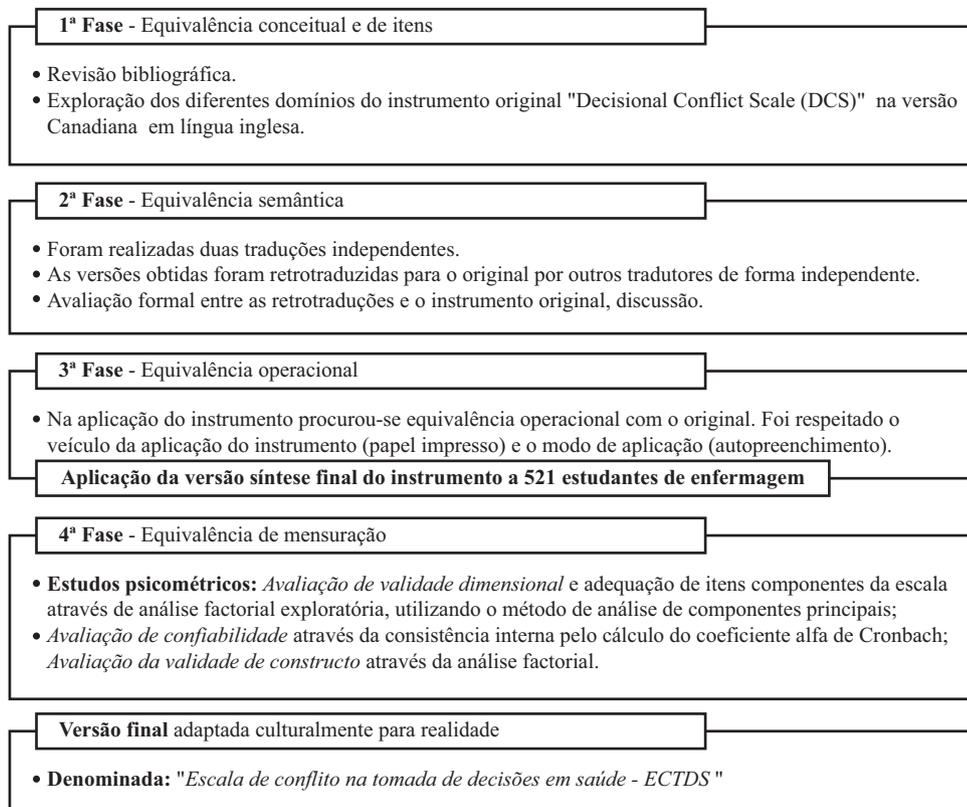


Figura 2 – Processo de adaptação cultural e validação ECTDS

RESULTADOS

Para além das análises descritivas realizou-se a análise da validade de constructo, através da análise factorial, e a análise da consistência interna, pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Para os resultados foi considerada uma probabilidade de erro máximo de 5%. O método utilizado na Análise de Factores foi o de Componentes Principais, com rotação ortogonal dos eixos via *Varimax*, onde o objetivo foi encontrar uma rotação dos fatores que maximizasse a variância da matriz de pesos, para simplificar a interpretação dos fatores. Inicialmente, para a definição do número de fatores, foram observados os autovalores, pois eles representam a porção da variação total das variáveis explicada por cada um dos fatores, ou seja, quanto maior o autovalor mais importante é o fator. O critério de Kaiser propõe considerar apenas os autovalores superiores a um, demonstrando que esses seriam os valores estatisticamente significativos. Seguindo este critério verificamos a existência de 3 factores superiores a um, que somados explicavam a variância do modelo em 69%, como podemos observar na Tabela 1.

O índice de adequação da amostra de KMO (medida de homogeneidade das variáveis) foi calculado em 0,935 pelo que se concluiu que a matriz dos dados é adequada para proceder à análise factorial⁽¹¹⁾. Considerou-se como o mínimo de respostas válidas, dez vezes o número de variáveis⁽¹¹⁾. No que se refere a *comunalidade*, verificamos

que todas as variáveis possuem valor igual ou acima de 0,5. Isto indica que a variância destas variáveis é reproduzida por fatores comuns.

Seleccionando os itens com carga factorial superior a 0,3. A solução factorial obtida reproduz-se na Tabela 2.

Após análise dos resultados obtidos, verificou-se que estes divergem um pouco das dimensões da versão original. Tendo em consideração o conteúdo teórico inerente a cada item, a carga factorial e a avaliação da consistência interna de cada factor/dimensão, realizámos algumas alterações na composição da escala portuguesa ECTDS. Os itens que na escala original compunham a dimensão *Incerteza* saturaram todos no nosso factor 1 associados a alguns itens da dimensão *factores que contribuem para a incerteza* que compõem a subcomponente *informação* e o item 10 da subcomponente *Suporte na tomada de decisão a fazer*. Os itens que na escala original compunham a dimensão *Decisão efectivamente percebida* associados aos itens 11 e 12 da subcomponente *Suporte na tomada de decisão a fazer* passaram a constituir o nosso factor 2. Os itens que compunham a subcomponente *Clareza quanto ao valor pessoal dos benefícios e riscos* saturaram todos no nosso factor. Reenquadramos os itens mantendo a composição da escala em 3 dimensões. Verificámos que o α Cronbach=0,94 da escala transformada apresenta valores muito bons e superiores à escala original (em inglês α Cronbach=0,86; em

espanhol α Cronbach=0,72)⁽¹⁾ o que significa que contribuem para a consistência interna de cada factor, mantendo-se portanto os 3 factores, com os itens reenquadrados. A validade discriminante obteve-se através do coeficiente de correlação de Pearson (r), entre os 16 itens que compõem

a escala global e os diferentes factores obtidos pela análise de componentes principais. Foi calculada a consistência interna de cada uma das dimensões, bem como da escala total. Na Tabela 3, pode-se verificar o cálculo de fidelidade das várias dimensões da escala transformada.

Tabela 1 – Percentual da variância total explicada pelos 3 primeiros factores – Porto, 2011

Componentes	Valores Iniciais			Extração de cargas			Rotação de cargas		
	Total	% Variância	% Cumulativa	Total	% Variância	% Cumulativa	Total	% Variância	% Cumulativa
1	8,322	52,011	52,011	8,322	52,011	52,011	4,815	30,091	30,091
2	1,613	10,079	62,090	1,613	10,079	62,090	3,782	23,634	53,725
3	1,137	7,107	69,198	1,137	7,107	69,198	2,476	15,473	69,198
4	,688	4,299	73,497						
5	,581	3,630	77,127						
6	,576	3,600	80,727						
7	,518	3,237	83,964						
8	,468	2,923	86,887						
9	,366	2,286	89,173						
10	,348	2,176	91,348						
11	,300	1,872	93,220						
12	,278	1,739	94,959						
13	,254	1,586	96,545						
14	,211	1,319	97,864						
15	,174	1,088	98,952						
16	,168	1,048	100,000						

Nota: Método de Extração - Análise dos componentes principais.

Tabela 2 – Comunalidade e Componentes principais da escala da ECTDS – Porto, 2011

Variáveis	Comunalidade	Componentes		
		1	2	3
Item 3 Conflito decisão	,801	,862		
Item 2 Conflito decisão	,744	,837		
Item 5 Conflito decisão	,753	,808		
Item 4 Conflito decisão	,751	,788	,329	
Item 6 Conflito decisão	,755	,775	,324	
Item 1 Conflito decisão	,558	,644		,355
Item 10 Conflito decisão	,707	,536	,435	,480
Item 16 Conflito decisão	,793		,849	
Item 15 Conflito decisão	,762		,839	
Item 14 Conflito decisão	,716		,793	
Item 13 Conflito decisão	,636	,439	,619	
Item 12 Conflito decisão	,520	,380	,586	
Item 11 Conflito decisão	,636	,430	,543	,396
Item 8 Conflito decisão	,614			,759
Item 7 Conflito decisão	,630			,743
Item 9 Conflito decisão	,695			,709

Nota: Rotação ortogonal pelo método Varimax, com normalização do tipo Kaiser; itens com carga factorial > 0,3; rotação convergiu em 5 interações.

Tabela 3 – Dimensões e Consistência Interna da ECTDS – Porto, 2011

Dimensões	Itens	α Cronbach
Conhecimento e valor atribuído às opções particulares da decisão a tomar	3. Eu conheço os riscos e os efeitos colaterais de cada opção.	0,93
	2. Eu conheço os benefícios de cada opção	
	5. Eu estou esclarecido acerca dos riscos e efeitos colaterais que são mais importantes	
	4. Eu estou esclarecido acerca dos benefícios que são mais importantes para mim	
	6. Eu estou esclarecido acerca do que é mais importante para mim (os benefícios ou os riscos e efeitos colaterais)	
	1. Eu sei quais são as opções que estão disponíveis para mim	
Decisão Efectiva	10. Eu estou esclarecido acerca da melhor escolha para mim	0,89
	16. Eu estou satisfeito com a minha decisão	
	15. Eu espero manter a minha decisão	
	14. A minha decisão mostra o que é importante para mim	
	13. Eu sinto que fiz uma escolha informada	
	12. Esta decisão é fácil de tomar para mim	
Suporte á decisão	11. Eu sinto-me seguro acerca do que escolher	0,73
	8. Estou a escolher sem pressão de outro	
	7. Eu tenho apoio suficiente dos outros para fazer uma escolha	
α Cronbach escala total	9. Eu tenho aconselhamento suficiente para fazer uma escolha	0,94

A consistência interna da escala total é muito boa (*alfa de Cronbach* de 0,94), sendo mais elevada do que a escala original, o que confirma a fiabilidade da versão portuguesa. Os itens correlacionaram-se com os resultados das dimensões a que pertencem e com o total da escala, com uma significância $p=0,01$. Nas dimensões *Conhecimento e valor atribuído às opções particulares da decisão a tomar* e *Decisão efectiva* encontramos valores elevados. Na dimensão *Suporte à decisão*, o valor de consistência interna é razoável, tendo em consideração que esta subescala apresenta um número reduzido de itens.

Tomada de decisão dos estudantes de enfermagem sobre a síndrome gripal

Dos estudantes do CLE 426 (81,8%); 28 (6,6%) referem ter como medida terapêutica na *síndrome gripal* a prevenção, efectuando a vacinação anual. As medidas de *etiqueta respiratória* são a opção para 61 (14,3%) dos estudantes. Sendo o controle sintomatológico na *síndrome gripal* a opção maioritária, destes estudantes 323 (75,8%). Estão inseguros quanto às opções a tomar na *síndrome gripal* 14 (3,3%). Distribuindo-se estes alunos, 5 (4%) no 1º ano, 3 (2,9%) no 2º ano, 2 (1,4%) no 3º ano e 4 (7%) no 4º ano.

Dos 95 (18,2%) estudantes de Mestrado 16 (16,8%) referem ter como medida terapêutica na *síndrome gripal* a prevenção, efectuando a vacinação anual. As medidas de *etiqueta respiratória* são a opção para 19 (20,0%) dos estudantes. Sendo o controle sintomatológico na *síndrome gripal* a opção maioritária, destes estudantes 57 (60,0%).

Estão inseguros quanto às opções a tomar na *síndrome gripal* 3 (3,2%). Distribuindo-se estes alunos ($n=2$ do Mestrado de Enfermagem Comunitária, (11,8%; $n^{\text{Total}}=17$) e $n=1$ do Mestrado de Enfermagem de Obstetrícia e Saúde Materna (3,7%; $n^{\text{Total}}=27$)).

DISCUSSÃO

A versão para língua portuguesa resultou em três factores, que explicam 69% da variância total, indicando que o instrumento mede três domínios do conflito quanto realizamos uma tomada de decisão em saúde. A análise correlacional entre as três dimensões suporta esta conclusão, pois mostra que as correlações entre todas as dimensões e a escala global são mais fortes do que as correlações apenas entre as dimensões. Recomenda-se no entanto, novas aplicações para confirmar os resultados obtidos. A avaliação da fidelidade da escala variou entre 0,73 e 0,93 para as três dimensões, verificando-se uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a compõem. A nomeação adoptada nas dimensões da versão portuguesa procurou ir de encontro à denominação das subescalas originais.

Observou-se que as soluções factoriais encontradas foram iguais às da versão original (3 dimensões), no entanto alguns itens saturaram noutros factores que não os iniciais, mantendo resultados de consistência interna muito bons. Consideramos como pontos fortes deste estudo o número de participantes ($n=521$) tendo também sido ultrapassado o número necessário ao recomendado na literatura para se proceder à análise factorial⁽¹¹⁾.

No que se refere às características demográficas, tal como na realidade dos estudantes do Ensino Superior em Portugal⁽¹²⁻¹³⁾ observou-se um grande predomínio do género feminino face ao masculino e maioritariamente os estudantes não estão deslocados do seu agregado familiar (72%), sendo a média das idades (22,5 anos) próxima à média nacional (23 anos), o que torna mais forte a possibilidade de generalizar os resultados. Relativamente à tomada de decisão nas opções terapêuticas da síndrome gripal verificamos não existirem diferenças significativas entre os alunos do CLE e Mestrado no score total da escala. Obtendo (3,3%, n=14) dos alunos do CLE e (6,3%, n=6) do Mestrado, um score total=0 que traduz ausência de conflito. Situando-se o score total no CLE entre 1 e 51, com (\bar{x} =18,56, DP=9,09) e no Mestrado entre 0 e 50, com (\bar{x} =15,58; DP=10,65). Nas 3 subescalas os intervalos mínimos e máximo dos scores são iguais nos alunos de CLE e Mestrado, sendo que na Subescala 1 o intervalo situa-se entre 0-30 em ambos, na subescala 2 entre 0-35 no CLE e 0-29 no mestrado e na subescala 3 entre 0-35 no CLE e 0-31 no Mestrado. Salientamos no entanto que na subescala 1- *Conhecimento e valor atribuído às opções particulares da decisão a tomar* o score 0 (ausência de conflito) nos alunos de Mestrado é de (15,8%), e nos alunos CLE é de (9,2%), na subescala 2- *Decisão efectiva* o score 0 (ausência de conflito) nos alunos de Mestrado é de (14,7%), e nos alunos CLE é de (5,9%), na subescala 3 *Suporte à decisão* o score 0 (ausência de conflito) nos alunos de Mestrado é de (10,5%), e nos alunos do CLE é de (13,6%). Comparando os estudantes do CLE com os de Mestrado verificamos que os estudantes de Mestrado têm uma percentagem superior de ausência de conflito nas duas primeiras subescalas onde são avaliados o conhecimento e a decisão efectiva com avaliação da satisfação, segurança e expectativas futuras, verificando-se uma percentagem inferior de ausência de conflito na subescala *Suporte à decisão* onde são avaliados o apoio e o aconselhamento, o que nos sugere que uma maior informação/conhecimento reduz o potencial de conflito na decisão⁽³⁻⁵⁾, resultado congruente com alguns dos vários estudos publicados⁽¹⁴⁻¹⁹⁾, e sugerem também que outros factores como a autonomia, as experiências profissionais e as vivências⁽²⁰⁾ devem ser tidas em conta em futuros estudos.

Não se verificaram diferenças significativas no estudo das relações entre as restantes variáveis demográficas com as dimensões da escala portuguesa.

Os resultados também permitiram evidenciar que os alunos que fazem a opção *medidas de etiqueta respiratória e distanciamento social* como atitude terapêutica perante a síndrome gripal, apresentam um maior nível de concordância nos itens da subescala *Conhecimento e valor atribuído às opções particulares da decisão a tomar* sugerindo ter mais informação acerca das opções de que dispõem. Este nível de concordância mantém-se na

subescala *Decisão efectiva* nos itens 13 a 16, sugerindo uma escolha informada, com expectativa de manutenção no futuro, que traduz satisfação; mantendo também o nível de concordância no item 9 da subescala *Suporte à decisão* que indica aconselhamento suficiente para fazer a escolha. Apesar da opção *controle sintomatológico recorrendo a fármacos* ser a mais escolhida, como atitude terapêutica perante a síndrome gripal esta opção é a que reúne maior nível de discordância nas três subescalas, o que sugere menor conhecimento/informação, menor previsibilidade de manutenção da escolha, menor nível de segurança e satisfação bem como aconselhamento e apoio para fazer uma escolha.

CONCLUSÃO

A *Escala de Conflito nas Tomadas de Decisões em Saúde – ECTDS* que resultou da adaptação transcultural da escala *Decisional Conflict Scale (DCS)* reúne critérios de validade psicométrica, sendo um instrumento promissor para a avaliação dos conflitos na tomada de decisão em saúde. Este instrumento já foi adaptado para língua francesa e espanhola; e aplicado em diferentes contextos como: teste pré-natal, dor crónica, osteoartrose, câncer da próstata, câncer da mama, doença cardíaca e para avaliar conflito decisional de estudantes de enfermagem em manter-se na carreira, pelo que consideramos ser pertinente, confiável e válido. No entanto, consideramos que as realidades culturais dos praticantes da língua Portuguesa, como o Brasil e países Africanos, são muito distintas entre si, requerendo por essa razão que seja atendida a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual. Um instrumento previamente validado, não significa que seja válido no momento, contexto ou cultura pretendidos sem a adaptação do instrumento para o uso numa nova configuração, sendo esta a melhor maneira de obter uma métrica equivalente ao original.

Os resultados também permitiram evidenciar, que maioritariamente os estudantes de enfermagem têm algum conflito decisional perante as opções terapêuticas da gripe com um score total médio de 18, aumentando o score médio para 27 quando os estudantes se consciencializam que estão inseguros quanto às opções. Estes resultados são sugestivos de que apesar de estarem em formação na área da saúde, quando as opções de escolha nesta matéria se colocam sob uma óptica pessoal, o nível de incerteza emerge, fazendo-se premente ter mais informação acerca das opções de que dispõem. Ter esta consciencialização certamente poderá potencializar o uso de estratégias que apoiem os estudantes de enfermagem nas suas tomadas de decisão, diminuindo o nível de conflito decisional. Com isso, pode-se desenvolver nos estudantes estratégias de apoio à decisão em saúde tornando, o processo de tomada de decisão do doente mais claro, informado, concordante com os princípios pessoais e conseqüentemente mais satisfatório.

REFERÊNCIAS

1. O'Connor AM. User manual: decisional conflict scale [Internet]. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute; 1993 [cited 2011 Sep 15]. Available from: http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf
2. O'Connor, AM. Validation of a decision conflicts scale. *Med Decision Making*. 1995; 15(1):25-30.
3. O'Connor AM, Légaré F, Stacey D. Risk communication in practice: the contribution of decision aids. *BMJ*. 2003;327(7417):736-47.
4. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment of screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD001431.
5. Stacey D, Murray MA, Legaré F, Sandy D, Menard P, O'Connor A. Decision coaching to support shared decision making: a framework evidence, and implications for nursing practice, education and policy. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2008;5(1):25-35.
6. Martinho MJCM. A relação terapêutica e estilos de aprendizagem em enfermagem: uma abordagem em contexto psiquiátrico [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2005.
7. Barroso LMM, Soares AP, Soares BC, Araújo MAL, Silva DMA. Percepção dos usuários acerca do aconselhamento pré-teste anti-hiv em uma unidade de referência em Fortaleza. *Rev Espaço Saúde*. 2010;12(1):23-9.
8. Santos LR, Eidt OR. Os direitos do cidadão usuário do Sistema Único de Saúde: um enfoque da bioética na saúde colectiva. *Acta Paul Enferm*. 2004;17(3):347-53.
9. Chaves AAB, Massarollo MCKB. Perception of nurses about ethical dilemmas related to terminal patients in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2011 Ago 15];43(1):30-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n1/en_04.pdf
10. Reichenheim M, Moraes C. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2007 [citado 2008 nov. 23];41(4):665-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf>
11. Pestana MH., Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 5ª ed. Lisboa: Sílabo; 2008.
12. Martins SC, Mauritti R, Costa AF. Condições socioeconômicas dos estudantes do Ensino Superior em Portugal. Lisboa: Direcção Geral do Ensino Superior; 2005.
13. Federal Ministry of Education Research. EUROSTUDENT Report 2011. Social and economic conditions of student life in Europe: 2008-2011: synopsis of indicators. Hanover: HIS - Hochschul-Informationssystem; 2011.
14. Dominick L, Frosch BA, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med*. 1999;17(4):285-94.
15. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*. 2000;50(460):892-9.
16. Holmes-Rovner M, Valade D, Orlowski C, Draus C, Nabozny-Valerio B, Keiser S. Implementing shared decision-making in routine practice: barriers and opportunities. *Health Expect*. 2000;3(3):182-91.
17. O'Connor AM, Wennberg JE, Legare F, Llewellyn-Thomas HA, Moulton BW, Sepucha KR, et al. Toward the 'tipping point': decision aids and informed patient choice. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(3):716-25.
18. O'Connor AM, Llewellyn-Thomas HA, Flood AB. Modifying unwarranted variations in health care: shared decision making using patient decision aids. *Health Aff (Millwood)*. 2004;Suppl Variattion:VAR63-72.
19. Stacey D, Murray MA, Légaré F, Sandy D, Menard P, O'Connor AM. Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2008;5(5):25-35.
20. Ferreira MMC. Alguns factores que influenciam a aprendizagem do estudante de enfermagem. *Rev Millenium IPV* [Internet]. 2005 [citado 2011 jul. 29];31:150-73. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium/11.pdf>