



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Adesão à prescrição de análises clínicas em adultos mais velhos

Beatriz Von Gilsa Contenda

Orientador(es) | António Moreira Diniz

José Miguel de Andrade de Pina Pereira de Oliveira

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Adesão à prescrição de análises clínicas em adultos mais velhos

Beatriz Von Gilsa Contenda

Orientador(es) | António Moreira Diniz

José Miguel de Andrade de Pina Pereira de Oliveira

Évora 2023



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Heldemerina Samutelela Pires (Universidade de Évora)

Vogais | António Moreira Diniz (Universidade de Évora) (Orientador)
João Nuno Ribeiro Viseu (Universidade de Évora) (Arguente)

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes, apoiando-me nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização desta dissertação.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador, Doutor António Diniz, por ter aceitado orientar este projeto. Pela disponibilidade, compreensão, orientação e aconselhamento durante todo o percurso. Agradeço toda a partilha de sabedoria que me permitiu concretizar este projeto.

Ao coorientador Doutor Miguel Oliveira pela partilha de conhecimentos que abriram os meus horizontes, e pelo exemplo de profissionalismo que me transmitiu.

Ao Dr. Pedro Semedo o meu agradecimento pelos comentários e dicas que me permitiram melhorar o meu trabalho.

A todos os que participaram no estudo, à comunidade da CURPI, em especial à D. Anselmina, pela ajuda preciosa na recolha de dados, pois sem vocês não seria possível realizar este estudo.

À minha companheira de dissertação, a Filipa, por todo o suporte emocional durante o percurso, a presença e coragem que me transmitiu nos momentos mais difíceis.

Às minhas colegas de curso e grandes amigas, Beatriz, Mariana e Andreia pela amizade, companheirismo, presença, apoio incondicional, partilha e pelo encorajamento mútuo face às adversidades vividas. Sempre juntas.

Ao Samuel, pela paciência nos dias mais difíceis, esperança e coragem que me transmite ao acreditar em mim e no meu potencial. Espero que possamos continuar a caminhar juntos na concretização dos nossos objetivos.

À minha tia e madrinha de queima, por estar sempre presente, por toda a força e convicção com que acredita em mim.

À minha MÃE, o meu mais profundo e especial agradecimento pelo apoio e amor incondicional. Por me proporcionar a continuidade dos meus estudos mesmo em momentos difíceis e pela enorme dedicação ao longo destes anos. Sou e serei eternamente grata.

Por último, mas não menos importante, aos meus avós que mesmo não estando fisicamente presentes, sempre lutaram para que este dia chegasse. E chegou, por isso, o

meu agradecimento vai também para eles, as minhas estrelinhas que, certamente, tornaram esta minha viagem ainda mais brilhante.

A todos,
O meu eterno agradecimento.

Adesão à prescrição de análises clínicas em adultos mais velhos

Resumo

No presente estudo, procurou-se compreender o que leva os adultos mais velhos a aderir à prescrição de análises clínicas. Foram combinados fatores determinantes que, de acordo com a literatura, conduzem ao comportamento de adesão: Severidade da Condição Clínica, Custo e Confiança no Clínico. Os participantes avaliaram, através de uma Escala Visual-Analógica, o grau de adesão à referida prescrição que um doente hipotético com doença cardíaca ou diabetes tipo II apresentaria face a diversas combinações dos três fatores e respetivos níveis. O estudo foi dividido em duas amostras, cada uma comportando 36 participantes, voluntários, escolarizados, em igualdade numérica quanto ao género, não apresentando diabetes tipo II nem doença cardíaca. Os participantes foram selecionados de forma não probabilística e controlados para demência e depressão. Observaram-se para as duas amostras respostas distintas, estabelecidas através da ANOVA de medições repetidas, evidenciando-se na amostra “doente cardíaco hipotético” um maior número de efeitos principais e interações.

Palavras-chave: adultos mais velhos, doenças crónicas, decisão, tomada de perspectiva, análises clínicas

Adherence to prescription of clinical tests in older adults

Abstract

In this study, we sought to understand what leads older adults to adhere to the prescription of clinical analyses. According to the literature, determined factors were combined that lead to adherence: Severity of clinical condition, trust in the clinical and cost. Through a Visual-Analog Scale, the participants rated the level of adherence to this prescription that a hypothetical patient with heart disease or type II diabetes would have against various combinations of the three factors and their respective levels. This study was divided in two samples, with 36 participants each, schooled, volunteers, in gender numeric equality, without either type II diabetes or heart disease. Participants were selected in a non-probabilistic way and controlled for dementia and depression. Through repeated measures of ANOVA, it was observed distinct results for the two samples, a greater number of main effects and interactions were shown in "hypothetic heart disease patient" sample.

Key words: older adults, chronic diseases, decision, perspective taking, clinical analyses

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico	3
Envelhecimento e Doenças Crónicas	3
Adesão à Prescrição.....	6
Severidade da Condição Clínica	8
Confiança no Clínico	10
Custo.....	12
Objetivo	14
Método	15
Participantes.....	15
Amostra 1.	15
Amostra 2.	16
Materiais	17
Questionário Sociodemográfico	17
Mini-Mental State Examination (MMSE)	17
Escala de Depressão Geriátrica (Versão Reduzida) (EDG-15).....	18
Vinhetas em Suporte Digital	18
Análise de Dados.....	22
Resultados	23
Amostra 1: Diabetes Tipo II	23
Amostra 2: Doente Cardíaco.....	24
Discussão.....	27
Conclusão	31
Referências	32

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da Amostra 1.....	18
Tabela 2. Caracterização da Amostra 2.....	19
Tabela 3. Resultados da Amostra 1.....	23
Tabela 4. Resultados da Amostra 2.....	25

Índice de Figuras

Figura 1. Exemplos de Vinhetas Utilizadas no Procedimento Experimental.....	19
Figura 2. Médias Marginais da Adesão Percebida para a Prescrição de Análises Clínicas da Amostra 1.....	24
Figura 3. Médias Marginais da Adesão Percebida para a Prescrição de Análises Clínicas da Amostra 2.....	26
Figura 4. Médias Marginais Estimadas da Adesão Percebida para a Prescrição de Análises Clínicas entre o Fator SCC e C	26
Figura 5. Médias Marginais Estimadas da Adesão Percebida para a Prescrição de Análises Clínicas entre o Fator CC e C	27

Introdução

A população portuguesa é, maioritariamente, envelhecida, devido ao aumento da esperança média de vida. A esperança média de vida dos indivíduos tem vindo a melhorar face à evolução das últimas décadas, no que à modernização social e económica diz respeito. Também a melhoria nas condições de vida e de acesso aos cuidados de saúde, conjugado com fatores sociais e culturais, alteraram os níveis de fecundidade e natalidade (Moreira, 2020).

De acordo com Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento bem-sucedido resulta da concretização de dois objetivos: o elevado nível de funcionamento (ganhos) e o evitamento de comportamentos de risco (perdas). No entanto, o envelhecimento bem-sucedido tem os seus limites quanto ao aparecimento de patologias, nomeadamente, de doenças crónicas não transmissíveis e de doenças que são características do próprio processo de envelhecimento (Bauer et al., 2014). Estas últimas têm vindo a causar um problema de saúde pública em todo o mundo, principalmente pela taxa de mortalidade que as caracteriza. É neste contexto que a adesão aos atos médicos está intimamente ligada à qualidade de vida dos doentes, evitando sofrimento, mas também gastos excessivos na saúde (Sabaté, 2003). Este fenómeno de adesão pode ser atribuído a uma ampla gama de fatores e variáveis específicas de cada paciente, incluindo a severidade da doença, a idade, a confiança no clínico, entre muitos outros (Osterberg & Blaschke, 2005).

O objetivo deste trabalho foi compreender e avaliar o impacto específico de cada fator destacado na literatura para a adesão à medicação, incluindo as suas eventuais interações para o caso das análises clínicas: (1) a Severidade da Condição Clínica (SCC) (Krueger et al., 2005; Wills & Moore, 1996); (2) o Custo (C) (Oliveira & Diniz, 2022) e (3) a Confiança no Clínico (CC) (Kennedy & Morgan, 2006). Pretendeu-se, assim, compreender como diferentes informações de natureza cognitiva e afetiva, suscitam diferentes tomadas de decisão na adesão às análises clínicas dos adultos mais velhos, tendo por base a perspetiva de um doente hipotético diabético ou cardíaco.

Esta dissertação está dividida em dois estudos, em que num primeiro temos a Amostra 1 relativa ao doente hipotético diabético tipo II e, num segundo, uma Amostra 2 correspondente ao doente hipotético cardíaco. De forma a ilustrar os fenómenos relacionados com a adesão às análises clínicas, será, primeiramente, apresentada uma

revisão de literatura, onde se enquadra a problemática da adesão, integrando os conceitos chave. A descrição que associa o envelhecimento a doenças crónicas não transmissíveis, em particular, diabetes tipo II e doença cardíaca, bem como a não adesão a todos os procedimentos de pré-diagnóstico, serviu para formulação do problema. O estudo foi realizado com adultos mais velhos sem as referidas patologias.

Enquadramento Teórico

Envelhecimento e Doenças Crónicas

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento é um processo natural e individual condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos. É, então, um processo progressivo que envolve mudanças biopsicossociais durante todo o ciclo de vida dos indivíduos. Este processo compreende um grupo de alterações em níveis funcionais e estruturais, que podem provocar adversidades a nível motor, psicológico e social. Embora a caracterização da população seja realizada, na maioria das vezes, em grupo, é importante ter em conta que este é um processo individual e único devido às variações nos estados de saúde dos adultos mais velhos (World Health Organization [WHO], 2002).

Em 2015, Portugal foi considerado o quinto país da União Europeia com uma percentagem elevada de adultos mais velhos, tendo em conta a população total, correspondendo a 20.3%. Em primeiro lugar, encontrava-se a Itália (21.7%), seguida da Alemanha (21%) e da Grécia (20.9%) (European Union [EU], 2016).

Em 2011, havia 45 concelhos onde os jovens superavam o número de adultos mais velhos em Portugal. Em 2019, passaram a ser apenas oito concelhos. Estes localizam-se, principalmente, no interior do país e com índices de envelhecimento elevados há décadas, Vila Velha de Ródão, Pedrógão Grande, São Brás de Alportel, Castelo de Vide, Penamacor, Alcoutim, Idanha-a-Nova e Sobral de Monte Agraço (Moreira, 2020).

O envelhecimento da população tornou-se num fenómeno mundial, em virtude do número de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos ter vindo a aumentar progressivamente. No entanto, como o fenómeno da pandemia afetou maioritariamente os adultos mais velhos, a esperança média de vida de 2019 a 2020 diminuiu (Pordata, 2020).

A OMS considera os rendimentos como um determinante económico do envelhecimento ativo, a par da proteção social e do trabalho. Sendo as mulheres que vivem sozinhas ou em zonas rurais, a população mais vulnerável dentro dos adultos mais velhos. Esta vulnerabilidade é, igualmente, evidente nos homens e mulheres que não têm bens, pensões ou outros contributos da segurança social, que não têm filhos ou

que fazem parte de famílias que, muitas vezes, também enfrentam dificuldades económicas (WHO, 2002).

Por isso, os rendimentos são um aspeto impactante na caracterização de qualquer grupo social. No caso da população adulta mais velha, a associação deste grupo aos baixos rendimentos ou até mesmo pobreza, surgem frequentemente relacionados a um discurso negativo sobre a velhice, ao que se junta o isolamento social, solidão e doenças, que se refletem, muitas vezes, na dependência e perda de autonomia. A questão do rendimento é primordial, uma vez que este fator influencia a segurança, a independência e a capacidade de manter a autonomia, o que, inevitavelmente, está associado à qualidade de vida e bem-estar. Ter uma capacidade económica estável implica, na maioria das vezes, ter oportunidade de melhorar a habitação, a alimentação e os cuidados de saúde (Moreira, 2020).

O valor mínimo mensal das pensões em regime da segurança social era, no ano de 2020, 275.30 euros para pensões de velhice e invalidez, e 165.18 euros para as de sobrevivência. No ano de 2023, o valor subiu para 291.48 euros e 191.48 euros, respetivamente. Todavia, para adultos mais velhos que não apresentem nenhuma patologia associada e, por isso, não têm pensão por invalidez e não realizam descontos para a segurança social, o valor, em 2023, é de 224.24 euros mensais. Caso seja um adulto mais velho que tenha realizado descontos para a segurança social, o valor inicia-se em 291.48 euros e sofre ligeiros aumentos consoante os anos de carreira contributiva (Costa & Mota, 2023). Em 2019, a Segurança Social pagava 1.870.446 pensões de velhice a indivíduos com 65 e mais anos, havendo 1.457.205 pessoas que recebiam pensões de velhice cujo valor era inferior ao salário mínimo nacional (Moreira, 2020), o que ainda se verifica em 2023 (Costa & Mota, 2023). Em 2022, 17.3% da população adulta mais velha estava em risco de pobreza, atualmente desceu para 15.6% (INE, 2023).

Importa referir que em meios rurais as condições económicas são mais desfavoráveis, como é possível verificar, nos concelhos da Guarda, Castelo Branco e Portalegre (Moreira, 2020).

Com o aumento progressivo da população de adultos mais velhos, prevê-se que ocorra um aumento do número de pessoas com doenças crónicas não transmissíveis, podendo o mesmo adulto mais velho apresentar duas ou mais doenças (Bauer et al.,

2014; Van den Akker et al., 1998). As doenças crónicas não transmissíveis caracterizam-se por um conjunto de patologias com múltiplas causas e fatores de risco. Estas doenças destacam-se por terem longos períodos de latência e um curso prolongado. Além do mais, têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais (Figueiredo et al., 2021). Exemplos destas doenças podem ser a hipertensão, a diabetes e o cancro. Constituem-se como fatores de risco para as mesmas, o tabagismo, a alimentação não saudável, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e o nível baixo na prática de atividade física (Wehrmeister et al., 2022).

As doenças crónicas, principalmente as de carácter não transmissível, são consideradas, há muitos anos, um dos problemas de saúde pública prioritários em todo o mundo, especialmente pela morbilidade e mortalidade a que estão associadas (Silva et al., 2015). A globalização é um determinante importante no agravamento de doenças não transmissíveis, uma vez que impacta diretamente nas populações e tem efeitos indiretos sobre as economias nacionais e os sistemas de saúde (Beaglehole & Yach, 2003; Ward & Schiller, 2013).

A diabetes é considerada uma doença crónica não transmissível, exigente tanto a nível comportamental como psicológico (Ciechanowski et al., 2001). Esta doença é caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue e pela incapacidade do organismo em transformar, de forma eficaz, toda a glicose proveniente dos alimentos. Por breves palavras, o pâncreas deixa de conseguir produzir a insulina necessária (International Diabetes Federation [IDF], 2021). A quantidade de glicose torna-se excessiva no sangue por incapacidade de absorção das células, fenómeno designado por hiperglicemia. A contínua circulação de glicose no sangue, não sendo absorvida, pode vir a provocar danos ao longo do tempo (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2019).

As doenças cardíacas são consideradas das primeiras causas de morte em Portugal e, tal como a diabetes, são “silenciosas” (Costa, 2020). A hipertensão arterial é um dos exemplos de doenças cardiovasculares. Esta doença não tem apenas um sintoma único, mas sim um conjunto de sintomas que se pode manifestar em diversas áreas do corpo (e.g., edema dos tornozelos). Estes sintomas são causados pelo mau funcionamento do coração (European Society of Cardiology [ESC], 2022). Estas doenças cardíacas atingem uma percentagem significativa na população portuguesa e,

apesar da sua gravidade e crescente prevalência, em especial nos estratos etários mais envelhecidos, é ainda mal compreendida (Associação de Apoio aos Doentes com Insuficiência Cardíaca [AADIC], 2021).

A qualidade de vida e as doenças crónicas encontram-se mutuamente interligadas. Uma baixa qualidade de vida predispõe o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, tal como o aparecimento das doenças crónicas influencia a qualidade de vida do indivíduo. Sem o diagnóstico, o indivíduo tende a agravar o estado de saúde, deste modo o sujeito tem um papel ativo na adesão ao tratamento (Souto, 2020).

Adesão à Prescrição

O termo adesão (*adherence*) tem sido usado com muita frequência dentro da saúde. Esta expressão foi introduzida como alternativa ao termo cumprimento (*compliance*), uma vez que o primeiro sugere uma diminuição do poder exclusivo do clínico na decisão do tratamento. Promove-se, desta forma, a relação entre o profissional de saúde e o paciente, com recurso à aliança terapêutica, uma vez que o paciente pode cooperar nas decisões da sua saúde (Vermeire et al., 2001).

Os esforços da Medicina em procurar lidar da melhor forma possível com as doenças crónicas, exigem uma participação ativa por parte dos pacientes nos comportamentos de adesão aos procedimentos clínicos (O'Brien et al., 1992). Quando os pacientes não têm este comportamento ativo de adesão, existe o risco de graves consequências para a saúde, aumentando a taxa de morbilidade, assim como, os gastos económicos com a saúde (Krueger et al., 2005).

A não adesão às prescrições médicas é um fenómeno que aumenta a insatisfação dos médicos e dos doentes, conduzindo a diagnósticos incorretos e, conseqüentemente, a tratamentos desnecessários (DiMatteo et al., 2002). Este fenómeno pode ser atribuído uma ampla gama de fatores contribuintes, incluindo variáveis específicas do paciente (e.g., idade), fatores específicos da doença (e.g., Severidade da Doença), questões sociais (e.g., Confiança no Clínico) e económicas (e.g., custo), bem como fatores relacionados ao sistema de saúde (e.g., Experiência do clínico) (Cabral & Silva, 2010).

Segundo a literatura relativa à adesão à prescrição de medicamentos, muitos adultos mais velhos correm o risco da não adesão, pois além de vários medicamentos prescritos, as indicações de como os tomar são complexas. Por esse motivo, a não

adesão à prescrição médica tem vindo a aumentar, o que leva a uma taxa superior de adultos mais velhos hospitalizados por diversos motivos como as bactérias que podem tornar-se mais resistentes, a eficácia do medicamento pode diminuir, o tratamento pode falhar e a doença pode progredir. O culminar disto contribui para que as despesas médicas sejam elevadas e supérfluas (Vik et al., 2006).

O estado de saúde dos adultos mais velhos e a capacidade de autonomia são fatores mais significativos para a perceção subjetiva da qualidade de vida dos mesmos, do que as características sociodemográficas (e.g., idade, género, estado civil, escolaridade e rendimento) (Bowling & Windsor, 2001). No entanto, estas não deixam de ter um contributo importante na sua compreensão, uma vez que a qualidade de vida é um constructo subjetivo e multidimensional onde os fatores pessoais e sociais assumem relevâncias distintas (WHO, 2002). Dado que a população de adultos mais velhos tem vindo a aumentar, este grupo populacional torna-se cada vez mais relevante no que diz respeito a assuntos políticos e sociais, criando desafios nos sistemas de saúde a nível global. Os apoios prestados a esta população, relativamente ao sistema de saúde, apresentam, ainda, um caminho a percorrer, verificando-se um conjunto de barreiras que poderão impedir as suas vontades e poder transformar as mesmas em comportamentos adequados (Gaspar et al., 2016).

Alguns estudos destacaram também a importância da literacia na saúde e da religião no comportamento de adesão (Chew et al., 2004; Chia et al., 2012; Zhang et al., 2014). Estudos recentes mostram que níveis baixos e inadequados de alfabetização em saúde levam a uma menor adesão às orientações dos médicos, aumentando a incidência de internamentos em doenças crónicas causadas pelo incumprimento das orientações de prevenção e prescrições médicas. A falta de literacia na saúde prejudica o conhecimento da doença e o cumprimento de comportamentos preventivos, impossibilitando o indivíduo de seguir os programas médicos devidamente estabelecidos por falta de conhecimento das consequências que podem advir dos seus comportamentos (Zhang et al., 2014).

Ao longo dos anos, foram vários os estudos realizados para se compreender quais os fatores envolvidos no comportamento de adesão à prescrição médica, destacando: (1) a Severidade da Condição Clínica (Krueger et al., 2005; Wills & Moore, 1996); (2) o Custo (Oliveira & Diniz, 2022); (3) a Complexidade do Regime na

Medicação (Vik et al., 2006); (4) a Confiança no Clínico (Kennedy & Morgan, 2006); (5) os Efeitos Secundários da Medicação (Oliveira & Oliveira, 2007); (6) a Polimedicação (Sousa et al., 2011); (7) o Grau de Literacia (Zhang et al., 2014); (8) as Crenças Culturais (Chia et al., 2012); entre muitos outros.

Diversos estudos descobriram que, em países desenvolvidos, a adesão entre pacientes que sofrem de doenças crónicas não transmissíveis é de apenas 50%. Supõe-se que a magnitude e o impacto da baixa adesão nos países em desenvolvimento sejam ainda maiores, dada a escassez de recursos de saúde e as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (WHO, 2003). A este quadro geral de fatores acrescentam-se outros que afetam o comportamento de adesão relacionado com o próprio envelhecimento. Os adultos mais velhos podem apresentar uma maior dificuldade em seguir as recomendações/prescrições realizadas pelos profissionais de saúde estando, desta forma, mais suscetíveis a consequências físicas, psicológicas e sociais (Branin, 2001).

Severidade da Condição Clínica

O autocuidado com a diabetes é uma das estratégias mais importantes e básicas para o seu controlo e pode prevenir até 85% dos problemas causados por essa doença, bem como retardar o seu progresso (Harvey & Lawson, 2009). Os cuidados a ter com as doenças crónicas precisam de ser rigorosos, pois os comportamentos de autocuidado são extremamente importantes no controlo destas doenças. Nestas técnicas destacam-se os comportamentos de prevenção. Numa fase primária da doença, ainda assintomática, como grande parte das doenças crónicas não transmissíveis, no entanto, se não forem tomadas medidas e levado a cabo os comportamentos de autocuidado, a doença pode evoluir rapidamente e os efeitos desse comportamento surgem, pelo que se começam a efetivar consequências que afetam gravemente o quotidiano e a autonomia (Fonseca & Rached, 2019). A diabetes não controlada resulta, geralmente, em complicações como doenças cardíacas, derrame cerebrais, hipertensão, cegueira, doença renal e amputação (Sabaté, 2003).

Por outro lado, a doença cardíaca é a primeira causa de morte em Portugal. Além de complexa, pode evoluir rapidamente para algo grave, caso não seja diagnosticada a tempo. Tendo em conta o número de portugueses que são afetados por esta doença, é urgente a necessidade de se investir em cuidados primários e diagnósticos precoces,

onde exista a possibilidade de intervenção, aumentando a qualidade de vida (Monteiro et al., 2020).

Quando é realizado o diagnóstico de uma das doenças crônicas, o indivíduo passa por um período de ajustamento psicológico e físico. Este ajuste previne perdas de funções básicas essenciais para uma boa qualidade de vida, o que requer uma adaptação e aquisição de novas competências. Esta adaptação passa pela mudança de vida no geral, nas suas rotinas e no seu dia-a-dia. Quando os primeiros sintomas surgem inicia-se a adaptação aos sintomas da doença e ao tratamento associado à mesma. A responsabilidade relacionada a estas doenças, carrega um grande impacto na qualidade de vida de quem a sente e suporta (Petrie et al., 2007).

A informação sobre a SCC resulta como um fator determinante de comportamentos da adesão, pois a doença, por vezes, não apresenta sinais e sintomas recorrentes ou suficientes que levem o doente a dar-lhe a devida atenção e iniciar um possível tratamento (Cabral & Silva, 2010). Entre as variáveis psicológicas mais presentes na adesão, podemos destacar o medo (Slovic et al., 2007). Os adultos mais velhos com doenças mais graves têm tendência a aderir aos exames por medo que a doença agrave e que esta seja causadora de uma diminuição da autonomia ou morte (Petrie et al., 2007). Neste sentido, a função do afeto como informação, que é provocada pelos sentimentos de medo, é sustentada através destas informações e amplamente relacionadas com a adesão à prescrição (Oliveira & Oliveira, 2007). Desta forma, o paciente deverá acreditar que é possível alterar positivamente o seu estado de saúde através dos tratamentos orientados pelos resultados clínicos. Isso só será possível a partir do momento em que o próprio reconhece que precisa de alterar alguns dos seus comportamentos e aderir às orientações médicas (Cabral & Silva, 2010).

No processo de tomada de decisão, é importante que seja feita uma avaliação das perdas e dos ganhos. Uma vez que as decisões relativas à saúde são, na maioria das vezes, afetivas. Estas revelam-se mais rápidas e eficientes, fomentando a decisão de adesão. Dito isto, aceder a experiências passadas e a sentimentos positivos ou negativos do acontecimento, seja de forma consciente ou inconsciente pode surgir como pista para uma decisão final (Slovic et al., 2007). Os sentimentos emergentes na tomada de decisão dependem de vários fatores, como as características do indivíduo, a tarefa, ou até mesmo a interação entre ambos. O que permite que diferentes indivíduos reajam de

formas diferentes para a mesma tomada de decisão (Slovic et al., 2004). A percepção do risco tem uma forte influência sobre a tomada de decisão principalmente sobre a medicação e tratamentos associados, acrescentando que as crenças relativas à sua doença exercem também uma forte influência na toma ou não da medicação prescrita (Slovic et al., 2007).

Confiança no Clínico

Segundo Fugelli (2001), a confiança é uma “vitamina social” que permite o ser humano viver. Sem confiança nada seria possível. No entanto, o conceito de confiança, no geral, sempre foi considerado ambíguo e confuso, pelo que se torna difícil não só de definir, como também investigá-lo. Todavia, a confiança desempenha um papel essencial no sistema de saúde, onde todos os processos são amplamente relacionais, daí o poder deste conceito neste contexto (Ozawa & Sripad, 2013). Podemos, igualmente, caracterizar a confiança como um conceito multidimensional, construído por um elemento cognitivo e um afetivo. O elemento cognitivo refere-se aos juízos, às consequências e aos benefícios da relação de confiança. O efeito afetivo diz respeito aos laços relacionais criados a partir dessa interação (Gilson, 2003).

A confiança é voltada para o futuro e reflete um compromisso com um relacionamento contínuo, enquanto a satisfação tende a basear-se na experiência passada e refere-se à avaliação do desempenho (Hall et al., 2002). Isto é particularmente importante no controlo de muitas doenças crónicas não transmissíveis, onde o sucesso depende tanto das mudanças que o paciente pode fazer, pois exige uma parceria interna de confiança entre o paciente e o profissional de saúde. As realizações dessas novas formas de confiança requerem maiores competências comunicativas, fornecimento de informações e uso de “evidências” por parte dos clínicos, para apoiar decisões (Rowe, 2005). Estudos apontam que a possibilidade de escolha do médico aumenta a adesão aos tratamentos, pois uma vez criada a relação de confiança, o utente irá querer ser atendido pelo seu médico (Krupat et al., 2022).

Os cuidados de saúde requerem muito rigor, pois estão associados a situações de risco ou até mesmo fatais. Por este motivo, devem requerer sempre a atenção de um profissional de saúde e a confiança de que ele irá tomar as melhores decisões (Alaszewski, 2003).

A ética médica tem vindo a ser alterada ao longo os anos e nem sempre foi dada aos pacientes a liberdade de fazer as suas escolhas relativas à sua saúde. Com o passar dos anos, as leis foram melhoradas e alteradas, pelo que, no início dos anos 60, foi introduzido o “princípio do respeito” pela autonomia, exigindo que os médicos reconhecessem o direito de os pacientes tomarem as suas decisões em matérias dos cuidados de saúde (Axelrod & Goold, 2000).

A confiança implica, muitas vezes, uma transferência de poder, para uma pessoa ou para um sistema. Esta é dividida em duas categorias: confiança pessoal e confiança social. A confiança pessoal remete para a confiança que um indivíduo tem sobre outro. A confiança social é a confiança nas instituições sociais, por exemplo, o governo. A confiança nas instituições, nos profissionais de saúde em geral, nas organizações e sistemas de saúde tende a ser alta e tem por base o alto nível de confiança interpessoal dos pacientes no seu médico, assim como o *status* profissional do clínico, ou seja, os anos de experiência (Rowe, 2005). Adquirir confiança do paciente não é fácil, pelo contrário, é um processo prolongado e contínuo no qual não só exige muito do clínico como também força de vontade do paciente. A confiança é alcançada conjuntamente até se chegar ao diagnóstico e, dessa forma, ser possível implementar um tratamento (Axelrod & Goold, 2000). A confiança dos doentes nos prestadores de cuidados de saúde está positivamente associada a diferentes domínios da qualidade de vida. Por conseguinte, criar e manter a confiança dos doentes é importante para obter resultados favoráveis no tratamento e sua adesão (Loewenstein et al., 2007).

Van Bokhoven e colaboradores (2006) constataram que a relação médico-paciente e a capacidade de comunicar de forma clara os procedimentos clínicos das análises são fatores cruciais para uma maior adesão. É extremamente importante o envolvimento e compreensão do clínico aquando da realização de prescrições, uma vez que estas impactam as expectativas do paciente. O paciente deve estar envolvido em todas as decisões durante as consultas, pois além da severidade de cada caso, as limitações económicas são variáveis com elevada importância que irão condicionar a tomada de decisão.

A confiança é, tradicionalmente, considerada o pilar das relações médico-paciente, para que as mesmas sejam eficazes. A necessidade de confiança interpessoal relaciona-se com a vulnerabilidade associada ao “estar doente” e ao conhecimento

médico necessário. O conhecimento é um elemento que sobressai quanto à competência e intenções do profissional de quem o paciente depende (Rowe, 2005). Dito isto, é necessário que o médico tenha um conjunto de características e qualidades de forma a desenvolver e a manter a confiança do paciente, tais como honestidade, confidencialidade, fiabilidade, comunicação, competência, responsabilidade fiduciária, fidelidade e saber gerir. Além disso, as estratégias de comunicação cordial e interpessoal eficaz, como a reverência, a estima e a empatia, são deveras importantes em vários contextos clínicos, uma vez que estas contribuem para o aumento da confiança entre os doentes e os prestadores de cuidados de saúde (AlRuthia et al., 2020).

Custo

O custo de exames complementares ao diagnóstico é um fator importante que impulsiona a tomada de decisão sobre a adesão à prescrição. Estudos recentes apontam que é necessário adequar o custo das prescrições médicas, para que seja possível uma maior adesão às mesmas (Oliveira & Diniz, 2022). A não adesão ocorre por várias razões sendo uma delas o custo e, conseqüentemente, as restrições financeiras (DiMatteo et al., 2002). Os custos relacionados com doença crónica não são apenas para o paciente, mas também para o próprio país. A toma errada de medicação, por falta de diagnósticos precisos, tem sido associada a repercussões graves para a saúde, incluindo o aumento de internamentos nos serviços de urgência, a admissões em lares de adultos mais velhos, a hospitalizações psiquiátricas agudas e a um agravamento do estado de saúde (Piette et al., 2004).

Os indivíduos com doenças crónicas tomam, com frequência, vários medicamentos por dia, o que os torna, particularmente suscetíveis às pressões do custo dos medicamentos. Para piorar a situação, estudos apontam que um terço dos adultos mais velhos que sofrem de doenças crónicas não informam os médicos da sua intenção em não tomar os medicamentos ou de não estar confortável com o custo (Piette et al., 2004).

Algo que deve estar diretamente ligado ao custo é o rendimento dos adultos mais velhos, dado que este interfere, de forma direta, na decisão de adesão às prescrições (Gellade et al., 2011). Uma vez que os adultos mais velhos somam gastos com outros bens essenciais como comida e despesas domésticas, seria pertinente calcular o custo de

forma cuidadosa, avaliando as possibilidades para as realizações de futuros exames (Oliveira & Diniz, 2022).

Em Portugal, de acordo com o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, realizado em 2020, 16.2% das pessoas estavam em risco de pobreza no ano anterior. A taxa de risco de pobreza correspondia, em 2019, à proporção de habitantes com rendimentos líquidos (por adulto equivalente) inferiores a 540 euros por mês (INE, 2021). Repare-se que já em 2009, estudos realizados em Portugal indicaram que os doentes com patologias crónicas eram quem abdicava mais de comprar os medicamentos pelos custos associados. No que diz respeito à abdicção aos exames e a outros meios complementares de diagnóstico, os adultos mais velhos com mais de 65 anos foram quem apresentou uma taxa mais elevada (Cabral & Silva, 2010).

Segundo o Decreto-Lei n.º 173/2003, dentro do grupo de pessoas isentas de taxas moderadoras estão os doentes portadores de doenças crónicas, identificadas em portaria do Ministro da Saúde que, por critério médico, obrigaram a consultas, exames e tratamentos frequentes e por haver um potencial de causa de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida. O diabético, utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tem ainda direito à comparticipação direta no ato de compra nas farmácias em 75% do preço máximo fixado a nível nacional das tiras de teste para determinação de glicemia, glicosúria e cetonúria, bem como a dispensa gratuita de seringas, agulhas e lancetas, desde que seja possuidor do Guia do Diabético, devidamente preenchido. No caso dos doentes cardíacos, o estado português comparticipa, em parte, 50%, o custo de outros medicamentos. Os pensionistas que auferam um montante não superior ao salário mínimo nacional têm direito a mais 15% da comparticipação. No entanto, no Decreto-Lei n.º 37/2022, surge uma alteração referente ao Decreto-Lei n.º 113/2011 sobre as taxas moderadoras, onde conta que deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de prestações de saúde, cuja referenciação tenha origem no SNS. Passa-se, assim, a prever a cobrança de taxas moderadoras apenas no atendimento em serviço de urgência, ressalva sobre as situações em que há referenciação prévia pelo SNS ou das quais resulta a admissão a internamento através da urgência.

A maioria das prescrições clínicas são diretamente do sistema público, nomeadamente de médicos de família, principalmente no que diz respeito a doentes crónicos. Neste sistema, os utentes não pagam pelas consultas nem pela realização de

exames, a menos que sejam com alguma especificidade. A escolha de um especialista em consultas médicas no privado tem sido menos recorrente pelo custo a que está associado (Cabral & Silva, 2010). Estudos apontam que a grande maioria dos adultos mais velhos prefere que lhes seja questionado, de forma prévia, qual a sua acessibilidade para a prescrição médica. Posto isto, seria pertinente que o custo fosse pensado e se discutissem opiniões antes do pagamento, avaliando-se as melhores opções de acordo com as necessidades de cada adulto mais velho (Tseng et al., 2007).

Objetivo

O comportamento de adesão tem vindo a ser alvo de estudos e preocupações por parte dos clínicos, pelas graves consequências que as doenças crónicas têm vindo a causar na saúde pública, principalmente em adultos mais velhos (Krueger et al., 2005). O crescimento da população adulta mais velha e o envelhecimento têm contribuído para o aumento da prevalência de doenças crónicas (Bauer et al., 2014), como a diabetes e as doenças cardíacas, onde, atualmente se tem verificado um aumento significativo no número de população afetada mundialmente (IDF, 2021).

Vários estudos têm sido realizados relativamente aos fatores de adesão à medicação e, maioritariamente, os estudos decorrem com recurso a questionários, onde se destacam fatores como a SCC (Krueger et al., 2005; Wills & Moore, 1996), que está amplamente associada ao sentimento de medo, desencadeado pela perceção dos acontecimentos de risco ou de perigo (Petrie et al., 2007). A CC (Kennedy & Morgan, 2006) está relacionada com o poder de confiança e características dos médicos poderem influenciar e aumentar a adesão dos utentes (AlRuthia et al., 2020). E, por fim, o fator C relacionado com os gastos na saúde e o poder de compra (Oliveira & Diniz, 2022).

Com o presente estudo pretendeu-se avaliar o impacto específico de cada fator destacado na literatura para a adesão à medicação e das suas eventuais interações, para o caso das análises clínicas. Procurou-se, neste contexto, compreender como diferentes informações de natureza cognitiva e afetiva suscitam respostas e juízos de adesão de adultos mais velhos baseados na tomada de perspectiva de um doente hipotético diabético tipo II ou cardíaco. O facto de ser um doente hipotético contribui para obter respostas mais reflexivas e menos controladas, através de um juízo externo. Os participantes respondem como se deles se tratasse (Hervé & Mullet, 2005).

Método

Participantes

O estudo foi formado por duas amostras independentes recolhidas em simultâneo. Esta foi constituída por um total de 72 adultos mais velhos, sendo o leque etário com idades compreendidas entre os 65 e os 87 anos ($Mdn = 73$). Os adultos mais velhos foram selecionados de forma não probabilística de conveniência, por informadores privilegiados e intencional tipo bola de neve. Os participantes foram voluntários, não tinham patologias associadas, eram escolarizados, não institucionalizados e controlados para demência (*MMSE*; Morgado et al., 2009) e depressão (EGD-15; Encarnação, 2022; Diniz, 2007; Sheikh & Yesavage, 1986).

Ambas as amostras foram paritárias quanto ao género, sendo que a maioria dos participantes frequentou o 1º ciclo do Ensino Básico. O estado civil predominante foi casado ou união de facto. O meio de residência influente foi o rural, uma vez que os dados foram recolhidos no concelho de Portalegre, mais especificamente, Campo Maior e Elvas.

Amostra 1. A Amostra 1 (Tabela 1) corresponde aos respondentes participantes que responderam ao diagnóstico do doente hipotético com diabetes tipo II. Foi constituída por 36 participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos ($Mdn = 72$). Mais de metade dos participantes auferiu de um rendimento de 500 euros mensais. Ao nível de escolaridade, grande parte dos adultos mais velhos frequentou o 1º ciclo. A maioria reside em meio rural. Dos 36 participantes, 34 não realizavam copagamento e dois realizavam, ou seja, pagaram na totalidade as suas análises.

Tabela 1

Caracterização da Amostra 1

Variáveis Sociodemográficas		<i>n</i>	%
Género	Masculino	18	50%
	Feminino	18	50%
Escolaridade	1ºciclo	27	75%
	2ºciclo	4	11%
	3ºciclo	4	11%
	Ensino Secundário	1	3%

Variáveis Sociodemográficas		<i>n</i>	%
Estado civil	Casado ou união de facto	17	47%
	Viúvo	13	37%
	Divorciado	3	8%
	Solteiro	3	8%
Meio de residência	Urbano	16	44%
	Rural	20	56%
Rendimentos	Até 500 euros	19	53%
	Entre 501 e 1000 euros	14	31%
	Mais de 1001	5	16%

Amostra 2. A Amostra 2 (Tabela 2) corresponde aos participantes que responderam ao diagnóstico do doente hipotético com doença cardíaca. Foi constituída por 36 participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 87 anos (*Mdn* = 76). Mais de metade dos participantes auferiu um rendimento entre 501 e 1000 euros mensais. Ao nível da escolaridade, grande parte dos adultos mais velhos frequentou o 1º ciclo. Dos 36 participantes, 32 não realizaram copagamento e quatro realizaram.

Tabela 2

Caracterização da Amostra 2

Variáveis Sociodemográficas		<i>n</i>	%
Género	Masculino	18	50%
	Feminino	18	50%
Escolaridade	1ºciclo	29	81%
	2ºciclo	4	11%
	Ensino Secundário	3	8%
Estado civil	Casado ou união de facto	23	64%
	Viúvo	5	14%
	Divorciado	6	17%
	Solteiro	2	5%
Meio de residência	Urbano	14	39%
	Rural	22	61%

Variáveis Sociodemográficas		<i>n</i>	%
Rendimentos	Até 500 euros	10	28%
	Entre 501 e 1000 euros	18	50%
	Mais de 1001	8	22%

Materiais

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido e aplicado com o intuito de aceder às características da amostra em estudo, nomeadamente dos preditores sociodemográficos (género, idade, estado civil, habilitações literárias, meio de residência, rendimentos globais, métodos de pagamentos das análises) e das informações clínicas (experiência previa com análises e qual o serviço escolhido, público ou privado).

Mini-Mental State Examination (MMSE)

O *MMSE* foi desenvolvido por Folstein e colaboradores (1975) e adaptado à população portuguesa por Guerreiro e colaboradores, em 1994. Este instrumento é um dos mais utilizados na avaliação de funções cognitivas e rastreio de quadros de demência. Requer cerca de cinco a 10 minutos a ser administrado, sendo que o tempo de execução não é cronometrado. Esta prova é constituída por 30 questões divididas em seis domínios de avaliação específicas, nomeadamente: orientação (10 questões - cinco de orientação temporal e cinco de orientação espacial), retenção (três palavras, “pêra, gato e bola”), atenção e cálculo (cinco subtrações), evocação (três palavras anteriormente referidas), linguagem (oito questões - dois de nomeação, uma de repetição de uma frase, três de compreensão de ordem verbal, uma de compreensão de ordem escrita e uma de escrita espontânea) e, por fim, habilidade construtiva (uma questão) (Morgado et al. 2009).

Cada item do teste foi cotado através de uma escala dicotómica (certo ou errado) com zero ou um valor, variando a pontuação total dos resultados entre zero e 30. Os pontos de corte que indicam a presença de compromisso cognitivo dependem do nível de escolaridade dos indivíduos: participantes analfabetos ≤ 15 pontos, participantes com literacia de zero a dois anos, 21/22 pontos, para literacia de três a seis anos, 23/24

pontos e para participantes com literacia igual ou superior a sete anos, ≤ 27 pontos (Morgado et al. 2009).

Escala de Depressão Geriátrica (Versão Reduzida) (EDG-15)

A EDG-15 é uma versão reduzida e traduzida para português (Diniz, 2007) da *Geriatric Depression Scale: Short Form*, desenvolvida por Yesavage e colaboradores, em 1983 (GDS-15: Sheikh & Yesavage, 1986). Esta escala visa a avaliação dos sintomas de depressão em adultos mais velhos (não contemplando sintomas somáticos). Esta é constituída por 15 itens pontuados numa escala dicotómica: “Sim” para presença de sintomas e “Não” para ausência de sintomas. Das 15 perguntas, 10 indicam a presença de depressão quando respondidas de forma positiva (“Sim”) e as restantes questões (itens: 1, 5, 7, 11 e 13), quando respondidas de forma negativa (“Não”), é necessário fazer uma recodificação. Nesta escala, 10 itens referem-se ao Afeto Depressivo Geral (ADG) e cinco itens referem-se à Satisfação com a Vida (SV) (Brown et al., 2007).

Após testar o modelo hierárquico, Encarnação (2022), acrescentou um fator de segunda ordem denominado “Depressão”, assumindo como fator de primeira ordem o Afeto Depressivo Geral (ADG) e Satisfação com a Vida (SV). Esse modelo uni e bifatorial apresentou um bom ajustamento, para a versão de 10 itens. Assim Encarnação (2022), indica como pontos de corte de cinco pontos para adultos mais velhos entre os 65 e os 79 anos com parceiro, sete pontos para adultos mais velhos com 80 anos ou mais com parceiro e oito pontos para adultos mais velhos com 65 anos ou mais sem parceiro. Nesta investigação só foram avaliados os 10 itens, embora a prova tenha sido administrada na sua totalidade.

Vinhetas em Suporte Digital

Através do recurso ao PowerPoint 2018 foram construídos 18 estímulos sob a forma de vinhetas, que posteriormente, foram transformadas em imagens (JPG) com dimensões de 1230 x 630 pixéis. Estas vinhetas foram constituídas por uma situação hipotética na qual o participante teria de se colocar na posição de um outro adulto mais velho, que não o próprio. Descrito como tendo diabetes tipo II ou doença cardíaca. O participante teria de decidir qual seria a inclinação do adulto mais velho hipotético para aderir à prescrição de novas análises, tendo em conta os fatores operacionalizados na tarefa experimental: SCC, CC e C. Estas vinhetas foram importadas para o programa

PsychoPy2022.1.3, de forma automática após a criação de pastas das seis sequências (i.e. ABC, ACB, BAC, BCA, CAB, CBA - resultado de todas as combinações entre os três fatores), com as instruções, o treino e as vinhetas. O *PsychoPy2022.1.3* é uma plataforma de criação e gestão de estímulos utilizada nas pesquisas científicas (Brooks, 2019). Para os doentes hipotéticos diabético tipo II ou cardíaco, foi realizado para cada uma das seis pastas, perfazendo um total de 12.

Pretendeu-se, desta forma, compreender e avaliar o impacto específico de cada fator na adesão às análises clínicas. Deste modo a condição clínica “doença cardíaca ou diabético tipo II” foi analisada através dos vários níveis dos fatores: SCC - “normal para a idade”, “grave” e “perigo para a vida”; CC - “experiente” e “muito experiente” e, C - “75 euros”, “150 euros” e “225 euros” (para rendimentos de 500, 1000 e 1500 euros, respetivamente), esta última, em função dos resultados obtidos no estudo de Oliveira e Diniz (2022). Toda a tarefa experimental foi realizada e apresentada num computador de marca *ACER* com uma resolução de ecrã de 1366 x 768 pixéis.

Para responder à questão hipotética da experiência, o participante dispunha de uma Escala Visual Analógica (EVA), cujo gradiente foi apresentado sob a forma de linha com dois extremos (“nenhuma inclinação” e “toda a inclinação”). A EVA (Figura 1) encontrava-se centrada na parte inferior do ecrã do computador portátil, numa área definida entre -520 e 520 pixéis, sendo composta por um total de 50 categorias. De forma a obter uma distribuição homogénea de pixéis pelas diferentes categorias, fez-se corresponder 21 pixéis a cada uma das 10 primeiras categorias, seguindo-se três categorias cada uma com 20 pixéis. Entre cada vinheta de resposta aparecia uma tela branca durante 500 ms. Quanto mais a resposta se aproximasse dos extremos da escala, menor ou maior era a inclinação do(a) adulto(a) mais velho(a) hipotético(a) para aderir à realização de novas análises clínicas.

Figura 1

Exemplos de Vinhetas Utilizadas no Procedimento Experimental

ACB Uma pessoa com mais de 75 anos de idade, com um rendimento de 1000 euros foi a um(a) médico(a) que lhe recitou novas análises.

Tenha em conta que:
o(a) médico(a) é experiente
a doença é grave
as novas análises custam 150 dos 1000 euros

Aponte na linha abaixo qual a inclinação que essa pessoa terá para fazer as novas análises

Nenhuma Toda

BAC Uma pessoa com mais de 75 anos de idade, com um rendimento de 1500 euros foi a um(a) médico(a) que lhe recitou novas análises.

Tenha em conta que:
as novas análises custam 225 dos 1500 euros
o(a) médico(a) é experiente
a doença é normal para a idade

Aponte na linha abaixo qual a inclinação que essa pessoa terá para fazer as novas análises

Nenhuma Toda

Procedimento

Foi calculado através da técnica de análise *a priori* da potência estatística, a dimensão da amostra com recurso aos *G*Power 3.1.9.7* (Faul et. al, 2009). Atendeu-se ao erro de Tipo I ($\alpha = .044$), à potência estatística desejável ($1 - \beta = .80$), à magnitude do efeito ($f = .25$), ao número de grupos, no caso um, ao número de mensurações efetuadas ($3 \times 3 \times 2 = 18$) e à correlação para a não esfericidade ($\varepsilon = 1$), cujo resultado foi igual a 21. A abordagem utilizada teve por objetivo justificar o tamanho mínimo da amostra para realizar o teste estatístico com a potência desejada (Lakens, 2021).

De modo que todas as sequências (ABC, ACB, BAC, BCA, CAB, CBA) ficassem com o mesmo número de participantes e com o objetivo de efetuar o contrabalanceamento completo da ordem dos tratamentos (Alferes, 1997; Shadish et al., 2002), optou-se por aumentar as amostras para 36 participantes por cada uma das sequências e para cada um dos doentes hipotéticos ($6 \times 6 = 36$), o que perfaz um total de 72 participantes.

Para a recolha de dados, a investigadora do presente estudo dirigiu-se a centros comunitários das localidades próximas e falou com os responsáveis dos mesmos, de forma a conseguir a confiança dos primeiros participantes. Posteriormente, os próprios participantes ajudaram na angariação de mais adultos mais velhos para o estudo, o que evitou falsos participantes voluntários.

Após uma recolha inicial em formato de entrevista, foi administrada a adaptação portuguesa do *Mini Mental State Examination (MMSE)* (Folstein et al., 1975; Morgado et al., 2009) e a Escala de Depressão Geriátrica – Versão Reduzida (Encarnação, 2022; Diniz, 2007; Sheikh & Yesavage, 1986), de forma a eliminar os(as) participantes passíveis de sofrerem défices cognitivos e patologia depressiva grave. Os resultados das provas de rastreio foram apenas e só divulgados ao próprio sempre que o mesmo manifestava interesse ou quando os participantes obtinham pontuações que sugerissem a existência de demência ou depressão, sendo encaminhados para profissionais de saúde locais, a fim de realizarem uma avaliação mais aprofundada sobre as questões associadas (Diniz & Amado, 2014).

Foram recolhidos dados de 100 participantes, no entanto, procedeu-se a exclusão de 28, 16 para o doente hipotético diabético tipo II e 12 para o doente hipotético doente cardíaco. A exclusão procedeu-se devido aos adultos mais velhos não variarem a

resposta durante a experiência ou obterem pontuações no *MMSE* e/ou na EDG-15 superiores aos valores recomendados (Encarnação, 2022; Morgado et al., 2009).

Os responsáveis dos centros comunitários disponibilizavam uma mesa à investigadora no canto de uma sala, para que, fosse possível ter mais privacidade. Mostrando o participante interesse em colaborar no estudo, em primeiro lugar era apresentado um termo de consentimento informado, seguido do questionário sociodemográfico.

Relativamente à realização da tarefa experimental, os participantes sentavam-se numa cadeira em frente ao monitor, num local com muita luz e sempre silenciosos, de forma a evitar elementos distratores, respeitando a privacidade do participante face à devolução dos resultados nas provas de rastreio, como anteriormente descrito. Como a tarefa se realizou num local mais isolado da sala, evitava-se que os futuros participantes tivessem contacto com a experiência antes de a realizar. O tempo e aplicação média de todos os materiais e experiência, foi de 45/50 minutos - cinco minutos para o questionário sociodemográfico, cinco/sete minutos para a EDG-15, 10/15 minutos para a *MMSE* e 20/25 minutos para a experiência. O tempo máximo foi de 1h e 30 minutos de aplicação.

Nas vinhetas com os diversos níveis dos fatores, foram criadas para cada sequência (ABC, ACB, BAC, BCA, CAB, CBA) três instruções, quatro treinos e 18 vinhetas. As instruções tinham por objetivo fornecer informações necessárias a cada participante, informando o procedimento e a tarefa a executar. Seguidamente realizou-se um conjunto de quatro ensaios-treino, os quais visavam a adaptação do adulto mais velho ao procedimento experimental que iria realizar posteriormente. Estes ensaios de treino eram sempre de uma sequência diferente à que foi aplicada, ou seja, continha uma sequência de apresentação dos fatores diferente da que iria ser apresentada, de seguida, na tarefa. Após o período de treino e o adulto mais velho ter garantido uma compreensão da tarefa, como também haver boas condições de registo, iniciava-se a fase experimental propriamente dita. Cada participante respondeu duas vezes à mesma situação sem se aperceber, pois, o próprio programa seleciona as vinhetas de forma aleatória. Este procedimento permitiu obter resultados mais exatos relativos ao local em que o participante colocava a sua resposta, possibilitando fazer-se uma média entre as duas respostas fornecidas pelos adultos mais velhos.

De forma a colmatar algumas dificuldades face à experiência ser realizada com um computador, foi pedido aos participantes para tocarem no ecrã no local da escala que correspondia à sua resposta em cada situação. Uma vez que para a tarefa experimental não importava os tempos de reação, os participantes tiveram tempo para refletir acerca das respostas fornecidas na tarefa. Após os participantes indicarem o local de resposta, a mesma, era registada pelo próprio programa no *PsychoPy 2022.1.3* que, posteriormente, criava, de forma automática, um Excel.CSV com todas as respostas da escala EVA. Após terminar a experiência o Excel resultante com os dados das respostas do participante foi trabalhado com o recurso à criação de tabelas dinâmicas (M. Oliveira, 2023, Comunicação pessoal).

No final da tarefa experimental, realizou-se o *self-report* que consistiu na resposta a umas perguntas relacionadas com os fatores em estudo que orientaram a resposta do participante durante a experiência e, qual o serviço clínico (público ou privado) que o participante escolhia para realizar as suas análises. Alguns participantes, antes de realizar a experiência foram verbalizando alguns conteúdos de forma espontânea e, por esse motivo, foram também registadas.

Análise de Dados

Os dados foram introduzidos no *IBM-SPSS Statistics for Windows* (version 25) e foram calculadas as médias referentes às situações hipotéticas apresentadas acerca da adesão à prescrição de novas análises clínicas

A análise estatística dos dados foi realizada em ambas as amostras, com recurso à ANOVA de medidas repetidas para cada amostra, considerando como fatores *within-subjects* o SCC (três níveis), o C (três níveis), a CC (dois níveis) e como covariável. O rendimento do participante (três níveis).

Com recurso ao teste W de Mauchly, testou-se o pressuposto de esfericidade da matriz de covariâncias das variáveis observadas. Quando violado este pressuposto ($p < .05$), adotou-se a correção de Greenhouse-Geisser para os graus de liberdade (Marôco, 2011), visto que a técnica utilizada é robusta face à violação dos pressupostos de normalidade e homocedasticidade quando temos tratamentos com dimensões grupais equivalentes (Anderson, 2001).

Resultados

Amostra 1: Diabetes Tipo II

A análise foi efetuada através da ANOVA de medidas repetidas com o desenho 3 x 3 x 2 (*within-subjects*) e a covariável rendimento do participante. Observou-se que a covariável teve interação de segunda ordem com os fatores SCC e o CC. Verificou-se o efeito principal da SCC sobre a adesão às análises clínicas, apresentando uma magnitude de efeito elevada. Observou-se uma interação de primeira ordem entre os fatores SCC e CC. Verificou-se também uma interação de segunda ordem entre a covariável rendimento dos participantes com o fator SCC e CC em simultâneo (Tabela 3). A covariável rendimento do participante é uma constante em todos os painéis, tendo um valor de 1.94.

Tabela 3

Resultados da Amostra 1

Fator	SQ	gl	gl erro	MQ	F	p ^a	η^2_p	P
SCC	7068.27	1.52	51.79	4640.61	21.42	< .001	.39	1.00
SCC*Rendimento	1484.89	1.52	51.79	974.89	4.50	.024	.12	.67
SCC*CC	20450.28	1.45	49.43	14065.98	21.48	< .001	.39	1.00
SCC*CC*Rendimento	4106.43	1.45	49.43	2824.46	4.31	.029	.11	.63

Nota. SQ = soma dos quadrados; MQ = média dos quadrados; η^2_p = magnitude de efeito (Cohen, 1988; .01 = fraca, .06 = moderada, .14 = elevada); P = potência observada. SCC = severidade da condição clínica; CC = confiança no clínico; C = custo das análises clínicas.

^a Correção de Greenhouse-Geisser.

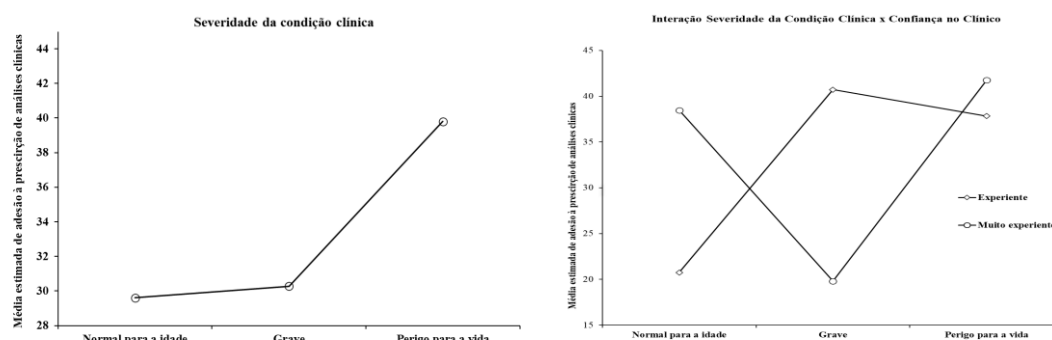
As diferenças estatisticamente significativas no fator SCC ocorreram do nível 1, “normal para a idade” ($M = 29.61$) para o nível 3, “perigo para a vida” ($M = 39.80$) e do nível dois “grave” ($M = 30.27$), também para o nível 3 “perigo para a vida”. Observável na Figura 2, a SCC ganhou relevância a partir do seu nível intermédio (“perigo para a vida”).

Como se observa através da interação desordinal (Tabachnick & Fidell, 2007), no painel da direita da Figura 2, quando a doença é “normal para a idade” e o clínico é

“experiente” a adesão às análises clínicas é baixa ($M = 20.75$), comparativamente quando o clínico é “muito experiente” ($M = 38.46$). Ao contrário do que aconteceu quando a doença é “grave” e o clínico é “muito experiente”, a adesão a novas análises clínicas baixa notoriamente ($M = 19.81$) em comparação com o clínico ser apenas “experiente” ($M = 40.73$), neste caso a adesão à prescrição de análises sobe, de forma notória. Quando se trata de uma doença que é um “perigo para a vida” a adesão é alta em ambos, sendo ligeiramente mais baixa quando o clínico é apenas “experiente” ($M = 37.83$). Ou seja, relativamente ao clínico “experiente” a maior adesão às análises clínicas aconteceu quando a doença é “grave”. No caso do clínico “muito experiente” a maior adesão ocorreu quando a doença é um “perigo para a vida” ($M = 41.77$).

Figura 2

Médias Marginais da Adesão Percebida para a Prescrição de Análises Clínicas, para Amostra 1



Nota. Níveis da SCC: 1 = “normal para a idade”; 2 = “grave”; 3 = “perigo para a vida”.
Níveis da CC: 1 = “Experiente”; 2 = “Muito experiente”.

Amostra 2: Doente Cardíaco

Na Amostra 2 observou-se que a covariável rendimento do participante não exercia qualquer influência nos fatores. Por esse motivo, optou-se por retirar a covariável do estudo nesta amostra. Efetuou-se o ajustamento para comparações múltiplas, Bonferroni. Observou-se um efeito principal do fator SCC, que apresenta uma magnitude de efeito elevada. Verificou-se interações de primeira ordem entre os fatores SCC e C, CC e C apresentando uma magnitude de efeito moderada, e entre os fatores SCC e CC, com uma magnitude de efeito elevada (Tabela 4).

Tabela 4*Resultados da Amostra 2*

Fator	SQ	gl	gl erro	MQ	F	p	η^2_p	P
SCC ^a	15842.50	1.41	49.44	11214.49	42.39	< .001	.55	1.00
SCC*CC ^a	44990.47	1.22	42.59	36967.71	47.25	< .001	.57	1.00
SCC*C ^a	368.43	2.70	94.59	136.32	2.79	.050	.07	.63
CC*C	724.58	2	70	50.53	4.88	.010	.12	.79

Nota. SQ = Soma dos quadrados; MQ = média dos quadrados; η^2_p = magnitude de efeito (Cohen, 1988; .01 = fraca, .06 = moderada, .14 = elevada); P = potência observada; SCC = severidade da condição clínica; CC = confiança no clínico; C = custo das análises clínicas.

^a Correção de Greenhouse-Geisser.

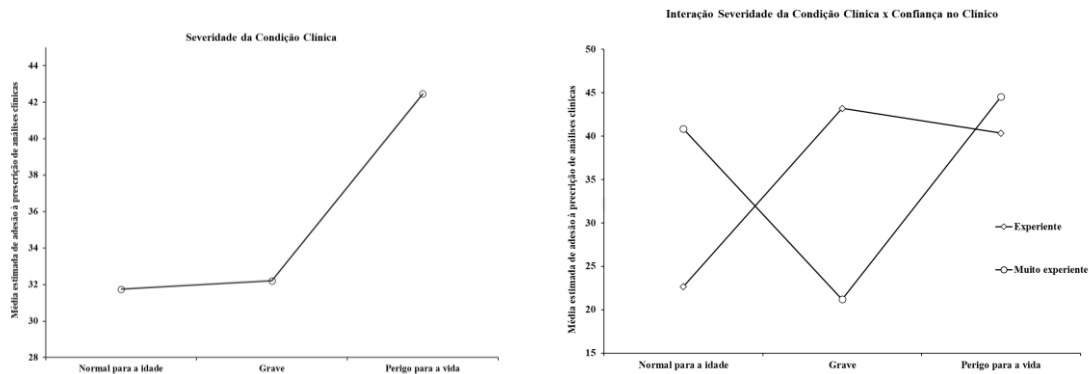
As diferenças estatisticamente significativas no fator SCC também ocorreram, tal como na Amostra 1 (Doente Hipotético Diabético Tipo II), do nível 1 ($M = 31.749$) doença “normal para a idade”, para o nível 3, “perigo para a vida” ($M = 42.46$). E do nível 2, “grave” ($M = 32.20$) para nível 3. Observável na Figura 3 a SCC ganhou relevância a partir do seu nível intermédio (“grave”).

A partir da figura 3 no painel do lado direito, foi possível observar que sucedeu o mesmo que na Amostra 1, uma interação desordinal. Quando o clínico é “experiente” a maior adesão às análises clínicas ocorreu quando a doença é “grave” ($M = 43.22$). No caso do clínico “muito experiente” a maior adesão aconteceu quando a doença é um “perigo para a vida” ($M = 44.56$).

Na Figura 4, é visível a interação entre a severidade e o custo e, comparado com a Figura 3, o custo apenas apresenta um efeito do nível 1 para o nível 3 e do nível 2 para o nível 3. Quando a doença é “normal para a idade”, e seja qual for o valor de C, a adesão às análises clínicas é baixa ($M = 32.147$; 31.419; 31.682). Quando a doença é “grave”, a adesão é ligeiramente superior no nível 2 do fator C, “150 euros” ($M = 31.583$; 33.032; 31,994). Quando se trata do nível 3 da SCC, “perigo para a vida”, a adesão aumenta em todos os níveis do fator C, sendo novamente superior no nível 2 ($M = 42.714$; 44.398; 40,260).

Figura 3

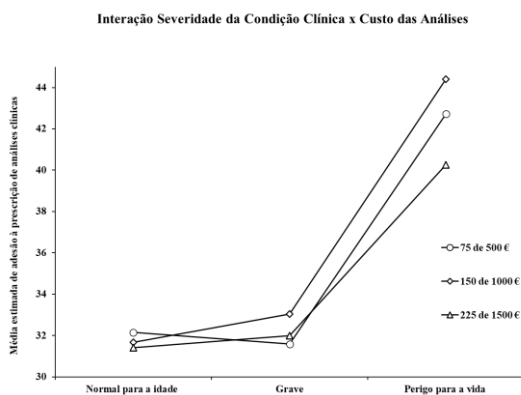
Médias Marginais da Adesão Percebida para a Prescrição de Análises Clínicas, para Amostra 2



Nota. Níveis da SCC: 1 = “normal para a idade”; 2 = “grave”; 3 = “perigo para a vida”. Níveis da CC: 1= “Experiente”; 2= “Muito experiente”.

Figura 4

Médias Marginais Estimadas da Adesão Percebida para a Prescrição de Análises Clínicas entre o Fator SCC e C



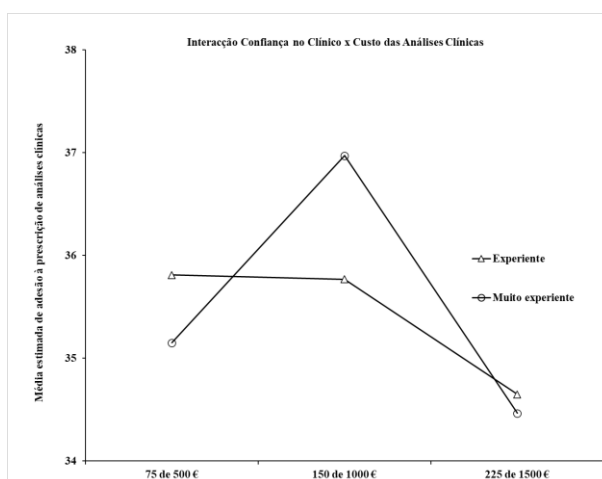
Nota. Níveis da SCC: 1 = “normal para a idade”; 2 = “grave”; 3 = “perigo para a vida”. Níveis do C: 1 = “75 euros”; 2 = “150 euros” e 3 = “225 euros”.

Na figura 5, apresenta-se a interação quadrática entre a CC e o C no caso do nível 1 do C, “75 euros”, a adesão foi ligeiramente superior no caso do médico “experiente” ($M = 35.81$) sendo que, a média no caso do médico “muito experiente” foi de 35.77. Para o caso do nível 2 do C, “150 euros”, a adesão foi superior no caso do médico “muito experiente” ($M = 36.97$) comparativamente, ao médico experiente ($M = 35.77$). No nível 3 do custo, “225 euros”, a adesão baixa, no caso do médico experiente

a média foi de 34.65, para o médico muito experiente foi de 34.46, ou seja, a adesão foi sempre baixa independentemente da experiência do clínico quando as análises são de “225 euros”.

Figura 5

Médias Marginais Estimadas da Adesão Percebida para a Prescrição de Análises Clínicas entre o Fator CC e C



Nota. Níveis da CC: 1= “Experiente”; 2= “Muito experiente”. Níveis do C: 1 = “75 euros”; 2 = “150 euros” e 3 = “225 euros”.

Discussão

No seguimento do que foi referido anteriormente, com este estudo visou-se avaliar quais os fatores destacados na literatura que influenciam a adesão às análises clínicas em adultos mais velhos, sem nenhuma das patologias associadas (diabetes tipo II ou doença cardíaca). Pretendeu-se, assim, avaliar como diferentes fontes de informação (cognitivas e afetivas) suscitam juízos de adesão enquadrados por uma instrução de tomada de perspetiva relativa a um doente hipotético diabético tipo II e doente cardíaco.

Foi possível observar que o fator SCC assume um papel crucial quando se trata da adesão a análises clínicas. Ambos os resultados para o doente hipotético diabético tipo II e o doente cardíaco revelam que a SCC teve um efeito especialmente destacável do nível “grave” para o nível “perigo para a vida”. Por breves palavras, a adesão às análises clínicas é quase “certa” quando se trata de uma doença considerada um “perigo

para a vida”. Estes resultados podem estar, de certa forma, relacionados com o sentimento de “pavor” desencadeado por este fator, assumindo, no momento de decisão, um papel principal, dando origem a respostas com maior teor afetivo (Petrie et al., 2007; Slovic et al., 2004; Slovic et al., 2007). Neste sentido, durante o *self-report*, foi possível registrar algumas reações e respostas dos participantes no decorrer, e após a experiência, onde a maioria dos participantes quando se tratava de algo que seria um “perigo para a vida”, a resposta mais comum foi “com a saúde não se brinca” e “se é um perigo para a vida tem de se fazer análises sempre”.

Em ambos os estudos, para as diferentes condições clínicas, observou-se uma interação do fator CC com a SCC que aponta para, quando a doença é “normal para a idade”, a adesão às análises clínicas tende a aumentar, tratando-se de uma prescrição por um clínico “muito experiente”. O mesmo não ocorreu quando a doença era “grave”, pois uma maior adesão às análises clínicas ocorreu quando o clínico era “experiente”. Conjeturando esta inversão, podemos interpretá-la através da relação entre o medo e a CC, dado que quando a doença é “normal para a idade” e o clínico é apenas “experiente”, a confiança é baixa e a adesão à prescrição é, por sua vez, menor. Quando se trata de uma doença que é “grave” e o médico é “experiente”, o medo de que seja algo que possa levar à morte motiva as pessoas a fazer análises, apesar de terem pouca confiança com o seu clínico. No caso de o clínico ser “muito experiente”, quando existe indicação que a doença é “grave”, a confiança que o paciente deposita no seu médico é total, querendo iniciar um possível tratamento.

Quando se trata de uma doença que é considerada um “perigo para a vida” a adesão às análises clínicas foi alta em ambos os clínicos, quando se trata de um clínico “experiente” ou “muito experiente”, a adesão é ligeiramente superior no caso do clínico ser “muito experiente”. Este acontecimento pode ser explicado pelo sentimento de “pavor” anteriormente mencionado como explicação para a adesão superior no caso de a doença ser considerada um “perigo para vida” (Petrie et al., 2007).

O facto de em ambas as amostras os participantes serem predominantemente de um meio rural, o fator da confiança possui uma forte influência na tomada de decisão sobre a adesão à prescrição de análises, pois nestes meios é possível os pacientes criarem uma relação mais próxima com os seus médicos, pelo que demonstram ter total confiança nas suas decisões e aderem às prescrições. Perante situações de risco ou

mesmo “perigo para a vida”, os indivíduos sentem necessidade de confiar em alguém que saibam que irá tomar as melhores decisões face à dificuldade vivida (Calnan & Rowe, 2004). Algo que, durante a aplicação da experiência, os adultos mais velhos iam relatando, eram as suas experiências com os seus médicos, em que apenas sete em 100 participantes relataram “não gostar” dos seus médicos de família, porque os mesmos “não demonstravam interesse”. Destas sete pessoas, seis delas optaram por ir ao serviço privado e pagar as suas análises clínicas e consultas.

No que respeita ao C, foi possível observar que, de forma individual, não tem significado estatístico para ambos os estudos. Este efeito pode ser explicado pelo mesmo motivo que as respostas por “avaliação emocional” por parte dos adultos mais velhos, pois existe uma racionalidade afetiva na tomada de decisão (Slovic et al., 2007).

Atualmente em Portugal, os indivíduos não realizam copagamento sobre análises clínicas e consultas, quando as mesmas são prescritas por um médico do serviço nacional de saúde. O que significa que apenas os utentes que recorrem ao serviço de saúde privado sem uma prescrição, pagam as suas análises clínicas e consultas (Decreto-lei n.º 37/2022). Este facto pode ter levado a que o fator C não tenha exercido influência, pois a maioria dos participantes em *self-report* indicou não pagar as suas análises clínicas. No entanto, o fator C apresentou significância quando relacionado com a SCC, para a Amostra 2 referente ao hipotético doente cardíaco. Este facto pode ter acontecido, pois no caso da Amostra 2 os participantes, no seu conjunto, auferiam um rendimento superior, comparativamente à Amostra 1, o que pode ser explicativo da importância deste fator nos resultados obtidos.

Foi possível inferir que quando a doença é um “perigo para a vida”, independentemente do valor das análises, as pessoas apresentam uma adesão superior do que no caso de ser uma doença “normal para a idade” ou “grave”. Isto vai ao encontro da explicação dada pelos participantes de que “com a saúde não se brinca”, bem como o impacto e o medo por uma doença que seja um “perigo para a vida”, independentemente do valor, os adultos mais velhos irão realizar as análises clínicas. No que respeita à interação com a CC, os resultados dizem-nos que, apesar das diferenças não serem discrepantes existe uma maior adesão sobre as análises clínicas, quando o valor é de 150 euros e o clínico é “muito experiente”. Podemos conjecturar que para interpretar esta interação que de entre os valores de custo o de 150 de 1000 € é o mais

fácil de processar. Compare-se a dificuldade em fazer a conta de 75 de 500 ou 225 de 1500 €. Esta facilidade poderá ter favorecido uma maior atenção sobre a “maior experiência” do clínico.

Relativamente ao rendimento, a covariável não manifestou influência relativamente à adesão às novas análises clínicas, no caso do doente hipotético cardíaco, mas apresentou no caso do doente hipotético diabético tipo II. Este acontecimento talvez seja devido ao facto de na Amostra 1, onde a maioria auferiu rendimentos baixos, não existir, como na Amostra 2, uma distribuição homogénea de rendimentos auferidos pelos adultos mais velhos. Seria interessante, no futuro, poder replicar o estudo, tendo em consideração uma distribuição homogénea dos rendimentos auferidos pelos adultos mais velhos.

Desta forma, salienta-se que, no caso do doente hipotético cardíaco foi observado um número superior de interações entre os fatores estudados, podendo estar por trás a explicação de que a doença cardíaca, ao ser relacionado com o coração, produz um efeito superior de receio (Slovic et al., 2004; Slovic et al., 2007).

Deve-se salientar como limitação o facto de não ser possível compreender a relação entre o que as pessoas pagam pelas suas análises clínicas e se, devido a esse valor, preferem o serviço privado e não o público. Ou seja, muitas vezes associa-se um custo mais elevado com a qualidade do serviço que é prestado “um serviço mais caro é melhor”. Algo também relacionado com os serviços de saúde é o tempo prolongado de espera pelos resultados das análises clínicas, tempo esse, que não acontece de forma tão demorada no serviço de saúde privado e poderá ser uma das razões diretamente relacionadas com a preferência pelo serviço privado, relação esta que não foi apurada neste estudo.

Como limitação à validade interna deste estudo, destacou-se o procedimento não probabilístico da amostragem e da nomeação aleatória dos participantes pelas condições clínicas. Trata-se, desta forma, de um estudo quase experimental (Shadish et al., 2002), pelo que se salienta a necessidade de replicação do mesmo em amostras independentes, para que seja possível observar se os resultados se repetem na interação entre o fator SCC e CC, para ambos os estudos, podendo, desta forma, generalizá-los. Seria importante, em investigações futuras, perceber a relação entre medicamentos e análises

clínicas para ambas as patologias de forma individualizada e verificar as diferenças de forma direta.

Conclusão

A adesão à prescrição de análises clínicas é um tema pouco estudado comparativamente à adesão à medicação. Este tema tem vindo a assumir grande impacto nos últimos anos devido às problemáticas relacionadas com o défice de adesão na medicação, trazendo problemas a nível de saúde individual, como também para a saúde pública, onde o gasto em tratamentos relacionados tem um impacto desfavorável na economia (Kennedy & Morgan, 2006). O aumento da população adulta mais velha e o número atual que Portugal apresenta de indivíduos com doenças não transmissíveis, alerta para a importância destes estudos como forma de sensibilização para a importância da adesão (Sousa et al., 2011).

São vários os fatores que influenciam a adesão às prescrições/indicações médicas e este estudo teve por objetivo compreender quais desses fatores exercem influência na adesão a análises clínicas em adultos mais velhos sem nenhuma das patologias associada (diabetes tipo II e doença do coração). Os fatores envolvidos neste estudo na tomada de decisão destacam-se a SCC (Vik et al., 2006); a CC (Kennedy & Morgan, 2006); e o C (Oliveira & Diniz, 2022).

Os resultados do presente estudo demonstram que a SCC tem uma forte influência sobre a adesão às análises clínicas, principalmente quando se trata de uma doença “perigo para a vida” em ambos os doentes hipotéticos.

O C foi um fator que individualmente não apresentou, em ambos os estudos, barreiras à adesão às análises clínicas. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Oliveira e Diniz (2022) para a adesão aos medicamentos e aos exames complementares de diagnóstico.

O fator CC, relacionado com a SCC demonstrou-se relevante em ambos os estudos, o que demonstra a importância entre a relação paciente e profissional de saúde, assim como a comunicação que tanto contribui, para a decisão na adesão. Estes resultados encontram-se relacionados com as considerações sobre a importância da adesão, feitas por Fugelli (2001).

Algo benéfico neste estudo foi a aplicação em voluntários que não apresentavam nenhuma das patologias presentes na experiência (diabetes tipo II e doença de

cardíacas), pois atualmente torna-se difícil encontrar indivíduos apenas com uma das patologias.

Por último, apesar das limitações, este trabalho será benéfico para o suporte na realização de boas práticas relacionadas à gerontopsicologia tornando evidente que se deverá apostar na formação dos profissionais de saúde alertando para estes fatores e, de certa forma, sensibilizar e orientar as suas práticas, realçando a importância da compreensão na confiança e aumentar a taxa de adesão no meio clínico em adultos mais velhos. Seria importante, para além dos clínicos, advertir os adultos mais velhos para os riscos que a não adesão pode causar na sua saúde e na dos que os rodeiam.

Referências

- Alaszewski, A. (2003). Risk, trust and health. *Health, Risk & Society*, 5(3), 235-239.
<https://doi.org/10.1080/13698570310001606941>
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria & prática*.
- Alruthia, Y., Sales, I., Almalag, H., Alwhaibi, M., Almosabhi, L., Albassam, A., Alharbi, F. A., Bashatah, A., & Asiri, Y. (2020). The relationship between health-related quality of life and trust in primary care physicians among patients with diabetes. *Clinical Epidemiology*, 12, 143-151.
<https://doi.org/10.2147/CLEP.S236952>
- Anderson, N. H. (2001). *Empirical direction in design and analysis*.
<https://doi.org/10.4324/9781410600004>
- Associação de Apoio aos Doentes com Insuficiência Cardíaca (2021). Relatório de Atividades & Contas 2021. <https://aadict.pt/>
- Axelrod, D. A., & Goold, S. D. (2000). Maintaining trust in the surgeon-patient relationship challenges for the new millennium. *Archives of Surgery*, 135(1), 55-61. <https://doi.org/10.1001/archsurg.135.1.55>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1-35.
<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511665684>
- Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A., & Bowman, B. A. (2014). Prevention of chronic disease in the 21st century: Elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*, 384(9937), 54-52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60648-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60648-6)

- Beaglehole, R., & Yach, D. (2003). Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. *The Lancet*, 362(9387), 903-908. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)14335-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)14335-8)
- Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population Survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 55-81. <https://doi.org/10.1023/A:1011564713657>
- Branin, J. J. (2001). The role of memory strategies in medication adherence among the elderly. *Home Health Care Services Quarterly*, 20(2), 1-16. https://doi.org/10.1300/J027v20n02_01
- Brooks, J. (2019). Peirce, J., & MacAskill, M. (Eds.). Building Experiments in PsychoPy. *Perception*, 48(2), 189-190. <https://doi.org/10.1177/0301006618823976>
- Brown, P. J., Woods, C. M., & Storandt, M. (2007). Model stability of the 15-item geriatric depression scale across cognitive impairment and severe depression. *Psychology and Aging*, 22(2), 372-379. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.2.372>
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *Adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos*. Imprensa de Ciências Sociais.
- Calnan, M., & Rowe, R. (2004). Trust in health care: An agenda for future research. *Health Organ Manag*, 20(5), 477-484. <https://doi.org/10.1108/14777260610701830>
- Chew, L. D., Bradley, K. A., Flum, D. R., Cornia, P. B., & Koepsell, T. D. (2004). The impact of low literacy on surgical practice. *The American Journal of Surgery*, 188(3), 250-253. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.04.005>
- Chia, L., Schlenk, E., & Jacob, D., J. (2012). Effect of personal and cultural beliefs on medication adherence in the elderly. *Drugs and Aging*, 23(3), 191-202. <https://doi.org/10.2165/00002512-200623030-00002>
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). The patient provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 29-35. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.29>

- Cohen, J. (1998), *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum.
- Costa, A. R. & Mota, A. (2023). *Pensões mínimas: conheça os valores de 2023*. Deco proteste. <https://www.deco.proteste.pt/familia-consumo/orcamento-familiar/noticias/pensoes-minimas-conheca-valores-2023>
- Costa, D. L. F. (2020). *Como adoecem os portugueses: saúde, estilos de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Decreto-Lei n.º 37/2022 do Ministério da Saúde. (2022). Diário da República n.º103, Série I de 2022-05-27, (3 - 4). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/37-2022-184054398>
- Decreto-Lei n.º 113/2011 do Ministério da Saúde. (2011). Diário da República n.º 229, Série I de 2011-11-29, (5108-5110). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/173-2003-652284>
- Decreto-Lei n.º 173/2003 do Ministério da Saúde. (2003). Diário da República n.º176, Série I-A de 2003-8-01, (4537-4538). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/173-2003-652284>
- Diniz, A. M. (2007). *Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida* (EDG-15). Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M., & Amado, N. (2014). Procedures for successful data collection through psychological tests in the elderly. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(3), 491–497. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427309>
- DiMatteo, R. M., Giordani, P. J., Heidi L. S., Thomas C. W., (2002). Patient Adherence and Medical Treatment Outcomes. *Medical Care*, 40(9), 794–811. <https://doi.org/10.1097/00005650-200209000-00009>
- Encarnação, M. (2022). *Estudos sobre as versões reduzidas da Geriatric Depression Scale* [Dissertação de mestrado]. Universidade de Évora.
- European Society of Cardiology (2022). *ESC Clinical Practice Guidelines on The Management of Chronic and Acute Heart Failure: What Patients Need to Know*. <https://www.heartfailurematters.org/pt-pt/>
- European Union. (2016). *Key figures on Europe*. Luxembourg: EU. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7827738/KS-EI-16-001-EN-N.pdf/bbb5af7e-2b21-45d6-8358-9e130c8668ab>

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4) 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Figueiredo, A. E. B., Ceccon, R. F., & Figueiredo, J. H. C. (2021). Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de adultos mais velhos dependentes. *Ciencia & saúde coletiva*, 26(1), 77-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-Mental State”: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fonseca, K. P., & Rached, C. D. A. (2019). Complicações do diabetes mellitus. *International Journal of Health Management Review*, 5(1). <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v5i1.149>
- Fugelli, P. (2001). James Mackenzie Lecture. Trust--in general practice. *The British Journal of General Practice*, 51(468), 575-579.
- Gaspar, R., Domingos, S., Diniz, A., & Falanga, R. (2016). Barriers and facilitators to older adult’s adherence to health recommendations: Towards an EngAging two-way health communication. In G. Graffigna (Ed.), *Promoting patient engagement 52 and participation for effective healthcare reform* (pp.58-82). Hershey, PA: IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-9992-2.ch004>
- Gellad, W. F., Grenard, J. L., & Marcum, Z. A. (2011). A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: Looking beyond cost and regimen complexity. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(1), 11-23. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2011.02.004>
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institute. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1453-1468. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00142-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00142-9)
- Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., & Balkrishnan, R. (2002). Trust in the medical profession: Conceptual and measurement issues. *Health Services Research*, 37(5), 1419-1439. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01070>

- Harvey, J. N., & Lawson, V. L. (2009). The importance of health beliefs models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetics Medicine*, 26(1), 5-13. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x>
- Hervé, C., & Mullet, E. (2005). Perspective-taking judgments among young adults, middle-aged, and elderly people. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 11(1), 53-60. <https://doi.org/10.1037/1076-898X.11.1.53>
- International Diabetes Federation. (Ed.). (2021). *IDF diabetes atlas*. (10th ed.). www.idf.org/diabetesatlas
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Rendimento e Condições de Vida 2020 (Dados provisórios). <file:///C:/Users/beatr/Downloads/19icor2020.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Rendimento e Condições de Vida 2022: O risco de pobreza diminuiu para 16,4% em 2021. *Destaque*. <file:///C:/Users/beatr/Downloads/20ICOR2022.pdf>
- Lakens, D. (2021). *Sample Size Justification*. <https://doi.org/10.1525/collabra.33267>
- Loewenstein, G., Brennan, T., & Volpp, K. G. (2007). Asymmetric paternalism to improve health behaviors. *The Journal of the American Medical Association*, 298(20), 2415- 2417. <https://doi.org/10.1001/jama.298.20.2415>
- Kennedy, J., & Morgan, S. (2006). A cross-national study of prescription nonadherence due to cost: Data from the joint Canada-United States survey of health. *Clinical Therapeutics*, 28(8), 1217-1224. <https://doi.org/10.1016/2006.07.00901492918/06/19.00>
- Krueger, K. P., Berger, B. A., & Felkey, B. (2005). Medication adherence and persistence: A comprehensive review. *Advances in Therapy*, 22(4), 313-356. <https://doi.org/10.1007/bf02850081>
- Krupat, E., Stein, T., Selby, J. V., Yeager, C. M., & Schmittdiel, J. (2002). Choice of a primary care physician and its relationship to adherence among patients with diabetes. *The American Journal of Managed Care*, 8(9), 777-784.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5a ed.). Report Number. www.reportnumber.pt/ae
- Mitchell, M. L., & Jolley, J. M. (2010). *Research design explained* (7th ed). Wadsworth.

- Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V. & Morais, J., (2020). Cardiac intensive care in Portugal: The time for change. *Rev Port Cardiol (Engl Ed)*, 39(7), 401-406. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.04.007>
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadeismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2009.02907.x>
- O'Brien, M. K., Petrie, K., & Raeburn, J. (1992). Adherence to medication regimens: updating a complex issue. *Medical Care Review*, 49(4), 435–454. <https://doi.org/10.1177/002570879204900403>
- Oliveira, M., & Diniz, M. A. (2022). Perceived cost of newly prescribed medication and supplementary diagnostic tests in the elderly: An experimental approach. *Análise Psicológica*, 40(1), 65-79. <https://doi.org/10.14417/ap.1886>
- Oliveira, M., & Oliveira, A. M. (2007). An averaging model for the integration of "dread" and probability in self-medication propensity. In S. Mori, T. Miyaoka, & W. Wong (Eds.), *Fechner Day 2007: Proceedings of the 23rd Annual Meeting of the International Society for Psychophysics*, 417-420.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>
- Ozawa, S., & Sripad, P. (2013). How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 91, 10–14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.0054>
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). *The role of illness perceptions in patients with medical conditions*. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 163–167. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e328014a871>
- Piette J. D., Heisler M., Wagner T. H. (2004). Cost-related medication underuse among chronically ill adults: the treatments people forgo, how often, and who is at risk. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1782-1787. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.10.1782>

- Pordata. (2020). *Retrato de Portugal Pordata, edição 2020*. Fundação Manuel dos Santos.
- Rowe, R. (2005). Trust relations in health care: The new agenda. *The European Journal*, 16(1), 4-6. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ck1004>
- Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasiexperimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165- 173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Silva, J. V. F. D., Silva, E. C. D., Rodrigues, A. P. R. A. D., & Miyazawa, A. P. (2015). A Relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crónicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde*, 2(3), 91–100. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/2079>
- Silva, D. J. P., Crepaldi, M. A. & Bousfield, A. B. D. S. (2021). Representações sociais e doenças crónicas no contexto familiar: revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(2), 125-140. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i2.964>
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk and rationality. *Risk Analysis*, 24(2), 311-322. <https://doi.org/10.1111/j.0272-4332.2004.00433.x>
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. (2007). The affect heuristic. *European Journal of Operational Research*, 177(3), 1333-1352. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2005.04.006>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2019). *Diabetes: factos e números os anos de 2016, 2017 e 2018 Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes-Edição de 2019*.
- Souto, C. N. (2020). Qualidade de vida e doenças crónicas: Possíveis relações. *Brazilian Journal of Health Reviews*, 3(4), 8169-8196. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-077>

- Sousa, S., Pires, A., Conceição, C., Nascimento, T., Grenha, A., & Braz, L. (2011). Polimedicação em doentes adultos mais velhos: Adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 27(2), 176–82. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v27i2.10838>
- Tseng, C. W., Dudley, R. A., Brook, R. H., Keeler, E., Steers, W. N., Alexander, G. C., Waitzfelder, B. F., & Mangione, C. M. (2007). Elderly patients' preferences and experiences with providers in managing their drug costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(12), 1974–1980. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01445.x>
- United Nations Economic Commission for Europe. (2017). *A sustainable society for all ages: Realizing the potential of living longer*. 4th UNECE ministerial conference on ageing. http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Ministerial_Conference_Lisbon/Declaration/2017_Lisbon_Ministerial_Declaration.pdf
- Van Bokhoven, M. A., Pleunis-van Empel, M. C., Koch, H., Grol, R. P., Dinant, G. J., & van der Weijden, T. (2006). Why do patients want to have their blood tested? A qualitative study of patient expectations in general practice. *BMC Family Practice*, 7(1), 1–8. <https://doi:10.1186/1471-2296-7-75>
- Van den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J. M., Roos, S., & Knottnerus, A. (1998). Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(5), 367–375. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(97\)00306-5](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(97)00306-5)
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331–342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>
- Vik, S. A., Hogan, D. B., Patten, S. B., Johnson, J. A., Romonko-Slack, L., & Maxwell, C. J. (2006). Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalisation and mortality among older adults. *Drugs & Aging*, 23(4), 345–356. <https://doi.org/10.2165/00002512-200623040-00007>

- Ward, B. W., & Schiller, J. S. (2013). Prevalence of multiple chronic conditions among US adults: Estimates from the national health interview survey, 2010. *Preventing Chronic Disease, 10*, 1-15. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120203>
- Wehrmeister, F. C., Wendt, A. T., & Sardinha, L. (2022). Iniquidades e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 31*(1). <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200016.especial>
- Wills, C., & Moore, C. (1996). Perspective-taking judgments of medication acceptance: Inferences from relative importance about the impact and combination of information. *Organizational Behavior and Human Decisions Processes, 66*(3), 251-267. <https://doi.org/10.1006/obhd.1996.0054>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. WHO. <http://www.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
- Zhang, N. J., Terry, A., & McHorney, C.A. (2014). Impact of health literacy on medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *The Annals of Pharmacotherapy, 48*(6), 741-751. <https://doi.org/10.1177/1060028014526562>