



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

”Fatores subjacentes da adesão à prescrição de análises clínicas em adultos mais velhos com diabetes tipo II e com doença cardiovascular”

Filipa Maria Fernandes Teixeira

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

”Fatores subjacentes da adesão à prescrição de análises clínicas em adultos mais velhos com diabetes tipo II e com doença cardiovascular”

Filipa Maria Fernandes Teixeira

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)
Francisco Gomes Esteves (Universidade Católica Portuguesa) (Arguente)

Agradecimentos

Ao Doutor António M. Diniz, por ser a personificação da palavra orientador. Pela disponibilidade, acompanhamento e dedicação constante. Pela partilha de sabedoria que me inspirou, não só para a realização desta investigação, mas também para o meu contínuo crescimento enquanto pessoa.

Ao Doutor Miguel Oliveira, pela presença, prontidão e atenção que permitiram a aquisição de novos conhecimentos, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Ao Dr. Vasco Heredia, pelos comentários que me possibilitaram a refinação deste trabalho.

À Affidea Setúbal, o meu agradecimento pela inestimável disponibilidade demonstrada na colaboração no processo de recolha de dados. Em particular, ao Dr. Sérgio Fernandes, cuja prontidão na facilitação das condições para a seleção dos participantes deste estudo foi fundamental. Da mesma forma, à Dr^a Sandra Zagal, pela sua contribuição em tornar este processo não apenas viável, mas também eficaz.

A todos os adultos mais velhos com quem tive a oportunidade de contactar para a realização desta dissertação, por me receberem de braços abertos. Sem a vossa participação nada disto seria possível, levo comigo um pedaço de vós.

À minha colega Beatriz Contenda, companheira de dissertação, por ter tornado esta caminhada mais suportável e por estar sempre disponível para qualquer eventualidade, transmitindo-me sempre força.

À minha mãe, por me proporcionar a concretização dos meus sonhos de menina. Por me mostrar, e me ensinar, o que é realmente uma mulher trabalhadora, independente e lutadora. Serás sempre a minha fonte de inspiração. Ao meu pai, pelo cuidado, apoio e por me ensinar o significado do que é realmente estar presente e ser amigo. Eternamente grata a ambos pela liberdade de me deixarem Ser e por me darem asas para voar.

À minha Carolina, por todo o apoio incondicional desde o começo da licenciatura. Pela amizade, companheirismo e dedicação em todos os momentos. Tornaste esta jornada mais bonita com a tua presença e, sem ti, não teria conseguido metade. Por encarnares o significado de amizade no seu sentido mais puro.

À Tatiana Matias, pela bonita amizade que estamos a criar. Por toda a companhia na realização deste projeto, pela troca de ideias e por estar sempre presente, mesmo nos

momentos mais complexos. Um verdadeiro exemplo de resiliência e cá estarei para te ver alcançar os teus objetivos.

Ao Francisco Martins, por todo o carinho, amizade e partilha ao longo destes anos. Um eterno obrigado por acompanhares todo o meu percurso e ver-me crescer, sem nunca me deixar desistir. Há pessoas que nos fazem querer a efemeridade das coisas.

Ao meu João, para quem não existe palavras para descrever o tamanho da minha gratidão. Por todo o apoio incondicional e por acreditares sempre em mim, mesmo quando eu sou não sou capaz. Eternamente agradecida pela força nos momentos mais difíceis em que não sabia como continuar. Por me permitires exceder-me e ser a melhor versão de mim própria, fazendo-me acreditar que há a possibilidade de ir sempre mais além. Por todo o companheirismo e paciência. No meu coração, onde quer eu esteja.

Não poderia deixar de agradecer aos meus Avós que, apesar da eterna ausência, estão comigo em espírito e sempre viverão nos recantos da minha existência e do meu Ser. O vosso maior sonho era ver-me formada, infelizmente a Vida teve outros planos, mas foram sempre a minha motivação nesta etapa, que agora chega ao fim. Aquilo que os olhos não podem ver, o coração sente e sempre me sentirei profundamente amada e agradecida.

A todos os que fizeram parte desta jornada,

O meu profundo agradecimento.

Fatores subjacentes da adesão à prescrição de análises clínicas em adultos mais velhos com diabetes tipo II e com doença cardiovascular

Resumo

Com uma abordagem quase experimental procurou-se perceber como é que fatores como a Severidade da Condição Clínica (3 níveis), a Confiança no Clínico (2 níveis) e o Custo (3 níveis) influenciam a adesão de adultos mais velhos com diabetes tipo II (DTII) e doença cardiovascular (DCV) à prescrição de análises clínicas. Os participantes avaliaram, através de uma Escala Visual Analógica, o grau de adesão de um paciente hipotético com uma prescrição de análises clínicas para a sua “doença cardíaca” ou “diabetes”, tendo em conta cada combinação dos níveis dos fatores. O estudo foi constituído por duas amostras, com DTII e DCV respetivamente, cada uma com 36 participantes, voluntários, escolarizados, sem depressão e compromisso cognitivo. Através da ANOVA de medições repetidas, observou-se um padrão similar de adesão nos dois grupos, ainda que se tenha destacado um maior número de interações entre fatores nos com DCV do que nos com DTII.

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

Underlying factors of adherence to clinical analysis prescriptions in elderly people with type II diabetes and heart disease

Abstract

Using a quasi-experimental approach, we sought to understand how factors such as Severity of Clinical Condition (3 levels), Trust in Clinician (2 levels) and Cost (3 levels) influence the adherence of older adults with type II diabetes (TIID) and cardiovascular disease (CVD) to prescriptions for clinical tests. Participants assessed, using a Visual Analog Scale, the degree of adherence of a hypothetical patient with a prescription for clinical tests for their "heart disease" or "diabetes", taking into account each combination of the levels of the factors. The study consisted of two samples, with TIID and CVD respectively, each with 36 volunteer participants, educated, without depression or cognitive impairment. Repeated-measures ANOVA showed a similar pattern of adherence between the two groups, although there were more interactions between factors in those with CVD than in those with T2D.

Keywords: older adults, chronic diseases, clinical analyses, perspective taking, decision.

Índice

1. Introdução e Enquadramento Teórico	1
1.1. Envelhecimento	1
1.1.1. Rendimento	1
1.2. Doenças Crónicas	2
1.2.1. Diabetes Tipo II	3
1.2.2. Doenças Cardiovasculares	4
2. Adesão à Prescrição Médica	5
2.1. Severidade da Condição Clínica	7
2.2. Confiança no Clínico	9
2.3. Custo	11
3. Formulação do Problema.....	12
4. Método.....	13
4.1. Participantes	13
4.1.1. Amostra 1: Diabetes Tipo II.....	13
4.1.2. Amostra 2: Doenças Cardiovasculares.....	14
4.2. Materiais	15
4.2.1. Questionário de Caracterização dos Participantes	15
4.2.2 Mini Mental State Examination (MMSE).....	15
4.2.3 Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida (EDG-15)	16
4.2.4. Vinhetas em Suporte Digital	17
4.3. Procedimento de recolha de dados.....	18
4.4. Procedimento de Análise de Dados	21
5. Resultados.....	21
5.1. Diabetes Tipo II	21
5.2. Doenças Cardiovasculares	25
6. Discussão	29
7. Referências	32

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica: Diabetes tipo II	13
Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica: Doenças Cardiovasculares	14
Tabela 3. Diabetes tipo II: Resultados da ANOVA de medições repetidas	21
Tabela 4. Doenças Cardiovasculares: Resultados da ANOVA de medições repetidas...	24

Índice de Figuras

Figura 1. Exemplos de Vinhetas Utilizadas no Procedimento Experimental	18
Figura 2. Diabetes tipo II: Efeitos principais.....	22
Figura 3. Diabetes tipo II: Interação SCC-CC.....	22
Figura 4. Diabetes Tipo II: Interação SCC-C-CC	23
Figura 5. Doenças Cardiovasculares: Efeitos Principais	25
Figura 6. Doenças Cardiovasculares: Interação SCC-CC	26
Figura 7. Doenças Cardiovasculares: Interação entre SCC-C-CC	27
Figura 8. Doenças Cardiovasculares: Interação entre SCC-C e CC-C.....	28

1. Introdução e Enquadramento Teórico

1.1. Envelhecimento

Em todo o mundo, o número de adultos mais velhos está a crescer rapidamente, com uma taxa de 3% ao ano. Em 2017, estima-se que os adultos mais velhos ocupavam 13% da população global (Organização das Nações Unidas [ONU], n.d.). O fenómeno do envelhecimento a nível mundial é marcado por baixos níveis de fecundidade e mortalidade e elevados níveis de esperança média de vida (Estevens, 2017).

Nas últimas décadas, com os avanços na medicina e na saúde pública, a taxa de mortalidade decresceu e o número de adultos mais velhos tem aumentado significativamente nas sociedades ocidentais (Sousa et al., 2011). Segundo a consulta feita no site da ONU (n.d.) no dia 15 de julho de 2023 “atualmente, a Europa tem a maior percentagem da população com 60 anos ou mais (25%)”. Nas últimas quatro décadas, deu-se um aumento da esperança média de vida na população portuguesa, sendo que a percentagem subiu de 8% para 16% entre 1961 e 2001 (Estevens, 2017). Portugal é o quarto país da União Europeia (entre 28 países) com maior percentagem de adultos mais velhos (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2017) e o oitavo país do mundo com maior esperança média de vida à nascença (Rodrigues, 2018). Em 2010, existiam 124 adultos mais velhos por cada 100 jovens, quando em 2017 existiam 153. O índice de envelhecimento em Portugal foi de 185.6 adultos mais velhos por cada 100 jovens no ano de 2022 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023).

Além disso, estima-se que este número volte a aumentar nos próximos anos, podendo mesmo atingir 32% do total da população em 2050 (Sousa et al., 2011). Até 2050, é esperado que o número de adultos mais velhos triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2.1 mil milhões em 2050 e 3.1 mil milhões em 2100 (ONU, n.d.). Já no ano de 2080, estima-se que o índice de envelhecimento em Portugal seja de 300 adultos mais velhos por cada 100 jovens (INE, 2020).

Apesar do envelhecimento da população ter sido algo ambicionado, trouxe consigo diversos encargos, desafios e impactos para diversos setores/áreas da sociedade, com destaque para a área da saúde (Estevens, 2017).

1.1.1. Rendimento

Os adultos mais velhos são um grupo caracterizado pelos baixos rendimentos, especialmente aqueles que recebem somente rendimentos exclusivos de pensões. Em Portugal, no ano de 2020, existiam 56.6 % de pessoas a receber pensão por cada 100 ativos (PORDATA, 2020a). No ano de 2021, o valor médio anual de pensões de velhice

pagas pela segurança social foi de 5883.6 euros (PORDATA, 2020b). O valor mínimo do regime da segurança social das pensões de velhice e de invalidez era de 256.79 euros enquanto a pensão de sobrevivência (casos de viuvez) era de 154.07 euros no ano de 2013. Já em 2023, o valor mínimo das pensões de velhice é de 291.48 euros e da pensão de sobrevivência é de 174.89 euros (PORDATA, 2023a). Para o regime da Caixa Geral de Aposentações, no ano de 2013, o valor mínimo das pensões de aposentação, reforma e invalidez era de 239.99 euros, enquanto no ano de 2023 era de 272.40 euros e (PORDATA, 2023b).

No ano de 2022, a Segurança Social e a Caixa Geral de Aposentações pagaram 3.638.367 pensões. No ano de 2021, 1.639.028 indivíduos recebiam uma pensão abaixo do ordenado mínimo mensal (PORDATA, 2021a).

Segundo os dados da Eurostat de 2021, 2.8% dos cidadãos da União Europeia reportaram ter tido necessidades não satisfeitas (volume de cuidados de saúde que deveria ter sido prestado, mas acabou por não ser) relativas à saúde, onde 1% dos indivíduos refere a dificuldade financeira como o motivo. Já em Portugal, que se encontra acima da União Europeia, 5.7%, os indivíduos reportaram terem necessidades não satisfeitas, sendo o principal motivo a insuficiência económica, com 1.7%. Comparativamente aos restantes países da União Europeia, as despesas diretas de saúde são elevadas. Apesar da comparticipação feita pelo Sistema Nacional de Saúde, de acordo com a Conta Satélite da Saúde publicada anualmente pelo Instituto Nacional de Estatística, 29% das despesas de saúde foram pagas pelas próprias pessoas (Barros & Costa, 2023).

1.2. Doenças Crónicas

Com o aumento do envelhecimento e da esperança média de vida, deu-se um aumento da incidência de doenças crónicas, sendo estas responsáveis por 88% dos anos de vida vividos com incapacidade (Estevens, 2017; SNS, 2017; Sousa et al., 2011). As doenças crónicas podem ser definidas por condições sem cura que duram um ano ou mais e que requerem cuidados médicos contínuos e/ou limitam atividades da vida diária (Centers for Disease Prevention and Control [CDPC], 2022).

A um nível global, as doenças crónicas representam quase dois terços das mortes. Nos Estados Unidos da América, são as principais causas de saúde precária, sendo as doenças que têm mais peso nos gastos com a saúde (Bauer et al., 2014). Em Portugal, são uma das principais responsáveis pela morbidade e mortalidade (Rodrigues, 2018). Uma vez que o envelhecimento potencia as doenças crónicas, há uma maior necessidade

por parte do indivíduo de usufruir e procurar cuidados de saúde, o que acaba por provocar desafios para os sistemas de cuidados de saúde (Bauer et al., 2014; Estevens, 2017).

Assim, evidencia-se a necessidade de reforçar os comportamentos de adesão à prescrição, uma vez que a não adesão coloca-se como uma barreira ao controlo das doenças crónicas que pode piorar a condição clínica do paciente, contribuindo para um aumento da morbilidade e mortalidade, o que, conseqüentemente, se traduz num aumento da sobrecarga dos sistemas de saúde (Kripalini et al., 2010).

O impacto das doenças crónicas nos sistemas de saúde é indiscutível, com especial destaque para as doenças cardiovasculares (DCV), as neoplasias malignas, as doenças respiratórias crónicas, destacando-se ainda o acidente vascular cerebral e a diabetes (World Health Organization [WHO], 2002).

1.2.1. Diabetes Tipo II

A diabetes é uma doença crónica e grave que pode ser definida pela incapacidade corporal de produção de insulina suficiente ou pela incapacidade de utilizar a insulina produzida de forma eficaz. A falta de insulina aumenta os níveis de açúcar (glucose) no sangue (hiperglicemia), indicador clínico a nível mundial para o diagnóstico da diabetes (International Diabetes Federation [IDF], 2021; Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2019).

Existem diversos tipos de diabetes. A diabetes tipo II (DTII) resulta inicialmente da resistência à insulina, isto é, da incapacidade de as células responderem eficazmente. Com a continuidade deste fenómeno, a produção da insulina acaba por aumentar (IDF, 2021).

A DTII é o tipo de diabetes mais comum, que representa mais de 90% de toda a diabetes global. Em termos de causas da DTII estas são multivariadas e apresentam ligação com a etnia, historial familiar, ambiente intrauterino deficitário, alimentação inadequada, inatividade física, excesso de peso e obesidade e aumento da idade (IDF, 2021; SPD, 2019).

A DTII pode ser completamente assintomática, o que pode acabar por influenciar o *timing* do diagnóstico, sendo este somente feito quando se manifestam complicações da doença. O tratamento da diabetes passa por uma adaptação na alimentação e na atividade física. Contudo, em certos casos, estas medidas podem não ser suficientes, pelo que se recorre ao uso de terapêutica medicamentosa (IDF, 2021; SPD, 2019).

A prevalência da diabetes ao nível global tem estado a aumentar em diversas regiões. Observou-se um crescimento de 16.3% na taxa de prevalência de diabetes entre 2009 e 2018, o que denota o impacto do envelhecimento da estrutura etária (IDF, 2021). Uma em cada cinco pessoas com mais de 65 anos tem diabetes (SPD, 2019). Em 2021, estima-se que a prevalência da diabetes em adultos mais velhos com idades compreendidas entre os 75 e 79 anos de idade tenha sido de 24%, enquanto em 2045 espera-se que este número tenha aumentado para 24.7% (IDF, 2021).

A diabetes é uma das principais causadoras de mortalidade e estima-se que no ano de 2021 tenham falecido cerca de 6.7 milhões de indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que representa 12.2% de todas as mortes neste grupo etário a nível global (IDF, 2021).

No ano de 2018, estimou-se uma prevalência de 13.6% de diabetes em Portugal, o que corresponde a mais de 1 milhão de portugueses com diabetes. Mais de 25% das pessoas entre os 60-79 anos tem diabetes (SPD, 2019). Portugal é o 4º país que apresenta uma maior prevalência de diabetes em idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos de idade, o que representa 9.1% (IDF, 2021).

As complicações da diabetes, para além de gerarem sofrimento humano, têm também um custo económico com os cuidados de saúde (SPD, 2019). As despesas de saúde a nível mundial causadas pela diabetes passaram de 232 mil milhões de dólares em 2007 para 966 mil milhões de dólares em 2021 e prevê-se que este valor continue a aumentar. Na Europa, estas despesas foram 189 mil milhões de dólares, sendo a Europa a região que tem o segundo maior custo médico com a diabetes (IDF, 2021). Em Portugal, a despesa com a diabetes no ano de 2018, representou um custo direto estimado entre 1.300 e 1.550 milhões de euros, o que representa entre 7 a 8% da totalidade das despesas com a saúde (SPD, 2019).

1.2.2. Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) são doenças do coração e dos vasos sanguíneos que incluem: doença coronária, doença arterial periférica, doença cerebrovascular, doença cardíaca reumática, cardiopatia congénita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (SPD, n.d.; WHO, 2021).

Existem diversos fatores de risco comportamentais para doenças cardíacas e para os acidentes vasculares cerebrais (AVCs), entre as quais: uso de tabaco, inatividade física, uso excessivo de álcool e sedentarismo. Ao praticar estes comportamentos, o indivíduo pode vir a sofrer de hipertensão arterial, glicemia alta, hiperlipidemia, sobrepeso e

obesidade. Ao alterar estes padrões de comportamento, o indivíduo pode reduzir o aparecimento de DCV. Nesse sentido, deve-se apostar na política de prevenção e consciencialização da população (SPD, n.d.; WHO, 2021).

Tal como na DTII, o aparecimento das DCV reflete a força de diversos fatores, nomeadamente: da urbanização, pobreza, estresse e fatores hereditários e do envelhecimento (WHO, 2021).

Em termos de principais sintomas das DCV, diversas vezes não existem sintomas prévios e um ataque cardíaco ou um AVC podem ser o primeiro sintoma da existência de uma doença subjacente. Ataques cardíacos e AVCs são, de forma geral, causados por um bloqueio que impede a circulação do sangue para o coração ou para o cérebro, bloqueios estes causados principalmente pela acumulação de depósitos de gordura. Os AVCs podem também resultar de hemorragia em vasos sanguíneos cerebrais (WHO, 2021). Os principais sintomas do ataque cardíaco são dor e/ou desconforto no peito, dor e/ou desconforto nos membros superiores, no ombro esquerdo, cotovelo, mandíbula ou costas. Em termos de sintomatologia do AVC é uma súbita dormência na face, membros superiores e inferiores (de um lado do corpo), confusão, dor de cabeça intensa, perda da consciência ou desmaio, dificuldade na locomoção ou na coordenação e dificuldades visuais de um ou ambos os olhos (WHO, 2021).

As DCV continuam a ser a principal causa de morte a nível global (Bauer et al., 2014; WHO, 2021). Além disso, são responsáveis por 4.5 milhões de anos vividos com incapacidade, número que duplicou na última década (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2021), realçando o peso que estas exercem sobre os sistemas de saúde.

Em 2019, estima-se que 17.9 milhões de pessoas tenham falecido devido a DCV, o que representa 32% das mortes globais (WHO, 2021). Até 2030, são previstas mais de 23 milhões de óbitos (World Heart Federation [WHF], n.d.).

Em Portugal, as DCV encontram-se entre as causas principais de invalidez e morbilidade, carregando encargos sociais, culturais e económicos (Ribeiro et al., 2013), sendo, também, a primeira causa de morte (Rocha & Nogueira, 2015) representando 1/3 de toda a mortalidade, correspondendo a 35 mil mortes anuais em Portugal (SNS, 2017a).

2. Adesão à Prescrição Médica

Como efeito, a DTII e as DCV exercem pressão nos sistemas nacionais de saúde (Estevens, 2017). Este impacto é sentido não só nos próprios utentes, mas também nos próprios profissionais de saúde e, deste modo, destaca-se a relevância dos

comportamentos de adesão à prescrição médica (O'Brien et al., 1992), uma vez que impactam a qualidade de vida dos indivíduos (Dias et al., 2011).

De modo a compreender melhor o fenómeno da adesão, existem duas expressões que são relevantes de mencionar. O termo “cumprimento” (*compliance*), foi o primeiro a surgir, definido pela concordância entre o aconselhamento de um profissional de saúde qualificado e o comportamento do paciente (Haynes, 1979; WHO, 2003). Com a evolução dos estudos relativos à adesão, desafiou-se este conceito, na medida em que passou a ser valorizada a intervenção ativa por parte do paciente, questionando, assim, a premissa da obediência e da passividade face ao aconselhamento médico. Assim, passou a ser adotado o termo “adesão” (*adherence*), que visa a partilha da responsabilidade com a respetiva equipa de profissionais de saúde, onde o paciente ativa e voluntariamente participa na escolha dos cuidados prestados (Bugalho & Carneiro, 2004, as cited in Cabral & Silva, 2010; WHO, 2003).

A falta de adesão ocorre quando não existe concordância entre a avaliação e o comportamento do paciente face às recomendações dos profissionais de saúde. A não adesão, para além de se aplicar à realização de exames complementares e/ou regimes terapêuticos e ao não comparecimento de consultas, também se aplica a indicações relativas a mudanças de hábitos e estilos de vida (e.g. alterações na dieta e prática de exercício físico; Cabral & Silva, 2010; WHO, 2003).

A não adesão pode resultar no agravamento do estado de saúde do paciente e podem surgir também outras consequências sociais e económicas, nomeadamente uma necessidade acrescida de realização de exames diagnósticos complementares e regimes de tratamento desnecessários que poderiam ter sido evitados, o que acaba por impactar o sujeito (Gaspar et al., 2016). A falta de comportamentos de adesão traduz-se em repercussões para os sistemas de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004, as cited in Cabral & Silva, 2010; Gaspar et al., 2016). Estudos demonstraram que 30% a 70% dos doentes não aderem às indicações dos profissionais (DiMatteo, 2004). Em termos da terapêutica medicamentosa, estimava-se que, em média, aproximadamente 50% dos pacientes de países em desenvolvimento não seguiam o regime (WHO, 2003). Relativamente a doenças crónicas nos países desenvolvidos, a adesão à prescrição era em média somente de 50 % (WHO, 2003). Um estudo que teve como objetivo retratar a adesão com doenças crónicas em Portugal entre março e abril de 2012 identificou a não adesão primária em 22.8% (Da Costa et al., 2015).

O problema da adesão é complexo e multicausal, pelo que é difícil compreender a totalidade do fenómeno, no entanto, a adesão relaciona-se com um conjunto de fenómenos, entre os quais os fatores demográficos, sociais e económicos que, apesar de terem sido amplamente estudados, apresentam alguns resultados contraditórios. Relativamente à idade, foram realizados estudos que referem que o problema da não adesão se intensifica com o aumento da idade, uma vez que este aumento da idade traz consigo o aumento de condições de saúde, nomeadamente doenças crónicas e implica a realização de regimes terapêuticos mais complexos (WHO,2003). No entanto, existem outros estudos que verificaram que os índices de cumprimento da adesão podem ser mais elevados comparativamente a faixas etárias mais jovens (Bugalho & Carneiro, 2004, as cited in Cabral & Silva, 2010; Hughes, 2004; Vik, et al., 2004).

2.1. Severidade da Condição Clínica

Um dos fatores destacado na literatura como impactante dos comportamentos de adesão é a severidade da condição clínica (SCC), bem como a sua sintomatologia. A vivência de uma doença pode condicionar de diversas formas a adesão à terapêutica, sendo importante ter em conta fatores como a cronicidade da patologia, comorbilidade, ausência de sintomatologia, progressão da condição e desvantagens causadas pela doença (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Em certa medida, caso as condições sejam assintomáticas, estas podem surgir como explicação para a falta de adesão (Cabral & Silva, 2010).

Outros fatores que influenciam a adesão são as crenças e atitudes do paciente relativamente à sua condição clínica, bem como ao seu tratamento/controlo. Além disso, o nível de conhecimento que os indivíduos apresentam face à sua doença e à eficácia do seu tratamento podem predizer a adesão (WHO, 2023).

Atendendo a esta questão, por sugestão do *Health Belief Model* afirma-se que a forma como o paciente percebe o seu estado de saúde e as respetivas consequências que dela podem surgir, bem como o impacto real que esta pode ter na sua vida estão relacionadas com os comportamentos de adesão aos regimes de tratamento. Isto é, o paciente adere ao tratamento, na medida em que acredita que a sintomatologia proveniente da sua doença pode ser efetivamente diminuída, ou mesmo curada (Becker & Maiman, 1975).

A preocupação face ao diagnóstico, prognóstico e gravidade da doença bem como a crença e confiança que depositam nos tratamentos de saúde, são fatores que influenciam positivamente os comportamentos de adesão (Becker & Maiman 1975; Dunbar-Jacob &

Mortimer-Stephens 2001; WHO 2003). Pelo contrário, fatores como resultados negativos em situações clínicas passadas ou ausências de melhorias clínicas imediatas podem afetar negativamente a adesão (Bugalho & Carneiro, 2004, as cited in Cabral & Silva, 2010).

Quando é realizado um diagnóstico, o paciente faz uma avaliação subjetiva de custos e benefícios, do alívio sintomático face à gravidade dos sintomas, tendo em conta as suas crenças (Klein & Gonçalves 2005). Existem duas situações que podem surgir e impactam os comportamentos de adesão: caso o diagnóstico seja pouco grave, os pacientes podem sentir-se aliviados, o que impacta negativamente a adesão. Inversamente, caso o diagnóstico seja algo grave, o paciente pode encontrar-se mais motivado para aderir ao tratamento (Cabral & Silva, 2010).

Entretanto, a importância do afeto na tomada de decisão tem vindo a ser cada vez mais valorizado e reconhecido (Slovic et al., 2007). A tomada de decisão é influenciada por pistas cognitivas e avaliação afetiva, consciente ou inconsciente, que o indivíduo faz de uma situação; positiva ou negativa (Slovic et al., 2007). No entanto, é necessário destacar o papel fulcral das emoções neste processo, podendo estas preceder a avaliação cognitiva. Ou seja, a resposta emocional face a um determinado estímulo pode determinar as escolhas do indivíduo, influenciando, assim, a adesão às recomendações dos clínicos.

Quando uma condição clínica avança e acaba por se apresentar como um risco para a vida do indivíduo, há necessidade de uma adaptação por parte do mesmo e a forma como este percebe e avalia o risco, pode levar ao surgimento do sentimento de pavor (*dread*; Slovic et al., 2007). Assim, a percepção do risco é moldada pelas emoções, especialmente em relação a situações relacionadas com a saúde. Nessa avaliação, caso esta seja favorável, o foco centra-se nos possíveis benefícios, o que pode levar a que a percepção do risco seja minimizada, enquanto quando é feita uma avaliação negativa, a atenção foca-se nos riscos e são deixados de lado os possíveis benefícios (Slovic et al., 2005; Slovic et al., 2007).

Uma vez que a DTII e as DCV são doenças que podem ser inicialmente assintomáticas e, portanto, não oferecem pistas que suscitem uma avaliação que se foque nos potenciais riscos associados, existe uma necessidade mais premente de fomentar os comportamentos de adesão (Sabaté, 2003; WHO, 2021).

2.2. Confiança no Clínico

Outra das variáveis destacadas na literatura como impactante dos comportamentos de adesão é a confiança no clínico (CC). A CC é essencial para o funcionamento eficaz dos cuidados de saúde, o que denota a necessidade de compreender a origem desta confiança, bem como os aspetos que visam a sua manutenção, ou que a possam corromper (Rogers, 1994; White et al., 2011).

Apesar de existirem inúmeras definições para CC, a vulnerabilidade do paciente é algo comum a todas estas tentativas de definição. Nesta situação vulnerável, o paciente cria expectativas relativas ao desempenho do clínico e parte do suposto que o clínico irá agir no seu melhor interesse, sendo aqui que se desenvolve a confiança (Chin, 2001; Thom et al., 2004; White et al., 2011).

Os aspetos que geram CC podem ser agrupados em: competência técnica, competência interpessoal e atuação (Thom et al., 2004). Apesar da competência técnica ser considerada relevante para a confiança, esta não é avaliada objetivamente pelos pacientes, uma vez que não possuem uma totalidade dos conhecimentos para o fazer. A competência interpessoal relaciona-se diretamente com as capacidades de comunicação dos clínicos e a sua capacidade de construir uma relação. A atuação prende-se com a atuação do clínico no melhor interesse do paciente. Além destes, a confidencialidade também impacta, em alguma medida, a CC. Todos estes conceitos não são independentes, mas atuam interligados entre si e impactam a confiança. É igualmente importante mencionar que a confiança não é estanque, sendo algo que demora a ser conquistado (Coulter, 2002; Gaspar et al., 2016), estando sujeita a alterações ao longo do tempo e aparentando estar relacionada com um médico em específico e não com os médicos em geral (Thom et al., 2004).

A confiança tem uma componente emocional e é distinta do conceito de satisfação com o médico. Enquanto a satisfação remete para experiências anteriores, a CC remete para o presente e para ações futuras, enfatizando a continuidade da relação estabelecida entre médico e paciente (Thom et al., 2004).

Nos últimos anos, a relação entre médico e paciente tem sofrido alterações. Os pacientes estão tendencialmente mais envolvidos e autónomos na tomada de decisão sobre os seus cuidados (Chin, 2001; Fraenkel & McGraw, 2007; Gaissmaier, 2011).

As relações entre os prestadores de cuidados de saúde e os pacientes são assimétricas (Skirbekk et al., 2011), na medida em que a experiência e o poder não se encontram igualmente distribuídos. Os prestadores de cuidados de saúde, com base na sua

experiência, criam juízos que têm por base critérios técnicos e clínicos. Já os pacientes, uma vez que, na sua maioria, não têm todo o conhecimento necessário para avaliar objetivamente a qualidade dos cuidados prestados, enfatizam a qualidade da relação entre as duas partes, a comunicação existente nessa relação e a forma como são tratados individualmente (Ruben, 1993), o que pode resultar em prioridades distintas (Coulter, 2002). Além disso, as relações entre clínico e paciente são complexas, uma vez que podem ser geradoras de stresse e provocar alterações profundas na vida do paciente (e.g., diagnóstico de uma doença; Ruben, 1993; Thom et al., 2004). O ênfase dado a este relacionamento valoriza características como a empatia, a sensibilidade e o cuidado, que, por sua vez, acabam por fortalecer esta relação (Chin, 2001; Coulter, 2002; Gaspar et al., 2016).

Dos aspetos inerentes à relação entre estas duas partes, a comunicação tem vindo a ser reconhecida como fulcral para a relação entre clínico e paciente (Ruben, 1993; Teutsch, 2003; Thom et al., 2004). A comunicação eficaz é essencial na construção da relação entre as duas partes (Chin, 2001), bem como na prestação de cuidados de saúde. Este tipo de comunicação é multifacetado, multidimensional e, para além de permitir que se compreenda a perspetiva que o doente tem da doença e as consequências na qualidade de vida e no bem-estar, é uma forma eficaz para educar os pacientes sobre questões relativas à sua condição, nomeadamente, avaliação da doença, diagnóstico e prognóstico, bem como os cuidados a ter e o curso do tratamento (Gaissmaier & Gigerenzer, 2011; Ruben, 1993; Teutsch, 2003). Pelo que se realça a importância da implementação de estratégias de comunicação eficazes, envolventes e interativas centradas no paciente, desprovidas de complexidade que fomentem os comportamentos de adesão (Gaspar et al., 2016).

A comunicação serve, também, para fomentar os comportamentos de adesão. No entanto, nem sempre estão disponíveis os meios para fomentar e estabelecer esta relação, e esta pode ser prejudicada pelo pouco tempo disponível de consulta, o que não permite criar e/ou reforçar a confiança no clínico ou, por exemplo, um maior foco na tecnologia (Coulter, 2002; Ruben, 1993; Teutsch, 2003).

É através da comunicação que o conceito de “doença” e “saúde” se dissemina pelas diferentes culturas, ganhando diferentes significados e é através da comunicação que os indivíduos internalizam então estes conceitos (Ruben, 1993). É igualmente através da comunicação que se pode partilhar com a comunidade os avanços existentes na

medicina e os resultados científicos (Ruben, 1993; Teutsch, 2003) e através desta que se mantém um sistema de saúde eficaz (Thom et al., 2004).

No que toca à relação entre paciente e prestador de cuidado, a confiança é relevante a ser destacada (Fugelli, 2001). A confiança tem estado positivamente associada aos comportamentos de adesão e adesão à resposta terapêutica (Thom et al., 2004). O aumento da confiança entre os prestadores de cuidados de saúde e os pacientes é importante para o aumento da adesão, no sentido em que os pacientes podem estar mais dispostos a partilhar informações com os médicos, o que pode, consequentemente, resultar em cuidados mais adequados às necessidades específicas do mesmo e fomentar a necessidade e vontade de procurar apoio por parte destes profissionais e adesão ao tratamento (White et al., 2011).

Nos estudos realizados por Ruben (1993), na avaliação da experiência para com uma determinada instituição de saúde e os seus profissionais, os participantes destacaram a qualidade do relacionamento estabelecido com os prestadores de cuidados e saúde face a outras facetas da prestação de cuidados, evidenciando a importância da comunicação interpessoal e do relacionamento estabelecido. No estudo de White et al. (2011) observou-se que a confiança não surge somente de uma avaliação cognitiva, surgindo, também, de uma avaliação emocional, positiva ou negativa. No estudo realizado por Thom et al. (1999) somente 18% dos participantes com menor confiança no seu médico aderiam às recomendações e à medicação, enquanto os participantes que tinham mais confiança no médico, 62% tomavam medicação e seguiam as recomendações (Thom et al., 2004).

2.3. Custo

Em termos de barreiras que dificultam, ou mesmo impedem, o acesso aos cuidados de saúde, existem diversas que podemos considerar, sendo uma delas o rendimento/insuficiência económica, que pode influenciar a procura e o acesso a consultas, urgências, medicamentos ou mesmo tratamentos de saúde (Barros & Costa, 2023).

Os fatores socioeconómicos têm-se destacado na literatura como fatores com mais impacto na adesão. No entanto, são um aspeto pouco realçado na tomada de decisão (Blumenthal-Barby et al., 2015). O baixo rendimento familiar, a instabilidade no emprego e o desemprego constituem-se como barreiras para a adesão (Sokol et al. 2005; WHO, 2003). Realizaram-se estudos onde os pacientes com um estatuto socioeconómico mais elevado e uma maior estabilidade financeira apresentavam uma

maior adesão (Levy & Feld 1999). O meio social e a localização geográfica também influenciam os comportamentos de adesão, uma vez que a distância geográfica das unidades de saúde/farmácias pode significar a necessidade de gastos adicionais, o que implica um aumento do custo (indireto) com as despesas de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004, as cited in Cabral & Silva, 2010; Levy & Feld, 1999; WHO, 2003). É, por conseguinte, importante clarificar a natureza da insuficiência económica, uma vez que esta não se prende somente com gastos diretos com os serviços de saúde, abrangendo, também, outros aspetos reativos à deslocação até ao local, o elevado tempo de espera ou o pagamento de medicamentos (Barros & Costa, 2023).

Além disso, deve-se ter atenção no cálculo do custo (C), uma vez que os adultos mais velhos têm mais despesas para além dos gastos com a saúde (Oliveira & Diniz, 2022). Apesar do C ser um fator importante na tomada de decisão dos pacientes, é um aspeto pouco realçado na tomada de decisão e existem alguns estudos que evidenciam a fraca discussão deste assunto com os pacientes. Um estudo verificou que somente 16% dos doentes afirmaram ter sido questionados sobre o C (Tseng et al., 2007). Um estudo evidenciou que apenas 35% dos médicos e 15% dos doentes mencionaram ter discutido custos diretos (Alexander & Meltzer, 2003), o que acaba por evidenciar que a discussão acerca deste tópico é algo negligenciada nos contextos de saúde e acaba por prejudicar a adesão (Blumenthal-Barby et al, 2015). Num estudo de Danis et al. (2014), a maioria dos participantes mencionava preferir saber quais eram os custos diretos antes da realização do tratamento, pelo que o C deve ser valorizado e adequado de modo que haja uma maior adesão (Oliveira & Diniz, 2022).

3. Formulação do Problema

O aumento da prevalência das doenças crónicas encontra-se relacionado com o crescimento da população idosa e a inversão da pirâmide da estrutura etária (Bauer et al., 2014). Duas destas doenças crónicas são a DTII e as DCV, cujas taxas têm vindo a aumentar não só nacionalmente, como mundialmente (IDF, 2021; SNS, 2017; WHO, 2021).

As doenças crónicas constituem-se como um encargo para a saúde do próprio, bem como para os para os sistemas de saúde (Sabaté, 2003), o que tem motivado o estudo dos fatores que impactam a adesão à prescrição médica, com destaque para a SCC (DiMatteo et al., 2007), onde quanto maior for a gravidade da situação clínica, maior a adesão (Cabral & Silva, 2010), destacando o poder do afeto como informação (Slovic et al., 2007); a CC (Kennedy & Morgan, 2006), com enfoque para a CC, mais

especificamente, na relação estabelecida entre clínico e paciente, igualmente como a comunicação inerente a esta relação, que vai influenciar a adesão às recomendações feitas pelo clínico (Thom et al., 2004); e o C (Blendon et al., 2002; Cabral & Silva, 2010; Oliveira & Diniz, 2022), que pode ser considerado uma barreira para adesão, uma vez que os gastos com a saúde e os rendimentos impactam os comportamentos de adesão (WHO 2003).

No presente estudo examinou-se, através de uma ANOVA de medições repetidas, o impacto específico de cada um dos fatores previamente destacados, bem como as interações existentes na adesão às análises clínicas em participantes com DTII e DCV. Pretendeu-se compreender os aspetos cognitivos e afetivos subjacentes através da tomada de perspetiva (*perspective-taking*) de um doente hipotético diabético ou com doença cardíaca. A adesão dos participantes baseava-se em como se de si próprios se tratasse o que conduz a respostas menos controladas e mais reflexas (Ligneau-Hervé & Mullet, 2005).

O objetivo da presente dissertação passou por observar, através da realização de dois estudos um para cada uma das patologias (DTII e DCV), o impacto de cada um destes fatores e das suas possíveis interações e perceber como é que, através da tomada de perspetiva de um paciente hipotético, diabético ou cardíaco, são produzidos juízos de (não) adesão às análises clínicas, bem como os aspetos cognitivos e afetivos subjacentes.

Na presente dissertação, a associação entre o envelhecimento e ao aumento das doenças crónicas, bem como a problemática da adesão, serviram para a formulação do problema de investigação. Esta última é constituída por dois estudos: um referente aos participantes com a patologia DTII e respetivo doente hipotético diabético, outro referente aos participantes com DCV e respetivo doente hipotético cardíaco.

4. Método

4.1. Participantes

4.1.1. Amostra 1: Diabetes Tipo II

A amostra foi constituída por 36 participantes com DTII, com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos de idade ($Mdn = 71.5$) voluntários, escolarizados, autónomos, não institucionalizados, controlados para a depressão (EDG-15; Diniz, 2007; Sheikh & Yesavage, 1986) e para o compromisso cognitivo (*MMSE*; Morgado et al., 2009;

Folstein et al., 1995) e que haviam realizado análises clínicas. A amostra era paritária quanto ao género.

Como é possível observar na Tabela 1, A maioria dos participantes frequentou o primeiro e o segundo ciclo, era casado e/ou em união de facto e tinha copagamentos (viz., seguros de saúde, ADSE, SAD, CGD, SNS), e auferia entre 0 e 500 euros ou mais de 1.001 euros.

Tabela 1

Caraterização Sociodemográfica: Diabetes Tipo II

Variáveis sociodemográficas		<i>n</i>	%
Sexo	Feminino	18	50
	Masculino	18	50
Estado Civil	Solteiro	3	8.3
	Viúvo	10	27.8
	Casado/União de facto	20	55.6
	Divorciado/Separado	3	8.3
Nível de Escolaridade	Frequência 1º Ciclo	15	41.7
	Frequência 2º Ciclo	9	25
	Frequência 3º Ciclo	1	2.8
	Frequência Secundário	5	13.9
	Frequência Ensino Superior	6	16.7
Rendimento	Dos 0 aos 500 euros	15	38.9
	Entre 501 euros e 1000 euros	8	22.2
	Mais de 1001 euros	13	38.9
Copagamento	Tem copagamento	34	94.4
	Não tem copagamento	2	5.6

4.1.2. Amostra 2: Doenças Cardiovasculares

A amostra foi constituída por 36 participantes com DCV, com idades compreendidas entre os 65 e os 87 anos de idade (*Mdn*=71.7) de modo equivalente à amostra com DTII.

A maioria dos participantes frequentou o primeiro e o segundo ciclo, era casado e/ou em união de facto e tinha copagamentos (viz., seguros de saúde, ADSE, SAD, CGD, SNS), e auferia entre 0 e 500 euros e entre 501 e 1000 euros.

Tabela 2*Caraterização Sociodemográfica: Doenças Cardiovasculares*

Variáveis sociodemográficas		<i>n</i>	%
Sexo	Feminino	18	50
	Masculino	18	50
Estado Civil	Solteiro	6	16.7
	Viúvo	8	22.2
	Casado/União de facto	19	52.8
	Divorciado/Separado	3	8.3
Nível de Escolaridade	Frequência 1º Ciclo	12	33.3
	Frequência 2º Ciclo	13	36.1
	Frequência 3º Ciclo	1	2.8
	Frequência Secundário	8	22.2
	Frequência Ensino Superior	2	5.6
Rendimento	Dos 0 aos 500 euros	17	47.2
	Entre 501 euros e 1000 euros	15	41.7
	Mais de 1001 euros	4	11.1
Copagamento	Tem copagamento	34	94.4
	Não tem copagamento	2	5.6

4.2. Materiais

4.2.1. *Questionário de Caracterização dos Participantes*

De modo a caracterizar a amostra deste estudo, foram reunidas um grupo de questões para recolher informações sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, meio de residência, rendimentos globais e métodos utilizados para pagar as análises) e clínicas (condição clínica, realização prévia de análises clínicas, gravidade objetiva e gravidade subjetiva da condição clínica) dos participantes.

4.2.2 *Mini Mental State Examination (MMSE)*

O *MMSE* (Folstein et al., 1995) tem como objetivo rastrear compromisso cognitivo, sendo passível de utilizar quer em cenários clínicos, quer em investigação (Morgado et al., 2009). O instrumento é constituído por 30 itens que avaliam seis áreas da função cognitiva, nomeadamente: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Kurlowicz & Wallace, 1999). O instrumento encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, as questões prendem-se com a orientação,

memória e atenção, sendo que o participante responde oralmente e a pontuação máxima que se pode obter é de 21 pontos. Já na segunda parte, testa-se a capacidade do participante para nomear, seguir instruções (verbais e escritas), escrever uma frase de forma espontânea e a cópia de um polígono, sendo a pontuação máxima de nove pontos (Folstein et al., 1995). A pontuação máxima total passível de obter é 30 e é influenciada pela diminuição da idade e pela baixa escolaridade (Morgado et al., 2010). Na adaptação para Portugal (Morgado et al., 2009), foram considerados os seguintes pontos de corte para a presença de compromisso cognitivo: pontuação igual ou inferior a 22 pontos para indivíduos com zero a dois anos de escolaridade; pontuação igual ou inferior a 24 pontos para indivíduos entre os três e os seis anos de escolaridade e pontuação igual ou inferior a 27 pontos para indivíduos com sete ou mais anos de escolaridade.

Uma vez que a aplicação do *MMSE* é rápida (entre cinco a dez minutos), torna-se um instrumento prático que pode ser utilizado consecutivamente, o que permite verificar mudanças cognitivas e, conseqüentemente, reconhecer as áreas que beneficiariam de intervenção. É eficaz para a população idosa, especialmente se a avaliação for feita sistematicamente (Kurlowicz & Wallace, 1999).

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

A EDG-15 (Diniz, 2007) é uma versão portuguesa da *Geriatric Depression Scale: Short Form (GDS-15)*; Sheikh & Yesavage, 1986), a forma reduzida da *Geriatric Depression Scale (GDS-30)*; Yesavage et al., 1983). Os instrumentos foram criados especificamente para detetar depressão nesta faixa etária, tendo em conta as suas características específicas e aspetos particulares (e.g., sem sintomas somáticos; Sheikh & Yesavage, 1986).

A versão original da Escala Depressão Geriátrica é constituída por 30 itens, no entanto, posteriormente, foi elaborada uma versão reduzida constituída com 15 itens. Estes 15 itens foram selecionados da versão original, uma vez que eram aqueles que apresentavam uma maior correlação com os sintomas depressivos nos estudos de validação. O formato de resposta de ambas as versões é uma escala dicotómica “sim/não”, o que facilita a participação da população idosa (Brown et al., 2007). Dos 15 itens, se 10 itens forem respondidos positivamente, indica a presença de depressão. Já os restantes 5 itens (itens 1, 5, 7, 11,13), se forem respondidos de forma negativa, indicam, também, a presença de depressão (Sheikh & Yesavage, 1986). A versão mais curta apresenta uma série de vantagens, entre as quais uma administração rápida (entre

cinco a sete minutos) e fácil, o que acaba por ser útil com respondentes que apresentem doenças físicas e/ou demência, uma vez que estes participantes apresentam maior probabilidade de sentir fadiga ou de se desconcentrarem (Sheikh & Yesavage, 1986).

Através da análise fatorial confirmatória (AFC), Brown e colaboradores (2007) encontraram uma estrutura bifatorial oblíqua para a prova, com os 10 itens de Afeto Depressivo Geral (ADG; itens negativos) e cinco de Satisfação com a Vida (SV; itens positivos), previamente mencionados.

Encarnação (2022), através da AFC; da validade convergente (VC); da validade discriminante (VD) e da fiabilidade compósita (FC) dos fatores (Fornell & Larcker, 1981), avaliou a validade estrutural da prova, sendo que o modelo apresentou uma VC inaceitável no ADG devido aos itens 2, 6, 9, 10 e 15, por não representarem bem o fator. Uma vez retirados estes itens, o modelo bifatorial oblíquo apresentou boa validade estrutural. Foi, também, testado um modelo hierárquico com um fator de segunda ordem, a Depressão, que subsumiu o ADG e o SV, cada um com cinco itens. O modelo demonstrou-se válido e diferenciador, o que permitiu o estabelecimento de pontos de corte referidos ao percentil 95 para indicar a presença de eventual depressão: cinco pontos para idosos com idades entre os 65-79 anos com parceiro, sete pontos para idosos com idade igual ou superior a 80 anos com parceiro e oito pontos para idosos com 65 ou mais anos sem parceiro. Além disso, deve administrar-se toda a prova, mas considerar só os resultados dos 10 itens selecionados.

4.2.4. Vinhetas em Suporte Digital

Através do *PowerPoint 2018*, foram construídos diversos estímulos, nomeadamente: três de instruções, quatro de ensaios de treino e 18 de vinhetas para cada uma das sequências dos fatores do modelo ABC (ABC, ACB, BAC, BCA, CAB, CBA). Entre a apresentação de vinhetas, foi apresentado um *masking* de 500 mil segundos. Os estímulos foram transformados, posteriormente, em imagens JPEG, com uma dimensão de 1230 x 63 pixéis, que foram colocadas no Programa *PsychoPy*® 2022.1.3., uma aplicação para criação e gestão de estímulos, utilizada em diversas ciências (Pierce, 2019). A tarefa experimental foi realizada num computador portátil *ACER* com resolução de 1366 x 768.

Em termos de conteúdo das vinhetas, estava presente uma situação hipotética onde consta um idoso, com mais de 75 anos de idade, com “diabetes” ou “doença cardíaca”, ao qual foi prescrito a realização de novas análises clínicas por um médico. O participante, ao colocar-se no lugar deste sujeito hipotético, deve decidir a inclinação

que este deve ter em realizar as novas análises, tendo em conta os fatores: SCC (normal para a idade; grave; um perigo para a vida), CC (o médico é experiente; o médico é muito experiente) e o C (75 de 500€; 150 de 1000 €, 225 de 1500€).

De modo a responder à situação hipotética, o participante dispõe de uma Escala Visual Analógica (EVA). As EVA são escalas que permitem ao indivíduo colocar a sua avaliação subjetiva numa linha reta que representa todas as possibilidades de uma determinada situação. Têm apresentado vantagens comparativamente a outras escalas, uma vez que permitem intervalos de reposta mais elevados e há uma maior facilidade em detetar pequenas diferenças nas respostas (Jensen & Karoly, 2011). Além disso, as EVA permitem medir, de forma fiável e válida, a experiência subjetiva nos estudos de saúde (McCormack et al., 1988), estando, também, validadas para idosos (Bergh et al, 2000).

Na EVA desta experiência, a linha tinha dois extremos (“Nenhuma inclinação e “toda a inclinação) e foi apresentada na parte inferior do ecrã do computador portátil onde se realizou a experiência, numa área definida entre -520 e 520 pixéis, estando dividida entre 50 categorias, cada uma com 20 pixéis.

De seguida, apresentam-se dois exemplos das vinhetas utilizadas na experiência (Figura 1 e 2):

Figura 1

Exemplos de Vinhetas Utilizadas no Procedimento Experimental

BAC	Uma pessoa com mais de 75 anos de idade, com um rendimento de 500 euros foi a um(a) médico(a) que lhe receitou novas análises.	CAB	Uma pessoa com mais de 75 anos de idade, com um rendimento de 500 euros foi a um(a) médico(a) que lhe receitou novas análises.
	Tenha em conta que: o(a) médico(a) é experiente a doença é normal para a idade as novas análises custam 75 dos 500 euros		Tenha em conta que: o(a) médico(a) é experiente as novas análises custam 75 dos 500 euros a doença é normal para a idade
	Aponte na linha abaixo qual a inclinação que essa pessoa terá para fazer as novas análises		Aponte na linha abaixo qual a inclinação que essa pessoa terá para fazer as novas análises

4.3. Procedimento de recolha de dados

De modo a calcular a dimensão mínima da amostra, recorreu-se à análise a priori da potência estatística com recurso ao *G*Power* 3.1.9.7 Atendeu-se ao erro de Tipo I ($\alpha = .044$), à potência estatística ($1 - \beta = .80$) desejável, à magnitude do efeito ($f = .25$), ao número de grupos um, ao número de mensurações efetuadas ($3 \times 3 \times 2 = 18$) e uma correção para a não esfericidade = 1 (Cohen, 1988), resultando num $N = 21$.

No entanto, de modo que todas as sequências do modelo ABC (ABC, ACB, BAC, BCA, CAB, CBA) fossem respondidas e ficassem com o mesmo número de participantes, aumentou-se a amostra para 36 ($6 \times 6 = 36$) participantes para cada um dos estudos, de modo a obter um contrabalançamento completo (Alferes, 1997; Shadish et al., 2002).

Para a realização do presente estudo, foram recolhidos dados junto de 94 participantes, sendo que 22 foram excluídos: oito por apresentarem resultados maiores do que os recomendados pelos pontos de corte do *MMSE* (Morgado et al., 2009); nove por apresentarem pontuação superior na EDG-15 (Encarnação, 2022) e cinco pela não variação das respostas na tarefa experimental. Sempre que os resultados indicaram compromisso cognitivo e/ou depressão, foram somente divulgados ao próprio, de modo a proceder ao encaminhamento para profissionais de saúde indicados, para a realização de uma avaliação mais detalhada.

A amostra foi selecionada através de técnicas de amostragem não-probabilísticas: as de conveniência, via informadores privilegiados e intencional tipo bola de neve.

Para recolher os dados, recorreu-se a diversos locais que a população alvo frequenta, nomeadamente: centros de dia e associações de reformados, tendo-se mesmo realizado nas residências dos participantes. Foi, também, feita uma seleção de participantes em contexto hospitalar. No entanto, a recolha de dados foi sempre realizada em contextos não clínicos.

Todas as provas constituintes deste estudo foram heteroadministrados tendo em conta as características específicas da população alvo, atendendo a questões instrumentais e ético-deontológicas (Diniz & Amado, 2014).

Antes de se realizar a recolha, explicou-se a cada um dos participantes o objetivo do estudo, bem como o seu carácter voluntário, garantindo sempre a confidencialidade das respostas, através de um termo de consentimento informado. Depois de assinado o consentimento informado, passou-se ao questionário sociodemográfico. Em seguida, procedeu-se à administração da adaptação portuguesa do *Mini Mental State Examination* (*MMSE*; Morgado et al., 2009) e da Escala de Depressão Geriátrica-Versão Reduzida (Encarnação, 2022) de modo a eliminar os idosos que apresentassem compromisso cognitivo e/ou depressão.

Na tarefa experimental, os participantes encontravam-se numa sala privada, num local iluminado, numa cadeira junto à mesa com o computador portátil, de modo a

garantir a privacidade e confidencialidade, bem como a evitar a exposição a possíveis elementos distratores que poderiam corromper a tarefa.

No final da experiência, realizaram-se algumas questões de auto-relato (*self-report*), relacionadas com qual dos fatores é que tinha impactado mais a decisão do participante (SCC, CC e C), se tinham experiência prévia com análises clínicas, e se sim, como é que pagavam os exames, se é pelo Sistema Nacional de Saúde, pela Caixa Geral de Depósitos ou através de outros seguros e, por fim, como é que percecionavam a sua própria condição clínica em termos de severidade. Além disso, foram recolhidas algumas verbalizações ao longo da realização da tarefa, que foram igualmente registadas e posteriormente analisadas.

Para a tarefa experimental, utilizou-se um plano fatorial 3 (SCC) x 2 (CC) x 3 (C) (*within-subjects*) para cada um dos grupos (DTII e DCV) com 36 participantes cada.

As vinhetas foram duplicadas, pelo que o participante respondia à mesma vinheta duas vezes, para obter uma resposta mais precisa relativamente ao local em que apontava a sua resposta na EVA, o que possibilitava a realização da sua média.

Antes da tarefa experimental em si, no monitor apresentavam-se as instruções da experiência, depois eram realizados quatro ensaios de treino, de modo que os adultos mais velhos se adaptassem à tarefa, sendo as vinhetas utilizadas no treino diferentes das que seriam apresentadas posteriormente na tarefa. Quando o participante demonstrava uma boa compreensão da tarefa, passava-se à tarefa experimental.

De modo a padronizar o processo de recolha, de dados, bem como ultrapassar algumas dificuldades que alguns adultos mais velhos pudessem sentir em trabalhar com o computador, foi pedido aos participantes que indicassem, apontando com o dedo indicador, no ecrã do computador portátil, o local da EVA correspondente à sua resposta, onde o investigador colocava o cursor do rato no exato sítio para a registar. Os tempos de reação não tinham impacto, pelo que o participante tinha tempo para refletir. A sequência dos níveis dos fatores foi aleatorizada participante-a-participante pelo programa *PsychoPy*® 2022.1.3 (Pierce, 2019).

No *PsychoPy*® 2022.1.3 as experiências eram geridas em termos de apresentação e aleatorização, bem como no registo nas EVAs. As respostas dos participantes foram posteriormente exportadas para um ficheiro Excel (.CSV) que foi trabalhado tendo em conta as variáveis de interesse, com a criação de tabelas dinâmicas num ficheiro Excel (.xlsx), onde foram contempladas as médias resultantes da replicação da sucessão dos estímulos referentes às situações hipotéticas. Depois da criação das tabelas dinâmicas,

os dados foram introduzidos nas bases de dados criada no *IBM-SPSS Statistics for Windows (SPSS)* versão 24, para realização de uma ANOVA de medições repetidas para cada uma das amostras.

4.4. Procedimento de Análise de Dados

Relativamente à análise estatística dos dados, esta foi realizada através da ANOVA de medições repetidas para cada uma das amostras, tendo como efeitos principais os três fatores *withing-subject*: a SCC (3 níveis), C (3 níveis) e CC (2 níveis) e as interações com o rendimento auferido pelo participante (3 níveis), enquanto covariável (vd. Tabelas 1 e 2) e gravidade subjetiva da condição clínica (3 níveis; “normal”, “grave”, “perigosa para a saúde”). No caso dos participantes com DCV, foi também considerada a covariável gravidade objetiva da condição clínica (3 níveis; “cardiovascular”, “AVC”, “pacemaker”).

Através do teste *W* de Mauchly, testou-se o pressuposto de esfericidade da matriz de covariâncias das variáveis ($p < .05$). Cada vez que esta condição foi violada, recorreu-se à correção de *Greenhouse-Geisser* para os graus de liberdade. A existência de efeitos significativos foi realizada com ajustamento de *Bonferroni* para os níveis de significância. Além disso, foi feita a apreciação das magnitudes de efeito e a potência estatística dos testes realizados (Cohen, 1988).

5. Resultados

5.1. Diabetes Tipo II

Através da ANOVA de medições repetidas é possível observar o efeito principal da SCC, CC e do C na adesão às análises clínicas em participantes com DTII.

As covariáveis rendimento e gravidade subjetiva da condição não apresentaram interação com os efeitos principais, nem com as suas interações, quer de primeira ou de segunda ordem, sendo uma constante com o valor de 1.97 e 1.74 respetivamente, pelo que se decidiu retirar as covariáveis das análises subsequentes.

Os resultados presentes na Tabela 3 permitem demonstrar o impacto dos diversos fatores e das suas interações. Para o fator SCC, a média para o nível “normal para a idade” ($M = 29.58$) foi estatisticamente diferente da média para o nível “grave” ($M = 31.38$) com o valor de $p = .002$ e do nível “grave” para o nível “perigo para a vida” ($M = 37.99$) a significância da diferença aumentou $p < .001$, o que indica que há um aumento da relevância deste fator após o seu nível “grave” (Figura 2, painel A).

Tabela 3*Diabetes Tipo II: Resultados da ANOVA de Medições Repetidas*

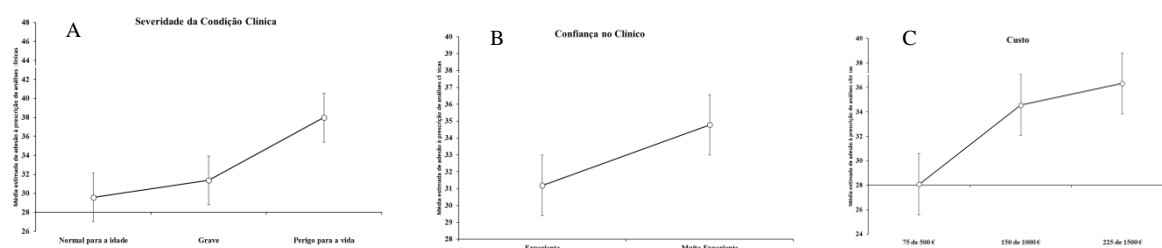
Fator	SQ	gl	gl erro	MQ	F	P	η^2_p	P
SCC	8472.26	1.25	43.80	6770.01	44.45	<.001 ^a	.56	1.00
CC	2086.15	1.00	35.00	2086.15	7.16	.01 ^a	.17	.74
C	8139.87	1.25	43.62	4069.94	26.09	<.001 ^a	.43	1.00
SCC*CC	7463.40	1.31	45.77	5707.72	11.73	<.001 ^a	.25	.99
SCC*CC*C	211.36	2.67	93.50	79.12	2.55	.07 ^a	.07	.58

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.

^a Correção de Greenhouse-Geisser.

No fator CC a média do nível “experiente ($M = 31.19$) foi menor do que o nível “muito experiente ($M = 34.76$) com um valor de $p = .011$, sendo notório maior impacto do nível ‘muito experiente’ na adesão em comparação com o nível ‘experiente’ da confiança no clínico (Figura 2, painel B).

No C a significância da diferença foi mais elevada do nível “75 de 500€” ($M = 28.07$) para o nível de “150 de 1500€”, ($M = 34.55$) com um valor de $p < .001$ e do nível 150 de 1500€” para o nível “225 de 1500€” ($M = 36.32$) a significância da diferença decresceu, com um valor de $p = .037$, ou seja, aumenta de forma mais notória do primeiro nível “75 de 500€” para o segundo “150 de 1000€”. Já no terceiro nível “225 de 1500€”, faz um efeito de teto, ou seja, o fator C aparenta ter perdido a sua força e a relevância patente no nível intermédio (Figura 2, painel C),

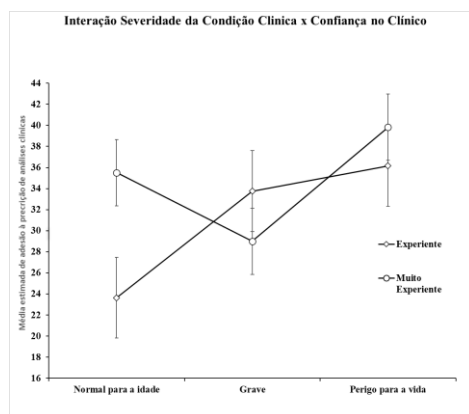
Figura 2*Diabetes Tipo II: Efeitos Principais*

Nota. Barras de erro = erro padrão das médias.

Foi possível observar uma interação de primeira ordem entre o fator SCC e CC como podemos observar na Figura 3. A interação não-ordinal (Mitchell & Jolley, 2010) demonstra que, quando a SCC é “normal para a idade” e o clínico é “experiente”, o nível de adesão é mais baixo ($M = 23.65$) comparativamente ao clínico “muito experiente” ($M = 35.51$).

Figura 3

Diabetes Tipo II: Interação SCC-CC



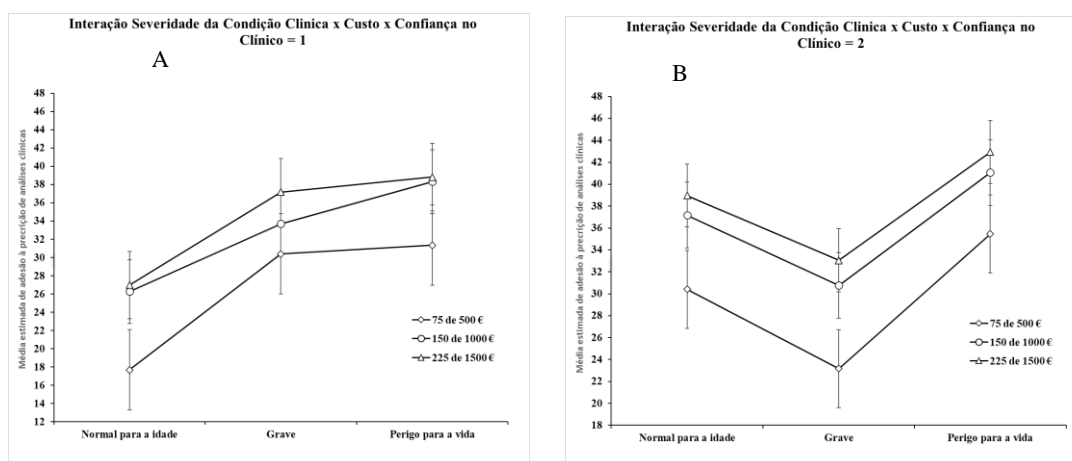
Nota. Barras de erro = erro padrão das médias.

No entanto, o inverso acaba por acontecer quando o nível da SCC é “grave”, uma vez que quando o clínico é somente “experiente” o nível de adesão aumenta ($M = 33.76$) e quando o clínico é “muito experiente” decresce ($M = 29.00$). Quando o nível da SCC é “perigo para a vida”, a adesão aumenta em ambos os casos, sendo mais elevada quando o médico é “muito experiente” ($M = 39.82$) comparativamente quando é apenas “experiente” ($M = 36.16$).

Por fim, foi possível verificar uma interação de segunda ordem, como podemos observar na Figura 4. No painel A, quando o clínico é “experiente”, e a SCC é “normal para a idade”, podemos verificar que os níveis de adesão são mais baixos comparativamente com os outros níveis da SCC, tendo o seu valor mais baixo no primeiro nível do custo “75 de 500€” ($M = 17.69$), seguido pelos valores do segundo nível “150 de 1000€” ($M = 26.27$) e último nível “225 de 1500€” ($M = 26.98$) respetivamente.

Figura 4

Diabetes Tipo II: Interação SCC-C-CC



Nota. Barras de erro = erro padrão das médias.

Quando o nível da SCC é “grave” há um aumento de adesão em todos os níveis do C, sendo, mais uma vez, o mais baixo no primeiro nível do custo “75 de 500€” ($M = 30.39$), seguido pelos valores do segundo nível “150 de 1.000€” ($M = 33.71$) e último nível “225 de 1.500€” ($M = 38.96$) respetivamente. Além disso, a maior diferença estatística ocorre entre o primeiro nível da SCC “75 de 500€” e o segundo “150 de 1.000€”.

Quando a SCC é “perigo para a vida”, o fator C perde a sua força. A adesão atinge os valores de adesão mais elevados, apesar de apenas subir ligeiramente comparativamente ao nível “normal para a idade” da SCC. No nível intermédio “150 de 1000€” ($M = 38.35$) e no último nível “225 de 1500€” ($M = 38.31$) existe um ligeiro aumento. No nível mais baixo do custo “75 de 500€” ($M = 31.35$) ocorre um efeito de teto

No painel B, quando o clínico é “muito experiente”, podemos verificar que acontece o inverso do que foi verificado anteriormente. Quando o médico é “muito experiente” e o nível da SCC é “normal para a idade” existe uma maior adesão, sendo esta mais elevada nos níveis mais elevados do C “150 de 1000€” ($M = 37.18$) e último nível “225 de 1500€” ($M = 38.96$) respetivamente e mais baixa no primeiro nível do custo “75 de 500€” ($M = 30.40$).

Quando o clínico é “muito experiente” e o nível da SCC é “grave”, os níveis de adesão decrescem, atingindo os seus valores mais baixos no primeiro nível do custo “75 de 500€” ($M = 23.17$), obtendo valores ligeiramente mais elevados no nível intermédio “150 de 1000€” ($M = 30.77$) e último nível “225 de 1500€” ($M = 33.06$).

Já quando o nível da SCC é “perigo para a vida”, os níveis de adesão voltam a subir nem todos os níveis do C ($M = 35.45, 41.96; 42.94$).

5.2. Doenças Cardiovasculares

Na amostra com DCV, através da ANOVA de medições repetidas, foi possível observar o efeito principal da SCC, CC e C.

Tal como na amostra com DTII, a covariável rendimento não teve interação com os efeitos principais, nem com as suas interações, quer de primeira ou de segunda ordem, pelo que também foi retirada das análises subsequentes, tendo obtido um valor de 1.64. As outras duas covariáveis, gravidade da condição e subjetividade da condição, não apresentaram interação com os fatores, tendo a covariável gravidade obtido um valor de 1.61 e a severidade de 1.36, tendo sido igualmente retiradas das análises.

Tabela 4

Doenças Cardiovasculares: Resultados da ANOVA de Medições Repetidas

Fator	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>gl</i> erro	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p	P
SCC	7540.93	2.00	70.00	3770.47	40.29	<.001	.54	1.00
CC	3177.96	1.00	35.00	3177.96	14.43	.001 ^a	.29	.96
C	9163.25	1.07	37.34	8588.68	17.45	<.001 ^a	.33	.99
SCC*CC	5022.15	1.41	49.45	3554.66	11.24	<.001 ^a	.24	.96
SCC*C	227.08	2.62	91.85	86.53	3.12	.036 ^a	.08	.67
CC*C	101.03	2.00	70.00	50.51	2.96	.06	.08	.56
SCC*CC*C	2771.69	2.66	92.57	80.38	2.69	.06 ^a	.07	.60

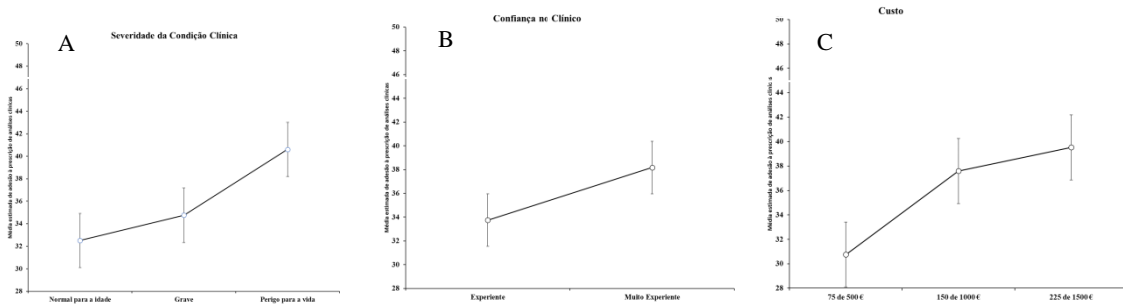
Nota. Ver siglas e símbolos estatísticos na Tabela 3

^a Correção de Greenhouse-Geisser

Tal como na amostra com DTII, os resultados presentes na Tabela 4 permitem demonstrar o impacto dos diversos fatores e das suas interações. Para o fator SCC a média para o nível “normal para a idade” ($M = 32.52$) foi estatisticamente diferente da média para o nível “grave” ($M = 34.76$) com o nível de significância $p = .015$ e do nível “grave” para o nível “perigo para a vida” ($M = 40.61$) a significância da diferença aumentou $p < .001$. Ou seja, tal como na amostra 1, o fator aumenta de relevância após o nível intermédio “grave” (Figura 5, painel A).

Figura 5

Doenças Cardiovasculares: Efeitos Principais



Nota. Barras de erro = erro padrão das médias.

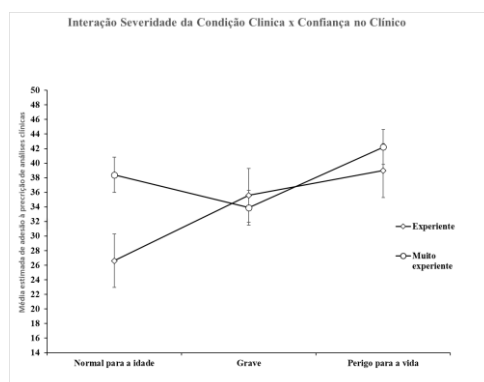
No fator CC a média do nível “experiente” ($M = 33.75$) foi menor do que o nível “muito experiente” ($M = 38.17$) com um $p < .001$. Similarmente ao que ocorre na amostra com DTII, o fator tem mais influência por meio do segundo nível, “muito experiente” (Figura 5, painel B).

No C a significância da diferença foi mais elevada do nível “75 de 500€” ($M = 30.76$) para o nível de “150 de 1500€”, ($M = 37.59$) com um $p = .002$ e do nível 150 de 1500€” para o nível “225 de 1500€” ($M = 39.52$) a significância da diferença com $p < .001$ (Figura 5, painel C).

Tal como acontece na amostra com DTII, sucedeu-se uma interação não ordinal (Mitchell & Jolley, 2010) de primeira ordem entre o fator SCC e CC. Como é possível observar na Figura 6, quando o clínico é “experiente”, o maior nível de adesão ocorre quando o nível da SCC é “perigo para a vida” ($M = 39.00$).

Figura 6

Doenças Cardiovasculares: Interação SCC-CC



Nota. Barras de erro = erro padrão das médias.

Já quando o clínico é “muito experiente”, apesar do maior nível de adesão também ocorrer no último nível da SCC “perigo para a vida”, contrariamente ao que ocorre no clínico “experiente” no nível “grave” da SCC ($M = 33.61$), quando o clínico é “muito experiente, a adesão baixa ($M = 33.91$).

Como é passível de observar na Figura 7, ocorreu uma interação de segunda ordem entre todos fatores, o que também acontece na amostra com DTII.

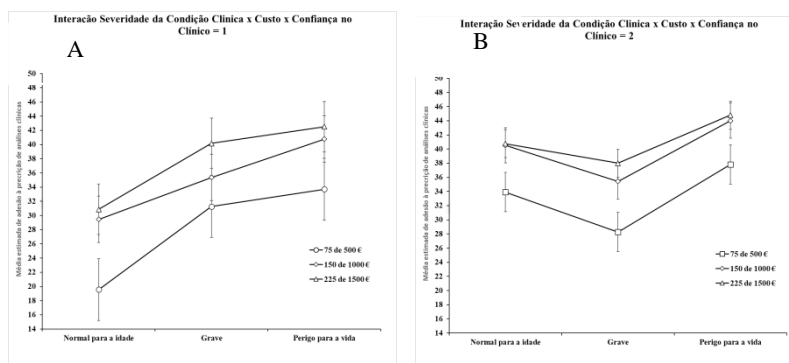
Quando o clínico é “experiente” (painel A) e a SCC é “normal para a idade”, a adesão às análises clínicas é baixa, especialmente no nível 1 de C “75 de 500€” ($M = 19.56$).

Quando a SCC é “grave”, verifica-se um aumento notório da adesão, especialmente no nível 3 do C “225 de 1500€” ($M = 40.18$), seguido do nível 2 de C “150 de 1000€” ($M = 35.36$) e, por último, do nível 1 do C “75 de 500€” ($M = 31.27$).

Os valores mais altos de adesão ocorrem quando o fator SCC é “perigo para a vida”, no entanto, o fator aparenta perder a sua relevância a partir do seu nível intermédio, patenteando um efeito de teto no nível 1 de C “75 de 500€” ($M = 33.71$), seguido do nível 3 do C “225 de 1500€” ($M = 42.51$). Enquanto, quando o nível intermédio de C “150 de 1000€”, este aparenta aumentar um pouco mais ($M = 35.43$).

Figura 7

Doenças Cardiovasculares: Interação entre SCC-C-CC



Nota. Barras de erro = erro padrão das médias.

Já no painel B, quando o clínico é “muito experiente”, tal como acontece na amostra com DTII, podemos verificar que acontece o inverso do que acontece no painel A, estando perante uma interação quadrática. Quando o nível da SCC é “normal para a

idade” existe uma maior adesão em todos os níveis do C do que quando o médico é somente “experiente” ($M = 33.92; 40.53; 40.76$).

Quando o nível da SCC é “grave”, contrariamente ao que acontece no painel A, os valores decrescem, com os seus valores mais baixos no nível 1 do custo “75 de 500€” ($M = 28.28$).

Quando o nível da SCC é “perigo para a vida”, os valores da adesão voltam a retomar os valores obtidos quando a adesão era “normal para a idade”, com um ligeiro aumento ($M = 37.82; 44.00; 44.81$).

Contrariamente ao que aconteceu na amostra com DTII, como é possível observar na Figura 8, na amostra com DCV o fator C teve interação com ao SCC (painel A) e com a CC (painel B).

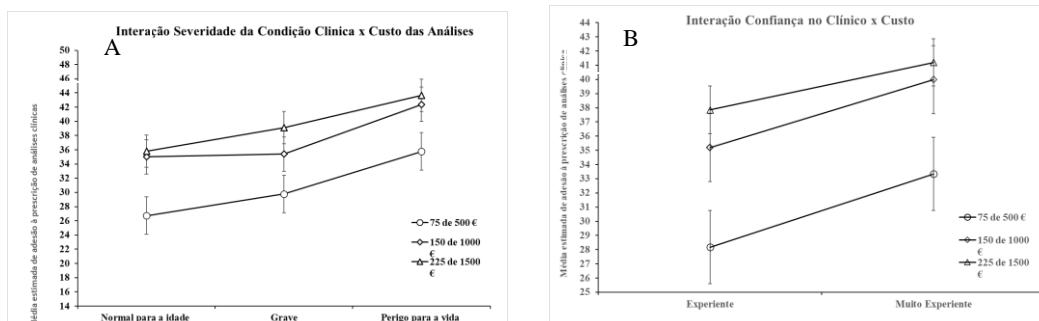
No painel A, podemos verificar a interação entre a SCC e C e podemos verificar que a adesão é mais baixa quando a SCC é “normal para a idade”, apresentando o seu nível mais baixo de adesão às análises clínicas no nível 1 do C “75 de 500€” ($M = 26.74; 34.99; 35.82$).

Quando a SCC é “grave”, a adesão aumenta ligeiramente comparativamente ao nível 1 “normal para a idade”, atingindo o seu valor mais alto no nível 3 do C “225 de 1500€” ($M = 29.78, 35.40, 39.09$).

Quando a SCC é “perigo para a vida” a adesão aumenta independentemente dos níveis do CC, tendo o seu valor mais elevado no nível 3 do C “225 de 1500€” ($M = 35.77, 42.39, 43.66$).

Figura 8

Doenças Cardiovasculares: Interação entre SCC-C e CC-C



Nota: Barras de erro = erro padrão das médias.

No painel B, encontra-se a interação entre a CC e o C. Quando o Custo se encontra no seu nível 1 “75 de 500€”, a confiança clínica encontra-se no seu nível mais baixo de adesão, especialmente quando o clínico é “experiente” ($M = 28.18$).

Através da visualização do gráfico, podemos inferir que é do nível 1 para o nível 2 de C que acontece o maior aumento da adesão. Quando o custo se encontra no segundo nível “150 de 1000€”, os níveis de adesão às análises aumentam bastante, especialmente, mais uma vez quando o clínico é “muito experiente” ($M = 39.99$).

Já do nível 2 para o 3 do C podemos verificar através do gráfico que há uma estagnação e o fator perde a sua influência, existindo quase um efeito de teto. O valor mais elevado de adesão no nível 3 do C foi do clínico “muito experiente” ($M = 41.19$).

6. Discussão

Com esta investigação teve-se como objetivo avaliar o impacto específico e as possíveis interações dos fatores destacados na literatura para os comportamentos de adesão em adultos mais velhos com as patologias de DTII e DCV através da tomada de perspectiva de um doente hipotético com diabetes e doença cardíaca respetivamente, de modo a compreender os aspetos cognitivos e afetivos subjacentes à tomada de decisão e adesão às análises clínicas.

Através dos resultados obtidos, observou-se que a SCC, em ambas as amostras, com DTII e DCV, teve um impacto notório na adesão percebida às análises clínicas, com um destaque do nível “grave” para o nível “perigo para a vida”, o que aparenta demonstrar que, quanto maior for a gravidade da doença, maior a adesão, relacionado com o facto de os níveis remeterem para o surgimento de sentimentos de pavor (*dread*) que levam os participantes a ter uma adesão percebida motivada pelo afeto (Slovic et al., 2005; Slovic et al., 2007).

A CC também se destacou com um papel decisivo na tomada de perspectiva em ambas as amostras, especialmente no nível “muito experiente” comparativamente ao nível “experiente”, ou seja, conjectura-se que quanto mais experiente for o médico, maiores serão os níveis de adesão às análises clínicas, aparentando estar de acordo com a literatura, realçando a importância da relação estabelecida entre clínico e paciente e o impacto desta na tomada de decisão (Chin, 2001; Coulter, 2002; Gaspar et al., 2016; Thom et al., 2004).

O C também se revelou crucial para adesão percebida às análises clínicas nas duas patologias, com um enfoque especialmente do nível 1 “75 de 500€” para o nível 2 “150 de 1000€”, enquanto entre o nível 2 “150 de 1000€” e o nível 3 “225 de 1500€” perde a

sua força. Estes resultados podem encontrar-se interligados com a perspectiva de que os preços superiores de produtos ou serviços são avaliados com melhor qualidade comparativamente aos que têm preços inferiores (Bruni et al., 2006).

Nas duas amostras, foi possível verificar uma interação entre o fator SCC e o CC que aparenta demonstrar que quando o clínico é somente “experiente”, e quando a SCC é “normal para a idade”, a adesão é mais baixa do que quando o clínico é “muito experiente”. No entanto, o inverso acontece quando o nível da SCC se encontra no “grave”, sendo que a adesão aumenta no clínico “experiente” e decresce no clínico “muito experiente”. Podemos conjecturar esta inversão na relação entre a CC e a adesão que, quando o clínico é “muito experiente”, a adesão é mais alta, o que aparentemente realça a importância da confiança na adesão; quando a condição passa a ser “grave”, a adesão decresce, sugerindo que o facto de os pacientes confiarem no clínico e não quererem “perder tempo” com a realização de análises, esperando passar de imediato para a próxima fase, um suposto tratamento. No auto-relato, alguns participantes mencionaram “se o médico é muito experiente, não há necessidade de fazer as análises, o que importa é tratar o que há de errado”, o que vai ao encontro desta possível explicação.

Quando o clínico é “experiente” e a SCC é “normal para a idade”, há maiores níveis de adesão, o que pode dever-se ao facto de como o médico é menos experiente, os níveis de confiança são mais baixos e os participantes optam por aderir às análises de forma a “jogar pelo seguro”. Já quando a SCC é “grave” e o médico é “experiente” a adesão às análises aumenta apesar de uma confiança menor no clínico o que, hipoteticamente, pode acontecer devido ao receio que o participante possa ter de desenvolver algo mais grave e, uma vez que a confiança aparenta ser menor, optar por realizá-las para confirmar as suspeitas do clínico, contrariamente à “confiança cega” no médico “muito experiente”. Quando a SCC é “um perigo para a vida” a adesão aumentou em ambos os casos, sendo mais elevada no caso do médico “muito experiente”, o que pode estar relacionado com os sentimentos de pavor quando a condição clínica se apresenta como uma ameaça à vida (Slovic et al., 2005; Slovic et al., 2007).

A diferença entre ambas as amostras observou-se numa interação existente entre a SCC e C e a CC e o C na amostra dos participantes com DCV. Observa-se que, independentemente do valor de C, quando a SCC aumenta a adesão é maior. O que pode significar que o C perde relevância quando se encontra em interação com a SCC,

conjeturando-se a primazia do afeto enquanto tomada de decisão, desencadeada pela o medo da condição “perigo para a vida” (Slovic et al., 2005; Slovic et al., 2007).

Já na interação entre a CC e o C, independentemente do nível do C, o padrão é o mesmo, apesar de começar com níveis mais altos de adesão no nível 3 “225 de 1500€”, conjeturando-se que os níveis mais altos de adesão ocorrem quando o clínico é “muito experiente”, evidenciando a importância da confiança estabelecida entre ambos para a tomada de decisão (Chin, 2001; Coulter, 2002; Gaspar et al., 2016; Thom et al., 2004).

O maior número de interações ocorre nos participantes com DCV o que pode estar relacionado com o facto das doenças cardíacas suscitarem mais sentimentos de receio (Slovic et al., 2005; Slovic et al., 2007) comparativamente à diabetes.

Em ambas as amostras foi possível observar uma interação de 2ª ordem entre todos os fatores destacados na literatura. Decompondo a interação em função da CC, observou-se que, quando o clínico é “experiente” e a SCC é “normal para a idade”, os níveis de adesão são mais baixos comparativamente quando o médico é “muito experiente”, evidenciando a importância que a relação com o clínico e consequente confiança neste desempenham no comportamento de adesão (White et al., 2011). Quando o nível da SCC é “grave” e o clínico é “experiente” os níveis de adesão são mais elevados comparativamente quando o clínico é “muito experiente”, sendo que, neste último caso, os níveis de adesão baixam acentuadamente, o que se pode dever ao facto da experiência do médico ser um fator que leve as pessoas a quererem saltar o passo da realização de análises, conduzindo a um enfoque num tratamento. Quando a SCC é “perigo para a vida”, a adesão aumenta, novamente, independentemente da experiência do clínico, o que denota, mais uma vez, os sentimentos de *dread* suscitados pelo “perigo da vida” (Slovic et al., 2005; Slovic et al., 2007).

Relativamente ao C, todos os níveis do fator apresentam o mesmo padrão, sendo que a adesão aumenta nos dois últimos níveis “150 de 1000€” e “225 de 1500€”, comparativamente ao primeiro nível “75 de 500€”, o que podemos conjeturar dever-se ao facto de, quanto mais dinheiro custam as análises, maior a adesão, devido à associação feita entre qualidade e preço (Bruni et al., 2006; Oliveira & Diniz, 2022). Com base nos resultados obtidos, observou-se uma semelhança no padrão de resposta em ambas as amostras. No entanto, através da inspeção visual e da análise de os níveis do traçado das curvas, constatou-se que os participantes com (DCV) demonstraram pontuações significativamente mais elevadas em todos os níveis em comparação com os participantes com DTII. Através desta observação, é possível inferir que a presença de

uma condição cardíaca suscita níveis mais acentuados de adesão, conferindo-lhe uma conotação potencialmente mais crítica em relação à condição de diabetes.

Nenhuma das covariáveis apresentou interações com os fatores em qualquer uma das amostras: o rendimento, a gravidade subjetiva da condição clínica e a gravidade objetiva da condição clínica. Isto poderá estar relacionado com o facto de não existir uma distribuição homogénea dos participantes pelas variáveis. Assim, seria necessário a replicação do estudo visando esta distribuição, de modo a perceber o impacto causado por estas.

Por outro lado, a covariável gravidade da condição clínica foi somente considerada na amostra dos participantes com DCV, uma vez que nos participantes com DTII, a distribuição da gravidade era homogénea. Futuramente, seria pertinente replicar o estudo com participantes com DTII com diferentes níveis de gravidade, de modo a averiguar a generalização dos resultados obtidos no presente estudo.

Em termos de pontos positivos do estudo, encontram-se a realização da potência estatística *a priori*, que permitiu garantir o número mínimo de participantes necessário; rastreio de compromisso cognitivo e depressão; recolha de dados em contextos não clínicos; a tomada de perspectiva de um sujeito hipotético, que reduz o risco de enviesamento (Ligneau-Hervé & Mullet, 2005); utilização de uma EVA que permite o registo de respostas mais precisas (Jensen & Karoly, 2011) e contrabalançamento completo (Alferes, 1997, 2012; Shadish et al., 2002).

Como ameaças à validade interna deste estudo, destaca-se a utilização de uma técnica de amostragem não probabilística (de conveniência), pelo que se torna necessário a replicação deste estudo em amostras independentes, para que seja possível apreciar a sustentação e para se poder proceder a uma generalização dos resultados.

Para estudos futuros, uma vez que a totalidade desta amostra tinha experiência prévia com análises clínicas, recomenda-se a realização de um estudo de comparação entre indivíduos com e sem histórico prévio de realização de análises, com o intuito de avaliar a generalização dos resultados obtidos

7. Referências

- Alexander, G. C., Casalino, L. P., & Meltzer, D. O. (2003). Patient-physician communication about out-of-pocket costs. *Jama*, *290*(7), 953-958. <https://doi.org/10.1001/jama.290.7.953>
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Almedina.

- Barros, P. P., & Costa, E. (2023). *Acesso a cuidados de saúde, 2022: As escolhas dos cidadãos no pós-pandemia*. Nova SBE Health Economics & Management Knowledge Center.
- 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\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24. <https://www.jstor.org/stable/3763271>
- Bergh, I., Sjöström, B., Odén, A., & Steen, B. (2000). An application of pain rating scales in geriatric patients. *Aging Clinical and Experimental Research*, 12(5), 380-387. <https://doi.org/10.1007/BF03339864>
- Blumenthal-Barby, J. S., Robinson, E., Cantor, S. B., Naik, A. D., Russell, H. V., & Volk, R. J. (2015). The neglected topic: Presentation of cost information in patient decision AIDS. *Medical Decision Making*, 35(4), 412-418. <https://doi.org/10.1177/0272989X14564433>
- 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>
- Bruni, A. L., Silva, S., & Paixão, R. (2007). Melhor e mais caro: Um estudo sobre a associação entre a percepção dos preços e a qualidade dos produtos e serviços. *Caderno de Pesquisas em Administração (USP)*, 13(4), 1-16. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/25448>
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). Enquadramento teórico-metodológico. In M. V. Cabral, & P. A. Silva (Eds.), *Adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas* (pp.79-97). Imprensa de Ciências Sociais. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11160/1/ICS_MVCabral_PASilva_Adesao_LAN.pdf
- Centers for Disease Prevention and Control (2022, julho). *About Chronic Diseases*. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
- Chin, J. J. (2001). Doctor-patient relationship: a covenant of trust. *Singapore Med J*, 42(12), 579-81.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum.
- Coulter, A. (2002). Patients' views of the good doctor: Doctors have to earn patients' trust. *BMJ*, 325(7366), 668-669. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.668>
- Da Costa, F. A., Pedro, A. R., Teixeira, I., Bragança, F., Da Silva, J. A., & Cabrita, J. (2015). Primary non-adherence in Portugal: Findings and implications. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 37(4), 626-635. <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0108-1>
- Danis, M., Sommers, R., Logan, J., Weidmer, B., Chen, S., Goold, S., & McGlynn, E. (2014). Exploring public attitudes towards approaches to discussing costs in the clinical encounter. *Journal of General Internal Medicine*, 29(1), 223-229. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2543-9>
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium Journal of Education, Technologies, and Health*, 40(16), 201-21. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8228>
- Diniz, A. M. (2007). Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida. *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>
- Dobmeyer, A. C. (2018). Diabetes. In A. C. Dobmeyer, *Psychological treatment of medical patients in integrated primary care* (pp. 101–119). American Psychological Association (Ed.). <https://doi.org/10.1037/0000051-008>
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), 57-60. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(01\)00457-7](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(01)00457-7)
- Encarnação, M. (2022). *Estudos sobre as versões reduzidas da Geriatric Depression Scale* [Dissertação de mestrado]. Universidade de Évora.
- Estevens, J. (2017). Saúde e despesa em saúde num Portugal envelhecido. *Revista de Estudos Demográficos*, 56, 41-63. <http://hdl.handle.net/10362/39783>
- 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)
- Fraenkel, L., & McGraw, S. (2007). Participation in medical decision making: the patients' perspective. *Medical Decision Making*, 27(5), 533-538. <https://doi.org/10.1177/0272989X07306784>
- Fugelli, P. (2001). James Mackenzie lecture: Trust in general practice. *The British Journal of General Practice*, 51(468), 575-579.
- Gaissmaier, W., & Gigerenzer, G. (2011). When misinformed patients try to make informed health decisions. In Gigerenzer, G., & Gray, J. M. (Eds.), *Better doctors, better patients, better decisions: Envisioning health care 2020* (pp.29-45). MIT Press
- 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 and participation for effective healthcare reform* (pp.58-82). Hershey, PA: IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-9992-2.ch004>
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). Compliance in health care. <http://hdl.handle.net/10822/782244>
- Hughes, C. M. (2004). Medication non-adherence in the elderly: How big is the problem? *Drugs & Aging*, 21(8), 793-811. <https://doi.org/10.2165/00002512-200421120-00004>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020, março). *Projeções de população residente 2018-2080*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2021, junho). *Indicadores resumo sobre população - (NUTS-2013)*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estimativas da população residente*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594893466&DESTAQUESmodo=2
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). <https://diabetesatlas.org/>

- Jensen, M. P., & Karoly, P. (2011). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (3rd ed., pp. 19-41). Guilford Press.
- Klein, J. M., & Gonçalves, A. D. G. A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, *10* (2), 113-120. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000200002>
- Kurlowicz, L., & Wallace, M. (1999). The Mini-Mental State Examination (MMSE). *Journal of Gerontological Nursing*, *25*(5), 8-9. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19990501-08>
- Levy, R. L., & Feld, A. D. (1999). Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. *The American Journal of Gastroenterology*, *94*(7), 1733-1742. [https://doi.org/10.1016/S0002-9270\(99\)00256-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9270(99)00256-7)
- Ligneau-Hervé, C., & Mullet, E. (2005). Perspective-taking judgments among young adults, middle-aged, and elderly people. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, *11*(1), 53. <https://doi.org/10.1037/1076-898X.11.1.53>
- Mitchell, M. L., & Jolley, J. M. (2010). *Research design explained: Instructor's edition* (7th ed.). Wadsworth/Cengage Learning.
- McCormack, H. M., Horne, D. J., & Sheather, S. (1988). Clinical applications of visual analogue scales: A critical review. *Psychological Medicine*, *18*(4), 1007-1019. <https://doi.org/10.1017/S0033291700009934>
- 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://www.sinapse.pt/revista>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2010). Cut-off scores in MMSE: a moving target? *European Journal of Neurology*, *17*(5), 692-695. <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, A. M. (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>
- Organização das Nações Unidas. (n.d.). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

- Peirce, J., Gray, J. R., Simpson, S., MacAskill, M., Höchenberger, R., Sogo, H., Kastman, E., & Lindeløv, J. K. (2019). PsychoPy2: Experiments in behavior made easy. *Behavior Research Methods*, 51(1), 195-203. <https://doi.org/10.3758/s13428-018-01193-y>
- PorData. (2020a). Pensionistas em percentagem da população ativa. <https://www.pordata.pt/europa/pensionistas+em+percentagem+da+populacao+ativa-2435>
- PorData. (2020b). *Pensão média anual da Segurança Social: total, de sobrevivência, de invalidez e de velhice.* <https://www.pordata.pt/portugal/pensao+media+anual+da+seguranca+social+total++de+sobrevivencia++de+invalidez+e+de+velhice-706-5158>
- PorData. (2021a). *Pensões: total, da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações.* <https://www.pordata.pt/portugal/pensoes+total++da+seguranca+social+e+da+caixa+geral+de+aposentacoes-851>
- PorData. (2021b). *Pensionistas de invalidez e velhice do regime geral da Segurança Social com pensões inferiores ao salário mínimo nacional.* <https://www.pordata.pt/portugal/pensionistas+de+invalidez+e+velhice+do+regime+geral+da+seguranca+social+com+pensoes+inferiores+ao+salario+minimo+nacional-2003>
- PorData. (2023a). *Valor mínimo mensal das pensões do regime geral da Segurança Social: pensões de velhice, invalidez e sobrevivência.* <https://www.pordata.pt/Portugal/Valor+minimo+mensal+das+pensoes+do+regime+geral+da+Seguranca+Social+pensoes+de+velhice++invalidez+e+sobrevivencia-103>
- PorData. (2023b). *Valor mínimo mensal das pensões da Caixa Geral de Aposentações: pensões de aposentação, reforma, invalidez e sobrevivência.* <https://www.pordata.pt/portugal/valor+minimo+mensal+das+pensoes+da+caixa+geral+de+aposentacoes+pensoes+de+aposentacao++reforma++invalidez+e+sobrevivencia-2128>
- Ribeiro, S., Furtado, C., & Pereira, J. (2013). Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconómico em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(11), 847-854. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2013.01.008>
- Rocha, E., & Nogueira, P. (2015). As doenças cardiovasculares em Portugal e na região Mediterrânica: Uma perspetiva epidemiológica. *Revista Factores de Risco* 36 (10), 35- 44. <http://hdl.handle.net/10400.26/10150>

- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rogers, D. E. (1994). On trust: a basic building block for healing doctor-patient interactions. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87 (22), 2-5.
- Ruben, B. D. (1993). What patients remember: A content analysis of critical incidents in health care. *Health Communication*, 5(2), 99-112. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0502_3
- Sabaté, E. (Ed.). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). Experimental and quasi experimental 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. http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Sistema Nacional de Saúde. (2017a). Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2015. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Sistema Nacional de Saúde. (2017b, outubro). Doenças Cardiovasculares. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/10/04/doencas-cardiovasculares/>
- Skirbekk, H., Middelthon, A. L., Hjordahl, P., & Finset, A. (2011). Mandates of trust in the doctor–patient relationship. *Qualitative Health Research*, 21(9), 1182-1190. <https://doi.org/10.1177/1049732311405685>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2019). *Diabetes: Factos e números 2018- Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- Sokol, M. C., McGuigan, K. A., Verbrugge, R. R., & Epstein, R. S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Medical care*, 43 (6)521-530.
- Sousa, S., Pires, A., Conceição, A., Nascimento, T., Grenha, A., & Braz, L. (2011). Polimedicação em doentes idosos: Adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 27(2), 176-182. <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10838>
- Teutsch, C. (2003). Patient–doctor communication. *Medical Clinics*, 87(5), 1115-1145. [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(03\)00066-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(03)00066-X)

- Thom, D. H., Hall, M. A., & Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health affairs*, 23(4), 124-132. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.124>
- 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>
- Vik, S. A., Maxwell, C. J., & Hogan, D. B. (2004). Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Annals of Pharmacotherapy*, 38(2), 303-312. <https://doi.org/10.1345/aph.1D25>
- White, M. P., Cohrs, J. C., & Göritz, A. S. (2011). Dynamics of trust in medical decision making: an experimental investigation into underlying processes. *Medical Decision Making*, 31(5), 710-720. <https://doi.org/10.1177/0272989X10394463>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva.
- World Health Organization. (2021, junho). *Cardiovascular diseases*. [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Heart Federation. (n.d.). *Cardiovascular diseases: Global facts and figures*. <https://world-heart-federation.org/resource/cardiovascular-diseases-cvdsglobal-facts-figure>