



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Determinantes da resposta de adesão ao medicamento em idosos: Uma abordagem experimental**

**Vanessa Cristina Ferreira dos Santos**

Orientação: Doutor António Augusto Pinto Moreira Diniz

**Mestrado em PSICOLOGIA**

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2014



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Psicologia**

*Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde*

**Determinantes da resposta de adesão ao medicamento em  
idosos: Uma abordagem experimental**

Vanessa Cristina Ferreira dos Santos

**Orientador:**

Doutor António Augusto Pinto Moreira Diniz

dezembro de 2014

## **Agradecimentos**

Ao Doutor António M. Diniz pela partilha de conhecimentos, pelas críticas e sugestões, pela dedicação e empenho na orientação desta dissertação. Por me ter proporcionado uma orientação superior, pelo apoio e encorajamento constantes e por ter estado sempre presente.

Ao Doutor Miguel Oliveira um agradecimento especial pela generosidade. Pelo interesse que sempre manifestou, pela solicitude, disponibilidade e partilha de conhecimentos sem os quais a realização deste trabalho não teria sido possível.

À direção e funcionários da associação humanidade e respeito pelos idosos de Évora (A. H. R. I. E.), associação de reformados e idosos da freguesia da malagueira (A.R.I.F.M.), associação de reformados, pensionistas e idosos da freguesia da horta das figueiras (A. R. P. I. F. H. F.), associação de reformados, pensionistas e idosos de Évora (A. R. P. I. E), associação de reformados, pensionistas e idosos da freguesia da senhora da saúde (A. R. P. I. F. S. S.), associação de reformados, pensionistas e idosos da freguesia dos Canaviais (A. R. P. I. F. C.) e à Universidade Sénior de Évora, pelo interesse neste estudo e por me terem facilitado o contacto com os(as) idosos(as).

A todos(as) os(as) idosos(as) que aceitaram participar na investigação, a quem devo os dados que permitiram a realização deste trabalho, pela paciência, amabilidade e ensinamentos. Por me concederem o privilégio de conhecer um pouco das suas vidas e me abrirem a porta de suas casas.

Ao meu colega Duarte Parreira pela amizade, partilha e ajuda na recolha de dados para o estudo prévio das propriedades da escala de avaliação da proporção de custo desta dissertação.

Aos meus pais, à minha irmã e ao meu tio Vítor, por me apoiarem incondicionalmente e acreditarem sempre em mim e nas minhas capacidades. Por me ajudarem a crescer, pelo apoio que sempre me foi dado e por me concederem a oportunidade de realizar este sonho.

Ao Gonçalo, por compreender as minhas ausências e me incentivar a não desistir principalmente nos momentos mais difíceis.

A todos os meus amigos de sempre e para sempre, por estarem presentes mesmo quando não estavam.

A todos aqueles que de alguma forma permitiram que a realização desta dissertação e da conclusão de mais um ciclo de estudos fosse possível.

Obrigada a todos.

## Determinantes da resposta de adesão ao medicamento em idosos: Uma abordagem experimental

### Resumo

Procurou-se perceber como os(as) idosos(as) no seu quotidiano adotam condutas que possam levar a (não)tomar a medicação prescrita. Recorreu-se a uma tarefa experimental que cenariza um diagnóstico clínico designado “doença do coração”, combinando diferentes níveis de fatores determinantes dos comportamentos de adesão: “severidade da condição clínica” (SCC); “custo dos medicamentos” (CM); “confiança no clínico”; e, “complexidade do regime”. Pediu-se aos participantes que avaliassem, através de uma escala visual-analógica, o grau de adesão à medicação que o(a) doente deveria exibir em cada combinação dos fatores. A amostra integrou um total de 72 idosos(as) voluntários(as), selecionados(as) de forma não probabilística e controlados(as) para demência e depressão. Para a análise dos dados, recorreu-se a ANOVAs de medidas repetidas e os resultados revelam que o CM e a SCC foram determinantes na adesão. Encontraram-se diferenças entre ter ou não patologia cardíaca relativamente à adesão no regime “complexo”. Não se verificaram diferenças entre os géneros.

Palavras-chave: adesão à medicação, severidade da condição clínica, custo dos medicamentos, confiança no clínico, complexidade do regime, idosos.

### **Abstract**

The goal of this study was the understanding how elderly adopt conducts into their everyday life that lead them to take prescribed medication. It was made through an experimental approach with scenarios related to the clinical diagnosis “heart disease”, that combine different levels of factors identified in literature as determinants of adherence behavior: “severity of clinical condition” (SCC); “cost of medication” (CM); “trust in clinician”; and “complexity of regimen”. Participants were asked to evaluate, using a visual-analog scale, the degree of medication adherence that a patient should display on each combination of factors. The sample was composed by 72 volunteer elders, selected through non-probabilistic methods and controlled for dementia and depression. Repeated measures ANOVA was used for data analysis and results suggested that SCC and CM were important factors to determine adherence. Differences were found between having or not cardiac pathology in “complex” regimen. There were no differences between genders.

Keywords: Adherence to medication, severity of clinical condition, cost of medication, trust in the clinician, therapy regime, elderly.

## Índice

1. Introdução.....	1
2. Revisão da Literatura.....	3
2.1. A (Não)Adesão à Prescrição Medicamentosa .....	3
2.2. Severidade da Condição Clínica .....	7
2.3. Custo dos Medicamentos .....	9
2.4. Confiança no Clínico .....	11
2.5. Complexidade do Regime de Administração dos Medicamentos .....	13
3. Formulação do Problema de Investigação .....	15
4. Estudo Prévio das Propriedades da Escala de Avaliação da Proporção de Custo..	17
4.1. Método .....	17
4.1.1. Participantes .....	17
4.1.2. Estímulos .....	17
4.1.3. Procedimento .....	18
4.2. Resultados e Discussão .....	23
5. Estudo dos Determinantes da Resposta de Adesão ao Medicamento .....	25
5.1. Método .....	25
5.1.1. Participantes.....	25
5.1.2. Instrumentos e Estímulos .....	25
5.1.3. Procedimento .....	30
6. Resultados.....	35
6.1. Complexidade do Regime .....	35
6.2. Género .....	38
6.3. Patologia .....	41
7. Discussão .....	47
8. Conclusão.....	51
9. Referências.....	53

## Índice de Figuras

Figura 1. Exemplo de uma das vinhetas (redução de 15% de 500 euros) utilizadas no estudo prévio das propriedades da escala de avaliação da proporção de custo.....	18
Figura 2. Exemplo de uma versão final de uma vinheta utilizada no estudo prévio das propriedades da escala de avaliação da proporção de custo.....	21
Figura 3. Níveis de proporção do custo dos medicamento do(a) idoso(a) hipotético(a) para os grupos de rendimentos dos(as) participantes.....	23
Figura 4. Exemplo de vinheta utilizada no procedimento experimental para o regime “simples” .....	32
Figura 5. Exemplo de vinheta utilizada no procedimento experimental para o regime “complexo” .....	32
Figura 6. Inclinação para tomar novos medicamentos nos regimes “simples” e “complexo”: Médias marginais para os fatores SCC, CM e EC .....	36
Figura 7. Médias marginais dos efeitos de interação entre a SCC e o CM nos regimes “simples” e “complexo” .....	38
Figura 8. Inclinação para tomar novos medicamentos nos regimes “simples” e “complexo”: Médias marginais para os fatores SCC, CM e EC quanto ao género .....	39
Figura 9. Médias marginais dos efeitos de interação entre a SCC e o CM nos regimes “simples” e “complexo” para o género.....	41
Figura 10. Inclinação para tomar novos medicamentos nos regimes “simples” e “complexo”: Médias marginais para os fatores SCC, CM e EC quanto à patologia .....	42
Figura 11. Médias marginais dos efeitos de interação entre a SCC e o CM nos regimes “simples” e “complexo” para a patologia .....	44
Figura 12. Médias marginais do efeito de interação entre a EC e a PC no regime “simples” para a patologia.....	45
Figura 13. Médias marginais do efeito de interação entre a SCC e a PC no regime “complexo” para a patologia.....	45

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1. Resultados da ANOVA: Redução Percentual do Rendimento Mensal do(a) Idoso(a) Hipotético(a) para os Grupos de Rendimentos dos(as) Participantes.....	24
Tabela 2. Resultados da ANOVA: Efeitos da Severidade da Condição Clínica e do Custo dos Medicamentos sobre a Inclinação para Tomar os Novos Medicamentos nos Regimes “Simples” e “Complexo” .....	37
Tabela 3. Resultados da ANOVA para o Género: Efeitos da Severidade da Condição Clínica e do Custo dos Medicamentos sobre a Inclinação para Tomar os Novos Medicamentos nos Regimes “Simples” e “Complexo” .....	40
Tabela 4. Resultados da ANOVA para a Patologia: Efeitos da Severidade da Condição Clínica e do Custo dos Medicamentos sobre a Inclinação para Tomar os Novos Medicamentos nos Regimes “Simples” e “Complexo” .....	43

## **Índice de Anexos**

Anexo. Distribuição do número de idosos em função dos montantes auferidos nos diferentes regimes de pensões .....	67
---	----



## 1. Introdução

Devido ao aumento da esperança média de vida e ao decréscimo da taxa de natalidade, tem-se verificado o aumento da percentagem da população idosa com mais de 65 anos, subindo de 16.6% para 19% entre 2001 e 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2013), tornando premente o estudo deste grupo populacional.

De acordo com Baltes (1997), envelhecer com sucesso pressupõe que os indivíduos maximizem os ganhos e minimizem as perdas de forma a limitar as consequências e alcançar o êxito nos múltiplos processos adaptativos. No entanto, apesar de esta conceção ter obrigado a uma reanálise da natureza do envelhecimento de forma a minimizar o impacto das perdas (Fonseca, 2005), o envelhecimento saudável e bem-sucedido tem os seus limites (Baltes & Smith, 2003), nomeadamente no que concerne ao aparecimento de patologias associadas à velhice (Sousa et al., 2011), sendo por isso fundamental a adesão dos(as) idosos(as) à medicação para as combater.

O interesse social deste trabalho, associado às políticas públicas de saúde e a sua relevância do ponto de vista económico, faz com que se torne importante perceber, do ponto de vista cognitivo, quais os fatores mais importantes para os(as) idosos(as) decidirem se tomam ou não a medicação prescrita. Por outras palavras, de que forma os(as) idosos(as) relacionam as informações veiculadas pelos profissionais de saúde relativamente aos aspetos da terapêutica e de que modo esse jogo entre fatores se expressa numa avaliação da adesão a ter face à prescrição medicamentosa. De forma a ilustrar estes fenómenos, será primeiramente apresentada a revisão da literatura, onde foi enquadrada a problemática da não adesão ao medicamento, interligada com os conceitos-chave abordados neste estudo.

Assente na revisão da literatura, será apresentado na formulação do problema de investigação o desenho do plano fatorial com o qual se pretende abordar a forma como os fatores “severidade da condição clínica” (SCC), “custo dos medicamentos” (CM), “experiência do clínico” (EC) e “complexidade do regime” (CR) de administração do medicamento, influenciam o processo de tomada de decisão dos(as) idosos(as) que conduz à adesão à prescrição medicamentosa. Isto, a par da influência dos fatores “género” e presença ou ausência de “patologia cardíaca” (PC).

Os resultados encontrados mostraram que a SCC e o CM influenciam a adesão, existindo um efeito de interação entre estes fatores em ambos os regimes de administração do medicamento. Não se encontraram diferenças entre os géneros, mas detetaram-se diferenças relativamente à adesão no nível “complexo” da CR

constatando-se que os que tinham PC apresentaram uma maior inclinação para aderir à prescrição medicamentosa do que os que não tinham.

## 2. Revisão da Literatura

### 2.1. A (Não)Adesão à Prescrição Medicamentosa

Com o processo de envelhecimento não raras vezes surge o aumento do número de problemas de saúde (Fried, 2000), tendo-se assistido durante as últimas décadas ao aumento da prevalência de patologias crónico-degenerativas devido ao aumento da esperança média de vida (Bauer, Briss, Goodman, & Bowman, 2014; Knottnerus, Metsemakers, Höppener, & Limonard, 1992; Sousa et al., 2011).

A adesão à terapêutica é por isso, de extrema importância no que concerne às doenças crónicas, pelo grande impacto que têm na qualidade de vida de pessoas cada vez mais envelhecidas. Com efeito, verifica-se que com o avanço da medicina há uma diminuição da taxa de mortalidade e um gradual envelhecimento da população, contribuindo assim, para um aumento da incidência destas doenças (Dias et al., 2011). Envelhecer com autonomia, independência e autodeterminação é, por isso, um desafio ao nosso próprio desenvolvimento (Henriques, Costa & Cabrita, 2012).

O termo adesão (*adherence*) foi proposto como alternativo ao termo cumprimento (*compliance*) e tem vindo a ser usado com mais frequência, uma vez que sugere uma diminuição do poder do clínico na decisão do tratamento. Desta forma, fomenta-se a relação entre profissional de saúde – paciente com recurso à aliança terapêutica, uma vez que o(a) paciente pode cooperar na escolha do seu tratamento (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens, 2001). Nesta aliança são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada uma das partes no processo, mas também de todos os que estão envolvidos no tratamento (Osterberg e Blaschke, 2005).

As taxas de adesão à medicação em pacientes com condição aguda e grave é, por norma, mais elevada quando comparada com a condição crónica (Osterberg & Blaschke, 2005). Como resultado do progressivo aumento da população idosa, prevê-se que haja um aumento do número de pessoas com doenças crónico-degenerativas e estima-se que grande parte dos(as) idosos(as) possuam duas ou mais doenças (van den Akker, Buntinx, Metsemakers, Roos, & Knottnerus, 1998; Ward & Schiller, 2013) que requerem cuidados especiais.

Nos(as) idosos(as), a utilização de um único medicamento pode causar efeitos secundários simultâneos, que aumentam consoante o número de medicamentos administrados, uma vez que esta população é sensível a alterações a nível fisiológico (e.g., função hepática, renal, cardíaca e vascular) (Rocha et al., 2008). Estas alterações aumentam a probabilidade de existir uma interação com outros fármacos,

bem como com alimentos e bebidas alcoólicas (Sousa et al., 2011). Assim, a comorbidade leva à polimedicação (utilização de vários medicamentos prescritos e/ou de automedicação) que, no caso dos doentes crónicos ou de longa duração, têm esquemas terapêuticos que exigem um grande esforço de execução por parte dos(as) pacientes já que implica a modificação dos hábitos diários (Rocha et al., 2008).

Para a generalidade dos quadros clínicos, o diagnóstico e tratamento médico correto é essencial para a melhoria do estado de saúde, sendo fundamental para a sobrevivência dos(as) pacientes e para a qualidade de vida (Martin, Williams, Haskard, & DiMatteo, 2005). No entanto, o incumprimento das recomendações médicas por parte dos(as) pacientes leva não só ao agravamento da patologia, como as bactérias presentes no organismo podem tornar-se mais resistentes, a eficácia do medicamento pode diminuir, o tratamento pode falhar, a doença pode progredir (podendo levar a hospitalizações) contribuindo, desse modo, para despesas médicas desnecessárias (Balkrisnan & Phan, 1998).

Esta problemática traduz-se no aumento de custos para os sistemas de saúde (Kennedy & Morgan, 2006; Osterberg & Blaschke, 2005), tornando-se um problema ao nível da economia e das políticas públicas de saúde (Marcum, Sevick, & Handler, 2013; Oliveira & Oliveira, 2007).

Num estudo realizado em onze países (Cooper et al., 2005) verificou-se que os(as) idosos(as) são o grupo populacional alvo de mais prescrições *per capita*, tendendo a aderir apenas a 60% da medicação prescrita. A dimensão desta questão relativa à não adesão à prescrição médica é uma problemática com consequências sérias tanto para os(as) pacientes como para a sociedade (Kennedy & Morgan, 2006), tornando-se imperativo o delineamento de estratégias que permitam a sua diminuição.

Esta área tem suscitado o interesse dos investigadores (cf. Oliveira & Oliveira, 2007; Oliveira et al., 2008; Osterberg & Blaschke, 2005) e é vasta a literatura acerca dos modelos que procuram a integrar um número considerável de fatores que se supõe afetar a adesão à prescrição médica (Martin et al., 2005).

A este quadro geral acresce que muitas das mudanças relacionadas com o envelhecimento afetam também a adesão à medicação. Os(as) idosos(as) têm mais dificuldade em seguir as recomendações dos profissionais de saúde, pedem menos esclarecimentos e tendem a ser menos ativos(as) no que concerne ao cuidado da sua saúde, sendo mais suscetíveis às consequências físicas, psicológicas e sociais da não adesão (Branin, 2001).

Aderir à medicação pode ser um comportamento cognitivo complexo para os(as) idosos(as) em face do inerente declínio do funcionamento cognitivo (Cooper et al., 2005). Segundo Branin (2001), a adesão correta a um regime medicamentoso envolve um conjunto de componentes cognitivos. Primeiro, os(as) idosos(as) têm de compreender as instruções para cada medicação; segundo têm que organizar e integrar as instruções para várias medicações de forma a conseguirem incluí-las num regime de administração diário e recordar o horário. Por último, é necessário que os(as) idosos(as) se recordem de tomar a medicação. Para os(as) idosos(as) que necessitam de tomar vários medicamentos diariamente com diferentes dosagens e horários, obrigando-os a recordar de que têm de tomar a medicação, pode tornar a integração de todas estas tarefas bastante complexa (Branin, 2001).

Na prática clínica a adesão é aferida com recurso a medidas diretas que envolvem a deteção química num fluido corporal, como o sangue ou a urina, mas este procedimento não se adequa a todas as medicações e é dispendioso (Vermeire et al., 2001). As medidas indiretas, como a contagem de comprimidos, os autorrelatos do(a) paciente (modo mais rápido, económico e eficaz), os relatos do conjugue, os relatórios médicos, as medidas eletrónicas e os questionários são frequentemente referidos na literatura como alguns dos métodos mais utilizados (Farmer 1999; Laufs, Retting-Ewen, Böhm, 2010; Osterberg & Blaschke, 2005; Vermeire et al., 2001). No entanto, apesar dos meios disponíveis, os(as) profissionais de saúde têm dificuldade em reconhecer a não adesão (Osterberg & Blaschke, 2005) e permanece a dificuldade em medi-la devido à falta de instrumentos precisos e acessíveis (Haynes, McDonald, & Garg, 2002).

De acordo com Marcum et al. (2013), grande parte dos profissionais de saúde não estão formalmente treinados para detetar se os(as) pacientes estão a aderir à medicação, assim como não sabem qual a melhor forma de intervir caso se verifique que os pacientes não aderem à terapêutica. No entanto, se por um lado o incumprimento do regime terapêutico pode criar nos clínicos um sentimento de frustração, que pode levar a atitudes mais paternalistas, por outro lado, a perceção de adesão ao medicamento pode influenciar os padrões de prescrição e pode levar à falha na intensidade da terapia (Huizinga, Bleich, Beach, Clark, & Cooper, 2010).

Assim, deve-se em primeiro lugar perceber que o envolvimento dos(as) idosos(as) e a sua participação no processo de decisão é importante. A mudança comportamental é facilitada pela perceção pessoal de controlo. Se os(as) pacientes acreditarem que podem ter um papel ativo nas decisões dos clínicos, tornam-se mais

propensos(as) a sentirem-se comprometidos(as) com a sua decisão (Huizinga et al., 2010). Deve considerar-se que quando os(as) pacientes estão mais envolvidos, tendem a questionar mais e isso permite que seja criada uma relação colaborativa em que os(as) idosos(as) se tornam mais ativos(as). A reciprocidade da relação entre o clínico e o(a) paciente e o grau de concordância que entre eles se estabelece é a chave para o envolvimento dos(as) pacientes no processo de decisão, já que permite uma maior satisfação (Martin et al., 2005).

Muitos são os fatores que podem desempenhar um papel importante no que concerne à adesão à medicação. No entanto, não existe apenas um fator isolado que justifique o porquê de os pacientes aderirem ou não à prescrição medicamentosa. Por isso, ao longo dos anos foram estudados vários fatores envolvidos no processo de tomada de decisão quanto à adesão à nova medicação, tais como: (1) a severidade da condição clínica (Wills & Moore, 1996); (2) o custo dos medicamentos (Brunenberg et al. 2007; Chin et al., 2012; Hirth, Piette, Greer, Albert, & Young, 2006); (3) a complexidade do regime (Claxton, Cramer, & Pierce, 2001; Vik et al., 2006); (4) a confiança no clínico (Kennedy & Morgan, 2006); (5) a frequência de utilização dos serviços de saúde (Balkrisnan & Phan, 1998); (6) os efeitos secundários da medicação (Oliveira & Oliveira, 2007); (7) a polimedicação (Sousa et al., 2011); (8) o género (Cooper et al., 2005; Kennedy & Morgan, 2006; Ribeiro, Amado, Camelier, Fernandes, & Schenkman, 2000; Rocha et al., 2008); (9) o grau de literacia (Zhang, Terry, & McHorney, 2014); (10) a idade (Cooper et al., 2005); (11) as crenças culturais (Chia, Schlenk, & Dunbar-Jacob, 2012); entre outros.

De acordo com a literatura especializada, a severidade da condição clínica, o custo dos medicamentos, a confiança no clínico e a complexidade do regime são apresentados como alguns dos fatores mais prevalentes (Krueger, Berger, & Felkey, 2005; Vik et al., 2006). A adesão à prescrição medicamentosa é um processo complexo que não ocorre só relativamente à toma dos medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde. Coloca-se também noutros momentos do processo terapêutico como a falta às consultas ou a não aquisição de todos os medicamentos prescritos, sendo por isso difícil a sua medição (Chin et al., 2012; Mosca, Castel-Branco, Carmona, & Figueiredo, 2013). Identificar os pacientes que não aderem à terapêutica é uma tarefa difícil mas necessária para se poder identificar e corrigir os motivos da não adesão.

## 2.2. Severidade da Condição Clínica

Decidir em situações que envolvem risco, principalmente quanto esse risco envolve a vida é um processo que encerra grande complexidade (Mazzocco, Cambria, Hussain, & Wang, 2012). Na cognição humana, a capacidade de raciocinar e tomar decisões está estritamente dependente do senso comum, do conhecimento acerca do mundo e dos estados emocionais (Mazzocco et al., 2012). A percepção de ameaça à saúde provoca uma avaliação cognitiva em cadeia dos aspetos que envolvem: a severidade da ameaça; a probabilidade de ocorrência; e, a eficácia das estratégias que poderão ser utilizadas (Paúl & Fonseca, 2001). Desta forma, as crenças acerca do tratamento e da toma dos medicamentos são em grande parte influenciadas pela percepção da gravidade da doença (Henriques, 2011).

Segundo Slovic, Peters, Finucane, e MacGregor (2005), as respostas afetivas ocorrem de forma rápida quando suscitadas por um determinado estímulo a que se encontram anteriormente associadas ou pela associação que espontaneamente se forma. O modo como diferentes pacientes experienciam determinadas situações pode influenciar a percepção de risco, uma vez que as pessoas confiam decisivamente nas associações afetivas que estabelecem com os estímulos (e.g., palavras; imagens; sons) que estão presentes nas informações que lhes são apresentadas nos mais diversos contextos (Slovic, Finucane, Peters, & MacGregor, 2002; Slovic et al, 2005).

Os sentimentos que se tornam mais evidentes no processo de tomada de decisão dependem não só das características dos(as) pacientes e da tarefa, mas também da interação de ambos. O modo como cada paciente responde perante as situações pode variar mediante a avaliação afetiva que a situação gera, uma vez que cada pessoa baseia os seus juízos não apenas naquilo pensa mas também no modo como se sente (Slovic et al, 2002; Slovic et al, 2005). Segundo Oliveira e Oliveira (2007) a severidade dos efeitos secundários, pode induzir vários graus de pavor (*dread*) que fariam com que, do ponto de vista cognitivo, se desse primazia ao cálculo da perigosidade de um ponto de vista avaliativo-afetivo e secundariamente se considerasse a sua probabilidade de ocorrência.

A severidade da condição clínica gera um sentimento aversivo, normalmente de grande intensidade, associado a: (1) riscos de morte em grande escala (e.g., desastres de avião ou 11 de Setembro) (Gigerenzer, 2004); (2) riscos de que em grande medida se desconhece o seu funcionamento ou ação (e.g., radão ou radiações em geral) (Slovic, 1987); e, (3) riscos que escapam na sua essência ao nosso controlo (e.g., energia nuclear, cancro) (Slovic, 1987; Gigerenzer, 2004).

Tendo em consideração estas três dimensões de risco, que suscitam sentimentos de pavor, e a relação com o clínico (que prescreve a medicação), poder-se-ia esperar que, apesar de determinadas situações suscitarem pouco controlo, o *dread* deverá funcionar como um fator de persuasão afetiva que invoca medidas de mitigação do risco (Sjöberg, 2002) ou, por outras palavras, funcionar como um fator de manipulação beneficente do *dread*. Isto, contrariamente ao que ocorre com alguns riscos que ficam fora de controlo pessoal dada a sua imprevisibilidade, designadamente em que a exigência de mitigação se torna diminuta face à magnitude das consequências (e.g., poluição atmosférica), apesar da existência do *dread* (Slovic, 1987; Gigerenzer, 2004).

Se os sentimentos em torno de uma situação forem favoráveis, sentimo-nos movidos para tomar os riscos como baixos e os benefícios altos. Pelo contrário, se os sentimentos forem desfavoráveis, tendemos a julgar o oposto (Slovic et al, 2005). Este processo denomina-se heurística afetiva e permite utilizar a informação que os sentimentos experienciados fornecem no processo de tomada de decisão em detrimento de outras informações também presentes nos contextos de juízo e decisão (Slovic, 1987; Slovic et al, 2002; Slovic et al, 2005).

As experiências vividas também têm influência nos comportamentos adotados uma vez que condicionam a motivação para a adesão ao medicamento, e conseqüentemente, a redução ou aumento do número de hospitalizações (Vik et al., 2006). Segundo o Modelo de Senso Comum da Auto-regulação de Horne et al. (*como citado em* Schuz et al., 2011) o comportamento de adesão é uma tentativa de lidar paralelamente com a parte cognitiva e emocional. Cada pessoa tem experiências prévias e é a sua própria conceção de doença que lhe permite avaliar os resultados anteriormente obtidos e, por isso, (não)adere à terapêutica de acordo com as suas idiosincrasias e crenças pessoais. Por exemplo, uma pessoa que considere a sua doença grave, mas que pode ser controlada com a medicação, tem uma resposta mais adaptativa para a ameaça que a doença pode representar (Schuz et al., 2011).

Tem-se verificado a existência de diferenças na adesão à prescrição medicamentosa relativamente à patologia, possivelmente devido à perceção de um diferente grau de severidade consoante a doença e de um sentido de controlabilidade diferente por parte dos(as) idosos(as). De acordo com Caldeira, Vaz-Carneiro e Costa (2014), a prevalência das doenças cardiovasculares tem aumentado e estima-se que a magnitude da não adesão nestas doenças varie entre 30-50%. Segundo a World Health Organization (2013) a doença cardiovascular é uma das principais causas de



morte no mundo e também uma das principais causas da perda de qualidade de vida. A não adesão à medicação e a outras recomendações é um problema comum nos(as) idosos(as) com problemas cardíacos que acarreta consequências sérias para os(as) próprios(as) e para os sistemas de saúde, sendo os estudos e evidências que possam promover a adesão nesta população escassos (Caldeira et al., 2014).

Para além do estudo da influência das crenças acerca da toma da medicação na doença cardiovascular (Hirani & Newman, 2005; Lin, Wang, Tung, & Furze, 2012), também outras patologias como a doença renal (Krespi, Bone, Ahmad, Worthington, & Salmon, 2004) a diabetes (Stenstrom & Anderson, 2000), a osteoporose (Cline, Farlye, Hansen, & Schommer, 2005), as doenças respiratórias (Federmnan et al., 2013), entre outras têm sido estudadas, assim como a influência do género na adesão à medicação. De acordo com Pimentel (2014), as diferenças de género verificam-se essencialmente devido a comportamentos aprendidos previamente em determinados contextos. No entanto, as diferenças que se poderão verificar do ponto de vista psicológico devem-se maioritariamente às diferenças nos papéis sociais e nas expectativas que estão associadas às diferentes competências e atitudes.

### **2.3. Custo dos Medicamentos**

Dada a situação económica de Portugal nos últimos anos, com a redução dos rendimentos, alteração do regime de comparticipação dos medicamentos e aumento da carga fiscal, os fatores financeiros podem ter um impacto cada vez maior no cumprimento da terapêutica (Chin et al., 2012).

A primeira investigação feita em Portugal foi realizada por Cabral e Silva (2010), em que se concluiu que cerca de um terço dos doentes crónicos não comprou a medicação devido a fatores económicos. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Safran et al. (2005) com idosos(as) beneficiários da Medicare e no estudo de Chin et al. (2012) em que 46% dos(as) pacientes não aderiram à terapêutica devido a fatores económicos.

De acordo com Kennedy e Morgan (2006), diversos estudos têm mostrado que pacientes que necessitam de medicações de custo elevado são menos propensos à sua compra. Isto implica que devido à falta de recursos económicos os(as) pacientes possam saltar as doses, dividir os comprimidos para os fazer durar mais ou adiar a compra dos medicamentos.

São as restrições de ordem económica que fazem com que os(as) pacientes, devido a doenças crónicas e à falta de recursos financeiros, abdicuem de determinados cuidados médicos que são essenciais (Cabral & Silva, 2010). Os(as)

idosos(as) com três ou mais condições crônicas, por exemplo, despendem mais dinheiro mensalmente nas suas medicações reportando um maior incumprimento na terapêutica (Neuman et al., 2007). Por norma os(as) pacientes que reportam taxas mais elevadas de não adesão devido ao custo dos medicamentos, apresentam também um estado de saúde mais fragilizado ou dor crônica, aumentando a severidade desta problemática. Estes pacientes têm mais tendência a ter regimes de administração medicamentosa complexos e dispendiosos, o que os(as) torna mais vulneráveis às consequências que podem advir do incumprimento terapêutico (Kennedy & Morgan, 2006).

Existem vários métodos para medir a adesão terapêutica, mas os fatores económicos raramente são contemplados (Hirth et al., 2006). Por norma, os profissionais de saúde não perguntam aos pacientes como pagam pelos medicamentos, mas a existência de questionários validados que avaliem o incumprimento da terapêutica por motivos financeiros, pode permitir aos profissionais de saúde identificar estratégias facilitadoras no cumprimento da medicação (Hirth et al., 2006).

Verifica-se que grande parte dos pacientes não informa os profissionais de saúde da suspensão ou alteração da toma da medicação. A utilização de um questionário que contempla estes aspetos (Chin et al., 2012) mostrou que adiar a compra dos medicamentos ou a sua não aquisição e o aumento do espaçamento entre as tomas e a diminuição da dose, fazem parte dos principais motivos que levam os(as) pacientes não cumprirem a terapêutica devido a fatores económicos (Kennedy & Morgan, 2006; Maden et al., 2008; Simon-Tuval, Triki, Chodick, & Greenberg, 2014).

Na literatura, muitos estudos focam-se mais no custo dos medicamentos do que quanto um paciente tem de pagar por estes (*out-of-pocket costs*). Verifica-se que poucos estudos têm considerado fatores que modificam a adesão em detrimento da valoração relativa aos medicamentos (Hirth et al., 2006), tendo-se observado no estudo realizado por Ried (2010) que o custo dos medicamentos desempenha um papel importante na adesão em pacientes que têm baixas taxas de adesão, mas não em pacientes que por norma aderem à terapêutica. Estes resultados sugerem que apesar das dificuldades financeiras, os pacientes são influenciados pelas suas crenças de saúde. Deste modo, a relação que os(as) pacientes estabelecem com os(as) profissionais de saúde é importante já que essa relação pode influenciar a perceção da valoração da prescrição dos medicamentos. Num estudo realizado por Piette, Beard, Rosland e McHorney (2011), tendo por base as crenças dos pacientes com

depressão e asma, verificou-se que é possível diminuir o incumprimento da terapêutica, mesmo que o custo dos medicamentos seja elevado.

#### **2.4. Confiança no Clínico**

A existência de uma relação de confiança entre o clínico e o(a) paciente tem estado associada com a vulnerabilidade que advém de se estar doente. Perante uma situação de incerteza, que envolve elementos de risco, o(a) paciente depende do conhecimento do clínico bem como das suas competências e intenções (Rowe, 2005). De acordo com Hall, Camacho, Dugan, e Balkrishnan (2002) a confiança está relacionada em certa medida com a experiência anterior dos(as) pacientes com outros clínicos e prevê que esteja relacionada com certas atitudes e comportamentos dos(as) pacientes, tais como a satisfação com os cuidados, a disposição para seguir as recomendações médicas, o desejo de procurar segundas opiniões, a existência de conflitos anteriores, bem como com a satisfação do(a) paciente (Rowe, 2005). Sem a existência de uma relação de confiança os(as) pacientes não acederiam aos serviços de saúde e poderiam deixar de revelar informações médicas relevantes e cruciais para o tratamento (Rowe, 2005).

Para um tratamento eficaz, os(as) profissionais de saúde devem conseguir suscitar nos seus novos pacientes quase que instantaneamente confiança, o que nem sempre é simples devido à pouca informação que os(as) pacientes possuem acerca dos(as) profissionais (Axelrod & Goold, 2000).

Segundo Rowe (2005) tem-se assistido a diversas mudanças no que concerne às relações de confiança. Tradicionalmente os(as) pacientes confiavam nos serviços de saúde e depositavam total confiança nos(as) profissionais, confiando “cegamente” nos seus conhecimentos. No entanto, estas relações de confiança por parte dos(as) pacientes tem vindo a alterar-se à medida que também as estruturas organizacionais dos cuidados de saúde se têm vindo a modificar, refletindo um declínio da confiança dos(as) pacientes nos(as) profissionais e nas instituições. A par destas mudanças, também os *media* têm contribuído para a diminuição da confiança, expondo erros médicos e dando exemplos de casos de incompetência médica.

No entanto, a confiança desenvolve-se em torno de um processo prolongado e contínuo, através do qual o(a) paciente e o clínico alcançam conjuntamente um diagnóstico e implementam um tratamento permitindo assim que a relação tenha tempo para desenvolver e amadurecer (Axelrod & Goold, 2000).

O envolvimento dos(as) pacientes no processo de tomada de decisão cria uma interdependência entre o(a) paciente e o clínico. Isto é particularmente importante

quando os(as) pacientes apresentam doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares, uma vez que o sucesso do tratamento depende em parte das mudanças que o(a) paciente está disposto a fazer, sendo necessário o estabelecimento de um processo colaborativo entre o(a) paciente e o(a) profissional de saúde (Rowe, 2005). Quando é estabelecida uma ligação, a confiança aumenta a probabilidade dos(as) pacientes recomendarem o tratamento a outros e isso poderá afetar a eficácia da adesão (Ozawa & Sripad, 2013). Verifica-se que a dinâmica interpessoal entre profissional de saúde - paciente, desempenha um papel importante nos resultados obtidos no que concerne à adesão à medicação (Martin et al., 2005) e permite que os(as) pacientes partilhem informações confidenciais, procurem assistência, submetam-se a tratamentos e seguem as recomendações médicas (Hall et al., 2002).

O modo como os clínicos interagem com os(as) pacientes, deve passar por fornecer informação e apoiar os(as) pacientes na tomada de decisão. Isto requer boa capacidade de comunicação e pode resultar em consultas mais demoradas ou maior frequência de consultas. Também depende da capacidade do(a) paciente para adotar uma postura “ativa” e dispor de recursos (e.g., tempo, energia e dinheiro) para o fazer (Rowe, 2005).

É fundamental que os(as) pacientes sintam que o clínico é alguém que compreende a sua situação individual e que poderá fornecer alívio e recomendações relativas à sua condição clínica (Martin et al., 2005). Desta forma, quando os(as) pacientes sentem que o(a) profissional de saúde é alguém com quem podem comunicar abertamente e que os(as) incentiva de forma ativa a cuidar da saúde, tornam-se mais propensos a aderir à terapêutica (Martin, DiMatteo, & Lepper, 2001; Safran et al., 1998). Assim, quando o clínico tem uma visão completa do paciente (Martin et al., 2005) e ambos concordam com o grau de envolvimento necessário no tratamento a adesão pode vir a ser até três vezes mais elevada (Jahng, Martin, Golin, & DiMatteo, 2005).

Dada a necessidade de se medir a confiança que os(as) pacientes têm nos profissionais de saúde, Hall et al. (2002) conceptualizaram a confiança interpessoal no clínico como possuindo cinco domínios que se sobrepõem: (1) fidelidade, que consiste em cuidar e defender os interesses do paciente ou o bem-estar e evitar conflitos de interesse; (2) competência, que concerne numa boa prática e habilidades interpessoais, tomando decisões corretas e evitando erros; (3) honestidade, que é dizer a verdade e evitar a prestação de falsas informações intencionalmente; (4)

confidencialidade, que é a utilização apropriada de informação sensível; e, (5) confiança global, que é a “alma” irredutível da confiança, ou dos aspetos que combinam elementos de algumas ou de todas as dimensões em separado. Então, considerando esta multidimensionalidade do conceito percebe-se que ele seja considerado ambíguo, difuso e por isso difícil de definir e investigar (Ozawa & Sripad, 2013).

Por último, medir a confiança também é importante do ponto de vista institucional, uma vez que a confiança dos(as) pacientes nos hospitais, companhias de seguros e sistemas de saúde pode afetar a utilização dos serviços e conseqüentemente a sua viabilidade política e económica (Rowe, 2005).

## **2.5. Complexidade do Regime de Administração dos Medicamentos**

O número de medicações prescritas tem um impacto negativo na adesão, uma vez que os(as) pacientes idosos(as) recebem mais prescrições do que as restantes faixas etárias (Caldeira et al, 2014; Claxton et al., 2001; Osterberg & Blaschke, 2005).

Devido ao envelhecimento, os(as) idosos(as) tendem a ser mais vulneráveis a défices cognitivos e parecem ser menos competentes no processo de tomada de decisão quando confrontados com informação que requer uma análise em profundidade (Finucane & Lees, 2005). É por isso fundamental, nos tratamentos de longa duração, simplificar o máximo possível o regime de tratamento e assegurar a interação do profissional de saúde com o(a) paciente quando os regimes de administração são complexos (Henriques et al., 2012). Isso permite que os(as) idosos(as) conheçam o(s) medicamento(s) que necessitam tomar diariamente de forma a garantirem a sua gestão de forma eficaz.

Segundo Osterberg & Blaschke (2005), os clínicos contribuem para a fraca adesão à medicação prescrevendo regimes complexos, falhando na explicação dos benefícios e dos efeitos secundários da toma de medicação, não tendo em consideração o estilo de vida dos(as) pacientes, o custo dos medicamentos e estabelecendo uma fraca relação terapêutica.

O trabalho colaborativo, entre profissionais de saúde e pacientes, é imprescindível para que os(as) idosos(as) consigam integrar no seu quotidiano os novos medicamentos a longo prazo. Segundo Haynes (*como citado em* Henriques, 2011), os(as) idosos(as) tendem a integrar a informação médica em três categorias: (1) informação acerca do efeito da medicação; (2) administração dos medicamentos (dose e horário); e, (3) resultados (efeitos esperados, reações adversas e informação de emergência). No entanto, existem muitos(as) idosos(as) que vivem sozinhos(as) e

sem qualquer apoio, tornando todas estas informações mais difíceis de gerir e integrar no seu dia-a-dia. Por isso, o suporte social tem sido associado a uma melhor adesão já que o facto de os(as) idosos(as) serem casados(as), viverem com outras pessoas ou disporem de alguém que os(as) auxilie na toma da medicação, pode simplificar um pouco a complexidade dos regimes (Castellano, Copeland-Halperin, & Fuster, 2013).

A adesão é melhorada quando existe uma menor prescrição de medicamentos e quando existe uma rotina ou um horário que o paciente segue diariamente. Numa revisão de 76 estudos na qual a adesão foi medida com recurso a aparelhos de medição eletrónica, constatou-se que a adesão é inversamente proporcional à frequência da dose, verificando-se que quando os(as) pacientes tomavam uma dose apenas a adesão era de 79%, decrescendo para 51% quando o número de doses aumentava para quatro (Claxton et al., 2001). Por isso, quanto mais complexo for o regime de administração dos medicamentos mais provável é não ser seguido, já que os regimes de administração que são mais simples têm tendência a ter melhor adesão (Matsui, 2013; Russell, Conn, & Jantarakupt, 2006).

Um regime simples (e.g., tomar a medicação uma vez por dia), ajuda a maximizar a adesão quando combinado com idas regulares a serviços de saúde (Osterberg & Blaschke, 2005), uma vez que quanto maior forem os períodos de *follow-up*, menor será a adesão esperada já que esta tende a diminuir passados seis meses (Coleman et al., 2012). No entanto, a utilização de um regime simples não assegura uma adesão perfeita, existindo outros modificadores da adesão ao regime como a existência de doenças crónicas (Coleman et al., 2012). Por exemplo, estima-se que na Europa, 9% das doenças cardiovasculares se devam ao incumprimento do regime terapêutico (Caldeira et al., 2014), mas esta condição clínica quando comparada com outras, poderá apresentar diferenças. Num estudo realizado por Coleman et al. (2012), a adesão ao tratamento da asma foi mais baixa no que na doença cardiovascular, reforçando deste modo a importância das crenças de saúde e da perceção de risco.

Por fim, manter um regime de administração simples, negociar as prioridades com o(a) paciente fornecendo instruções claras, recordar o(a) paciente das consultas, monitorizar a adesão aos tratamentos, telefonar no caso de falta de comparência à consulta ou necessidade de *follow-up* e reforçar a importância da adesão ao tratamento em cada consulta, irá fornecer apoio aos pacientes para que estes cumpram os seus regimes (Haynes, 2002).

### 3. Formulação do Problema de Investigação

De acordo com a literatura revista, constata-se que a não adesão à prescrição médica, para além de piorar o estado de saúde dos pacientes e poder provocar a morte, acarreta também custos para a sociedade (Kennedy & Morgan, 2006). Muitos são os fatores que podem influenciar a adesão, mas permanecem três questões para as quais ainda não foi encontrada resposta. Do ponto de vista cognitivo, quais os fatores mais importantes para as pessoas decidirem se tomam ou não a medicação prescrita? De que forma os(as) idosos(as) relacionam as informações veiculadas pelos(as) profissionais de saúde relativamente aos aspetos da terapêutica com medicamentos, correspondentes aos fatores selecionados para este estudo? De que maneira esse jogo entre fatores se expressa numa avaliação da adesão a ter face à prescrição medicamentosa?

Apesar de a adesão ser maioritariamente medida com recurso a questionários, do que se pôde apurar a “severidade da condição clínica” (SCC) – fator afetivo associado a sentimentos de pavor (*dread*) desencadeados pela perceção de acontecimentos perigosos (Oliveira & Oliveira, 2007; Slovic et al., 2002; Slovic et al., 2005; Wills & Moore, 1996), o “custo dos medicamentos” (CM) (Brunenberg et al. 2007, Chin et al., 2012; Hirth et al., 2006), a “confiança no clínico” (EC) (Ozawa & Sripad, 2013; Safran et al., 1998; Martin et al., 2001) e a “complexidade do regime” (CR) (Claxton et al., 2001; Vik et al., 2006) têm surgido como fatores recorrentes nas investigações e evidenciado alguma expressão enquanto determinantes da adesão. Corroborando estas informações, a revisão qualitativa da literatura sobre fatores que afetam a adesão à medicação realizada por Krueger et al. (2005) revelou que: (1) no contexto dos dados sociodemográficos dos(as) pacientes, a subcategoria idade e pertencer ao género masculino mostraram-se relevantes; (2) no contexto de planos de tratamento, a subcategoria custo dos medicamentos ou problemas económicos e complexidade do regime mostraram-se relevantes; (3) no contexto de questões relacionadas com a saúde, a subcategoria severidade da doença mostrou-se relevante; e, (4) no contexto de questões do sistema de saúde, a subcategoria relação de confiança no clínico mostrou-se relevante.

Sabendo-se que o aumento da idade influencia a adesão à medicação (Krueger et al., 2005), é importante perceber qual o peso psicológico dos fatores atrás mencionados para o modo como os(as) idosos(as) usam e relacionam, no seu quotidiano, a informação fornecida na ecologia da consulta clínica relativa à medicação prescrita pelos(as) profissionais de saúde.

Com recurso a uma abordagem experimental e com vista a dar continuidade a estudos prévios (Oliveira & Oliveira, 2007; Oliveira et al., 2008), nesta investigação são feitos dois estudos sequenciais em que se pretende, no primeiro, operacionalizar o fator CM. No segundo estudo, para além do fator CM, os restantes fatores (i.e., SCC, EC e CR) foram combinados numa tarefa de integração que envolvia o diagnóstico clínico designado “doença do coração” atribuído durante uma consulta de rotina a um doente fictício, uma vez que se trata de uma patologia crónica cada vez mais recorrente (World Health Organization, 2013) e, por conseguinte, assume um carácter mais genérico.

Uma vez que na literatura o género surge como um fator importante que pode ter influência na adesão e não existem resultados conclusivos relativamente ao género que melhor adere à medicação (Cooper et al., 2005; Kennedy & Morgan, 2006; Krueger et al., 2005; Ribeiro et al., 2000; Rocha et al., 2008) procurou-se analisar esse fator bem como o fator patologia (ter ou não ter patologia cardíaca) de forma a controlar para a sua influência no processo de adesão à prescrição medicamentosa.



## 4. Estudo Prévio das Propriedades da Escala de Avaliação da Proporção de Custo

### 4.1. Método

#### 4.1.1. Participantes

Foi utilizada uma amostra constituída por um total 63 idosos(as) comunitários(as), com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos (*Mdn* = 70), voluntários(as), não institucionalizados(as) e autónomos(as). Os(as) participantes eram maioritariamente do género feminino (60,3%) e residentes em meio urbano (71,4%). No que diz respeito ao estado civil, 52,4% dos(as) idosos(as) eram casados(as) ou vivem em união de facto, 34,9% eram viúvos(as), 4,8% eram divorciados(as) ou separados(as) e 7,9% eram solteiros(as). Quanto à escolaridade, 66,7% dos(as) idosos(as) frequentaram o 1º ciclo do ensino básico, 14,2% o 2º ciclo, 12,7% o 3º ciclo e 6,4% frequentaram o ensino secundário.

#### 4.1.2. Estímulos

**Escala visual-analógica (EVA) em suporte de papel (vinhetas).** As EVA têm vindo a ser utilizadas ao longo de vários anos na investigação como uma forma válida e confiável de medir a experiência subjetiva (McCormack, Horne, & Sheather, 1988), principalmente no estudo da dor (Abend, Dan, Maoz, Raz, & Bar-Haim, 2014; Bijur, Silver, & Gallagher, 2001; Jensen, 2008; Jensen & Karoly, 2010; Price, Patel, Robinson, & Staud, 2008). Neste domínio, estas escalas têm apresentado vantagens, comparativamente a escalas de Likert ou tipo-Likert, devido a possuírem uma maior amplitude de resposta e conseguirem captar pequenas diferenças.

Assim, foi utilizada uma EVA em suporte papel, no estudo prévio das propriedades da escala de avaliação da proporção de custo, com o intuito de melhor operacionalizar o fator “custo dos medicamentos” (CM). Interessava perceber se a EVA permitia obter com fiabilidade dados de resposta de forma a minimizar eventuais dificuldades que se poderiam vir a encontrar no estudo definitivo.

Em primeiro lugar, e para determinar quais os grupos de rendimento que melhor exprimem o espectro de rendimentos da população idosa, foi realizado um levantamento da distribuição do número de idosos(as) em função dos montantes auferidos nos diferentes regimes de pensões no ano de 2012, nomeadamente Pensões de Sobrevivência e de Reformados e Aposentados da Caixa Geral de Aposentações e Pensões de Velhice da Segurança Social (Pordata, n.d.).

Este levantamento conduziu à seleção de três grupos de rendimentos (cf. Anexo).



A amostra foi selecionada através de processos não-probabilísticos, sendo estes de conveniência, intencional via informadores privilegiados e intencional tipo bola de neve. A utilização dos diversos tipos de amostragem, prende-se com o facto de minimizar o viés inerente a cada uma das técnicas, permitindo uma maior abrangência quanto à diversidade das características dos(as) participantes.

Para a recolha de dados, recorreu-se a locais públicos que os(as) idosos(as) geralmente frequentam como associações de reformados, centros de convívio e paróquias (amostragem de conveniência), sendo alguns dados também recolhidos na rua e na residência dos(as) participantes (amostragem intencional via informadores privilegiados). No que diz respeito à recolha em associações, foi feito um primeiro contacto de forma a explicitar o objetivo do estudo e solicitada autorização por escrito à direção. Concedida a autorização por parte da direção e estando os(as) funcionários(as) das associações elucidados acerca do trabalho a ser desenvolvido, procedeu-se à recolha dos dados.

Como sugerido por Diniz e Amado (2014), efetuou-se previamente um treino dos dois investigadores que iriam recolher os dados de forma a garantir a padronização do processo, sendo os mesmos recolhidos sob a forma de entrevista tendo em conta os pressupostos de ordem ético-deontológica (Diniz & Amado, 2014). Uma vez que os(as) idosos(as) não estão familiarizados(as) com a situação de teste, podendo sentir a situação como ameaçadora, procurou-se criar um ambiente empático e de confiança de forma a facilitar a genuinidade das respostas fornecidas. Antes de se dar início à recolha os(as) participantes foram esclarecidos(as) acerca do objetivo do estudo e informados que a sua participação tinha carácter voluntário, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas. Para tal, utilizou-se um termo de consentimento informado onde constavam estas informações.

Foi utilizado um questionário sociodemográfico que foi heteroadministrado por razões instrumentais, ligadas a limitações relacionados com problemas de saúde funcional (e.g., visão, motricidade fina) e/ou falta de habilitações literárias dos(as) idosos(as) (Diniz & Amado, 2014). Durante o preenchimento dos dados sociodemográficos a generalidade dos(as) idosos(as) que concordaram participar e eram analfabetos foram excluídos do estudo, mas teve-se em atenção não parar abruptamente o procedimento de recolha.

Após o preenchimento do termo de consentimento informado e do questionário sociodemográfico, seguia-se o preenchimento das vinhetas em suporte de papel e foi esclarecido sucintamente pelos entrevistadores, o propósito e a estrutura das vinhetas.

As séries de nove vinhetas foram sempre aleatorizadas para cada participante. Cada vinheta foi apresentada individualmente e retirada após o seu preenchimento, evitando que os(as) idosos(as) tivessem tendência a voltar atrás para comparar as respostas fornecidas.

A recolha foi feita sempre que possível de manhã, uma vez que nessa altura os(as) idosos(as) estão mais ativos cognitivamente devido aos efeitos do ritmo circadiano (Li, Hasher, Jonas, Rahhal, & May, 1998).

Durante as entrevistas foi utilizado um diário de campo de forma a registar os comentários, dificuldades, a relutância em responder a questões relacionadas com os rendimentos e os sinais de cansaço dos(as) participantes. A utilização deste procedimento conjuntamente com a observação dos entrevistadores permitiu detetar que a EVA não estava a funcionar corretamente.

Pretendia-se apreciar a opinião dos(as) participantes com diferentes rendimentos face a uma situação hipotética relativa à (não)adesão à nova prescrição médica. No entanto, após terem sido recolhidos os dados de 19 participantes os mesmos foram eliminados. Verificou-se que os(as) idosos(as) apesar de compreenderem a lógica subjacente à EVA, ficavam demasiado centrados(as) nas âncoras da escala “nada caro”, “caro” e “muito caro” (Figura 1), acabando por enviesar as respostas devido a efeitos de desejabilidade social.

Neste sentido, procedeu-se à alteração da EVA eliminando a âncora “caro”. Desta forma, os participantes eram confrontados com uma escala com dois extremos “nada caro” e “muito caro”, permitindo assim um maior rigor no que toca ao processo de tomada de decisão.

Após a alteração da EVA e de se voltar a proceder à recolha dos dados, verificou-se que os(as) participantes tinham dificuldade em compreender a(s) frase(s) da(s) vinheta(s) (e.g., “Acha que gastar por mês mais 75 desses 500€ em novos medicamentos é:”), possivelmente devido a problemas relacionados com a inumeracia nos(as) idosos(as) (cf. Peters, Hart, & Fraenkel, 2010; Peters, Hibbard, Slovic, & Dieckmann, 2007) e/ou com a formulação da frase, sendo necessário os entrevistadores esclarecerem o que era pretendido, vinheta a vinheta.

Mesmo assim, foram eliminados(as) seis participantes desta segunda recolha e procedeu-se novamente à alteração das vinhetas. Manteve-se a EVA com as duas âncoras “nada caro” e “muito caro”, mas alterou-se a frase que antecedia a escala. Desta forma, optou-se por dividir a tarefa em duas partes em que primeiro o(a) idoso(a) recebia a instrução (e.g., “Imagine um(a) idoso(a) com um rendimento de



concluídas, foram inseridas as respostas dadas em centímetros por cada participante no *SPSS for Windows*.

Foi realizada uma análise com recurso à ANOVA de medidas repetidas e os resultados inerentes às médias estimadas para cada uma das proporções (3%; 15%; e, 30%) foram exportadas para um ficheiro *Excel* através do qual foram criadas tabelas dinâmicas e posteriormente gerados os gráficos nos quais se podem observar as tendências nos níveis do fator (Santos, 2014a).

No sentido de perceber se os participantes do estudo com diferentes rendimentos diferenciavam os níveis do fator CM, recorreu-se à utilização da ANOVA de medidas repetidas. No entanto, antes da análise, observou-se o diagrama de extremos e quartis (*box-plot*), no qual se verificou a existência de *outliers* procedendo-se à eliminação dos mesmos. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de forma a testar a normalidade das variáveis observadas, previamente à análise da ANOVA de medidas repetidas. O nível de significância estatística utilizado na ANOVA foi de  $p < .05$  e, sempre que a condição de esfericidade foi violada (teste *W* de Mauchly), adotou-se a correção de *Greenhouse-Geisser* para os graus de liberdade para todos os testes utilizados (Marôco, 2011; Tabachnick & Fidell, 2007). Para além da significância estatística foram apreciadas as magnitudes de efeito e a potência estatística dos testes realizados (Cohen, 1988).

## 4.2. Resultados e Discussão

Foi realizado previamente o teste de K-S e os resultados apontaram que o pressuposto de normalidade do critério “custo dos medicamentos” (CM) foi cumprido para todos os montantes, com exceção da redução de 30% de 500 ( $Z_{k-s} = 1.70$ ;  $p < .01$ ), 1000 ( $Z_{k-s} = 1.52$ ;  $p < .05$ ) e 1500 euros ( $Z_{k-s} = 1.56$ ;  $p < .05$ ) do rendimento mensal auferido pelo(a) idoso(a) hipotético(a).

Na Figura 3 apresentam-se os gráficos relativos aos resultados da ANOVA de medidas repetidas para o fator CM, considerando a redução percentual do rendimento mensal do(a) idoso(a) hipotético(a) para os grupos de rendimentos dos(as) participantes.

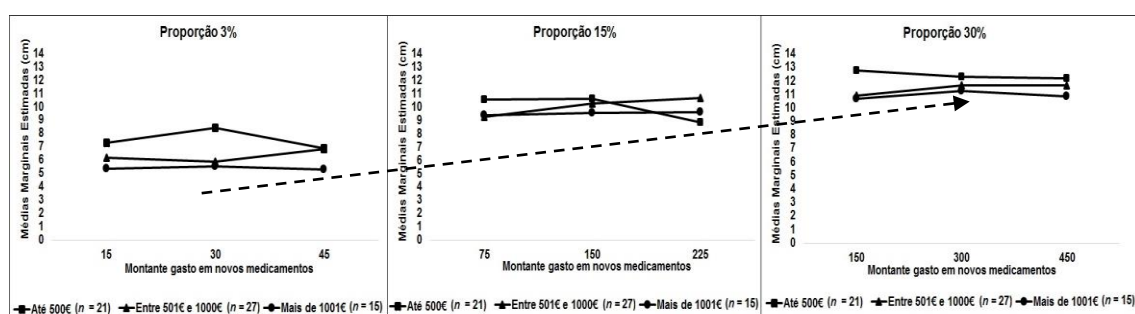


Figura 3. Níveis de proporção do custo dos medicamento do(a) idoso(a) hipotético(a) para os grupos de rendimentos dos(as) participantes.

Com base na Figura 3, é possível verificar que há uma valoração monotónica dos níveis de proporção do CM para o(a) idoso(a) hipotético(a) por parte dos participantes de acordo com o seu nível de rendimento. Assim, é possível inferir que os(as) participantes respondem de forma consistente à escala visual-analógica (EVA) que lhes foi proposta.

No que diz respeito à redução de 3% do rendimento mensal auferido pelo(a) idoso(a) hipotético(a), o teste  $W$  de Mauchly indicou para o CM que o pressuposto da esfericidade não foi violado em qualquer um dos grupos de rendimentos dos participantes: até 500 euros [ $\chi^2(2) = .35$ ,  $p = ns$ ], entre 501 e 1000 euros [ $\chi^2(2) = .02$ ,  $p = ns$ ] e mais de 1000 euros [ $\chi^2(2) = 1.20$ ,  $p = ns$ ]. Para a redução de 15%, o pressuposto de esfericidade não foi violado no grupo de rendimentos até 500 euros [ $\chi^2(2) = .75$ ,  $p = ns$ ], mas foi-o no grupo de rendimentos entre 501 e 1000 euros [ $\chi^2(2) = 15.46$ ,  $p < .001$ ] e no grupo com mais de 1001 euros [ $\chi^2(2) = 8.02$ ,  $p < .05$ ]. Para a redução de 30%, o pressuposto da esfericidade foi violado no grupo de rendimentos entre 501 e 1000 euros [ $\chi^2(2) = 6.24$ ,  $p < .05$ ], mas não no grupo de rendimentos até 500 euros [ $\chi^2(2) = .20$ ,  $p = ns$ ] e no com mais de 1001 euros [ $\chi^2(2) = 2.99$ ,  $p = ns$ ].

Na Tabela 1 apresentam-se os resultados obtidos para os efeitos principais da ANOVA de medidas repetidas para o fator CM.

Tabela 1. *Resultados da ANOVA: Redução Percentual do Rendimento Mensal do(a) Idoso(a) Hipotético(a) para os Grupos de Rendimentos dos(as) Participantes*

%RRM	Grupo de rendimentos	SQ	gl	MQ	F	$\eta^2_p$	P
3%	Até 500 €	157.38	2,40	78.69	5.72**	.22	.84
	Entre 501 e 1000€	309.20	2,52	154.60	15.96***	.38	.99
	Mais de 1001€	227.41	2,28	113.70	11.86***	.46	.99
15%	Até 500 €	22.75	2,40	11.37	1.04	.05	.22
	Entre 501 e 1000€	15.96	1,37,35.59	11.66	1.10	.04	.20
	Mais de 1001€	24.50	1,37,19.17	17.89	1.86	.12	.29
30%	Até 500 €	56.33	2,43	28.16	6.99**	.26	.91
	Entre 501 e 1000€	15.63	1,64,42.59	9.54	2.99	.10	.50
	Mais de 1001€	56.33	2,28	6.69	3.36*	.19	.59

Nota. %RRM = percentagem de redução do rendimento mensal; SQ = soma dos quadrados (Tipo III); P = potência observada.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Como pode observar-se na tabela, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as percentagens de redução do rendimento mensal auferido pelo(a) idoso(a) hipotético(a), com exceção da redução de 15%. Acresce que, conforme o expectável, os valores de  $\eta^2_p$  obtidos para os montantes nesta proporção foram mais baixos do que nas proporções de 3% e 30%. Justifica-se, assim, o recurso à utilização desta proporção de 15% da redução do rendimento mensal (na tabela, RRM) como operacionalização do fator CM no estudo dos determinantes da resposta de adesão ao medicamento.



## 5. Estudo dos Determinantes da Resposta de Adesão ao Medicamento

### 5.1. Método

#### 5.1.1. Participantes

A amostra foi constituída por um total de 72 idosos(as) (leque etário = 65 – 87 anos; *Mdn* = 70) voluntários(as), escolarizados(as), não institucionalizados(as), autónomos(as) e sem demência (*MMSE*; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009) nem depressão (*EDG-15*; Diniz, 2007; Tumas, Rodrigues, Farias, & Crippa, 2008). Relativamente ao género a amostra teve uma distribuição equitativa e quanto ao meio de residência, 45,8% dos(as) participantes residiam em meio urbano, 51,4% em meio mediamente urbano e 2,8% residia em meio rural.

No que diz respeito ao estado civil, 68,1% dos(as) idosos(as) eram casados(as) ou vivem em união de facto, 18,1% eram viúvos(as), 12,5% eram divorciados(as) ou separados(as) e 1,4% eram solteiros(as). Quanto às habilitações literárias, verificou-se que 63,9% dos(as) participantes frequentaram o 1º ciclo do ensino básico, 15,3% frequentaram o 2º ciclo, 12,5% o 3º ciclo e 8,3% frequentaram o ensino secundário.

Por último, respeitante à existência de doença cardíaca, observou-se que 52,8% dos(as) participantes tinham problemas cardíacos e os familiares ou amigos(as) não tinham, 6,9% tinham problemas cardíacos e familiares ou amigos(as) também tinham problemas cardíacos e 40,2% não tinham problemas cardíacos.

#### 5.1.2. Instrumentos e Estímulos

***Mini-Mental State Examination (MMSE)***. Com o objetivo de fazer o rastreio de alterações do estado mental, o *MMSE* (Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009) é uma aferição portuguesa do *Mini-Mental State (MMS)* (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975).

Associado ao envelhecimento está o declínio cognitivo, condição intimamente ligada com a deterioração dos tecidos cerebrais (Miranda et al., 2011; Monroe & Carter, 2012; Pedrero-Chamizo et al., 2013). A deterioração dos tecidos tem como consequência o declínio das funções cognitivas, ocorrendo as maiores alterações ao nível das funções executivas, principalmente ao nível da coordenação de tarefas, do planeamento, da manutenção de objetivos, da memória de trabalho e da mudança de tarefas (Pedrero-Chamizo et al., 2013). As dificuldades cognitivas podem emergir de diferentes condições clínicas (Folstein et al., 1975) e o *MMSE* é um dos instrumentos mais utilizados para monitorizar as alterações do funcionamento cognitivo (Nilsson,

2007; Wind et al., 1997), apesar de não substituir uma avaliação completa (Folstein et al., 1975; Mitchell, 2009) no caso de suspeita de déficit cognitivo.

O *MMSE* é constituído por um total de 30 questões, em que são avaliadas seis funções cognitivas: orientação; retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem; e, habilidade construtiva. A prova está dividida em duas secções, em que a primeira requer que o(a) examinado(a) responda oralmente a questões relacionadas com a orientação, memória e atenção e a pontuação máxima é de 21 pontos. A segunda secção é relativa à capacidade de nomear, seguir instruções verbais e escritas, escrever uma frase espontaneamente e copiar um polígono, sendo a pontuação máxima de nove pontos (Brugnolo et al., 2009; Folstein et al., 1975). A cotação da prova é feita com base numa escala dicotómica (certo ou errado), em que cada resposta correta equivale a um ponto, e cada resposta errada ou omissa (e.g., o(a) examinado(a) responde “não me recordo”) equivale a zero pontos. A pontuação máxima que o(a) examinado(a) pode obter é de 30 pontos, representando este total que não existe compromisso cognitivo.

O instrumento requer um tempo médio de aplicação entre cinco a dez minutos, o que se torna prático para os(as) profissionais já que pode ser aplicado de forma rápida (Folstein et al., 1975). Isso constitui uma vantagem, uma vez que se tem verificado que a maior parte das baterias existentes são longas, requerendo muito tempo de aplicação (e.g., WAIS; Folstein et al., 1975; Ideno, Takayam, Hayashi, Takagi, & Sugai, 2012), e tornam-se complicadas de administrar em pessoas que apresentam demência precoce que, para além de poderem responder de forma defensiva a algumas questões, cooperam por curtos períodos de tempo (Jubi, 1999). É importante que o(a) profissional que aplica o instrumento não pressione o(a) examinado(a) em itens em que existe dificuldade, de forma a que a pessoa colabore e sejam evitadas reações adversas.

No instrumento estão concentradas questões que se focam apenas nos aspetos cognitivos, excluindo questões relacionadas com o humor, formas de pensamento e experiências mentais associadas a doenças psiquiátricas (Folstein et al., 1975). Assim, o *MMSE* fornece informações importantes acerca da capacidade do(a) examinado(a) cuidar de si próprio(a), sendo estas informações facilmente apreciadas por outros profissionais (e.g., advogados, juízes, assistentes sociais) que se preocupam com questões relacionadas com a capacidade dos(as) idosos(as) realizarem as suas tarefas diárias de forma autónoma ou de trazer aos examinados a ajuda que estes necessitam (Folstein et al., 1975).

O desempenho cognitivo entre iletrados(as) e pessoas com baixos níveis de escolaridade é mais fraco no *MMSE* do que o observado em pessoas com mais escolaridade (Brito-Marques & Cabral-Filho, 2004; Brucki & Nitrini, 2010; Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Sczufca, Almeida, Vallada, Tasse, & Menezes, 2009), daí a necessidade de existirem pontuações diferentes consoante o grau de escolarização. Ainda assim, verifica-se que existe uma grande heterogeneidade no que diz respeito ao desempenho entre iletrados, possivelmente devido às diferentes exigências ambientais e origens socioculturais (Brucki & Nitrini, 2010). Acresce que para além da escolaridade também a idade, a etnia e o género têm evidenciado ter efeito na pontuação do *MMSE* (Chatfield, Matthews, & Brayne, 2007; Fillenbaum, Heyman, Williams, Prosnitz, & Burchett, 1990; Murden & Galbraith, 1997; Murden, McRae, Kaner, & Bucknam, 1991; Ng, Niti, Chiam, & Kua, 2007; Rosselli, Tappen, Williams, & Salvatierra, 2006; Wind et al., 1997).

Por último, no estudo de Morgado et al. (2009) verificou-se que a literacia é o principal determinante da pontuação do *MMSE*. Assim, e uma vez que neste estudo se propõem novos valores normativos para a avaliação com o *MMSE*, face aos anteriores (Guerreiro et al., 1994), optou-se por, no presente estudo, adotar os pontos de corte encontrados pelos autores para a deteção de défice cognitivo: de zero a dois anos de escolaridade – 22 pontos; para três a seis anos – 24 pontos; e, para escolaridade igual ou superior a sete anos – 27 pontos.

**Escala de Depressão Geriátrica (versão reduzida) (EDG-15).** Utilizada de forma a possibilitar o rastreio de patologia depressiva em idosos(as), a EDG-15 (Diniz, 2007) é uma adaptação portuguesa da *Geriatric Depression Scale (GDS-15)* (Sheikh & Yesavage, 1986).

A *GDS* original (*GDS-30*; Yesavage et al., 1983) foi desenvolvida com o objetivo de detetar a existência de depressão nos(as) idosos(as). Identificar a sintomatologia depressiva na velhice não é fácil para os profissionais de saúde, uma vez que a depressão se manifesta nos(as) idosos(as) de uma forma que por vezes é difícil reconhecer, não só devido à falta de formação dos profissionais (Fernández-San Martín et al., 2002), mas também por a depressão ter uma apresentação clínica mais atípica (Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009) quando comparada a faixas etárias mais novas. O seu modo de expressão nos(as) idosos(as), pode levar a que os sintomas sejam confundidos com problemas que advêm do próprio processo de envelhecimento (e.g., solidão, insónia), deterioração cognitiva (e.g., perda de memória

e da atenção, desorientação) ou doenças físicas (e.g., dor, obstipação) (Fernández-San Martín et al., 2002).

Constituída por 30 itens, a *GDS* possui excelentes propriedades psicométricas (Pocinho et al., 2009) e permite dar ênfase aos sintomas depressivos de forma a excluir os sintomas que poderiam ser confundidos com queixas somáticas (Jongenelis et al., 2005; Yesavage et al., 1983) ou com “pseudo-demência” (Fernández-San Martín et al., 2002). A criação desta escala foi também uma forma de resposta ao facto de a maior parte das escalas de depressão baseadas na população em geral não serem adequadas aos idosos (Izal, Montorio, Nuevo, Pérez-Rojo, & Cabrera, 2010; Yesavage et al., 1983), o que permite a *GDS* apresentar vantagens quando comparada com outros instrumentos (e.g., *BDI*; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) (Tumas et al., 2008).

No entanto, devido à necessidade de se criar um instrumento mais rápido de cotar, mais atrativo e de reduzir o tempo de administração tanto em ambulatório como em ambientes não especializados, a *GDS* de 15 itens surgiu como uma alternativa apesar de ser menos informativa (Almeida & Almeida, 1999; Paradela, Lourenço, & Veras, 2005; Sheikh & Yesavage, 1986). Como vantagens, apresenta ainda o facto de as perguntas serem facilmente entendidas pelos(as) idosos(as), ter um tempo médio de aplicação entre cinco a sete minutos (tornando-se mais simples de usar do que a versão de 30 itens com idosos(as) que ficam facilmente fatigados e/ou possuem défices cognitivos), de existir uma pequena variação de resposta (sim ou não) e de poder ser auto ou heteroadministrada (Brown & Schinka, 2005; Paradela et al., 2005; Sheikh & Yesavage, 1986).

Para a *GDS-15* foram seleccionadas as perguntas que na *GDS* original apresentavam maior correlação com sintomas depressivos operacionalizados de acordo com o *DSM-IV* (Lai, Tong, Zeng, & Xu, 2010; Wongpakaran, Wongpakaran, & Reekum, 2013). A pontuação da *GDS-15* varia entre zero e 15 pontos e 10 questões indicam a presença de depressão quando respondidas de forma positiva, e as restantes questões (i.e., 1, 5, 7, 11, 13) indicam depressão quando respondidas negativamente, sendo por isso necessário recodificá-las (Sheikh & Yesavage, 1986). Estes cinco itens operacionalizam o fator “satisfação com a vida” enquanto os restantes 10 itens, operacionalizam o fator “afeto depressivo geral”, que permite aceder respetivamente aos aspetos de vida positivos e negativos (Brown, Woods, & Storandt, 2007). Quanto aos resultados, cinco pontos sugerem a existência de depressão e 10 ou mais pontos são quase sempre indicadores de depressão.

No que diz respeito aos pontos de corte, diversas aferições têm sido feitas em todo o mundo. Apesar de poder existir um problema ao nível da validade ecológica relacionada com as diferenças socioculturais dos(as) idosos(as) que vivem na América do Sul e dos Europeus (Pocinho et al., 2009), num estudo realizado por Tumas et al. (2008) com uma amostra de idosos(as) brasileiros(as), o melhor ponto de corte encontrado para diferenciar os(as) idosos(as) deprimidos(as) dos(as) não deprimidos(as) foi de 8/9 e para diagnóstico de depressão o ponto de corte encontrado foi de 10/11. Este último ponto de corte foi utilizado neste estudo.

**Vinhetas em suporte digital.** A tarefa foi constituída por 36 estímulos apresentados em computador sob a forma de vinhetas, sendo utilizado para o efeito o programa *SuperLab (version 5)*. Nas vinhetas foi apresentada uma situação hipotética em que o(a) participante tinha que se colocar na posição de um(a) idoso(a) (que não o próprio) e decidir, em função dos fatores operacionalizados na tarefa experimental [i.e., “severidade da condição clínica” (SCC), “custo dos medicamentos” (CM), “confiança no clínico”, operacionalizada como experiência do clínico (EC) e a “complexidade do regime” (CR) de toma dos medicamentos], qual a inclinação do(a) idoso(a) hipotético(a) para aderir à prescrição dos novos medicamentos.

Na tarefa experimental utilizou-se um plano fatorial 3 (SCC) x 3 (CM) x 2 (EC) x 2 (CR), mais especificamente 3 x 3 x 2 (*within*) x 2 (*between*), onde foram criados dois grupos (CR “simples” e “complexo”), cada um com 36 idosos(as) equitativamente distribuídos pela condição clínica “coração”. Pretendeu-se que a instância clínica “doente do coração” fosse analisada através dos vários níveis dos fatores: SCC – “normal para a idade”, “grave” e “perigo para a vida”; CM – “75 euros”, “150 euros” e “225 euros” relativos à redução de 15% do rendimento de 500, 1000 e 1500 euros do(a) idoso(a) hipotético(a) (cf. Ponto 4.2.); EC – “experiente” e “muito experiente”; e, CR, “simples” e “complexo”.

Uma vez definida a existência de dois grupos de CR, foi necessário definir a ordem pela qual os fatores SCC, CM e EC apareceriam nas vinhetas em suporte digital. Para tal, recorreu-se à utilização do desenho dos quadrados latinos (Alferes, 1998, 2012) como forma de efetuar todas as permutações possíveis entre os três fatores. Designou-se o fator SCC como “A”, o fator CM como “B” e o fator EC como “C”.

Foram encontradas seis sequências (i.e., ABC, ACB, BAC, BCA, CAB, CBA) resultado de todas as combinações entre os três fatores. Estas seis sequências foram utilizadas tanto para o regime “simples” como para o “complexo”.

Para responder, o(a) participante dispunha de uma EVA cujo gradiente era apresentado sob a forma de linha com dois extremos “nenhuma inclinação” e “toda a inclinação”. A EVA estava enquadrada numa área do ecrã do computador, definida entre -500 e 500 pixéis, em que a cada 20 pixéis correspondia uma categoria, perfazendo um total de 50 categorias. Foi solicitado que o(a) participante indicasse no ecrã, tocando com o dedo, o local da EVA que correspondia à sua resposta. Quanto mais a resposta se aproximasse dos extremos da escala, menor ou maior era a inclinação do(a) idoso(a) hipotético(a) para aderir à prescrição dos novos medicamentos.

### **5.1.3. Procedimento**

Foi calculado através da técnica de análise *a priori* da potência estatística, a dimensão da amostra com recurso ao *G\*Power 3.1.7* (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ( $n = 70$ ). 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 em comparação, no caso dois, ao número de mensurações efetuadas ( $3 \times 3 \times 2 \times 2 = 36$ ) e à correlação expectável entre as medidas repetidas ( $r = .50$ ) (Cohen, 1988). No entanto, optou-se por aumentar a amostra para 72 participantes de forma a colmatar eventuais falhas que pudessem ocorrer durante o procedimento de recolha e que ameaçassem a validade das conclusões estatísticas do estudo (Shadish, Cook, & Campbell, 2002). Acresce que eram necessários 72 participantes, para os(as) poder distribuir em igual número no que respeita ao fator “complexidade do regime” (CR) e ao fator “género”.

Para o estudo foram recolhidos os dados de 88 participantes, mas procedeu-se à eliminação de 16 devido aos idosos serem iletrados ou obterem pontuações no *MMSE* e/ou na *GDS-15* superiores aos valores recomendados (Morgado et al., 2009; Tumas et al., 2008).

Para a recolha de dados, foram acautelados os mesmos pressupostos inerentes ao estudo prévio das propriedades da escala de avaliação da proporção de custo (cf. Ponto 4.). No entanto, como forma de integrarem mais participantes na amostra, utilizou-se um cartaz que era afixado pelos responsáveis das instituições nas salas de convívio. No cartaz era explicitado o objetivo do trabalho e feito o pedido de participação no estudo. Assim, quem estivesse interessado em participar (quando a investigadora não estivesse presente na instituição) poderia recorrer ao gabinete da direção para se inscrever e seria posteriormente contactado via telefónica pela investigadora, sendo esta também uma forma de evitar falsos(as) voluntários(as) que

em outros momentos poderiam sentir-se pressionados(as) a participar (Diniz & Amado, 2014).

Mostrando o(a) participante interesse em colaborar no estudo, em primeiro lugar era apresentado um termo de consentimento informado seguido de um questionário sociodemográfico. Após uma recolha inicial em formato de entrevista, foi administrada a adaptação portuguesa do *Mini Mental State Examination (MMSE)*; Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009) e a Escala de Depressão Geriátrica – Versão Reduzida (Diniz, 2007; Sheikh & Yesavage, 1986), de forma a eliminar os(as) participantes passíveis de sofrerem de défices cognitivos e de patologia depressiva grave. Os resultados das provas de rastreio foram divulgados apenas ao próprio e sempre que os(as) participantes obtinham pontuações que sugerissem a existência de demência ou depressão, eram encaminhados para os(as) profissionais de saúde a fim de realizarem uma avaliação mais aprofundada (Diniz & Amado, 2014).

Quanto à realização da tarefa experimental, os(as) participantes sentavam-se numa poltrona de frente para o monitor, num local iluminado e, sempre que possível, a tarefa era realizada numa sala à parte ou num local mais isolado de forma a evitar elementos distratores, respeitar a privacidade do(a) participante face à devolução dos resultados das provas de rastreio e evitar que futuros(as) participantes tivessem antecipadamente contacto com a tarefa.

No final, realizaram-se algumas perguntas (*self-report*) relacionadas com a perceção da complexidade do regime de toma da medicação do(a) participante e com a existência de problemas cardíacos em familiares, amigos íntimos ou no(a) próprio(a). No entanto, houve participantes que verbalizaram de forma espontâneos conteúdos relativos à sua condição clínica antes de iniciarem a tarefa, registando-se assim as verbalizações.

**Estímulos e desenho experimental.** As vinhetas com os diversos níveis dos fatores foram criadas com recurso ao *PowerPoint 2013*, sendo posteriormente transformadas em imagens e importadas para o *SuperLab (version 5)*.

Foram criadas para cada participante 18 vinhetas mas, com o intuito de se obterem resultados mais precisos dada a sensibilidade da escala, optou-se por duplicar as vinhetas e assim, cada participante respondeu duas vezes à mesma situação. Este procedimento permitiu obter resultados mais exatos relativos ao local em que o(a) participante colocava a sua resposta, possibilitando fazer-se uma média entre as duas respostas fornecidas pelos(as) idosos(as). Apresentam-se, abaixo, exemplos dessas vinhetas para o CR “simples” (Figura 4) e CR “complexo” (Figura 5).

Uma pessoa com mais de 75 anos de idade,  
com um rendimento de 1000 euros  
foi a um(a) médico(a) que lhe receitou novos medicamentos.

Essa pessoa já tomava um comprimido ao pequeno-almoço,  
dois ao almoço e um ao jantar.

Os novos medicamentos terão de ser tomados  
uma vez por dia, de manhã.

**Tenha em conta que:**  
**os novos medicamentos custam 150 dos 1000 euros**  
**a doença é um perigo para a vida**  
**o(a) médico(a) é muito experiente**

Aponte na linha abaixo qual a inclinação que essa pessoa terá  
para tomar os novos medicamentos

|-----|  
Nenhuma Toda

Figura 4. Exemplo de vinheta utilizada no procedimento experimental para o regime “simples”.

Uma pessoa com mais de 75 anos de idade,  
com um rendimento de 1500 euros  
foi a um(a) médico(a) que lhe receitou novos medicamentos.

Essa pessoa já tomava um comprimido ao pequeno-almoço,  
dois ao almoço e um ao jantar.

Os novos medicamentos terão de ser tomados todos os dias  
metade de um comprimido ao almoço e,  
ao jantar, alternadamente, um comprimido num dia e metade no dia seguinte.

**Tenha em conta que:**  
**o(a) médico(a) é muito experiente**  
**os novos medicamentos custam 225 dos 1500 euros**  
**a doença é normal para a idade**

Aponte na linha abaixo qual a inclinação que essa pessoa terá  
para tomar os novos medicamentos

|-----|  
Nenhuma Toda

Figura 5. Exemplo de vinheta utilizada no procedimento experimental para o regime “complexo”.

A tarefa experimental foi constituída por um bloco único e antes do início da tarefa, foram apresentadas instruções no monitor informando cada participante sobre o procedimento e a tarefa a executar. Seguidamente realizou-se um conjunto de quatro ensaios-treino, durante os quais os(as) idosos(as) se adaptaram ao procedimento experimental. No período de treino as vinhetas continham uma sequência de apresentação diferente daquela que seria apresentada posteriormente na tarefa. Após o período de treino e garantidas boas condições de registo e a boa compreensão da tarefa pelos(as) participantes, iniciou-se a fase experimental. A extensão ocupada por



cada vinheta no ecrã foi de 1366 x 786 pixéis que correspondia à resolução do monitor.

Como forma de garantir a padronização do processo de recolha e colmatar a dificuldade que alguns idosos(as) poderiam ter em trabalhar com o computador, era pedido aos participantes para tocarem no ecrã no local da escala que correspondia em cada situação à sua resposta. Uma vez que para a tarefa experimental não importava os tempos de reação, os(as) idosos(as) tinham tempo para refletir acerca das respostas fornecidas na tarefa. Após os(as) participantes indicarem o local, as respostas foram registadas no computador pela investigadora. A sequência apresentada dos níveis dos fatores foi aleatorizada pelo *SuperLab (version 5)* para cada respondente.

Todos os aspetos de apresentação e do registo em linha das respostas foram geridos pelo *software SuperLab (version 5)* e posteriormente exportados para o *Excel 2013* de forma a trabalhar os dados com recurso à criação de tabelas dinâmicas (Santos, 2014b). Por último, e geradas as médias referentes às situações hipotéticas apresentadas acerca da adesão à prescrição medicamentosa, os dados foram introduzidos no *IBM-SPSS Statistics for Windows (version 21)*.

**Análise dos dados.** Quanto à análise estatística dos dados, esta foi realizada com recurso à ANOVA de medidas repetidas, tendo como fatores *within-subject* a SCC (três níveis), o CM (três níveis), a EC (dois níveis) e como fatores *between-subject* a CR (dois níveis). Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de forma a testar a normalidade das variáveis observadas, previamente à análise da ANOVA de medidas repetidas e verificou-se que os pressupostos de normalidade, de homogeneidade da matriz de covariâncias das variáveis observadas (teste *M* de Box) e da homogeneidade das variâncias do erro dessas variáveis (teste de Levene) foram violados (Marôco, 2011; Tabachnick & Fidell, 2007).

Quando violados esses pressupostos, para a análise estatística dos dados optou-se por recorrer à operação *split file*, dividindo o ficheiro segundo a “complexidade do regime” de administração dos medicamentos. Neste caso, como fatores *between-subjects* considerou-se o género (operacionalizado como 1 = masculino; 2 = feminino) e a patologia (operacionalizada como 1 = tem problemas cardíacos e familiares ou amigos também têm; 2 = não tem problemas cardíacos).

Uma vez que foram utilizados na tarefa 18 ensaios e como forma de facilitar a compreensão, optou-se por codificar cada ensaio com os vários níveis dos fatores *within-subjects* da seguinte forma: 1 = doença normal para a idade, médico experiente

e gasta 75 euros nos novos medicamentos; 2 = doença grave, médico experiente e gasta 75 euros nos novos medicamentos; 3 = doença perigo para a vida, médico experiente e gasta 75 euros nos novos medicamentos; 4 = doença normal para a idade, médico experiente e gasta 150 euros nos novos medicamentos; 5 = doença grave, médico experiente e gasta 150 euros nos novos medicamentos; 6 = doença perigo para a vida, médico experiente e gasta 150 euros nos novos medicamentos; 7 = doença normal para a idade, médico experiente e gasta 225 euros nos novos medicamentos; 8 = doença grave, médico experiente e gasta 225 euros nos novos medicamentos; 9 = doença perigo para a vida, médico experiente e gasta 225 euros nos novos medicamentos; 10 = doença normal para a idade, médico muito experiente e gasta 75 euros nos novos medicamentos; 11 = doença grave, médico muito experiente e gasta 75 euros nos novos medicamentos; 12 = doença perigo para a vida, médico muito experiente e gasta 75 euros nos novos medicamentos; 13 = doença normal para a idade, médico muito experiente e gasta 150 euros nos novos medicamentos; 14 = doença grave, médico muito experiente e gasta 150 euros nos novos medicamentos; 15 = doença perigo para a vida, médico muito experiente e gasta 150 euros nos novos medicamentos; 16 = doença normal para a idade, médico muito experiente e gasta 225 euros nos novos medicamentos; 17 = doença grave, médico muito experiente e gasta 225 euros nos novos medicamentos; 18 = doença perigo para a vida, médico muito experiente e gasta 225 euros nos novos medicamentos.

Tal como aconteceu no estudo prévio, o nível de significância estatística utilizado na ANOVA foi de  $p < .05$  e sempre que a condição de esfericidade foi violada, adotou-se a correção de *Greenhouse-Geisser* para os graus de liberdade, para todos os testes utilizados (Marôco, 2011; Tabachnick & Fidell, 2007). Também como no estudo prévio, para além da significância estatística foram apreciadas as magnitudes de efeito e a potência estatística dos testes realizados (Cohen, 1988).

Todas as comparações múltiplas destinadas a indicar os efeitos significativos de um fator em níveis específicos (testes *post-hoc*) foram realizadas com ajustamento de *Bonferroni* para os níveis de significância (Bagiella, Sloan, & Heitjan, 2000; Keselman, 1998; Marôco, 2011).

## 6. Resultados

Na primeira análise efetuada através da ANOVA de medidas repetidas com o desenho 3 x 3 x 2 (*within-subjects*) x 2 (*between-subjects*), verificou-se com recurso ao teste de K-S, que os conjuntos 3 ( $Z_{k-s} = 1.49$ ;  $p < .05$ ), 6 ( $Z_{k-s} = 2.08$ ;  $p < .001$ ), 9 ( $Z_{k-s} = 2.27$ ;  $p < .001$ ), 12 ( $Z_{k-s} = 1.45$ ;  $p < .05$ ), 13 ( $Z_{k-s} = .94$ ;  $p < .05$ ), 15 ( $Z_{k-s} = 2.32$ ;  $p < .001$ ) e 18 ( $Z_{k-s} = 2.82$ ;  $p < .001$ ) não seguiam uma distribuição normal.

Para a igualdade da matriz das covariâncias das variáveis observadas, o teste *M* de *Box* indicou que o pressuposto foi violado [ $M_{Box} = 434.55$ ;  $F(171,1540.47) = 1.84$ ;  $p < .001$ ], bem como para o teste de Levene para testar a homogeneidade das variâncias. Neste último, o pressuposto foi violado no conjunto dos níveis 11 [ $F(1,70) = 4.51$ ;  $p < .05$ ] e 17 [ $F(1,70) = 4.97$ ;  $p < .05$ ].

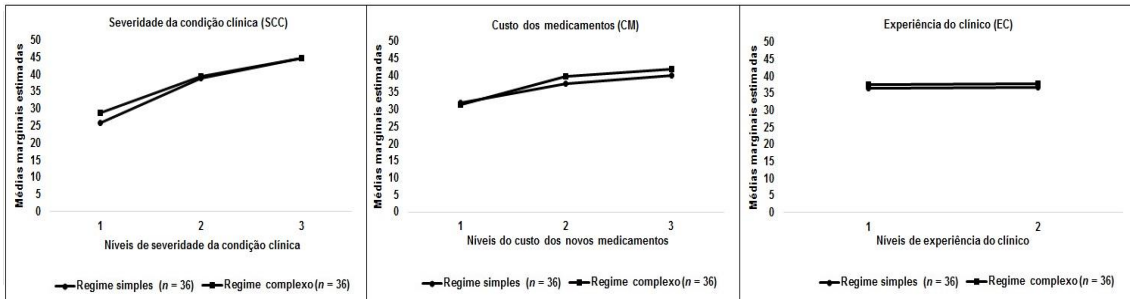
Uma vez que os pressupostos foram violados, não se prosseguiu a análise de variância, optando-se pela operação *split file* dividindo o ficheiro segundo a “complexidade do regime” de administração dos medicamentos para a continuação do estudo. Neste caso, como fatores *between-subjects* considerou-se o género e a patologia (com e sem problemas cardíacos).

### 6.1. Complexidade do Regime

Relativamente ao regime “simples”, os resultados apontaram que o pressuposto de normalidade do critério inclinação para tomar os novos medicamentos foi cumprido para todos os conjuntos, com exceção do conjunto três ( $Z_{k-s} = 1.44$ ;  $p < .05$ ), seis ( $Z_{k-s} = 1.55$ ;  $p < .05$ ), nove ( $Z_{k-s} = 1.81$ ;  $p < .05$ ), 15 ( $Z_{k-s} = 1.89$ ;  $p < .05$ ) e 18 ( $Z_{k-s} = 2.33$ ;  $p < .001$ ). No regime “complexo”, os resultados apontaram que o pressuposto de normalidade não se verificou para os conjuntos nove ( $Z_{k-s} = 1.56$ ;  $p < .05$ ), 15 ( $Z_{k-s} = 1.40$ ;  $p < .05$ ) e 18 ( $Z_{k-s} = 2.04$ ;  $p < .001$ ).

No regime “simples”, de acordo com o teste *W* de Mauchly o pressuposto de esfericidade foi violado para o fator “severidade da condição clínica” (SCC),  $\chi^2(2) = 21.86$ ,  $p < .001$ , para o “custo dos medicamentos” (CM),  $\chi^2(2) = 40.33$ ,  $p < .001$ , bem como para a interação entre a SCC e o CM,  $\chi^2(9) = 68.49$ ,  $p < .001$ . No regime “complexo”, o pressuposto de esfericidade foi violado para a SCC,  $\chi^2(2) = 41.05$ ,  $p < .001$ , para o CM,  $\chi^2(2) = 48.52$ ,  $p < .001$ , bem como para a interação entre a SCC e o CM,  $\chi^2(9) = 65.76$ ,  $p < .001$ .

Na Figura 6 apresentam-se os gráficos relativos aos resultados da ANOVA de medidas repetidas para os fatores SCC, CM e experiência do clínico (EC) em ambos os regimes de administração dos medicamentos, quanto à inclinação para tomar os novos medicamentos.



**Figura 6.** Inclinação para tomar novos medicamentos nos regimes “simples” e “complexo”: Médias marginais para os fatores SCC, CM e EC. Níveis de SCC: 1 = normal para a idade; 2 = grave; 3 = perigo para a vida. Níveis de CM: 1 = 75€; 2 = 150€; 3 = 225€. Níveis de EC: 1 = experiente; 2 = muito experiente.

Com base na Figura 6, é possível observar que para ambos os regimes a SCC e o CM influenciaram a inclinação para tomar novos medicamentos, verificando-se diferenças nessa inclinação entre todos os níveis. Já o mesmo não foi observado para a EC. Para todos estes casos os padrões de inclinação das curvas foram similares para ambos os regimes. Observou-se, ainda, que tanto para a SCC quanto para o CM, e em ambos os regimes, houve uma maior inclinação para tomar os novos medicamentos do nível um para o nível dois do que do nível dois para o nível três.

Entretanto, os resultados estatísticos corroboram o observado através da inspeção visual da figura. Estes mostraram que não se verificou um efeito principal estatisticamente significativo da EC para o regime “simples” [ $F(1.00,35.00) = .77$ ;  $p = ns$ ;  $\eta^2_p = .02$ ; potência observada = .14]. Contudo, quanto ao “complexo” o resultado foi marginalmente significativo com uma magnitude de efeito moderada e uma potência observada abaixo do valor desejável (.80; Cohen, 1988) [ $F(1.00,35.00) = 3.84$ ;  $p = .058$ ;  $\eta^2_p = .10$ ; potência observada = .48]. Estes resultados apontam para possibilidade de existir uma diferença estatisticamente significativa entre os dois níveis de EC no regime “complexo” que não foi observada porque a dimensão da amostra não foi suficiente para a capturar.

Na Tabela 2 apresentam-se os resultados estatisticamente significativos obtidos através da ANOVA para a complexidade do regime quanto aos fatores em apreciação neste estudo. Como pode observar-se na tabela foram encontrados efeitos principais na SCC e no CM, tanto para o regime “simples” como para o “complexo”. Foram também obtidos efeitos de interação SCC x CM em ambos os regimes. Note-se que tanto a magnitude do efeito quanto a potência observada foram elevadas (Cohen, 1988) para todos estes casos.

Tabela 2. Resultados da ANOVA: Efeitos da Severidade da Condição Clínica e do Custo dos Medicamentos sobre a Inclinação para Tomar os Novos Medicamentos nos Regimes “Simples” e “Complexo”

A. Regime simples (n = 36)						
Fatores	SQ	gl	MQ	F	$\eta^2_p$	P
SCC	40715.37	1.36,47.48	30013.80	74.15***	.68	1.00
CM	7473.53	1.18,41.31	6332.49	47.97***	.58	1.00
SCC x CM	929.55	2.08,72.89	446.33	10.47***	.23	.99
B. Regime complexo (n = 36)						
Fatores	SQ	gl	MQ	F	$\eta^2_p$	P
SCC	28786.97	1.18,41.15	24483.30	98.02***	.74	1.00
CM	12836.92	1.14,39.77	11296.21	48.11***	.58	1.00
SCC x CM	9087.84	1.19,41.47	7669.26	45.10***	.56	1.00

Nota. SQ = soma dos quadrados (Tipo III); P = potência observada; SCC = severidade de condição clínica; CM = custo dos medicamentos.

\*\*\* $p < .001$ .

Quanto aos efeitos principais do regime “simples”, a análise dos testes *post-hoc* revelou quanto à SCC que as diferenças ocorreram do nível um para o nível dois [ $\Delta M = -13.28$ ;  $EP = 1.80$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -5.63$ ;  $EP = .90$ ;  $p < .001$ ]. Quanto ao CM, os resultados apontaram para a existência de diferenças do nível um para o nível dois [ $\Delta M = -5.63$ ;  $EP = .91$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -2.49$ ;  $EP = .40$ ;  $p < .001$ ].

Para o regime “complexo” observou-se o mesmo padrão de resultados. Quanto à SCC, as diferenças ocorreram do nível um para o nível dois [ $\Delta M = -10.82$ ;  $EP = 1.10$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -5.18$ ;  $EP = .67$ ;  $p < .001$ ]. Quanto ao CM, as diferenças ocorreram do nível um para o nível dois [ $\Delta M = -8.27$ ;  $EP = 1.26$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -2.01$ ;  $EP = .42$ ;  $p < .001$ ].

Na Figura 7 apresentam-se os gráficos relativos aos resultados das médias marginais para o efeito de interação SCC x CM em ambos os regimes. Como se pode aí observar, para ambos os regimes, ocorreu um “efeito de teto” (*ceiling effect*) do nível “grave” para o nível “perigo para a vida” da SCC, o que traduz uma diminuição da importância do CM quando este é comparado com o efeito existente entre os níveis “normal para a idade” e “grave”.

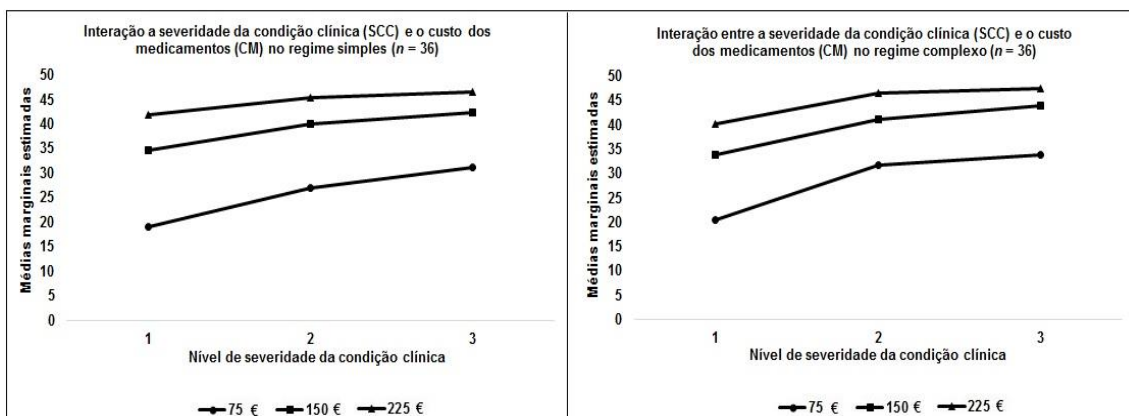


Figura 7. Médias marginais dos efeitos de interação entre a SCC e o CM nos regimes “simples” e “complexo”. Ver a explicitação dos níveis dos fatores na Figura 6.

## 6.2. Género

Relativamente ao regime “simples”, os resultados apontaram que o pressuposto de normalidade do critério inclinação para tomar os novos medicamentos para o género feminino não foi cumprido para os conjuntos nove ( $Z_{k-s} = 1.39$ ;  $p < .05$ ) e 18 ( $Z_{k-s} = 1.52$ ;  $p < .05$ ) e, no género masculino, para os conjuntos 15 ( $Z_{k-s} = 1.44$ ;  $p < .05$ ) e 18 ( $Z_{k-s} = 2$ ;  $p < .05$ ). No regime “complexo”, os resultados apontaram que o pressuposto de normalidade não se verificou no conjunto 18 ( $Z_{k-s} = 1.48$ ;  $p < .05$ ) para o género feminino e nos conjuntos nove ( $Z_{k-s} = 1.69$ ;  $p < .05$ ) e 18 ( $Z_{k-s} = 1.42$ ;  $p < .05$ ) para o género masculino.

No regime “simples”, de acordo com o teste  $W$  de Mauchly o pressuposto de esfericidade foi violado para a SCC,  $\chi^2(2) = 21.98$ ,  $p < .001$ , para o CM,  $\chi^2(2) = 40.12$ ,  $p < .001$ , bem como para a interação entre a SCC e o CM,  $\chi^2(9) = 65.48$ ,  $p < .001$ . No regime “complexo”, o pressuposto de esfericidade foi violado para a SCC,  $\chi^2(2) = 39.51$ ,  $p < .001$ , para o CM,  $\chi^2(2) = 47.02$ ,  $p < .001$ , bem como para a interação entre a SCC e o CM,  $\chi^2(9) = 65.16$ ,  $p < .001$ .

Na Figura 8 apresentam-se os gráficos relativos aos resultados da ANOVA de medidas repetidas para os fatores SCC, CM e EC em ambos os regimes de administração dos medicamentos, quanto à inclinação para tomar os novos medicamentos.

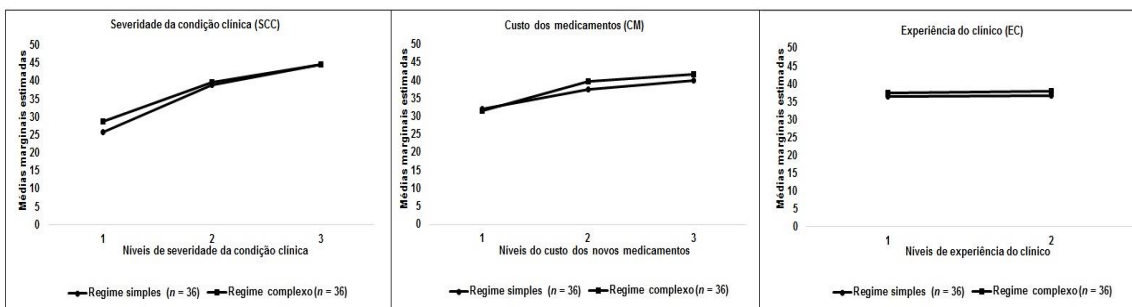


Figura 8. Inclinação para tomar novos medicamentos nos regimes “simples” e “complexo”: Médias marginais para os fatores SCC, CM e EC quanto ao género. Ver níveis dos fatores na Figura 6.

Com base na Figura 8, é possível observar que para ambos os regimes a SCC e o CM influenciaram a inclinação para tomar novos medicamentos, verificando-se diferenças nessa inclinação entre todos os níveis. Já o mesmo não foi observado para a EC. Para todos estes casos os padrões de inclinação das curvas foram similares para ambos os regimes. Observou-se, ainda, que tanto para a SCC quanto para o CM, e em ambos os regimes, houve uma maior inclinação para tomar os novos medicamentos do nível um para o nível dois do que do nível dois para o nível três. Note-se que estes resultados foram semelhantes aos obtidos para a “complexidade do regime”.

Entretanto, os resultados estatísticos corroboram o observado através da inspeção visual da figura. Estes mostraram que não se verificou um efeito principal estatisticamente significativo da EC para o regime “simples” [ $F(1.00,34.00) = .76$ ;  $p = ns$ ;  $\eta^2_p = .02$ ; potência observada = .14]. Contudo, quanto ao “complexo” o resultado foi marginalmente significativo com uma magnitude de efeito moderada e uma potência observada abaixo do valor desejável (.80; Cohen, 1988) [ $F(1.00,34.00) = 3.97$ ;  $p = .054$ ;  $\eta^2_p = .11$ ; potência observada = .49]. Estes resultados apontam para possibilidade de existir uma diferença estatisticamente significativa entre os dois níveis de EC no regime “complexo” que não foi observada porque a dimensão da amostra não foi suficiente para a capturar.

Na Tabela 3 apresentam-se os resultados estatisticamente significativos obtidos através da ANOVA para o género quanto aos fatores em apreciação neste estudo. Como pode observar-se na tabela foram encontrados efeitos principais na SCC e no CM, tanto para o regime “simples” como para o “complexo”. Foram também obtidos efeitos de interação SCC x CM em ambos os regimes. Note-se que tanto a

magnitude do efeito quanto a potência observada foram elevadas (Cohen, 1988) para todos estes casos.

Tabela 3. Resultados da ANOVA para o Género: Efeitos da Severidade da Condição Clínica e do Custo dos Medicamentos sobre a Inclinação para Tomar os Novos Medicamentos nos Regimes “Simples” e “Complexo”

A. Regime simples (n = 36)						
Fatores	SQ	gl	MQ	F	$\eta^2_p$	P
SCC	40715.37	1.35,45.75	30256.69	72.80***	.68	1.00
CM	7473.53	1.17,39.92	6365.59	47.02***	.58	1.00
SCC x CM	929.55	2.12,72.03	438.77	10.51***	.24	.99
B. Regime complexo (n = 36)						
Fatores	SQ	gl	MQ	F	$\eta^2_p$	P
SCC	28786.97	1.18,40.05	24439.82	98.41***	.74	1.00
CM	12836.92	1.14,38.65	11292.84	46.93***	.58	1.00
SCC x CM	859.38	2.14,72.79	401.39	11.89***	.26	.99

Nota. Ver símbolos estatísticos e abreviaturas na Tabela 2.

\*\*\* $p < .001$ .

Quanto aos efeitos principais do regime “simples”, a análise dos testes *post-hoc* revelou quanto à SCC que as diferenças ocorreram do nível um para o nível dois [ $\Delta M = -13.28$ ;  $EP = 1.81$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -5.63$ ;  $EP = .90$ ;  $p < .001$ ]. Quanto ao CM, os resultados apontaram para a existência de diferenças do nível um para o nível dois [ $\Delta M = -5.63$ ;  $EP = .92$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -2.49$ ;  $EP = .39$ ;  $p < .001$ ].

Para o regime “complexo” observou-se o mesmo padrão de resultados. Quanto à SCC, as diferenças ocorreram do nível um para o nível dois [ $\Delta M = -10.82$ ;  $EP = 1.09$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -5.18$ ;  $EP = .68$ ;  $p < .001$ ]. Quanto ao CM, as diferenças ocorreram do nível um para o nível dois [ $\Delta M = -8.27$ ;  $EP = 1.27$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -2.01$ ;  $EP = .43$ ;  $p < .001$ ].

Na Figura 9 apresentam-se os gráficos relativos aos resultados das médias marginais para o efeito de interação entre a SCC e o CM em ambos os regimes. Como se pode aí observar, para ambos os regimes, ocorreu um “efeito de teto” (*ceiling effect*) do nível “grave” para o nível “perigo para a vida” da SCC, o que traduz uma



diminuição da importância do CM quando este é comparado com o efeito existente entre os níveis “normal para a idade” e “grave”.

Entretanto, quanto às comparações entre gêneros, o teste de Levene no regime “simples” mostrou que o pressuposto de normalidade só foi violado no conjunto seis ( $F(1,34) = 6.76, p < .05$ ).

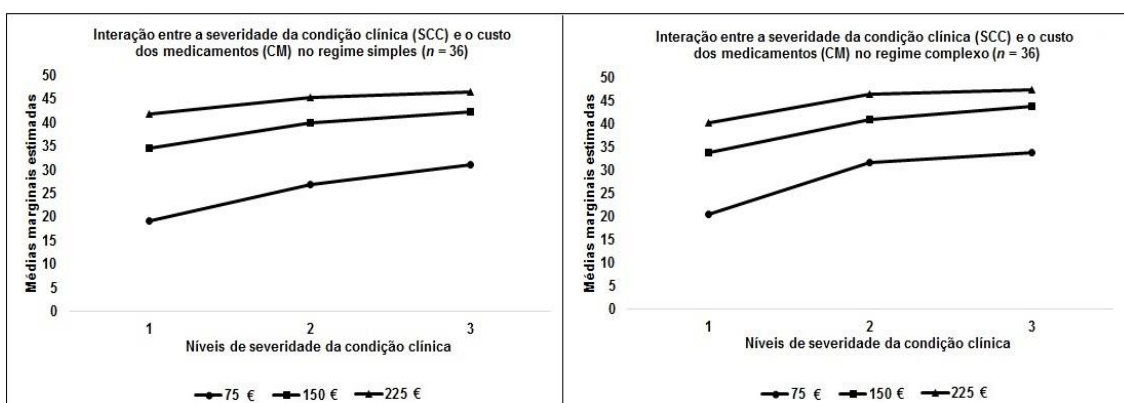


Figura 9. Médias marginais dos efeitos de interação entre a SCC e o CM nos regimes “simples” e “complexo” para o gênero. Ver níveis dos fatores na Figura 6.

Por fim, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à inclinação para tomar os novos medicamentos [ $F(1,34) = .10; p = ns; \eta^2_p = .00$ ; potência observada = .06]. No regime “complexo”, o pressuposto de normalidade não foi violado para qualquer dos conjuntos considerados. Entretanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à inclinação para tomar os novos medicamentos [ $F(1,34) = .02; p = ns; \eta^2_p = .00$ ; potência observada = .05].

### 6.3. Patologia

Relativamente ao regime “simples”, os resultados apontaram que o pressuposto de normalidade do critério inclinação para tomar os novos medicamentos para quem tinha patologia cardíaca (PC), não foi cumprido para os conjuntos três ( $Z_{k-s} = 1.50; p < .05$ ), seis ( $Z_{k-s} = 1.49; p < .05$ ), nove ( $Z_{k-s} = 1.52; p < .05$ ), 15 ( $Z_{k-s} = 1.53; p < .05$ ) e 18 ( $z = 1.82; p < .05$ ). E para quem não tinha PC a normalidade da distribuição não se verificou no conjunto 18 ( $Z_{k-s} = 1.49; p < .05$ ). No regime “complexo” os resultados apontaram que para quem tinha PC, o pressuposto de normalidade não se verificou para os conjuntos nove ( $Z_{k-s} = 1.58; p < .05$ ) e 18 ( $Z_{k-s} = 1.66; p < .05$ ).

No regime “simples”, de acordo com o teste  $W$  de Mauchly o pressuposto de esfericidade foi violado para a SCC,  $\chi^2(2) = 21.90, p < .001$ , para o CM,  $\chi^2(2) = 39.95, p$

< .001, bem como para a interação entre a SCC e o CM,  $\chi^2(9) = 66.97$ ,  $p < .001$ . No regime “complexo”, o pressuposto de esfericidade foi violado para a SCC,  $\chi^2(2) = 36.02$ ,  $p < .001$ , para o CM,  $\chi^2(2) = 47.56$ ,  $p < .001$ , bem como para a interação entre a SCC e o CM,  $\chi^2(9) = 63.66$ ,  $p < .001$ .

Na Figura 10 apresentam-se os gráficos relativos aos resultados da ANOVA de medidas repetidas para os fatores SCC, CM e EC em ambos os regimes de administração dos medicamentos, quanto à inclinação para tomar os novos medicamentos.

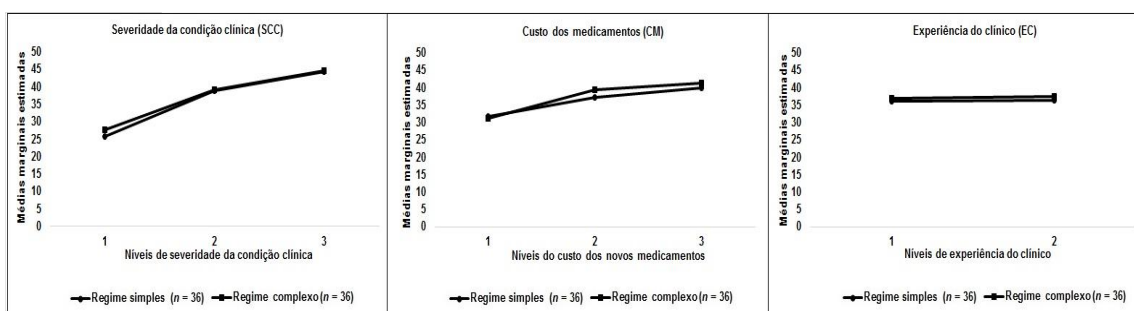


Figura 10. Inclinação para tomar novos medicamentos nos regimes “simples” e “complexo”: Médias marginais para os fatores SCC, CM e EC quanto à patologia. Ver níveis dos fatores na Figura 6.

Com base na Figura 10, é possível observar que para ambos os regimes a SCC e o CM influenciaram a inclinação para tomar novos medicamentos, verificando-se diferenças nessa inclinação entre todos os níveis. Já o mesmo não foi observado para a EC. Para todos estes casos os padrões de inclinação das curvas foram similares para ambos os regimes. Observou-se, ainda, que tanto para a SCC quanto para o CM, e em ambos os regimes, houve uma maior inclinação para tomar os novos medicamentos do nível um para o nível dois do que do nível dois para o nível três. Note-se que estes resultados foram semelhantes aos obtidos para a “complexidade do regime” e para o “gênero”.

Entretanto, os resultados estatísticos corroboram o observado através da inspeção visual da figura. Estes mostraram que não se verificou um efeito principal estatisticamente significativo da EC para o regime “simples” [ $F(1.00,34.00) = .28$ ;  $p = ns$ ;  $\eta^2_p = .01$ ; potência observada = .08]. Contudo, quanto ao “complexo” o resultado foi marginalmente significativo com uma magnitude de efeito moderada e uma potência observada abaixo do valor desejável (.80; Cohen, 1988) [ $F(1.00,34.00) = 3.81$ ;  $p = .059$ ;  $\eta^2_p = .10$ ; potência observada = .48]. Estes resultados apontam para a

possibilidade de existir uma diferença estatisticamente significativa entre os dois níveis de EC no regime “complexo” que não foi observada porque a dimensão da amostra não foi suficiente para a capturar.

Na Tabela 4 apresentam-se os resultados estatisticamente significativos obtidos através da ANOVA para a patologia quanto aos fatores em apreciação neste estudo.

Tabela 4. *Resultados da ANOVA para a Patologia: Efeitos da Severidade da Condição Clínica e do Custo dos Medicamentos sobre a Inclinação para Tomar os Novos Medicamentos nos Regimes “Simples” e “Complexo”*

A. Regime simples (n = 36)						
Fatores	SQ	gl	MQ	F	$\eta^2_p$	P
SCC	38616.31	1.35,45.79	28673.32	69.30***	.67	1.00
CM	7359.18	1,18,39.95	6262.48	46.07***	.58	1.00
SCC x CM	847.71	2.09,71.18	404.93	9.42***	.22	.98
EC x PC	83.49	1.00,34.00	83.49	5.27*	.13	.61
B. Regime complexo (n = 36)						
Fatores	SQ	gl	MQ	F	$\eta^2_p$	P
SCC	30032.82	1.20,40.86	24991.35	113.19***	.77	1.00
CM	11880.20	1.13,38.56	10474.69	43.50***	.56	1.00
SCC x CM	895.78	2.15,73.22	415.96	12.59***	.27	.99
SCC x PC	1257.26	1.20,40,86	1046.21	4.74*	.12	.62

Nota. Ver símbolos estatísticos na Tabela 2. SCC = severidade de condição clínica; CM = custo dos medicamentos; EC = experiência do clínico; PC = patologia cardíaca.

\* $p < .05$ . \*\*\* $p < .001$ .

Como pode observar-se na tabela foram encontrados efeitos principais na SCC e no CM, tanto para o regime “simples” como para o “complexo”. Foram também obtidos efeitos de interação no regime “simples” EC x PC, no regime “complexo” SCC x PC e, em ambos os regimes, SCC x CM. Note-se que a magnitude do efeito foi elevada (Cohen, 1988) para a SCC, o CM e para a interação SCC x CM. Para as interações EC x PC e SCC x PC, a magnitude do efeito foi moderada (Cohen, 1988).

Quanto aos efeitos principais do regime “simples”, a análise dos testes *post-hoc* revelou quanto à SCC que as diferenças ocorreram do nível um para o nível dois

[ $\Delta M = -13.21$ ;  $EP = 1.85$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -5.44$ ;  $EP = .90$ ;  $p < .001$ ]. Quanto ao CM, os resultados apontaram para a existência de diferenças do nível um para o nível dois [ $\Delta M = -5.63$ ;  $EP = .94$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -2.56$ ;  $EP = .40$ ;  $p < .001$ ].

Para o regime “complexo” observou-se o mesmo padrão de resultados. Quanto à SCC, as diferenças ocorreram do nível um para o nível dois [ $\Delta M = -11.35$ ;  $EP = 1.07$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -5.40$ ;  $EP = .68$ ;  $p < .001$ ]. Quanto ao CM, as diferenças ocorreram do nível um para o nível dois [ $\Delta M = -8.21$ ;  $EP = 1.31$ ;  $p < .001$ ] e do nível dois para o nível três [ $\Delta M = -1.92$ ;  $EP = .43$ ;  $p < .001$ ].

Nas Figuras 11, 12 e 13 apresentam-se os gráficos relativos aos resultados das médias marginais para as interações CM x SCC em ambos os regimes, EC x PC no regime “simples” e SCC x PC no regime “complexo”.

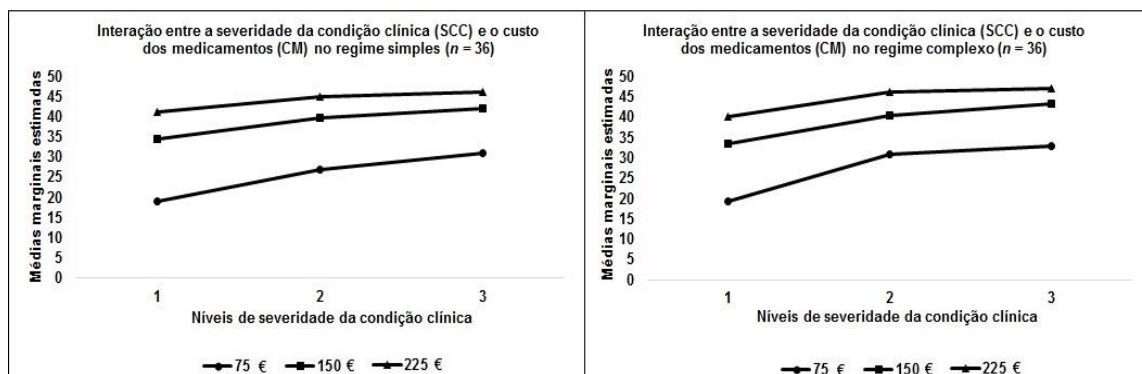


Figura 11. Médias marginais dos efeitos de interação entre o CM e a SCC nos regimes “simples” e “complexo” para a patologia. Ver níveis dos fatores na Figura 6.

Como pode observar-se na Figura 11, para ambos os regimes, ocorreu um “efeito de teto” (*ceiling effect*) do nível “grave” para o nível “perigo para a vida” da SCC, o que traduz uma diminuição da importância do CM quando este é comparado com o efeito existente entre os níveis “normal para a idade” e “grave”.

Como pode observar-se na Figura 12, ocorreu um incremento da inclinação para tomar os novos medicamentos do nível “experiente” para o nível “muito experiente” da EC em quem tinha PC. O mesmo não se verificou para quem não tinha PC.

Como pode observar-se na Figura 13, há medida que o nível de SCC foi aumentando ocorreu uma maior indiferenciação quanto à presença ou não de PC. Acresce que o regime “complexo” parece ser mais favorável para a adesão aos novos medicamentos.

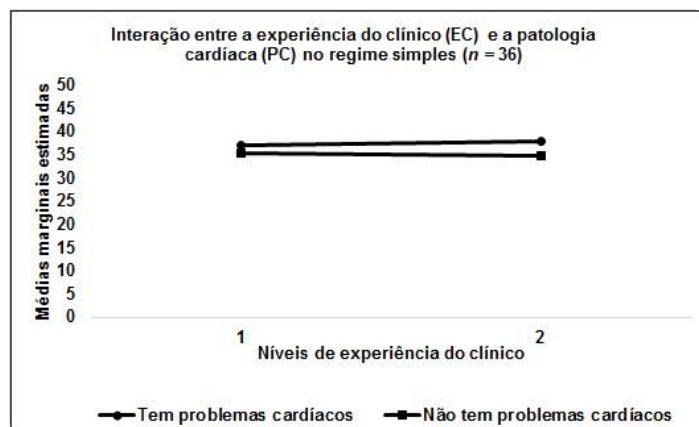


Figura 12. Médias marginais do efeito de interação entre a EC e a PC no regime “simples” para a patologia. Ver níveis dos fatores na Figura 6.

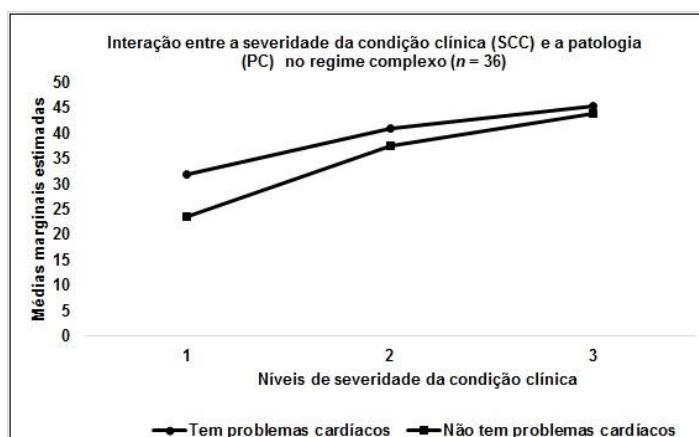


Figura 13. Médias marginais do efeito de interação entre a SCC e a PC no regime “complexo” para a patologia. Ver níveis dos fatores na Figura 6.

Entretanto, no regime “simples” quanto às comparações entre quem tinha PC e quem não tinha PC, o teste de Levene mostrou que a homogeneidade das variâncias não se verificou nos conjuntos 10 ( $F(1,34) = 4.23$ ,  $p < .05$ ), 15 ( $F(1,34) = 6.08$ ,  $p < .05$ ), 16 ( $F(1,34) = 7.49$ ,  $p < .05$ ), 17 ( $F(1,34) = 14.35$ ,  $p < .05$ ) e 18 ( $F(1,34) = 9.23$ ,  $p < .05$ ). No regime “complexo”, quanto às comparações entre quem tinha PC e quem não tinha PC, a homogeneidade das variâncias não se verificou nos conjuntos nove ( $F(1,34) = 12.14$ ,  $p < .05$ ), 12 ( $F(1,34) = 7.87$ ,  $p < .05$ ) e 18 ( $F(1,34) = 8.65$ ,  $p < .05$ ).

Por fim, no regime “simples” não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre quem tinha PC e quem não tinha PC quanto à inclinação para tomar os novos medicamentos [ $F(1,34) = 1.23$ ;  $p = ns$ ;  $\eta^2_p = .04$ ; potência observada = .19]. No entanto, no regime “complexo” verificou-se uma diferença estatisticamente significativa quanto à inclinação para tomar os novos medicamentos entre quem tinha

PC e quem não tinha PC [ $F(1,34) = 6.03$ ;  $p < .05$ ;  $\eta^2_p = .15$ ; potência observada = .67].  
Apreciando-se esta diferença, constata-se que os que tinham PC ( $M = 39.41$ ) tinham maior inclinação para tomar os novos medicamentos do que os que não tinham ( $M = 35.02$ ).

## 7. Discussão

Os resultados mostraram que os fatores “severidade da condição clínica” (SCC) e “custo dos medicamentos” (CM) assumem-se como determinantes na inclinação para tomar os novos medicamentos.

Quanto à SCC, assistiu-se a uma maior inclinação para tomar os novos medicamentos entre os níveis “normal para a idade” e “grave”, do que entre os níveis “grave” e “perigo para a vida”, tanto no regime “simples” quanto no regime “complexo”, e através dos géneros e da condição ter ou não ter patologia cardíaca (PC). A SCC revelou-se um fator importante para a adesão à prescrição medicamentosa tal como acontece em alguns estudos (Krueger et al, 2005; Vik et al., 2006) e este facto pode dever-se à SCC ser tida como um fator suscetível de gerar, em termos afetivos, um efeito de pavor (*dread*) (Oliveira & Oliveira, 2007) uma vez que a tomada de decisão é influenciada em parte por uma avaliação afetiva gerada pela informação fornecida (Gigerenzer, 2002; Slovic, 1987; Slovic et al., 2002; Slovic et al., 2005; Sjöberg, 2002).

Quanto ao CM, assistiu-se a uma maior inclinação para tomar os novos medicamentos entre os níveis mais baixos de custo do que entre os níveis mais altos de custo, tanto no regime “simples” quanto no regime “complexo”, e através dos géneros e da condição ter ou não ter PC. A existência de capacidade financeira por parte dos(as) idosos(as) para adquirir os medicamentos poderá determinar a sua adesão, uma vez que a compra dos mesmos pode representar um peso elevado no orçamento familiar, como acontece para a generalidade dos(as) idosos(as) portugueses (Pordata, n.d.; cf. Anexo). Apesar de existirem medicamentos genéricos, que trazem vantagens financeiras para os(as) pacientes, uma vez que o seu preço tem uma diferença significativa dos medicamentos de marca e a percentagem suportada pelos(as) pacientes ser menor, muitos são os(as) idosos(as) que poderão não ter como pagar pelos seus medicamentos mensalmente. Contudo, o efeito de interação observado entre a SCC e o CM para os regimes “simples” e “complexo”, e através dos géneros e da condição ter ou não ter PC, traduziu-se num “efeito de teto” (*ceiling effect*) correspondente a uma diminuição da importância do CM a partir do nível “grave” da SCC. Esta interação revela-se interessante, uma vez que o CM é um fator que determina fortemente a adesão mas que, perante uma situação de risco em que está em causa a vida, vai assumindo progressivamente menor importância. Estes resultados, na senda de outros, sugerem que apesar das dificuldades financeiras, os pacientes são influenciados pelas suas crenças de saúde (Piette, et al., 2011; Ried,

2010), sendo possível diminuir o incumprimento da terapêutica, mesmo que o custo dos medicamentos seja elevado.

Como forma de ilustrar como o peso da decisão não é linear, basta pensar um pouco acerca do jogo da roleta russa. É colocada uma bala na câmara de um revólver e o tambor é girado, ficando a localização da bala desconhecida. Supondo que é dada a possibilidade de comprar a remoção de uma bala do revólver, pagar-se-ia tanto para reduzir o número de balas de quatro para três, como para as reduzir de um para zero? A maior parte das pessoas iria pagar muito mais de forma a reduzir a probabilidade de morte de um sexto para zero, do que para uma redução de quatro sextos para três sextos. Considerações económicas levam a que as pessoas paguem mais quando a valoração relativa ao dinheiro é reduzida em função da hipótese de poderem não viver o tempo suficiente para o desfrutar (Kahneman & Tversky, 1979). Por isso, apesar do custo e de acordo com os resultados do estudo, parece existir da parte dos(as) idosos(as) uma certa racionalidade afetiva (Slovic et al., 2002; Slovic et al., 2005), que faz com que perante uma situação de perigo, o dinheiro adquira menor importância.

Quanto à “experiência do clínico” (EC), para o nível “simples” do fator “complexidade do regime” (CR) entre géneros e a condição “ter ou não ter PC”, aquela não se revelou como determinante da maior adesão, possivelmente devido ao modo como o fator foi operacionalizado nos termos simples “experiente” e “muito experiente” (como registo proximal de apresentação no que toca à eventual confiança no clínico). No entanto, para o nível “complexo” da CR e entre géneros e condição “ter ou não ter PC”, a EC foi marginalmente significativa. Com uma amostra de maior dimensão, possivelmente, a EC neste regime teria influência na adesão à prescrição medicamentosa. Também uma alteração da instância clínica (e.g., demência) utilizada ou uma alteração contextual (de desenho experimental e presença de outros fatores) poderia originar diferentes resultados.

Observou-se um efeito de interação entre a EC e a PC no regime “simples” em que ocorreu um incremento da inclinação para tomar os novos medicamentos do nível “experiente” para o nível “muito experiente” da EC em quem tinha PC. Isto poder-se-á justificar uma vez que perante a existência de PC a EC adquire maior importância já que os(as) pacientes poderão sentir-se mais motivados para aderir à terapêutica se sentirem que o(a) profissional de saúde é alguém com muita experiência.

Observou-se, ainda, um outro efeito de interação, entre a SCC e a PC, no regime “complexo” para a condição ter ou não ter PC em que, à medida que o nível de SCC foi aumentando ocorreu uma maior indiferenciação quanto à presença ou não de



PC. Estes resultados poderão querer dizer que, independentemente da existência ou não de PC, quando a SCC é mais elevada os(as) idosos(as) tendem a ter uma maior inclinação para tomar os medicamentos, uma vez que as crenças acerca do tratamento e da toma dos medicamentos são em grande parte influenciadas pela percepção da gravidade da doença (Henriques, 2011).

À semelhança do que ocorreu no estudo de Rocha et al. (2008), não foram encontradas neste estudo diferenças relativamente aos géneros, o que contraria os resultados encontrados em outros estudos (Cooper et al., 2005; Kennedy & Morgan, 2006; Ribeiro et al., 2000).

Contrariamente ao que é sugerido por diversos autores (Caldeira et al, 2014; Claxton et al., 2001; Conn et al., 2006; Kennedy & Morgan, 2006; Matsui, 2013; Osterberg & Blaschke, 2005) os resultados do presente estudo apontam para uma maior adesão à prescrição medicamentosa quando o regime de administração é “complexo” para quem tem PC. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos no estudo de Cooper et al. (2005) em que se verificou que o número de medicações prescritas não foi um preditor significativo de não adesão. Isso talvez possa ser explicado pelo efeito *intent-to-treat*, em que, quando mais medicamentos o clínico prescreve mais os pacientes tendem a tomá-los (Cooper et al., 2005), uma vez que quanto maior é o número de prescrições, por norma, mais acentuada é a severidade da doença e mais cuidados requer. Acresce que o número de medicamentos prescritos poderá estar associado ao estereótipo de “bom clínico” e funcionar como pista válida de “boa/má prática de medicina”. No entanto, cada paciente no seu quotidiano poderá ter presente qual poderá ser a melhor forma de “proceder corretamente”, e até exprimir em contextos de “desejabilidade social” ou “obediência” juízos que considera serem corretos, verificando-se, assim, que a complexidade do regime é um problema prático. Apesar de os pacientes quererem “agradar” aos profissionais de saúde e tecerem considerações acerca do que pensam ser “correto”, a dificuldade de execução da tarefa (e.g., deficit cognitivo; carga cognitiva; medo do erro, normalmente associados à complexidade do regime) poderá influenciar a adesão à medicação.

Deve salientar-se como limitação interna deste trabalho o procedimento não probabilístico de amostragem utilizado. Esta limitação pode ser ultrapassada através da replicação do estudo com recurso a outras amostras não-probabilísticas para apreciar acerca da sustentação dos resultados agora encontrados. Acresce que deve ter-se em consideração que os resultados do estudo foram obtidos em função do

desenho experimental utilizado e do modo como os fatores foram operacionalizados. Diferentes resultados poderão ser encontrados mediante uma operacionalização diferente dos fatores e da inclusão de novos constructos. Por exemplo, existe muita literatura que reforça a importância da confiança no clínico na adesão à medicação, mas a escassez de desenhos experimentais que incluam este fator bem como a sua multidimensionalidade (Ozawa & Sripad, 2013; Rowe, 2005) contribui para a dificuldade de o medir. A mensuração da confiança no clínico poderá originar diferentes resultados consoante a forma de a operacionalizar, uma vez que exige do ponto de vista do desenho experimental grandes cuidados para evitar *confoundings* entre experiência, saber, fiabilidade e anos de prática do clínico.

A realização de um estudo idêntico ao que aqui se apresenta, alterando os níveis do fator “experiência do clínico” para “pouco experiente” e “muito experiente”, poderia fornecer melhores resultados. No entanto, o nível “pouco experiente” não parece ser adequado do ponto de vista “ecológico”, correspondendo a uma categoria que, por entre os clínicos, designaria um “estudante de medicina” ou “noviço”, que ocorre com pouca frequência nestes contextos. Também a forma de operacionalizar a confiança no clínico com recurso a outros registos proximais (e.g., tem experiência de 5 ou 20 anos, trabalha no Centro de Saúde ou no hospital de Santa Maria, é médico de família ou um médico especialista) poderia originar diferentes resultados. Uma outra alternativa, seria verificar por meio da replicação do presente estudo com outra instância clínica que não coração (e.g., demência) se se manteriam os resultados agora obtidos quanto à EC.

Por último, seria também interessante estudar nuances relativas ao tipo de regime (“simples” e “complexo”), apreciando a diferença entre idosos(as) pertencentes à terceira e quarta idades (Baltes & Smith, 2003), uma vez que na quarta idade estes são mais suscetíveis a condições clínicas de comorbilidade, implicando o aumento do número de medicamentos prescritos. A realização de um estudo neste âmbito, poderia promover a investigação com resultados sobre as condições de fronteira do funcionamento dos fatores de adesão na sua correlação com o declínio cognitivo associado ao avançar da idade em pacientes idosos(as).

## 8. Conclusão

Muitos são os fatores que podem desempenhar um papel importante no que concerne à adesão à medicação. A adesão é influenciada por crenças de saúde, como a percepção de risco, a percepção das vantagens e desvantagens da medicação, a autoeficácia e a comunicação dos problemas ao clínico (Hiligsmann, McGowan, Bennett, Barry, & Reginster, 2012). Esta problemática traduz-se no aumento de custos para os sistemas de saúde (Kennedy & Morgan, 2006; Osterberg & Blaschke, 2005), tornando-se um problema ao nível da economia e das políticas públicas de saúde (Marcum et al., 2013; Oliveira & Oliveira, 2007).

A investigação relativa à não adesão à prescrição medicamentosa, tem resultado em múltiplas intervenções e estratégias que visam melhorá-la (McDonald, Garg, & Haynes, 2002). No entanto, nenhuma estratégia de intervenção funciona para todos(as) os(as) idosos(as). Uma pessoa que não adere à medicação devido à crença de que o medicamento não é necessário é diferente da generalidade dos(as) idosos(as) portugueses(as) que podem não aderir à medicação devido à relação entre os montantes de pensões e reformas que auferem (Pordata, n.d.; cf. Anexo) e o custo dos medicamentos.

De entre os fatores envolvidos no processo de tomada de decisão quanto à adesão à nova medicação (Vik et al., 2006; Krueger et al., 2005), destacam-se a severidade da condição clínica (Vik et al., 2006; Wills & Moore, 1996), o custo dos medicamentos (Brunenberg et al. 2007; Chin et al., 2012; Hirth et al., 2006), a complexidade do regime (Claxton, Cramer, & Pierce, 2001; Vik et al., 2006) e a confiança no clínico (Kennedy & Morgan, 2006). No presente trabalho surgiram como mais relevantes a severidade da condição clínica e o custo dos medicamentos.

Apesar das limitações do trabalho, a presente investigação tem implicações relevantes no que concerne à compreensão da adesão à medicação na população idosa. Os resultados permitem que os profissionais de saúde e cuidadores informais estejam alerta relativamente aos fatores que influenciam essa adesão para que a eficácia do tratamento seja potenciada. Os profissionais poderão criar protocolos personalizados que permitam aumentar a adesão à prescrição medicamentosa (Kennedy & Morgan, 2006).

Os profissionais poderão procurar discutir diversos conteúdos com os pacientes, como o custo dos medicamentos, sabendo que ele deixa de ter tanta importância a partir do nível “grave” da severidade da condição clínica uma vez que suscita um juízo idêntico àquele de quando a doença é um “perigo para a vida”. As

implicações do processo afetivo na comunicação dos riscos da não adesão à medicação, tendo por base o modo como os diferentes níveis de severidade da condição clínica são expressos pelos(as) profissionais de saúde aos idosos, poderão ajudar a delinear estratégias que aumentem a adesão à prescrição medicamentosa. Contudo, a informação sobre níveis de gravidade da doença não é eticamente aceitável como alvo de manipulação, mesmo sendo beneficente, e, por isso, o seu efeito só poderá dar-se com uma cabal demonstração de transparência informativa adequada (i.e., sem demasiada tecnicidade e apontando para as consequências reais) e, simultaneamente, associada ao valor de autonomia decisória do paciente que é uma dimensão que deve ser assumida na adesão.

Por fim, o regime de administração dos novos medicamentos também será importante uma vez que quando o regime é “simples” os(as) idosos(as) com patologia cardíaca tendem a confiar mais nos profissionais “muito experientes”. Por outro lado, no regime de administração “complexo” e para quem tem problemas cardíacos, os(as) idosos(as) aderem mais facilmente a partir do nível “grave” da severidade da condição clínica.

## 9. Referências

- Abend, R., Dan, O., Maoz, K., Raz, S., Bar-Haim, Y. (2014). Reliability, validity and sensitivity of a computerized visual analog scale measuring state anxiety. *Journal of Behavior and Experimental Psychiatry*, 45, 447-453. doi:10.1016/j.jbtep.2014.06.004
- Alferes, V. R. (1998). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina
- Alferes, V. R. (2012). *Methods of randomization in experimental design*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Almeida, O., & Almeida, S. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 858-865.
- Axelrod, D. A., & Goold, S. D. (2000). Maintaining trust in the surgeon-patient relationship challenges for the new millennium. *Archives of Surgery*, 135, 55-61. doi:10.1001/archsurg.135.1.55
- Bagiella, E., Sloan, R., Heitjan, D. (2000). Mixed-effects models in psychophysiology. *Psychophysiology*, 37, 13-20. doi:10.1111/1469-8986.3710013
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380. doi:10.1037//0003-066X.52.4.366
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135. doi:10.1159/000067946
- Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A., & Bowman, B. A. (2014). Prevention of chronic disease in the 21<sup>st</sup> century: Elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*, 384, 54-52. doi:10.1016/S0140-6736(14)60648-6
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bijur, P. E., Silver, W., & Gallagher, E. J. (2001). Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Academic Emergency Medicine*, 8, 1153-1157. doi:10.1111/j.1553-2712.2001.tb01132.x

- Branin, J. J. (2001). The role of memory strategies in medication adherence among the elderly. *Home Health Care Services Quarterly*, 20(2), 1-16. doi:10.1300/J027v20n02\_01
- Brito-Marques, P., & Cabral-Filho, J. (2004). The role of education in Mini-Mental State Examination: A study in Northeast Brazil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 62, 206-211. doi:10.1590/S0004-282X2004000200003
- Brown, L., & Schinka, J. (2005). Development and initial validation of a 15-item informant version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 911-918. doi:10.1002/gps.1375
- Brown, P., Woods, C., & Storandt, M. (2007). Model stability of the 15-item Geriatric Depression Scale across cognitive impairment and severe depression. *Psychology and Aging*, 22, 372-379. doi:10.1037/0882-7974.22.2.372
- Brugnolo, A., Nobili, F., Barbieri, M., Dessi, B., Ferro, A., Girtler, N., ... Rodriguez, G. (2009). The factorial structure of the Mini Mental State Examination (MMSE) in Alzheimer's disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 180-185. doi:10.1916/j.archger.2008.07.005
- Brucki, S., & Nitrini, R. (2010). Mini-Mental State Examination among lower educational levels and illiterates. *Dementia & Neuro-psychologia*, 4, 120-125.
- Brunenberg, D. E., Wetzels, G. E., Nelemans, P. J., Dirksen, C. D., Severens, J. L., Stoffers, H. E., ... Joore, M. A. (2007). Cost effectiveness of an adherence-improving programme in hypertensive patients. *Pharmacoeconomics*, 25, 239-251. doi:10.2165/00019053-200725030-00006
- Cabral, M. V., Silva, P. A. (2010). Adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Retirado de <https://www.apifarma.pt/salaimprensa/comunicados/Documents/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20%C3%A0%20Terap%C3%AAutica%20PT.pdf>
- Caldeira, D., Vaz-Carneiro, A., & Costa, J. (2014). The impact of dosing frequency on medication adherence in chronic cardiovascular disease: Systematic review and meta-analysis. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33, 431-437. doi:10.1016/j.repce.2014.01.014
- Chatfield, M., Matthews, F., & Brayne, C. (2007). Using the Mini-Mental State Examination for tracking cognition in the older population based on longitudinal data. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 1066-1071. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01216.x

- Chia, L., Schlenk, E., Dunbar-Jacob, J. (2012). Effect of personal and cultural beliefs on medication adherence in the elderly. *Drugs and Aging*, 23, 191-202. doi:10.2165/00002512-200623030-00002
- Chin, A., Alves, M., Martins, N., Pedro, C., Ferreira, A., ... Brito de Sá, A. (2012). Influência dos factores financeiros no cumprimento da medicação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28, 368-374.
- Claxton, A. J., Cramer, J., & Pierce, C. (2001). A systematic review of the associations between dose regimens and medical compliance. *Clinical Therapeutics*, 23, 1296-1310. doi:10.1016/S0149-2918(01)80109-0
- Cline, R. R., Farley, J. F., Hansen, R. A., & Schommer, J. C. (2005). Osteoporosis beliefs and antiresorptive medication use. *Maturitas*, 50, 196-208. doi:10.1016/j.maturitas.2004.05.004
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2a ed.). New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Coleman, C. I., Limone, B., Sobieraj, D. M., Lee, S. Roberts, M. S., Kaur, R., & Alam, T. (2012). Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 18, 527-539. doi:10.1185/03007995.2012.677419
- Cooper, C., Carpenter, I., Katona, C., Schroll, M., Wagner, C., Fialova, D., & Livingstone, G. (2005). The AdHOC study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 1067-1076.
- 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*, 40, 201-219.
- 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. *Psychology/Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27, 491-497. doi:10.1590/1678-7153.201427309
- Farmer, K. C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 21, 1074-1090. doi:10.1016/S0149-2918(99)80026-5

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*, 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
- Fernández-San Martín, M., Andrade, C., Molina, J., Muñoz, P., Carretero, B., Rodríguez, M., & Silva, A. (2002). Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*, 279-287. doi:10.1002/gps.588
- Fillenbaum, G., Heyman, A., Williams, K., Prosnitz, B., & Burchett, B. (1990). Sensitivity and specificity of standardized screens of cognitive impairment and dementia among elderly black and white community residents. *Journal of Clinical Epidemiology*, *43*, 651-660. doi:10.1016/0895-4356(90)90035-N
- Finucane, M. L., & Lees, N. B. (2005). *Decision-making competence of older adults. Models and methods.* Retirado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.116.7585&rep=rep1&type=pdf>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State Examination: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento.* Lisboa: Climepsi Editores
- Fried, L. P. (2000). Epidemiology of aging. *Epidemiologic reviews*, *22*, 95-106.
- Gigerenzer, G. (2004). Dread risk, September 11, and fatal traffic accidents. *Psychological Science*, *15*, 286-287. doi:10.1111/j.0956-7976.2004.00668.x
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, *1*, 9-10.
- Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., & Balkrishnan, R. (2002). Trust in the medical profession: Conceptual and measurement issues. *Health Services Research*, *37*, 1419-1439. doi:10.1111/1475-6773.01070
- Haynes, R. B., McDonald, H. P., & Garg, A. X. (2002). Helping patients to follow prescribed treatment. Clinical applications. *The Journal of the American Medical Association*, *288*, 2880-2883. doi:10.1001/jama.288.22.2880
- Henriques, M. A. (2011). Adesão ao regime medicamento em idosos na comunidade: Eficácia das intervenções de enfermagem (Dissertação de doutoramento,



Universidade de Lisboa, Lisboa. Retirada de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959\\_td\\_MAdriana\\_Henriques.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf)

- Henriques, M. A., Costa, M. A., & Cabrita, J. (2012). Adherence and medication management by the elderly. *Journal of Clinical Nursing*, *21*, 3096-3105. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04144.x
- Hilgsmann, M., McGowan, B., Bennett, K., Barry, M., & Reginster, J. (2012). The clinical and economic burden of poor adherence and persistence with osteoporosis medications in Ireland. *Value in Health*, *15*, 604-612. doi:10.1016/j.jval.2012.02.001
- Hirani, S. P., & Newman, S. (2005). Patients' beliefs about their cardiovascular disease. *Heart*, *91*, 1235-1239. doi:10.1136/hrt.2003.025262
- Hirth, R., Piette, J., Greer, S. L., Albert, J., & Young, E. (2006). International comparison of out-of-pocket costs and medication compliance. *Paper presented at the annual meeting of the Economics of Population Health: Inaugural Conference of the American Society of Health Economists, TBA, Madison, WI, USA*. Retirado de [http://citation.allacademic.com/meta/p91512\\_index.html](http://citation.allacademic.com/meta/p91512_index.html)
- Huizinga, M. M., Bleich, S. N., Beach, M. C., Clark, J. M., & Cooper, L. A. (2010). Disparity in physician perception of patients' adherence to medications by obesity status. *Behavior and Psychology*, *18*, 1932-1937. doi:10.1038/oby.2010.35
- Ideno, Y., Takayam, M., Hayashi, K., Takagi, H., & Sugai, Y. (2012). Evaluation of a Japanese version of the Mini-Mental State Examination in elderly persons. *Geriatrics Gerontology International*, *12*, 310-316. doi:10.1111/j.14470594.2011.00772.x
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Estatísticas demográficas 2011*. Retirado de [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=156066969&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=156066969&att_display=n&att_download=y)
- Izal, M., Montorio, I., Nuevo, R., Pérez-Rojo, G., & Cabrera, I. (2010). Optimizing the diagnostic performance of the Geriatric Depression Scale. *Psychiatric Research*, *178*, 142-146. doi:10.1016/j.psychres.2009.02.018
- Jahng, K. H., Martin, L. R., Golin, C. E., & DiMatteo, M. R. (2005). Preferences for medical collaboration: Patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, *53*, 308-314. doi:10.1016/j.pec.2004.08.006

- Jensen, M. (2008). Pain assessment in clinical trials. In H. Wittink, & D. Carr (Eds.), *Pain management: Evidence, outcomes, and quality of life. A sourcebook.* (pp. 57-82). New York: Elsevier
- Jensen, M., & Karoly, P. (2010). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In D. Turk, & R. Melzack (Eds), *Handbook of assessment pain* (3a ed.) (pp. 19-41). New York: The Guilford Press.
- Jubi, A. (1999). Correlation between the Folstein Mini-Mental State Examination and Three Methods of Clock Drawing Scoring. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *12*, 87-91. doi:10.1177/089198879901200209
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, *47*, 263–291.
- Kennedy, J., & Morgan, S. (2006). A cross-national study of prescription nonadherence due to cost: Data from the joint Canada-United States survey of health. *Clinical Therapeutics*, *28*, 1217-1224. doi:10.1016/j.clinthera.2006.07.00901492918/06
- Keselman, H. (1998). Testing treatment effects in repeated measures designs: An update for psychophysiological researchers. *Psychophysiology*, *35*, 470-478. doi:10.1111/1469-8986.3540470
- Knottnerus, J. A., Metsemakers, J., Höppener, P., & Limonard, C. (1992). Chronic illness in the community and the concept of “social prevalence”. *Family Practice*, *9*, 15-21.
- Krespi, R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B., & Salmon, P. (2004). Hemodialysis patients’ beliefs about renal failure and its treatment. *Patient Education and Counseling*, *53*, 189-196. doi:10.1016/S0738-3991(03)00147-2
- Krueger, K. P., Berger, B. A., & Felkey, B. (2005). Medication adherence and persistence: A comprehensive review. *Advances in Therapy*, *22*, 313-356. doi:10.1007/BF02850081
- Lai, D., Tong, H., Zeng, Q., & Xu, W. (2010). The factor structure of a Chinese Geriatric Depression Scale-SF: Use with alone elderly Chinese in Shanghai, China. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *25*, 503-510. doi:10.1002/gps.2369
- Laufs, U., Retting-Ewen, V., & Böhm, M. (2010). Strategies to improve drug adherence. *European Heart Journal*, *32*, 264-268. doi:10.1093/eurheartj/ehq297
- Li, K., Hasher, L., Jonas, D., Rahhal, T., & May, C. (1998). Distractibility, circadian arousal, and aging: A boundary condition? *Psychology and Aging*, *13*, 574-583. doi:10.1037/0882-7974.13.4.574

- Lin, Y., Wang, T., Tung, H. and Furze, G. (2012). Coronary heart disease beliefs and misconceptions among cardiac patients and people with chronic illness. *Open Journal of Nursing*, 2, 1-7. doi:10.4236/ojn.2012.21001
- Marcum, Z. A., Sevick, M. A., & Handler, S. M. (2013). Medication nonadherence. A diagnosable and treatable medical condition. *Journal of the American Medical Association*, 309, 2105-2106. doi:10.1001/jama.2013.4638
- Maden, J., Graves, A. J., Zhang, F., Adams, A. S., Briesacher, B. A., ... Soumerai, S. B. (2008). Cost-related medication nonadherence and spending on basic needs following implementation of Medicare Part D. *American Medical Association*, 299, 1922-1929. doi:10.1001/jama.299.16.1922
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5a ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Martin, L. R., DiMatteo, M. R., & Lepper, H. S. (2001). Facilitation of patient involvement in care: Development and validation of a scale. *Behavioral Medicine*, 27, 111-120. doi:10.1080/08964280109595777
- Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1, 189-199.
- Matsui, D. (2013). Medication adherence issues on patients: Focus on cost. *Clinical Audit*, 5, 33-42. doi:10.2147/CA.S30125
- McCormack, H., Horne, D., & Sheather, S. (1988). Clinical applications of visual analogue scales: A critical review. *Psychological Medicine*, 18, 1007-1019. doi:10.1017/S0033291700009934
- McDonald, H. P., Garg, A. X., & Haynes, B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 2868-2879. doi:10.1001/jama.288.22.2868
- Miranda, L., Silveira, M., Oliveira, T., Alves, S., Júnior, H., Batista, A., & Bonan, P. (2011). Cognitive impairment, the Mini-Mental State Examination and socio-demographic and dental variables in the elderly in Brazil. *Gerontology*, 29, 34-40. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00541.x
- Mitchell, A. (2009). A meta-analysis of the accuracy of the Mini-Mental State Examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 411-431. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.04.014
- Monroe, T., & Carter, M. (2012). Using the Folstein Mini Mental State Exam (MMSE) to explore methodological issues in cognitive aging research. *European Journal of Ageing*, 9, 265-274. doi:10.1007/s10433-012-0234-8

- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9, 19-15. doi:10.1111/j.1468-1331.2009.02907.x
- Mosca, C., Castel-Branco, M. M., Carmona, M. M., & Figueiredo, I. V. (2013). Efeito de adesão à terapêutica no estado de saúde do idoso. Retirado de <http://actafarmacaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/13>
- Murden, R., & Galbraith, J. (1997). A modified Mini-Mental State exam for use in the poorly educated. *Clinical Gerontologist*, 17, 23-33. doi:10.1300/J018v17n04\_04
- Murden, R., McRae, T., Kaner, S., & Bucknam, M. (1991). Mini-Mental State exam scores vary with education in black and whites. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 149-155.
- Neuman, P., Strolo, M. K., Guterman, S., Rogers, W. H., Li, A., ... Safran, D. (2007). Medicare prescription drug benefit progress report: Findings a 2006 national survey. *Health Affairs*, 26, 630-643. doi:10.1377/hlthaff.26.5.w630
- Ng, P., Niti, M., Chiam, P., & Kua, E. (2007) Ethnic and educational differences in cognitive performance on Mini-Mental State Examination in Asians. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 130-139. doi:10.1097/01.JGP.0000235710.17450.9a
- Nilsson, F. M. (2007). Mini Mental State Examination (MMSE): Probably one of the most cited papers in health science. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 156-157. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01037.x
- Oliveira, M., & Oliveira, A. M. (2007). An averaging model for the integration of "dread" and probability in self-medication propensity. In S. Mori, T. Miyaoka, & W. Wong (Eds.), *Fechner Day 2007: Proceedings of the 23rd Annual Meeting of the International Society for Pshychophysics* (pp. 417-420). Tokyo: Fukuoka-Kinjima Printing & The International Society for Pshychophysics.
- Oliveira, M. P., Oliveira, A. M., Viegas R., Teixeira, N. S., Breda, S. J., & Diniz, A. M. (2008, July-August). Tacit models of medical drug prescription adherence: An experimental approach. Poster presented at the *Fechner Day 2008: XXIVth Annual Meeting of the International Society for Psychophysics*, Toronto.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-497. doi:10.1056/NEJMra050100

- Ozawa, S., & Sripad, P. (2013). How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine*, 91, 10-14. doi:10.1016/j.socscimed.2013.05.005
- Paradela, E., Lourenço, R., & Veras, R. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 36, 918-923. doi:10.1590/S0034-89102005000600008
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Pedrero-Chamizo, R., Albers, U., Tobaruela, J., Meléndez, A., Castillo, M., & González-Gross, M. (2013). Physical strength is associated with Mini-Mental State Examination scores in Spanish institutionalized elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 13, 1026-1034. doi:10.1111/ggi.12050
- Peters, E., Hart, P., & Fraenkel, L. (2010). Informing patients: The influence of numeracy, framing, and format of side effect information on risk perceptions. *Medical Decision Making*, 31, 432-436. doi:10.1177/0272989X10391672
- Peters, E., Hibbard, J., Slovic, P., & Dieckmann, N. (2007). Numeracy skill and the communication, comprehension, and use of risk-benefit information. *Health Affairs*, 26, 741-748. doi:10.1377/hlthaff.26.3.741
- Piette, J. D., Bears, A., Rosland, A. M., & McHorney, C. A. (2011). Beliefs that influence cost-related medication non-adherence among the “haves” and “have nots” with chronic disease. *Patient Preference and Adherence*, 5, 389-396. doi:10.2147/PPA.S23111
- Pimentel, A. F. (2014). Influência da saúde funcional subjetiva no envelhecimento bem-sucedido em idosos institucionalizados e comunitários (Dissertação de doutoramento, Universidade de Évora, Évora). Retirado de <http://oatd.org/oatd/record?record=oai:dspace.uevora.pt:10174%2F11332>
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., Lee, T., & Yesavage, J. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese elders. *Clinical Gerontology*, 32, 223-236. doi:10.1080/07317110802678680
- Pordata (n.d.). Retirado de <http://pordata.pt/Portugal/>
- Price, D., Patel, R., Robinson, M., & Staud, R. (2008). Characteristics of electronic visual analogue and numerical scales for ratings of experimental pain in healthy subjects and fibromyalgia patients. *Pain*, 140, 158-166. doi:10.1016/j.pain.2008.07.028

- Ribeiro, S. A., Amado, V. M., Camelier, A. A., Fernandes, M. M., & Schenkman, S. (2000). Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *Jornal de Pneumologia*, 26(6), 291-296. doi:10.1590/s0102-35862000000600004
- Ried, L. D. (2010). Cost sharing and adherence, medication burden and adherence, and beta receptor selectivity. *Journal of the American Pharmacists Association*, 50, 440. doi:10.1331/JAPhA.2010.10521
- Rocha, C. H., Oliveira, A. S., Ferreira, C., Faggiani, F. T., Schroeter, G., Souza, A., ... Werlang, M. C. (2008). Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13, 703-710. doi:10.1590/S1413-81232008000700020
- Rosselli, M., Tappen, R., Williams, C., & Salvatierra, J. (2006). The relation of education and gender on the attention items of the Mini-Mental State Examination in Spanish speaking Hispanic elders. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 677-686. doi:10.1016/j.acn.2006.08.001
- Rowe, R. (2005). Trust relations in health care – The new agenda. *The European Journal*, 16, 4-6. doi:10.1093/eurpub/ckl004
- Russell, C. L., Conn, V. S., & Jantarakupt, P. (2006). Older adult medication compliance: Integrated review of randomized controlled trials. *American Journal of Health Behavior*, 6, 636-650. doi:10.5993/AJHB.30.6.10
- Safran, D. G., Neuman, P., Schoen, C, Kitchman, M. S., Wilson, I. B., ... Rogers, W. H. (2005). Prescription drug coverage and seniors: Findings from a 2003 national survey. Retirado de <http://content.healthaffairs.org/content/early/2005/04/19/hlthaff.w5.152>
- Safran, D. G., Taira, D. A., Rogers, W. H., Kosinski, M., Ware, J. E., & Tarlov, A. R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *The Journal of Family Practice*, 47, 213-220.
- Santos, V. (2014a, setembro 26). Tutorial relativo à criação de gráficos no Excel a partir do SPSS: Estudo prévio das propriedades da escala de avaliação da proporção de custo do medicamento [Web blog post]. Retirado de <http://adesaoaomedicamentoidosos.blogspot.pt/2014/09/tutorial-relativocriacao-de-graficos.html>
- Santos, V. (2014b, setembro 26). Tutorial relativo à criação de tabelas dinâmicas a no Excel a partir do SuperLab (version 5) para o cálculo no SPSS das médias das pontuações obtidas numa escala visual-analógica [Web blog post]. Retirado de

<http://adesaoaomedicamentoidosos.blogspot.pt/2014/09/tutorial-relativocriacao-de-graficos.html>

- Scazufca, M., Almeida, O., Vallada, H., Tasse, W., & Menezes, P. (2009). Limitations of the Mini-Mental State Examination for screening dementia in a community with low socioeconomic status. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, 8-15. doi:10.1007/s00406-008-0827-6
- Schuz, B., Marx, C., Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., ... Tesh-Romer, C. (2011). Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 179-187. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.07.014
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-172. doi:10.1300/J018v05n01\_09
- Slovik, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280-285. doi:10.2307/1698637
- Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2002). The affective heuristic. In T. Gilovich, D. Griffin, & D. Kahneman (Eds.), *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment* (pp. 397-420). New York: Cambridge University Press
- Slovic, P., Peters, E., Finucane, M., & MacGregor, D. G. (2005). Affect, risk and decision making. *Health Psychology*, 24(4 Suppl), S35-40. doi:10.1037/02786133.24.4.S35
- Simon-Tuval, T., Triki, N., Chodick, G., & Greenberg, D. (2014). Determinants of cost-related to medications among chronically ill patients in Maccabi Healthcare Services, Israel. *Value in Health Regional Issues*, 4, 41-46. doi:10.1016/j.vhri.2014.06.010
- Sjöberg, L. (2002). Factors in risk perception. *Risk Analysis*, 20, 1-12. doi:10.1111/0272-4332.00001
- 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, 176-182.
- Stenstrom, U., & Andersson, P. (2000). Smoking, blood glucose control, and locus of control beliefs in people with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 50, 103-107. doi:10.1016/S0168-8227(00)00169-8
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5a ed.). New York: Pearson.

- Tumas, A., Rodrigues, G., Farias, T., & Crippa, J. (2008). The accuracy of diagnosis of major depression in patients with Parkinson's disease: A comparative study among the UPDRS, the geriatric depression scale and the beck depression inventory. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *66*, 152-156. doi:10.1590/S0004-282X2008000200002
- van den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J. M., Roos, S., & Knottnerus, A. (1998). Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*, 367-375. doi:10.1016/S0895-4356(97)00306-5
- van Teijlingen, E., & Hundley, V. (2002) The importance of pilot studies. *Nursing Standard*, *16*(40), 33-36. doi:10.7748/ns2002.06.16.40.33.c3214
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, *26*, 331-342. doi:10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x
- Vik, S. A., Hogan, D. B., Patten, S. B., Johnson, J. A. Romonko-Slack, L. & Maxwell, C. J. (2006). Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalization and mortality among older adults, *Drugs and Aging*, *23*, 345-356. doi:10.2165/00002512-200623040-00007
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*, 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Ward, B. W., & Schiller, J. S. (2013). Prevalence of multiple chronic conditions among US adults: Estimates from the national health interview survey, 2010. *Preventing Chronic Disease*, *10*, 1-15. doi:10.5888/pcd10.120203
- Wills, C., & Moore, C. (1996). Perspective-taking judgments of medication acceptance: Inferences from relative importance about the impact and combination of information. *Organizational Behavior and Human Decisions Processes*, *66*, 251-267. doi:10.1006/obhd.1996.0054
- Wind, A., Schellevis, F., Staveren, G., Scholten, R., Jonker, C., & Eijk, J. (1997). Limitations of the Mini-Mental State Examination in diagnosing dementia in general practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *12*, 101-108. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199701)12:1<101::AID-GPS469>3.0.CO;2-R



- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Reekum, R. (2013). The use of the GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research*, *5*, 101-111. doi:10.4021/jocmr1239w
- World Health Organization. (2013). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- Zhang, N. J., Terry, A., & McHorney, C.A. (2014). Impact of health literacy on medication adherence. A systematic review and meta-analysis. *The Annals of Pharmacotherapy*, *48*, 741-751. doi:10.1177/1060028014526562



## Anexo

### Distribuição do número de idosos em função dos montantes auferidos nos diferentes regimes de pensões

Montantes Regime de pensões	Até 500€	501 a 1000€	Mais de 1001€	Total
Pensões de sobrevivência (CGA)	92.397 (70%) (6%)	29.780 (22%) (7%)	10.296 (8%) (3%)	132.473 (100%) (6%)
Pensões de reformados e aposentados (CGA)	97.052 (21%) (6%)	132.218 (29%) (31%)	233.176 (50%) (67%)	462.446 (100%) (20%)
Pensões de velhice (SS)	1.330.348 (78%) (88%)	263.125 (16%) (62%)	105.516 (6%) (30%)	1.698.989 (100%) (74%)
Total	1.519.797 (100%) (67%)	425.123 (100%) (18%)	348.988 (100%) (15%)	2.293.908 (100%) (100%)

*Nota:* De cima para baixo, o primeiro parêntesis corresponde à proporção do total da linha e o segundo corresponde à proporção total da coluna. CGA = Caixa Geral de Aposentações; SS= Segurança Social.