

## 1. Introdução

A não adesão aos regimes de medicação prescritos tem vindo a tornar-se num problema clínico cada vez mais pertinente ao nível mundial (Kalyango, Owino, & Nambuya, 2008), sendo particularmente desafiador para a população mais idosa (MacLaughlin et al., 2005).

O contínuo crescimento da população idosa verificado ao longo dos últimos anos tem vindo a contribuir para um aumento dos desafios para os sistemas de saúde ao nível global, e para que este grupo populacional assumisse um cariz bastante relevante a nível político, social e económico (Gaspar, Domingos, Diniz, & Falanga, 2016; Sabaté, 2003).

Requerendo um papel mais ativo e a longo prazo por parte dos pacientes e profissionais de saúde, as doenças crónicas contribuíram para que o comportamento de adesão assumisse um papel bastante relevante (O'Brien, Petrie, & Raeburn, 1992).

Uma destas é a diabetes que em Portugal, no ano de 2013, registou uma taxa de prevalência de cerca de 27% do total da população diagnosticada e não diagnosticada, entre a população com idades entre os 60 e os 79 anos [Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), 2014]. Ao nível mundial, é estimado que no ano de 2035, 592 milhões de indivíduos serão diagnosticados com diabetes [International Diabetes Federation (IDF), 2013]. Esta doença é considerada bastante exigente tanto a nível comportamental como psicológico (Ciechanowski, Katon, Russo, & Walker, 2001; Uchenna, Ijeoma, Pauline, & Sylvester, 2010) contribuindo a adesão ao tratamento prescrito, para o evitamento de possíveis consequências associadas à doença e para a qualidade de vida dos pacientes (Barnes, Moss-Morris, & Kaufusi, 2004).

Muitos foram os fatores identificados como sendo influenciadores da adesão à medicação prescrita, contudo nenhum sobressaiu como tendo um papel principal ou decisivo (Krueger, Berger, & Felkey, 2005; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens, 2001). Entre esses fatores, a severidade da condição clínica (DiMatteo, Haskard, & Williams, 2007), a confiança no clínico (Krueger et al., 2005; Ozawa & Sripad, 2013), a complexidade do regime (Claxton, Cramer, & Pierce, 2001; Vermeire et al., 2001) e o custo dos medicamentos (Blendon et al., 2002; Cabral & Silva, 2010; Uchenna et al., 2010) têm evidenciado uma maior relevância enquanto determinantes da adesão.

Nesta dissertação, a descrição de aspetos da relação entre o envelhecimento e a diabetes, bem como da (não)adesão à prescrição de medicamentos, com especial

incidência nos fatores atrás mencionados, serviu à formulação do problema de investigação. O objetivo foi o de replicar o estudo experimental realizado por Diniz, Oliveira, e Santos (2016) tomando os supracitados fatores enquanto influenciadores da adesão à prescrição da medicação em idosos mas, em vez de considerar a condição clínica “doença cardíaca”, como fizeram os autores, considerar a condição clínica “diabetes Tipo II”.

Quanto ao método e aos resultados do presente estudo, a mimetização dos procedimentos utilizados por Diniz et al. (2016) mostrou que só a severidade da condição clínica (SCC) surgiu como influenciadora da adesão na diabetes Tipo II. Discutem-se os resultados obtidos quanto à diabetes Tipo II contrastando-os com aqueles obtidos para a doença cardíaca, fazendo notar que eles não existiram para além do ocorrido com o fator SCC: aumentou significativamente a adesão percebida, interpretável em razão do “afeto como informação” (Peters, Lipkus, & Diefenbach, 2006; Sjöberg, 2000), mas sem efeito assinalável a partir do nível “grave” para o nível “perigo para a vida” neste fator. Por seu lado, as diferenças encontradas entre os dois estudos são explicáveis face à diversa atribuição simbólica dos respetivos participantes perante as também diferentes condições clínicas. A diabetes Tipo II revelou-se menos pavorosa (*dreadfull*) do que a doença do coração, sendo este fenómeno explicado em função de “preferências enviesadas para o presente” (*present-biased preferences*; Loewenstein, Brennan, & Volpp, 2007; O’Donoghue & Rabin, 1999). Por último, na dissertação, apresentam-se as limitações ao trabalho e apontam-se pistas para o desenvolvimento de futuros estudos.

## 2. Revisão da Literatura

### 2.1. Envelhecimento e Diabetes

O aumento da esperança média de vida e a diminuição das taxas de natalidade verificadas nos últimos anos contribuíram para a mudança da estrutura da pirâmide etária, constatando-se um aumento da população idosa (com 65 ou mais anos) de 16,6% para 19,0% no período entre 2001 e 2011 [Instituto Nacional de Estatística (INE), 2013].

Segundo Baltes (1997) envelhecer com sucesso implica, por parte dos indivíduos, a maximização dos ganhos e a minimização das perdas relativas aos diferentes processos adaptativos, de forma a diminuírem as consequências dessas perdas e a alcançarem o êxito. Contudo, com o avançar da idade cronológica as perdas tornam-se cada vez mais frequentes (Baltes & Baltes, 1990; Fonseca, 2005), o que demonstra que o envelhecimento saudável e bem-sucedido tem os seus limites (Baltes & Smith, 2003). O aumento das perdas e a diminuição dos ganhos associados ao desenvolvimento na velhice tornam esta fase favorável ao aparecimento de patologias (Baltes, 1997), sendo que a adesão à medicação por parte dos idosos torna-se fundamental para as combater (Sousa et al., 2011).

A diabetes é considerada como sendo uma das doenças crónicas mais exigentes tanto a nível comportamental como psicológico (Ciechanowski et al., 2001; Uchenna et al., 2010), ocorrendo quando o corpo não consegue produzir insulina suficiente ou utilizá-la de forma eficaz (IDF, 2011). Esta é caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue, e pela incapacidade do organismo em transformar toda a glicose proveniente dos alimentos. A quantidade de glicose existente no sangue denomina-se de glicemia, já à existência em excesso desta, aquando da sua não absorção por parte das células, dá-se o nome de hiperglicemia, sendo que é a sua contínua circulação que pode vir a provocar danos ao longo do tempo (SPD, 2014).

Em alguns casos, a hiperglicemia deve-se a uma insuficiente produção da insulina, enquanto que em outros devido a uma ação insuficiente desta (SPD, 2014). No primeiro caso, a diabetes Tipo I, é causada por uma reação autoimune do sistema de defesa do organismo que destrói as células produtoras de insulina do pâncreas e que, como resultado, estas produzem pouca ou nenhuma insulina de que o corpo necessita (IDF, 2011; SPD, 2014). Esta pode afetar indivíduos de qualquer idade, mas ocorre sobretudo em crianças ou adultos jovens, sendo que estes necessitam diariamente de injeções de insulina, de forma a controlar os níveis de glicose no

sangue (IDF, 2011; SPD, 2014). No que diz respeito à diabetes Tipo II (referente ao segundo caso apresentado), esta é a mais comum, aparecendo sobretudo em adultos, podendo, contudo, ocorrer também em crianças e jovens em muito associada à obesidade. Caracteriza-se pelo facto de o pâncreas ou não produzir insulina suficiente ou, pela incapacidade do organismo em utilizar a insulina de forma eficaz (IDF, 2011; SPD, 2014). Este tipo de diabetes revela-se como sendo assintomática, podendo passar despercebida durante anos, nos quais o corpo vai sendo danificado, sendo que em muitos dos casos, o diagnóstico acontece devido à manifestação das complicações associadas à diabetes, ou a um resultado anormal dos valores da glicose (IDF, 2011).

Segundo dados da IDF (2013), no ano de 2013 a diabetes atingia cerca de 382 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que 46% desta população não havia ainda sido diagnosticada, prosseguindo assim a sua evolução silenciosa. Ainda segundo a mesma fonte, é estimado que no ano de 2035 o número de indivíduos com diabetes seja de 592 milhões, o que representa um aumento de cerca de 55% da população atingida pela doença.

Em Portugal, segundo dados da SPD (2014), no ano de 2013 a prevalência da diabetes na população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (que corresponde a cerca de 7.8 milhões de indivíduos) foi de 13%, dos quais, 5.7% não haviam ainda sido diagnosticados com a doença. Estima-se assim que neste grupo etário cerca de um milhão de indivíduos padece de diabetes, sendo que a faixa etária entre os 60 e os 79 anos de idade é a que apresenta uma maior taxa de prevalência, com um valor de cerca de 27% do total da população diagnosticada e não diagnosticada com diabetes (SPD, 2014). Acresce ainda que se tem verificado um aumento de cerca de 485 novos casos por cada 100 000 indivíduos no ano de 2004, para cerca de 557 novos casos no ano de 2013, sendo que apenas neste ano foram identificados 58 090 novos casos de diabetes (SPD, 2014). Segundo o INE (2015) só no ano de 2013 foram registados cerca de 4548 óbitos devido à diabetes. A diabetes mellitus apresenta-se desta forma como uma doença cada vez mais frequente na nossa sociedade, sendo que o envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa refletiu-se no aumento da prevalência da diabetes, onde entre 2009 e 2013 registou-se um aumento 11% para 13% (SPD, 2013; SPD, 2014).

Os indivíduos que sofrem de diabetes apresentam um risco mais elevado no que diz respeito ao aparecimento de problemas relacionados com a saúde, sobretudo ao nível das doenças cardiovasculares, das doenças renais, das doenças visuais,

complicações durante a gravidez, ou ainda ao nível da danificação dos nervos, necessitando desta forma de uma maior colaboração com os profissionais de saúde, de maneira a prevenir estas complicações (IDF, 2011). A grande maioria dos indivíduos que sofrem da diabetes Tipo II consegue controlar os níveis de glicose no sangue através de cuidados com a alimentação, da realização de atividade física ou do consumo de medicação, contudo, quando tal não acontece, poderá ser-lhes prescrita insulina (IDF, 2013).

No que diz respeito ao consumo de medicação para o tratamento da diabetes, segundo a SPD (2014), este tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos, sendo que em Portugal verificou-se um aumento de 51 indivíduos em cada 1000 habitantes no ano de 2000, para 59 indivíduos em cada 1000 habitantes que recebiam fármacos para o tratamento da diabetes no ano de 2011, representando assim um aumento de 16%.

A adesão ao tratamento prescrito para a diabetes tem um papel bastante importante, uma vez que contribui para o evitamento de algumas sequelas associadas à doença, assim como para a qualidade de vida dos pacientes (Barnes et al., 2004), apresentando esta uma percentagem de adesão que varia entre os 23% e os 77% (Durán-Varela, Rivera-Chavira, & Franco-Gallegos, 2001; Kalyango et al., 2008; Swaby, Wilson, Swaby, Sue-Ho, & Pierre, 2001). Torna-se ainda importante que os doentes procurem controlar e manter um ótimo nível de glucose, não só através da toma da medicação prescrita, mas também através de um controlo da alimentação e da prática de exercício físico, de forma a procurar minimizar os efeitos negativos a longo prazo associados com a doença (Barnes et al., 2004; Ciechanowski et al., 2001).

## **2.2. A (Não)Adesão à Prescrição de Medicamentos**

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido a um aumento da esperança média de vida da população, contribuindo este para um aumento da prevalência de doenças crónicas (Bauer, Briss, Goodman, & Bowman, 2014; Sousa et al., 2011). À medida que a medicina procura lidar com estas doenças, que requerem uma participação mais ativa e a longo prazo por parte dos pacientes, o comportamento de adesão por parte destes tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante (O'Brien et al., 1992). A não adesão à medicação continua a ser um dos grandes problemas ao nível mundial (Kalyango et al., 2008), sendo as doenças crónicas as que apresentam uma menor adesão por parte dos pacientes (Durán-Varela et al., 2001).

As mudanças sociodemográficas verificadas nas últimas décadas tornaram os idosos num grupo populacional cada vez mais relevante no que diz respeito a

assuntos políticos e sociais, criando ainda alguns desafios ao nível dos sistemas de saúde numa escala global. Apesar das inúmeras mudanças verificadas nas políticas públicas que visaram providenciar apoio à população idosa nos mais variados aspetos, no que diz respeito aos cuidados de saúde existe ainda um caminho a percorrer, existindo ainda um conjunto de barreiras que poderão impedir ou inibir a intenção dos sujeitos para aderir e transformar as suas intenções em comportamentos (Gaspar et al., 2016).

Os termos adesão (*adherence*) e cumprimento (*compliance*) têm sido os mais utilizados na literatura para descrever os comportamentos dos indivíduos no que diz respeito à toma de medicamentos (American Society of Consultant Pharmacists, & American Society on Aging, 2006). Ambos os termos podem ser definidos como a medida em que os indivíduos tomam a sua medicação, tal como prescritas pelos profissionais de saúde. Ao longo dos anos o termo adesão tem vindo a ser cada vez mais utilizado, ao invés do termo cumprimento, uma vez que este sugere a existência de colaboração entre paciente e profissional de saúde no que diz respeito à escolha do tratamento (Sabaté, 2003). Neste processo de colaboração devem ser reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um destes no processo, mas também a de todos os que direta ou indiretamente se encontram envolvidos no tratamento (Vermeire et al., 2001; Osterberg & Blaschke, 2005).

Podemos então definir a adesão à prescrição medicamentosa como sendo a toma da medicação tal como prescrita pelo prestador de cuidados de saúde (Claxton et al., 2001; Osterberg & Blaschke, 2005), ou ainda pelo grau no qual o comportamento do indivíduo se conforma com o conselho médico, o que irá determinar a sua resposta ao tratamento proposto (Cooper et al., 2005; Durán-Varela et al., 2001). Outra possível definição é o grau no qual o comportamento de um indivíduo quer seja na toma de medicação, em seguir uma dieta e/ou em realizar mudanças no seu estilo de vida, corresponde às recomendações dadas pelos prestadores de cuidados de saúde (Sabaté, 2003).

Contudo, a adesão ao regime de medicação prescrita revela-se como sendo algo difícil para os pacientes e particularmente desafiador para a população mais idosa (MacLaughlin et al., 2005). A não adesão por parte dos pacientes ao regime de tratamento prescrito pelos profissionais de saúde tem sido e continua a ser um dos maiores problemas em todo o mundo (Kalyango et al., 2008), apresentando-se ainda como sendo uma das maiores barreiras ao controlo de doenças crónicas (Kripalani, Gatti, & Jacobson, 2010). O comportamento de não adesão tem vindo a tornar-se num

problema clínico cada vez mais importante e que acarreta consigo graves consequências, contribuindo não só para um agravamento da situação clínica do paciente, como também para um aumento nos gastos económicos com a saúde pública e ainda para um aumento da morbilidade e da mortalidade (Kennedy & Morgan, 2006; Krueger et al., 2005; Osterberg & Blaschke, 2005).

Estima-se que a maior parte da população idosa padece de duas ou mais doenças (Ward & Schiller, 2013), sendo que a comorbilidade implica muitas vezes a toma de diversos medicamentos (polimedicação), levando a possíveis interações indesejáveis entre diferentes medicamentos, ou até mesmo destes com o seu corpo (Arnold, 2008), acompanhada em inúmeros casos por regimes de administração complexos e que requerem esforços com as mudanças no seu quotidiano de forma a conseguirem cumprir com as recomendações (Hajjar, Cafiero, & Hanlon, 2007). Além disto, os idosos apresentam maiores dificuldades em cumprir as recomendações dos profissionais de saúde, pedem menos clarificações e tendem a ser menos ativos no que diz respeito aos cuidados de saúde consigo próprios, sendo mais suscetíveis às consequências físicas, psicológicas e sociais da não adesão (Branin, 2001).

O grupo populacional dos idosos surge como sendo o grupo etário que mais prescrições *per capita* recebe, contudo tendem a aderir a apenas 60% da medicação prescrita (Cooper et al., 2005). Os comportamentos de não adesão à prescrição medicamentosa por parte dos idosos em muito se ficam a dever a processos associados ao envelhecimento, como por exemplo o surgimento de demência, a diminuição da mobilidade, a comorbilidade, a polimedicação, assim como os efeitos secundários associados à medicação (Cooper et al., 2005; Krueger et al., 2005; MacLaughlin et al., 2005; Mehta, Moore, & Graham, 1997), levando a consequências mais graves e difíceis de detetar e resolver do que em faixas etárias mais jovens.

No que diz respeito às doenças crónicas, o comportamento de não adesão à medicação por parte dos pacientes surge como sendo uma das principais barreiras no seu controlo (Kripalani et al., 2010), sendo também uma das principais razões pela qual os pacientes não cumprem alguns dos objetivos clínicos (Cramer, Benedict, Muszbek, Keskinaslan, & Khan, 2008), apresentando estes uma taxa de adesão de 50% (Durán-Varela et al., 2001; Griffith, 1990; Kalyango et al., 2008; Vermeire et al., 2001).

A adesão por parte dos pacientes aos regimes de medicação prescritos ganha desta forma uma enorme preponderância, uma vez que as complicações associadas às inúmeras doenças existentes (como por exemplo, a diabetes), podem vir a afetar a

sua qualidade de vida, a aumentar a mortalidade e morbidade, assim como os custos económicos para a sociedade (Barnes et al., 2004; Ciechanowski et al., 2001; Kalyango et al., 2008). Assim, de forma a atingir o maior benefício possível da medicação prescrita, os pacientes devem procurar seguir os regimes de tratamento prescritos o mais rigorosamente possível (Osterberg & Blaschke, 2005), revelando-se a adesão à medicação como algo crucial no que diz respeito à eficácia de um tratamento (Muri et al., 2004).

Ainda no que diz respeito aos comportamentos de adesão, há que referir a existência de um conjunto de barreiras que poderão impedir ou inibir a intenção dos pacientes em aderir e transformar as suas intenções em comportamentos (Gaspar et al., 2016).

De uma forma geral, as razões pelas quais os pacientes não aderem às recomendações dos profissionais de saúde são atribuídas a uma escolha racional, por diversas vezes associada com fatores individuais (objetivos, necessidades, personalidade), nomeadamente objetivos pessoais que contribuem para que a pessoa procure preservar a sua qualidade de vida (DiMatteo, 2004). Contudo, fatores situacionais e a um nível macro, que interagem com fatores individuais são pouco referidos como sendo uma razão para a não adesão (Gaspar et al., 2016). A este respeito, podemos então referir a relação diádica entre o paciente e o profissional de saúde, a um nível micro, e a um nível macro, entre as organizações e os cidadãos, incluindo a relação entre ambos; as características do profissional de saúde (Kjeldmand, Holmstrom, & Rosenqvist, 2006); as suas capacidades para transmitir informações e os seus significados (Davis, 1968; Davis & Von der Lippe, 1968), assim como o próprio conteúdo da informação (DiMatteo, Reiter, & Gambone, 1994) como sendo mais um conjunto de barreiras influenciadoras da adesão às recomendações dos profissionais de saúde.

Os diferentes aspetos do próprio processo de comunicação, apesar de menos referidos, surgem também como sendo bastante importantes no que diz respeito à adesão. Além de se considerar o papel do profissional de saúde, enquanto comunicador, o do paciente enquanto recetor, assim como as próprias informações, o próprio processo através do qual as recomendações são comunicadas revela-se como sendo determinante na promoção da adesão às recomendações dos profissionais. Segundo Mead e Bower (2002), de forma a se procurar aumentar a eficácia da promoção da adesão, deve ser tido em conta uma perspectiva centrada no paciente, assim como uma perspectiva centrada na comunicação. O próprio ambiente de



comunicação pode contribuir para que os pacientes procurem evitar as informações comunicadas pelos profissionais de saúde. Estes podem perceber a informação acerca da saúde como sendo complexa e não se sentirem capazes de deliberar sobre esta, reduzindo assim o seu envolvimento com a informação e com o processo de comunicação associado (Rutsaert et al., 2015).

Desta forma, torna-se essencial a implementação de estratégias de comunicação que promovam uma melhor compreensão, que reduzam a complexidade percebida e que sejam direcionadas para as necessidades informativas individuais de cada paciente, ao mesmo tempo que mais motivadoras e envolventes, reduzindo assim o evitamento por parte dos indivíduos e aumentando a sua deliberação (Gaspar et al., 2016). Num estudo realizado por Barber, Parsons, Clifford, Darracott, e Horne (2004), com 239 participantes com mais de 75 anos de idade ou que tivessem alguma doença crónica (como por exemplo asma, artrite reumatoide, diabetes, entre outras) e, cujo objetivo era explorar os problemas dos pacientes com nova medicação para doenças crónicas, conclui-se que a incidência da não adesão era maior entre os participantes que tomavam um medicamento pela primeira vez, do que se o mesmo fosse já repetido. Segundo os mesmos autores, os pacientes encontram frequentemente problemas e têm necessidades de informação e suporte que nem sempre se encontram satisfeitas. Estes justificam esta ideia com o facto de que o processo de prescrição e dispensa de medicação tem uma eficácia limitada e, ainda com a ideia de que as necessidades sentidas pelos pacientes apenas podem emergir após a experiência da toma da medicação.

A aferição dos comportamentos de adesão apresenta-se com um cariz relevante, uma vez que torna possível proceder-se a uma análise à eficácia do tratamento (Farmer, 1999; Sabaté, 2003). Para tal, os profissionais de saúde recorrem a medidas diretas que envolvem geralmente uma avaliação bioquímica onde, através de análises ao sangue ou à urina do paciente são procuradas evidências de resíduos da medicação tomada contudo, este método não é plausível com todo o tipo de medicações revelando-se ainda dispendioso (Farmer, 1999; Vermeire et al., 2001). Podem de igual forma recorrer a medidas indiretas, medidas estas que se apresentam como sendo as mais referidas na literatura, onde podemos encontrar questionários, autorrelatos dos pacientes, contagem dos comprimidos, relatos do cônjuge, relatórios médicos, medidas eletrónicas, verificação do registo da prescrição médica (DiMatteo, 2004; Farmer, 1999; Osterberg & Blaschke, 2005; Sabaté, 2003; Vermeire et al., 2001). Contudo, apesar da existência de alguns métodos de avaliação relativos aos

comportamentos de adesão por parte dos pacientes, não existe ainda um consenso sobre qual o método que permite obter uma melhor estimativa acerca do comportamento de adesão dos sujeitos (Farmer, 1999; Haynes, McDonald, & Garg, 2002; Vik, Maxwell, & Hogan, 2004). Apesar das medidas de avaliação dos comportamentos de adesão providenciarem informação útil, esta é apenas uma estimativa do comportamento atual do paciente, existindo medidas que são dispendiosas ou que dependem de meios tecnológicos que, na maior parte dos casos se encontra indisponível em muitos países (Sabaté, 2003).

A realização de uma avaliação dos fatores que contribuem para a não adesão por parte dos pacientes deverá ter em conta não apenas os fatores relacionados com este, mas também fatores contextuais, nomeadamente alguns relacionados com os profissionais de saúde (Sabaté, 2003). Contudo, grande parte das intervenções centradas no paciente não têm em consideração a influência destes fatores, o que poderá reduzir a sua eficácia. Outro dos fatores que frequentemente não é considerado é o próprio processo de comunicação existente entre os profissionais de saúde e os pacientes, ou entre estes com outros intervenientes e o quão envolvidos neste processo se encontram todos os que nele participam. Apenas comunicar a informação sem a pessoa se sentir envolvida com esta, assim como com o próprio processo de comunicação, esperando desta forma que a recomendação seja eficaz pode tornar-se pouco eficaz (Gaspar et al., 2016).

A falta de envolvimento por parte dos pacientes no seu processo de cuidados de saúde de forma geral e, especificamente a não adesão às recomendações tal como comunicadas pelos profissionais de saúde, tem sido considerado como um fator que contribui de forma negativa para a eficácia da promoção da saúde em vários sistemas de saúde existentes no mundo (DiMatteo, 2004). Torna-se necessário que os profissionais de saúde considerem os pacientes como sendo parceiros, que partilhem decisões com estes, assim como que procurem obter um maior conhecimento no que diz respeito às crenças do paciente relativamente à sua saúde, uma vez que estas surgem como bons preditores da adesão à medicação por parte dos pacientes, promovendo desta forma uma melhor relação com o paciente (Barnes et al., 2004; Vermeire et al., 2001).

Para além da importância da relação entre o profissional de saúde e o paciente na adesão, outros fatores influenciam a adesão, contudo, nenhum deles, de forma isolada, ajuda a explicar o porquê de os pacientes aderirem ou não à prescrição medicamentosa (Vermeire et al., 2001).

Desta forma, ao longo dos anos foram diversos os fatores estudados como sendo considerados influenciadores do comportamento de adesão dos pacientes, entre eles: a idade (Cooper et al., 2005; Mehta et al., 1997; Vermeire et al., 2001; Kripalani et al., 2010); a severidade da condição clínica (Schüz et al., 2011; Wills & Moore, 1996); o custo dos medicamentos (Mojtabai & Olfson, 2003; Steinman, Sands, & Covinsky, 2001; Blendon et al., 2002); a complexidade do regime (Griffith, 1990; McDonald, Garg, & Haynes, 2002; Claxton et al., 2001) a confiança no clínico (Vermeire et al., 2001; Kennedy & Morgan, 2006); os efeitos secundários da medicação (Cooper et al., 2005; Oliveira & Oliveira, 2007); a polimedicação (Sousa et al., 2011); o grau de literacia (Chew, Bradley, Flum, Cornia, & Koepsell, 2004; Kripalani et al., 2006; Krueger et al., 2005; Zhang, Terry, & McHorney, 2014); as crenças pessoais e culturais (Griffith, 1990; Vermeire et al., 2001) e o género (Cooper et al., 2005; Kennedy & Morgan, 2006).

De entre estes fatores, a severidade da condição clínica, o custo dos medicamentos, a confiança no clínico e a complexidade do regime surgem na literatura como sendo os mais relevantes (Krueger et al., 2005; Matsui, 2013; Safran et al., 2005; Vik et al., 2006).

**2.2.1. Severidade da condição clínica.** O processo de envelhecimento é muitas vezes acompanhado por um aumento do número de problemas de saúde, onde à parte de recomendações gerais ao estilo de vida dos indivíduos, o grande pilar para a maioria dos tratamentos passa pela prescrição de medicação (Schüz et al., 2011). No que respeita à população idosa, o comportamento de adesão aos regimes de medicação prescritos apresenta-se como sendo uma questão particularmente importante, uma vez que esta faixa etária é muitas vezes caracterizada pela existência de uma maior comorbilidade e dos sintomas associados às diferentes condições clínicas, o que contribui para a necessidade da toma de um maior número de medicação (Doggrell, 2010).

O diagnóstico de qualquer doença crónica confronta os indivíduos com um conjunto de tarefas necessárias ao seu ajustamento psicológico e físico. Este pode envolver o aceitar a perda de determinadas funções, requerer a aquisição de novas competências ou até mudanças na vida quotidiana de forma a lidar com os sintomas da doença ou com as tarefas ligadas ao seu tratamento. Desta forma, as doenças crónicas colocam uma enorme responsabilidade nos indivíduos, podendo ter um impacto significativo na sua qualidade de vida (Petrie & Reynolds, 2007). À medida que as doenças crónicas vão progredindo, em algum momento estas requerem a

adesão por parte dos indivíduos a regimes de medicação por vezes complexos, ou a outro tipo de tratamentos de forma a lidar eficazmente com a condição clínica e a postergar a(s) incapacidade(s) associadas a esta (Murdaugh & Insel, 2009).

Contudo, segundo Sabaté (2003), nos países desenvolvidos, entre os pacientes que padecem de doenças crónicas apenas 50% revelam comportamentos de adesão aos regimes de tratamento prescritos. Especificamente, no que respeita à diabetes, uma baixa adesão relativa aos cuidados necessários a ter em consideração por parte dos pacientes (como a dieta, o exercício físico, o controlo da glucose do sangue), apresenta-se como sendo uma das principais causas para o desenvolvimento de complicações associadas a esta condição clínica, assim como para um aumento de custos a nível individual, da sociedade e económicos. Além disso, pacientes com diabetes têm normalmente comorbilidade (como hipertensão ou obesidade), o que contribui para que os seus regimes de tratamento se tornem mais complexos.

No que respeita à adoção de comportamentos de autocuidado relativamente à saúde, um dos aspetos mais relevantes passa pelo reconhecimento da importância da realização destes mesmos comportamentos de prevenção. No caso da diabetes, uma vez que esta, pelo menos numa fase menos avançada do desenvolvimento de complicações, apresenta-se como sendo uma condição clínica assintomática, a motivação dos indivíduos para levar a cabo os comportamentos necessários para o seu autocuidado encontra-se muitas vezes ligada à sua perspectiva acerca da possibilidade de que eventos adversos possam vir a acontecer, ao impacto percebido destes possíveis eventos sobre o seu quotidiano, ao seu controlo pessoal percebido, e à sua perceção acerca da eficácia das estratégias de prevenção (Harvey & Lawson, 2009).

A este respeito, no Modelo de Senso Comum da Auto-Regulação de Horne, Weinman e Hankins (como citado em Schüz et al., 2011) assume-se que o comportamento de adesão por parte dos indivíduos é uma tentativa para lidar com a sua condição clínica, e que resulta de uma avaliação tanto a nível cognitivo como emocional acerca desta. O nível de adesão por parte dos indivíduos será mais elevado quando o comportamento de adesão se enquadra na sua conceção de doença (tendo em conta experiências prévias com outras doenças e medicações, os potenciais efeitos associados à medicação e as crenças pessoais acerca das doenças; Schüz et al., 2011). Desta forma, Weinman e Petrie (1997) salientam a importância das perceções dos indivíduos relativamente à sua condição clínica como sendo

influenciadoras dos resultados dos tratamentos e do ajustamento dos pacientes em grande parte das condições clínicas.

Para Petrie, Jago, e Devich (2007), as percepções relativas às condições clínicas dizem respeito às representações ou às crenças organizadas que os pacientes têm acerca da sua doença, sendo consideradas um factor bastante importante relativamente aos seus comportamentos. Leventhal e colegas (como citado em Harvey & Lawson, 2009) referem que a forma como os pacientes conceptualizam ou representam as suas doenças encontra-se estruturada em torno das seguintes componentes: identidade, que inclui as crenças associadas ao próprio nome da doença e os sintomas associados; causa, associada às crenças sobre as possíveis causas da doença (hereditária, fatores ambientais, estilo de vida); linha temporal ou curso, associada às crenças relativas à duração da doença (aguda, cíclica ou crónica); consequências, relacionada com as crenças relativas às consequências físicas, psicológicas ou financeiras associadas à doença; e a componente da curabilidade ou controlabilidade, que se refere à medida na qual a condição clínica é suscetível ao controlo pelo indivíduo ou curada pelo tratamento.

Embora seja importante que num processo de tomada de decisão os indivíduos procurem realizar uma análise acerca dos prós e contras, em algumas circunstâncias basear-se numa resposta mais afetiva ou emocional, pode revelar-se como sendo mais rápida, eficiente e como uma forma mais fácil de lidar com um mundo complexo, incerto e por vezes perigoso (Slovic, Finucane, Peters, & MacGregor, 2004; Slovic, Finucane, Peters, & MacGregor, 2007a). Assim, o “aceder” aos sentimentos positivos ou negativos que, de forma consciente ou inconsciente os indivíduos associam às representações que têm sobre determinado assunto pode servir como uma pista para estes (Slovic et al., 2007a). Os sentimentos que se tornam evidentes no processo de tomada de decisão dependem não apenas das características dos indivíduos e da tarefa, mas também da interação entre ambos, o que contribui então para que diferentes indivíduos reajam de maneira diferente à mesma situação, sustentando as suas decisões no que pensam e sentem acerca desta (Slovic et al., 2004; Slovic, Peters, Finucane, & MacGregor, 2005). No que respeita à medicina em geral, as percepções de risco dos indivíduos e os benefícios associados à medicação podem ser fatores influenciadores da escolha dos seus tratamentos, da sua adesão aos regimes de medicação prescritos, assim como da sua aceitação dos diferentes efeitos adversos da medicação (Slovic, Peters, Grana, Berger, & Dieck, 2007b), acrescentando ainda Horne, Weinman, e Hankins (1999) que a decisão de tomar ou

não a medicação prescrita vai ser influenciada pelas crenças do paciente relativamente à medicação e à sua doença.

Segundo Pidgeon, Hood, Jones, Turner, e Gibson (como citado em Macaden & Clarke, 2006), a percepção de risco pode ser definida como sendo algo que “envolve as crenças, atitudes, juízos e sentimentos dos indivíduos, assim como as disposições culturais e sociais que adotam perante situações de risco e os seus possíveis benefícios” (p. 178). Macaden e Clarke (2006) referem, ainda, que a percepção de risco é multidimensional, sendo constituída por uma dimensão cognitiva que se encontra relacionada com a forma como os indivíduos avaliam a probabilidade de se prejudicarem a si mesmos, e por uma dimensão afetiva ligada às incertezas, preocupações e aflições sentidas pelos indivíduos acerca dos possíveis prejuízos que poderão vir a sentir.

Relativamente às diferentes condições clínicas, o risco pode ser apresentado como sendo a probabilidade de vir a ter, ou a vulnerabilidade, a uma condição clínica, assim como uma consequência ou gravidade desta (Walker, Kalten, Mertz, & Flynn, 2003). Este pode ainda ser visto como algo a recear, que escapa ao controlo dos indivíduos, podendo inclusive ser fatal; ou ainda algo desconhecido, cujos efeitos se verificam a longo prazo ou não são observáveis (Slovic, 1987). Os riscos tendem a ser subestimados pelos indivíduos quando se encontram associados a comportamentos voluntários e a ser valorizados quando apresentados por fontes externas (Macaden & Clarke, 2006). A magnitude do risco é influenciada pelo facto de se o risco é percebido como sendo voluntário (Lima, Barnett, & Vala, 2005), familiar ou menos visível (Macaden & Clarke, 2006), passível de tratamento (Adams & Smith, 2001) ou associado com benefícios e impactos óbvios (Macaden & Clarke, 2006).

A percepção de risco, assim como a resposta perante situações de risco, são influenciadas pelo grau no qual um acontecimento considerado perigoso ou de risco evoca sentimentos de *dread* (pavor; Slovic et al., 2007a). Quando uma condição clínica que representa risco para a vida do indivíduo é comunicada, esta gera um sentimento aversivo, normalmente de grande intensidade, o que contribui para o surgimento de sentimentos de pavor. Contudo, apesar de tal acontecer, este sentimento age como um fator de persuasão emocional, evocando nos indivíduos medidas para evitar esse mesmo risco (Sjöberg, 2000). O *dread* surge então como sendo um fator bastante relevante no que respeita à percepção e à aceitação dos indivíduos relativamente a uma situação de risco (Slovic et al., 2007b; Slovic et al., 2005).

Se os sentimentos relativos a uma situação forem favoráveis, existe a tendência para considerar os riscos como baixos e os benefícios como elevados. Quando os sentimentos são desfavoráveis, existe a tendência para o processo contrário, para considerar um elevado risco e baixo benefício. Denominando-se este processo como heurística afetiva (Slovic et al., 2005). Ou seja, perante situações de risco, quanto mais elevados forem os seus possíveis benefícios, menores serão os riscos percebidos pelos indivíduos, tal como a situação inversa (Slovic, 1987; Slovic et al., 2007b). Assim, os indivíduos encontram-se dispostos a tolerar riscos mais elevados em atividades que poderão ser vistas como mais benéficas, sendo ainda que em situações de risco, nas quais os seus efeitos adversos ocorrem num maior período de tempo, estas tendem a ser vistas como situações cujos riscos são desconhecidos pelos indivíduos (Slovic, 1987).

Numa meta-análise realizada por DiMatteo et al. (2007) com o intuito de compreender a relação entre diferentes aspetos da severidade da condição clínica e a adesão do paciente ao tratamento, concluiu-se que a existência de um maior risco percebido associado à severidade da doença encontrava-se relacionado com um nível mais elevado de adesão aos regimes de tratamento prescritos. Existindo, contudo, uma maior probabilidade de não adesão entre os indivíduos que não acreditavam que a severidade da sua condição clínica fosse de facto um risco para si.

DiMatteo et al. (2007) acrescentam ainda que de facto pacientes que se encontram num pior estado de saúde revelam mais comportamentos de adesão, contudo tal só acontece quando a severidade da sua condição clínica não se apresenta como sendo demasiado grave. Quando os pacientes apresentam condições clínicas mais sérias (como o VIH, cancro, doenças cardíacas), aqueles que se encontram num pior estado de saúde estão menos propensos a realizar comportamentos de adesão aos regimes de tratamento prescritos. Tal ideia poderá sugerir que quando os pacientes se encontram severamente doentes com doenças mais graves, muitas das suas limitações físicas, psicológicas e práticas, assim como os seus modelos pessoais relativos à doença (respeitantes às causas, consequências, controlabilidade e trajetória da doença), podem contribuir significativamente para uma diminuição dos seus esforços relativos à adesão.

No mesmo sentido, Griffith (1990) refere que parece não existir uma associação entre a severidade da condição clínica e o comportamento de adesão dos indivíduos, o que poderá dever-se ao facto de que os sentimentos que surgem associados a doenças mais sérias terem um efeito inibitório nos comportamentos de

adesão dos indivíduos. Cabral e Silva (2010) acrescentam que a gravidade da doença, assim como a severidade dos sintomas surgem em segundo plano no que diz respeito a uma explicação para os comportamentos de adesão, sobretudo se estes fatores não acarretarem dor para os pacientes.

As mudanças nas percepções de risco associadas à saúde poderão ou não facilitar comportamentos positivos relacionados com a saúde. Compreender os fatores sócio culturais que influenciam as percepções de risco associadas à saúde poderá ajudar no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Por exemplo, em indivíduos com diabetes Tipo II a percepção de risco poderá ser influenciada pela falta imediata de visibilidade dos riscos associados a esta, e por sentimentos de falta de controlo sob a prevenção. A gestão da diabetes requer mudanças de comportamentos que se encontram dependentes em grande parte da percepção de risco do indivíduo (Macaden & Clarke, 2006).

**2.2.2. Confiança no clínico.** Segundo Gilson (2003), a confiança pode ser caracterizada como um conceito multidimensional, constituído por um elemento cognitivo, fundamentado em juízos acerca das circunstâncias da relação de confiança e dos possíveis benefícios que advêm dessa interação, e por um elemento afetivo que se baseia nos laços relacionais criados através da interação, empatia e identificação com os outros. Fugelli (2001) sugere ainda que a confiança é uma crença individual de que se pode confiar na sinceridade, beneficência e veracidade dos outros, implicando frequentemente a transferência do poder para alguém ou algum sistema, em agir em nome ou no interesse de alguém. Giddens (como citado em Alaszewski, 2003) refere que a confiança pode ser vista como sendo uma forma de gerir o risco que surge muitas vezes da incerteza.

A existência de uma situação que provoque incerteza ou algum nível de risco, seja este baixo, moderado ou elevado, leva à necessidade da existência de confiança, uma vez que nestas situações surge nos indivíduos uma dúvida no que respeita a motivos, intenções e futuras ações de alguém, sobre quem os indivíduos se encontram dependentes (Calnan & Rowe, 2004). Os indivíduos que se encontram doentes apresentam uma necessidade particular da existência de confiança, uma vez que estar doente acarreta muitas vezes uma falta de confiança em si próprio, no seu corpo, no seu papel social ou até no seu futuro, o que poderá fortalecer a confiança em outros, como por exemplo os médicos (Fugelli, 2001).

A confiança tem sido considerada um factor bastante importante no âmbito da prestação de cuidados de saúde uma vez que estes são caracterizados pela incerteza



e pela existência de maiores consequências no que respeita a situações de risco (Alaszewski, 2003), considerando Fugelli (2001) a confiança como um importante pilar no que respeita à relação entre profissional de saúde e paciente.

Ao longo dos anos o conceito de confiança tem sido visto como algo ambíguo e vago, sendo difícil de definir e de investigar (Ozawa & Sripad, 2013). Contudo, este desempenha um papel crucial no que respeita aos sistemas de saúde uma vez que estes contextos caracterizam-se por um enorme número de interações entre pacientes, médicos, enfermeiros, farmacêuticos entre outros agentes (Ozawa & Sripad, 2013). A prestação de cuidados de saúde encontra-se ainda muitas vezes associada a situações de risco perigosas ou até mesmo fatais e que por isso requerem o recurso ao conhecimento dos profissionais de saúde, e a confiança no facto de que estes tomam decisões tendo em conta o bem-estar dos pacientes (Alaszewski, 2003).

Assim, no que respeita a contextos de saúde, o conceito de confiança encontra-se relacionado com as capacidades e conhecimentos existentes nas instituições e profissionais de saúde, assim como no facto de que estes visam trabalhar no sentido de ir ao encontro dos interesses dos indivíduos (Calnan & Rowe, 2004). A relação de confiança entre o profissional de saúde e o paciente vai sendo construída através de um processo contínuo, colaborativo e prolongado que se vai desenvolvendo e amadurecendo ao longo do tempo (Axelrod & Goold, 2000; Mechanic & Meyer, 2000), contribuindo o seu desenvolvimento para a existência de uma maior ou menor confiança no profissional (Gaspar et al., 2016).

Para Hall, Camacho, Dugan, e Balkrishnan (2002) o desenvolvimento da confiança é em grande parte marcado pelas experiências anteriores dos pacientes com outros clínicos assim como pelas suas atitudes perante os mesmos. Segundo os mesmos autores, a confiança encontra-se ainda relacionada com certas atitudes e comportamentos dos pacientes, como a satisfação com os cuidados, a disposição para seguir as recomendações médicas, a vontade de procurar uma segunda opinião e com conflitos anteriores com os clínicos. A não existência de confiança pode influenciar os comportamentos dos pacientes no que diz respeito à procura de cuidados, no revelar informação pessoal, em se submeter aos tratamentos e em seguir as recomendações dos clínicos (Hall et al., 2002). Assim, no âmbito de proporcionar um tratamento eficaz os clínicos devem procurar suscitar quase que instantaneamente a confiança dos novos pacientes (Axelrod & Gold, 2000).

Neste âmbito, o papel desempenhado pelos profissionais de saúde e pelos pacientes é bastante relevante, uma vez que estes influenciam não apenas a forma

como todo o processo de comunicação é moldado, mas também a criação de um maior envolvimento e participação em todo o processo de comunicação (Gaspar et al., 2016). Para que tal seja possível os profissionais de saúde devem procurar construir uma relação de confiança com os pacientes, assim como um canal de comunicação e relação funcional entre ambos (Gaspar et al., 2016), devendo ainda as suas atitudes e comportamentos em relação ao paciente passar por saber ouvir, entender e respeitar as expectativas e preocupações dos pacientes (Martin, DiMatteo, & Lepper, 2001).

A qualidade da relação entre profissional de saúde e paciente assenta em grande parte nas competências de comunicação deste primeiro e ainda na forma como consegue transmitir a informação de maneira a que se transforme em conhecimentos claros e bem assimilados (Cabral & Silva, 2010). A comunicação existente entre profissional de saúde e paciente apresenta-se como sendo um fator influenciador da satisfação deste último, o que por sua vez poderá contribuir para uma maior ou menor adesão às recomendações do profissional de saúde (Martin et al., 2001; Martin, Williams, Haskard, & DiMatteo, 2005). Contudo, apenas providenciar a informação sem que os pacientes se sintam envolvidos em todo o processo de comunicação, esperando que desta forma as recomendações se traduzam em comportamentos poderá não ser suficiente (Gaspar et al., 2016). Davies (2009) refere que para além da transmissão da informação, espera-se que os indivíduos iniciem um processo de reflexão cuidadoso- deliberação- e que posteriormente implementem as ações necessárias e que vão ao encontro das recomendações. Segundo Gaspar et al. (2016), a deliberação sobre a informação que é recebida poderá permitir que os indivíduos cruzem a nova informação com a informação já existente, originando de certa forma um “debate interno” entre os pensamentos existentes e a nova informação, contribuindo para a criação e integração de novos conhecimentos, novos entendimentos e novas estratégias de decisão e ação.

A existência de uma maior colaboração entre profissional de saúde e paciente, assim como uma maior participação deste último em todo o processo de tomada de decisão contribui para um aumento do seu envolvimento, assim como para que o paciente se torne um agente mais ativo e responsável sobre os seus próprios cuidados (Hibbard, Mahoney, Stock, & Tusler, 2007; Martin et al., 2001). Para Martin et al. (2005), quando paciente e profissional de saúde trabalham de forma colaborativa, a existência de uma troca de informação recíproca é algo essencial durante o processo de tomada de decisão que envolve ativamente o paciente.

Contudo, uma boa relação entre profissional de saúde e paciente, assim como a compreensão por parte deste último das recomendações clínicas poderão não ser fatores suficientes para eliminar o risco da não adesão. As crenças, as atitudes assim como o contexto ou o suporte social poderão também influenciar a disponibilidade do indivíduo no que respeita aos seus comportamentos de adesão aos regimes de medicação prescritos (Martin et al., 2005). Além disso, as relações de confiança necessitam ser compreendidas de acordo com as mudanças sociais da sociedade moderna, mudanças estas que contribuíram para um afastamento da confiança baseada nas características de um determinado sujeito com conhecimento para uma confiança a nível institucional (Calnan & Rowe, 2004). Desta forma, as mudanças verificadas a nível das estruturas organizacionais dos cuidados de saúde e da cultura da prestação de serviços de saúde, a par da exposição por parte dos média de alguns erros e casos de incompetência médica contribuíram para uma alteração das experiências individuais dos pacientes no que diz respeito aos cuidados de saúde, assim como das relações de confiança entre pacientes e profissionais de saúde (Calnan & Rowe, 2004; Rowe & Calnan, 2006). Tais mudanças levaram ainda à existência de pacientes mais informados e interessados em participar em todo o processo de tomada de decisão, criando desta forma uma relação de maior interdependência entre profissional de saúde e paciente (Rowe & Calnan, 2006).

Para Calnan e Rowe (2004) as relações de confiança têm uma influência indireta nos resultados de saúde dos pacientes, através da sua satisfação, adesão e continuidade relativamente ao profissional de saúde, e ao nível das instituições com benefícios no que respeita à facilitação de consentimentos informados, ao assegurar uma utilização mais eficiente do tempo de consulta assim como a fomentação de uma relação mais eficaz com os cuidados de saúde. Além disto, podem ainda contribuir para uma redução dos custos associados a um baixo nível de vigilância e monitorização e para um aumento geral da eficiência (Gilson, 2003). Conseguir alcançar e manter uma relação de confiança apresenta-se como sendo algo bastante importante devido aos possíveis benefícios, não apenas para os pacientes mas também para os clínicos e para as instituições de cuidados de saúde em geral (Calnan & Rowe, 2004).

Apresentando-se a confiança como um possível fator chave indicador da qualidade da relação entre o paciente e o profissional de saúde (Calnan & Rowe, 2004), surgiu a necessidade de se medir a confiança que os pacientes têm nos profissionais de saúde. Assim, Hall et al. (2002) conceptualizaram a confiança

interpessoal no clínico como possuindo cinco possíveis domínios que se sobrepõem: (1) fidelidade, que consiste em cuidar e defender os interesses e o bem-estar dos pacientes, assim como o evitar conflitos de interesses; (2) competência, que respeita a uma boa prática e às habilidades interpessoais, tomando decisões corretas e evitando erros; (3) honestidade, que se refere ao dizer a verdade e a evitar a prestação de declarações falsas intencionalmente; (4) confidencialidade, através da utilização adequada da informação sensível; e (5), confiança global, que é referida como sendo a “alma” irredutível da confiança, ou aspetos que combinam elementos de algumas ou de todas as dimensões em separado.

Blendon e Benson (2001) referem que apesar de a confiança em relação à profissão dos clínicos ter vindo a diminuir nos últimos anos, os pacientes continuam a demonstrar níveis elevados de confiança no que respeita aos seus médicos pessoais. Desta forma, a relação estabelecida entre profissional de saúde e paciente apresenta-se como sendo um dos fatores relacionados com o sistema de saúde que mais influência exerce sobre o comportamento de adesão por parte dos participantes (Krueger et al., 2005).

Os aspetos referidos nos parágrafos anteriores são particularmente importantes no que diz respeito às doenças crónicas como por exemplo a diabetes (Rowe & Calnan, 2006). Esta apresenta-se como sendo uma doença crónica complexa, que requer o desenvolvimento por parte dos pacientes de conhecimentos, capacidades e de confiança que lhes permita realizar diariamente comportamentos de autocuidado (Schoenthaler & Cuffee, 2013), encontrando-se grande parte do sucesso do seu tratamento dependente das mudanças que os pacientes estão dispostos a realizar (Rowe & Calnan, 2006). Schoenthaler e Cuffee (2013) sugerem que estratégias de intervenção centradas no paciente, que visem providenciar uma educação relativa à sua saúde personalizada e que permitam aos pacientes desenvolver competências de resolução de problemas e de tomada de decisão, poderão servir de base para a construção de conhecimentos, capacidades e de confiança para lidar com os diferentes aspetos da sua saúde.

**2.2.3. Complexidade do regime.** À medida que a idade cronológica dos sujeitos vai aumentando o seu processo de envelhecimento contribui para um aumento das perdas e uma diminuição dos ganhos (Baltes & Baltes, 1990), sendo este em muitos casos marcado pela existência de um maior número de comorbilidades (como a hipertensão, artrite, diabetes, entre outras) que por sua vez requerem o

recurso à polimedicação de forma a se proceder a um tratamento adequado (Hajjar et al., 2007; Vik et al., 2006).

A polimedicação pode ser definida através de duas formas: (1) a utilização em simultâneo de múltiplas medicações, sendo avaliada através da contagem da mesma, apesar de não existir um número específico estabelecido que a possa vir a definir ou, (2) da administração de um maior número de medicamentos, para além daqueles que foram prescritos pelo profissional de saúde, podendo esta assumir uma conotação negativa em relação à utilização excessiva ou desnecessária da medicação (Hanlon, Schmader, Ruby, & Weinberger, 2001).

Uma ótima prescrição de medicação apresenta-se como tendo um cariz bastante relevante no que diz respeito ao atingir os objetivos da medicina geriátrica, de forma a curar a doença, a eliminar ou reduzir os sintomas e a melhorar o funcionamento dos sujeitos. Contudo, a prescrição relativamente à população idosa pode revelar-se como complicada, uma vez que em grande parte dos casos estes requerem regimes de medicação complexos devido à existência de múltiplas condições crónicas (Hanlon et al., 2001).

A população idosa surge como a maior consumidora de medicação (Sabaté, 2003), sendo que 80% desta sofre de uma doença crónica (Linjakumpu et al., 2002), necessitando estes de tomar em diversos casos um ou mais medicamentos diários, por vezes mais do que uma vez por dia (Coleman et al., 2012). O aumento do número de doenças crónicas veio contribuir para um aumento na responsabilidade colocada sobre a população idosa, sobretudo no que diz respeito à sua capacidade para gerir e autoadministrar um número elevado de medicação (Murray et al., 2004), apresentando então grande parte dos pacientes com doenças crónicas dificuldades no que diz respeito à adesão aos regimes prescritos (Sabaté, 2003).

A polimedicação pode revelar-se como sendo problemática para a população idosa, uma vez que poderá contribuir para o aumento da existência de possíveis efeitos adversos, em muito associados a um aumento do número de medicação utilizada; para a existência de prescrições inapropriadas; para a diminuição do estado funcional dos indivíduos, assim como para a existência de regimes mais complexos (Arlt Lindner, Rosler, & Renteln-Kruse, 2008; Gandhi et al., 2003; Hanlon et al., 2001; Vik et al., 2006). Todas estas problemáticas poderão levar ainda a um aumento da utilização dos meios de saúde e, em simultâneo a um aumento dos gastos associados à saúde (Hanlon et al., 2001). Em última instância a polimedicação contribui para que

a não adesão se torne num problema comum entre a população idosa (Berg, Dischler, Wagner, Raia, & Palmer, 1993; Hajjar et al., 2007; Ryan, 1999).

A adesão à medicação por parte da população idosa tem um cariz bastante relevante, contudo existem alguns fatores que contribuem para que esta não a tome tal como prescrita pelo profissional de saúde (Howland, 2007; Murray et al., 2004). Entre estes pode-se referir os diversos aspetos associados ao processo de envelhecimento, como a existência de um declínio físico ou cognitivo, assim como fatores ambientais, sociais, económicos ou as necessidades percebidas dos indivíduos. Desta forma, podemos salientar como influenciadores da adesão a diminuição da capacidade visual, auditiva e da memória dos sujeitos; a incompreensão do papel da medicação no controlo da sua doença; a incapacidade dos sujeitos para gerir e administrar a sua medicação; as suas atitudes e crenças (pessoais, culturais ou espirituais); infraestruturas desadequadas para a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, ou a coerência da informação acerca dos efeitos secundários associados à medicação (MacLaughlin et al., 2005; Murray et al., 2004; Schneeweiss, Patrick, Maclure, Dormuth, & Glynn, 2007; Sorensen, Stokes, Purdie, Woodward, & Roberts, 2005).

Devido à multiplicidade de fatores que influenciam a adesão aos regimes de medicação prescritos (Murray et al., 2004), o comportamento de adesão pode revelar-se como sendo um comportamento cognitivo complexo para a população idosa, sobretudo para os que experienciam declínios cognitivos (Cooper et al., 2005; Krueger et al., 2005; MacLaughlin et al., 2005). Tal em muito se deve uma vez que a realização de um comportamento de adesão rigoroso e correto, respeitante a um regime de medicação complexo envolve inúmeras componentes cognitivas. Em primeiro lugar os idosos necessitam compreender as instruções respeitantes à toma das diferentes medicações; em segundo lugar necessitam de organizar e integrar as instruções respeitantes às diferentes medicações e doses num horário de toma da medicação e, por último, devem recordar-se de tomar as diversas medicações no horário correto. Assim sendo, no caso de idosos que diariamente, e em diferentes horários necessitam de se recordar de tomar as medicações, o simples facto de terem que se lembrar pode revelar-se como sendo uma tarefa complexa e desafiadora (Branin, 2001).

Tal como os fatores supracitados, as características do regime de medicação prescrito influenciam igualmente a adesão por parte dos indivíduos (Krueger et al., 2005). A complexidade do regime de administração, nomeadamente a(s) dose(s) diária(s) relativas à toma da medicação prescrita, assim como a duração do tratamento

apresentam-se como fatores importantes no que diz respeito aos comportamentos de adesão (Cabral & Silva, 2010; Griffith, 1990; Vermeire et al., 2001). Assim, a existência de um regime de medicação desadequado ao cotidiano do sujeito e complexo tem um impacto negativo na sua adesão ao tratamento, podendo contribuir para uma reduzida eficácia do tratamento a longo prazo (Cramer, 2004). Este aspeto é particularmente relevante em doenças crónicas (como a diabetes), uma vez que nestes casos os indivíduos desempenham um papel bastante importante nos seus cuidados de saúde, tendo que desempenhá-lo ao longo de toda a sua vida (Kane & Shaya, 2008; Uchenna et al., 2010).

Numa revisão de literatura com estudos nos quais a adesão à medicação era avaliada com aparelhos de medição eletrónica, os seus autores concluíram que a complexidade do regime encontrava-se inversamente relacionada com a adesão dos sujeitos. Desta forma, a adesão será mais elevada quando um menor número de medicações são prescritas, assim como quando o horário de administração pouco interfere com o seu quotidiano, ou seja quando são prescritos regimes simples (Claxton et al., 2001). Pelo contrário, quando são prescritos regimes complexos, com um maior número de medicação e horários mais exigentes, a não adesão é mais elevada, podendo então a dificuldade em cumprir tal regime vir a revelar-se como um entrave à adesão (Claxton et al., 2001; Matsui, 2013). Num outro estudo realizado com pacientes que padeciam de HIV os seus autores concluíram igualmente que regimes menos complexos encontravam-se associados a uma maior adesão ao regime prescrito (Stone et al., 2001). Segundo Caldeira, Vaz-Carneiro, e Costa (2014), uma menor frequência posológica encontra-se associada a uma diminuição de cerca de 50% do risco de não-adesão terapêutica.

Contudo, a existência de um regime simples (por exemplo um comprimido diário) poderá não ser suficiente para que os indivíduos apresentem uma adesão mais elevada (Claxton et al., 2001; Osterberg & Blaschke, 2005), não sendo igualmente fácil de realizar com pacientes que têm múltiplas condições clínicas (Arlt et al., 2008).

Num estudo realizado com 128 pacientes que tinham diabetes Tipo II, que tomavam em média seis comprimidos diários e, onde a adesão à medicação foi avaliada através do autorrelato dos participantes, os seus autores concluíram que apesar da complexidade dos regimes os participantes relataram uma elevada adesão à medicação. Segundo os mesmos, um elevado número de medicações prescritas não se encontravam associadas com um baixo nível de adesão, sendo que alguns participantes tendiam a ter dificuldades com apenas um dos medicamentos prescritos.

Níveis de adesão mais baixos encontravam-se em muito correlacionados com os possíveis efeitos secundários, assim como com o facto de os participantes não acreditarem que o(s) medicamento(s) os estariam realmente a ajudar, quer com os sintomas correntes ou relativamente aos futuros. (Grant, Singer, Devita, & Meigs, 2003). Ainda segundo os mesmos autores, este seu estudo veio contribuir para o acentuar da importância que deve ser atribuída às crenças da saúde dos pacientes no que a uma gestão eficaz da sua doença diz respeito.

Os profissionais de saúde desempenham um papel bastante importante no que diz respeito à adesão dos indivíduos através da escolha do(s) fármaco(s) e do regime de medicação que a estes mais se adequam, contudo, grande parte dos possíveis resultados positivos encontram-se no domínio dos próprios indivíduos (Claxton et al., 2001). Desta forma, torna-se bastante relevante a promoção do envolvimento dos pacientes nos momentos de escolha da terapêutica, de uma melhor comunicação entre paciente e profissional de saúde, no que diz respeito à utilização da medicação e das preocupações do paciente (Metlay et al., 2005), devendo existir por parte do profissional de saúde o cuidado de ter em consideração os potenciais fatores que contribuem para a não adesão aquando da prescrição de medicação, uma vez que tudo isto poderá contribuir para uma maximização dos benefícios de saúde associados à utilização de medicação, sobretudo entre a população idosa (Vik et al., 2006).

**2.2.4. Custo dos medicamentos.** Apresentando-se a utilização apropriada da medicação como um meio eficaz e eficiente no que diz respeito ao tratamento de doenças crónicas (Kennedy, Coyne, & Sclar, 2004; Kennedy & Morgan, 2006; Sousa et al., 2011), o comportamento de adesão por parte dos pacientes aos regimes de medicação prescritos assume um papel de destaque, contribuindo para melhorar a situação clínica dos mesmos, a sua qualidade de vida, levando ainda a uma diminuição dos gastos económicos para a sociedade (Durán-Varela et al., 2001; Raebel et al., 2011).

Contudo, as mudanças verificadas nos últimos anos no contexto da situação económica em Portugal com a redução dos rendimentos, o aumento da carga fiscal e a alteração do regime de comparticipação dos medicamentos contribuíram para um aumento da relevância dos fatores financeiros no que diz respeito à sua influência no cumprimento dos regimes terapêuticos prescritos por parte dos pacientes (Chin et al., 2012). O aumento dos custos associados com a aquisição de nova medicação contribuiu para uma diminuição da capacidade dos indivíduos em adquiri-la, levando a que a não adesão à medicação devido ao seu custo assumisse um cariz importante e



se tornasse num problema generalizado no que diz respeito a políticas sociais e de saúde pública (Kennedy & Morgan, 2006), uma vez que acarreta graves consequências não apenas para a saúde dos indivíduos, levando a uma diminuição da sua qualidade de vida, ao aumento da mortalidade e da morbilidade, como também a um aumento dos custos económicos para a sociedade (Kennedy et al., 2004; Kennedy & Morgan, 2006; Matsui, 2013; Uchenna et al., 2010).

Assim, o baixo rendimento auferido por parte dos indivíduos apresenta-se como sendo uma barreira significativa a uma efetiva adesão terapêutica (Cabral & Silva, 2010). A dificuldade em suportar os custos associados à aquisição de nova medicação (*out-of-pocket costs*), sobretudo nos indivíduos que auferem um baixo rendimento económico contribui para que estes apresentem um risco mais elevado no que diz respeito à não adesão (Kennedy et al., 2004; Kennedy & Morgan, 2006; Mojtabai & Olfson, 2003; Steinman et al., 2001), levando a que muitas das vezes saltem a toma de algumas doses de medicação, a que aumentem o espaçamento entre estas, de forma a que dure um maior período de tempo, ou ainda que atrasem o levantamento de novas prescrições medicamentosas (Matsui, 2013). Segundo alguns autores, indivíduos que tenham uma baixa condição de saúde encontram-se mais propensos à não adesão devido ao seu custo. Para tal, em muito contribui o facto de muitas das vezes ser-lhes prescrito regimes de medicação complexos e dispendiosos e de serem potencialmente mais vulneráveis a consequências devido à não adesão (Kennedy & Morgan, 2006; Kennedy et al., 2004).

Num estudo realizado em Portugal por Cabral e Silva (2010), de um total de 1400 participantes, 18,6 % referiram a falta de recursos económicos como sendo um dos principais fatores a influenciar a sua capacidade para seguir as indicações dos profissionais de saúde, sendo ainda que 25% referiram abdicar da compra de medicamentos devido à sua incapacidade financeira para suportar os custos. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Chin et al. (2012), onde 31% dos participantes não cumpriram com a medicação prescrita devido a fatores financeiros.

No que diz respeito à adesão entre a população idosa, esta merece particular atenção uma vez que enfrenta um maior número de barreiras quando em comparação com outras faixas etárias, sendo então mais provável que lhes seja prescrita múltipla medicação, regimes mais complexos, a existência de diferentes efeitos secundários e de maiores dificuldades em compreender as instruções dadas pelos profissionais de saúde (Hervé, Mullet, & Sorum, 2004), experienciando ainda maiores dificuldades no pagamento da nova medicação (Hervé et al., 2004; Kennedy et al., 2004).

As restrições de ordem económica representam um dos principais motivos pelo qual os pacientes abdicam por vezes de determinados cuidados médicos, tal como a ida a consultas, a compra ou o evitamento da toma da medicação, a compra de óculos, a utilização de meios complementares de diagnóstico (Blendon et al., 2002; Cabral & Silva, 2010), ou a verem-se forçados a por vezes terem de optar entre os cuidados relativos à sua saúde, alimentação, vestuário ou outro serviço essencial para o seu bem-estar (Steinman et al., 2001). Num estudo realizado com 370 participantes que tinham diabetes (Tipo I e II), a variável psicossocial custo da medicação sobressaiu como sendo um importante influenciador da adesão (Uchenna et al., 2010).

Desta forma, os profissionais de saúde devem procurar questionar os pacientes acerca da sua capacidade monetária para a aquisição da medicação prescrita (Kennedy & Morgan, 2006), devendo ter em conta tal informação, procurando prescrever medicação com um custo mais reduzido mas igualmente eficaz (Steinman et al., 2001).

### 3. Formulação do Problema de Investigação

O aumento da esperança média de vida da população que se tem vindo a verificar ao longo das últimas décadas, e o conseqüente envelhecimento da estrutura etária da população, tem contribuído para um aumento da prevalência de doenças crónicas (Bauer et al., 2014; Sousa et al., 2011). Uma delas é a diabetes mellitus que regista cada vez mais um aumento na sua taxa de prevalência, não apenas em Portugal (SPD, 2013; SPD, 2014), mas sim por todo o mundo (IDF; 2013).

A não adesão à prescrição de medicação por parte dos idosos tem-se revelado uma problemática cada vez mais frequente (Banning, 2008), contribuindo para a existência de conseqüências não apenas ao nível da saúde dos pacientes, como também a nível económico para a sociedade (Kennedy & Morgan, 2006; Sabaté, 2003).

Nos últimos anos foram estudados inúmeros fatores que influenciam a adesão à medicação, sendo que a severidade da condição clínica (DiMatteo et al., 2007), a confiança no clínico (Krueger et al., 2005; Ozawa & Sripad, 2013), a complexidade do regime (Claxton et al., 2001; Vermeire et al., 2001) e o custo dos medicamentos (Blendon et al., 2002; Cabral & Silva, 2010; Uchenna et al., 2010) têm surgido como fatores que evidenciaram uma importância maior enquanto determinantes da adesão.

Este conjunto de quatro fatores revelou-se fecundo num estudo experimental, com recurso à ANOVA mista de medidas repetidas, da resposta de adesão percebida à medicação para a doença cardíaca efetuado junto de idosos (Diniz et al., 2016). Os participantes neste estudo basearam-se numa tomada de perspectiva (*perspective-taking*) relativa a um hipotético doente, a qual contribuiu para juízos mais extremos e respostas mais reflexas e menos controladas (Hervé & Mullet, 2005; Wills & Moore, 1996). A este propósito, os autores referem que os juízos de adesão dos participantes foram feitos como se eles se estivessem a referir a si mesmos. Os resultados indicaram que os fatores Severidade da Condição Clínica (SCC) e Custo dos Medicamentos (CM) foram os que mais influenciaram a adesão percebida, revelando a importância do papel do afeto (*dread*) “como informação” (Peters et al., 2006; Sjöberg, 2000) e como “moeda de troca” (Peters et al., 2006) nos juízos de adesão. Os fatores Confiança no Clínico, operacionalizado em termos de Experiência do Clínico (EC; “experiente” e “muito experiente”), e Complexidade do Regime (CR; “simples” e “complexo”) não tiveram, por si só, influência na adesão percebida, mas o fator adicional Condição Clínica dos participantes (CC; “com ou sem doença cardíaca”) teve. Contudo, observou-se que embora não existissem diferenças na adesão

percebida entre os níveis da EC e da CR, o nível “simples” da CR, quando em conjunto com o nível “muito experiente” da EC, parecem surgir como facilitadores da adesão percebida dos participantes “com doença cardíaca”. A este propósito, os autores referem que este resultado também contribuiu para dar sentido à função do afeto como informação, suscitada pelos sentimentos de *dread* ligados ao alvo específico de avaliação (“doença cardíaca”).

O presente estudo surge como uma replicação do trabalho realizado por Diniz et al. (2016), mas alterando o fator adicional CC para “com ou sem diabetes Tipo II”. Nele visa-se avaliar como diferentes peças de informação (cognitivas e afetivas, como o CM e a SCC, respetivamente) suscitam juízos de adesão baseados na tomada de perspectiva de um hipotético doente, no caso diabético, procurando avaliar o impacto específico de cada fator e das suas eventuais interações.

Desta forma, e no âmbito da diabetes Tipo II, poderá ser apreciada a importância da informação afetiva associada aos supramencionados fatores para a relação clínico-paciente e, assim, procurar contribuir para o desenvolvimento da gerontopsicologia educacional.”

## 4. Método

### 4.1. Participantes

A amostra foi constituída por um total de 72 idosos, com um leque etário entre os 65 e os 86 anos de idade ( $Mdn = 69$ ), voluntários, escolarizados, não institucionalizados, autónomos, controlados para demência (*MMSE*; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009) e depressão (*EGD-15*; Diniz, 2007; Sheikh & Yesavage, 1986).

Tal como é possível verificar através da Tabela 1, a amostra era paritária quanto ao género e a maioria dos participantes frequentou o 1º ciclo do Ensino Básico, era casado ou vivia em união de facto e residia em meio urbano. Para além disso, metade dos participantes auferia entre 501 e 1000 euros mensais e tinha diabetes Tipo II.

Tabela 1. *Caracterização da Amostra*

Género	Masculino	36	50%
	Feminino	36	50%
Escolaridade	1ºciclo	56	77.8%
	2ºciclo	3	4.2%
	3ºciclo	4	5.6%
	Ensino Secundário	8	11.1%
	Ensino Superior	1	1.4%
Estado Civil	Casado ou união de facto	51	70.8%
	Viúvo	18	25%
	Divorciado	2	2.8%
	Solteiro	1	1.4%
Meio de residência	Urbano	63	87.5%
	Mediamente Urbano	8	11.1%
	Rural	1	1.4%
Rendimento	Até 500 euros	25	34.7%
	Entre 501 e 1000 euros	36	50%
	Entre 1001 e 2000 euros	11	15.3%
Diabetes Tipo II	Tem	36	50%
	Não tem	36	50%

### 4.2. Instrumentos, Materiais e Estímulos

**4.2.1. *Mini-Mental State Examination (MMSE)*.** O *MMSE* (Morgado et al., 2009) surge como a adaptação portuguesa do *Mini-Mental State Examination*

(Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), sendo utilizado como um instrumento no rastreio de défices cognitivos.

Constituído por um total de 30 questões que avaliam seis funções cognitivas, entre elas a orientação (temporal e espacial); retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem e, habilidade construtiva, o *MMSE* encontra-se dividido em duas secções. Uma primeira, onde apenas é pedido ao paciente que responda oralmente e onde as questões se encontram relacionadas com a orientação, memória e atenção, com um resultado máximo de 21 pontos e, uma segunda parte onde são testadas as capacidades do paciente para nomear, seguir instruções verbais e escritas, escrever uma frase espontaneamente e para copiar um polígono, tendo como resultado máximo nove pontos (Folstein et al., 1975; Tombaugh & McIntyre, 1992). As respostas são cotadas através de uma escala dicotómica (certo ou errado), sendo atribuído um ponto a cada resposta certa, tendo como resultado máximo 30 pontos, correspondendo este valor a um melhor desempenho (Morgado et al., 2009). A sua administração varia entre cinco a dez minutos, o que torna a sua aplicação fácil de realizar, revelando-se este factor como uma das suas vantagens, uma vez que a maioria dos instrumentos existentes requerem um maior tempo para a sua aplicação (Folstein et al., 1975; Morgado et al., 2009).

Reconhecido como um dos instrumentos de rastreio de défices cognitivos mais utilizado a nível mundial (Morgado et al., 2009; Mast & Gerstenecker, 2010; Kuslansky et al., 2004), o *MMSE*, além do rastreio de défices cognitivos, tem como objetivos a avaliação da severidade do défice, assim como a sua monitorização através de diversos testes (Ridha & Rossor, 2005). Os resultados obtidos pelos examinados (como por exemplo insucessos na orientação ou memória) na prova revelam ainda uma grande importância para vários profissionais (advogados, juizes, assistentes sociais) uma vez que permitem compreender as suas capacidades de realização de atividades diárias e, por sua vez, o suporte social que necessitam (Folstein et al., 1975)

Para proceder à aplicação do *MMSE*, há que salientar que o profissional deve procurar estabelecer uma boa relação com o examinado, explicando de forma breve qual o propósito e a estrutura da prova, evitando pressioná-lo nos itens em que apresente algumas dificuldades, visando desta forma a sua colaboração e o evitamento de reações adversas (Folstein et al., 1975; Ridha & Rossor, 2005). Devem ainda ser garantidos alguns pressupostos, entre eles garantir que o examinado se encontra alerta, consciente, que domina a linguagem oral e escrita na qual a prova é apresentada, e que seja capaz de ouvir, ver e falar (Ridha & Rossor, 2005).

Além dos pressupostos apresentados no parágrafo anterior, verifica-se igualmente que os resultados poderão ainda ser influenciados por diversas variáveis sociodemográficas e individuais dos examinados, entre elas a idade, o sexo, a educação, o estatuto socioeconómico, a raça ou a etnia (Chatfield, Matthews, & Brayne, 2007; Jones & Gallo, 2002; Morgado et al., 2009; Parker & Philp, 2004; Ridha & Rossor, 2005). Apesar de o *MMSE* se apresentar como um instrumento válido para o rastreio de défices cognitivos, há que referir que este não foi concebido nem tem qualquer objetivo de diagnóstico, sendo que para tal deverá ser levada a cabo uma avaliação clínica mais completa (Folstein et al., 1975).

Por último, na versão Portuguesa do *MMSE* (Morgado et al., 2009), a escolaridade foi considerada como o seu principal determinante da pontuação obtida pelos examinados. Assim, foi considerada a existência de um compromisso cognitivo quando a pontuação atinge um valor de 22 pontos para pessoas com até dois anos de escolaridade; 24 pontos para pessoas com uma escolaridade entre os três e os seis anos e, 27 pontos para pessoas com uma escolaridade igual ou superior a 7 anos. Estes foram os pontos de corte utilizados para o presente estudo, tendo sido três participantes excluídos da amostra original.

**4.2.2. Escala de Depressão Geriátrica: versão reduzida (EGD-15).** Com o objetivo de se realizar um rastreio da patologia depressiva em idosos, a EDG-15 (Diniz, 2007) surge como uma adaptação portuguesa da *Geriatric Depression Scale* (GDS-15; Sheikh & Yesavage, 1986).

Encontrando-se os transtornos depressivos entre as condições médicas mais comuns nos idosos (Brown & Schinka, 2005; Almeida & Almeida, 1999), torna-se premente a necessidade de um rápido rastreio dos sintomas da depressão nesta faixa etária (Sheikh & Yesavage, 1986; Nyunt, Fones, Niti, & Ng, 2009). Contudo, a identificação da existência da sintomatologia depressiva nos idosos tem-se revelado uma tarefa difícil para os profissionais de saúde. Esta dificuldade deve-se em grande parte devido à falta de formação por parte dos profissionais (Brown & Schinka, 2005; Fernández-San Martín et al., 2002), ao pouco tempo existente para a observação dos pacientes e ao facto de os sintomas depressivos clínicos manifestados serem muitas vezes atípicos, quando comparados com faixas etárias mais jovens (Gurland & Toner, 1982; Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009; Yesavage et al., 1983). Isto porque a manifestação da sintomatologia nos idosos leva a que muitas vezes esta seja confundida com problemas do próprio processo de envelhecimento (e.g., solidão, lentificação), de compromissos cognitivos (e.g. perda de memória, desorientação) ou

de patologias sintomáticas (e.g. dor, obstipação) (Brown & Schinka, 2005; Fernández-San Martín et al., 2002; Gurland & Toner, 1982).

É então com o objetivo de se detetar a patologia depressiva nos idosos que é desenvolvida a *GDS-30*, constituída por 30 questões que enfatizam os sintomas depressivos, com exceção daqueles que retratam queixas somáticas (Sheikh & Yesavage, 1986; Yesavage et al., 1983). A *GDS* apresenta-se como tendo propriedades psicométricas muito boas (Edelstein, Drozdick, & Ciliberti, 2010; Marwijk et al., 1995; Nyunt et al., 2009; Yesavage et al., 1983), onde além das dificuldades descritas no final do parágrafo anterior, esta escala surge ainda como resposta ao facto de a maior parte das escalas de depressão existentes não terem sido concebidas nem validadas tendo em conta a população mais idosa (Yesavage et al., 1983).

Contudo, a necessidade de se criar um instrumento com um tempo reduzido de administração e de fácil cotação, tanto em ambientes especializados como não especializados, levou ao desenvolvimento da *GDS-15*, uma versão reduzida da escala (Sheikh & Yesavage, 1986). Esta apresenta como principais vantagens o facto de ter um tempo de aplicação mais reduzido, entre cinco a sete minutos (que por sua vez contribui para uma diminuição da fadiga do próprio idoso), a existência de uma escala dicotómica de resposta (sim ou não) e de poder ser auto ou heteroadministrada (Brown & Schinka, 2005; Sheikh & Yesavage, 1986).

Para o desenvolvimento da *GDS-15*, Sheikh e Yesavage (1986) selecionaram então as 15 questões que na *GDS* original estabeleciam uma maior correlação com os sintomas depressivos. A pontuação da *GDS-15* varia entre zero e 15 pontos, sendo que das suas 15 perguntas, 10 indicam a presença de depressão quando respondidas de forma positiva e, as restantes perguntas (i.e., 1,5,7,11 e 13) quando respondidas de forma negativa, sendo por isso necessário recodificá-las.

No que diz respeito aos pontos de corte, um estudo realizado por Tumas, Rodrigues, Farias, e Crippa (2008), com idosos brasileiros permitiu concluir que uma pontuação de 8/9 é o melhor ponto de corte para diferenciar idosos deprimidos dos não deprimidos e, o ponto de corte 10/11 pontos para propósitos de diagnóstico de depressão. Este último ponto de corte foi utilizado neste estudo, tendo sido dois participantes excluídos da amostra original.

**4.2.3. Vinhetas em suporte digital.** Através do recurso ao *PowerPoint 2015* foram construídos 18 estímulos sob a forma de vinhetas, que foram posteriormente transformadas em imagens, importadas para o *Superlab (version5)* e apresentadas num computador portátil. Cada vinheta ocupava no ecrã uma dimensão de 1366 x 768



pixéis, o equivalente à resolução do monitor, sendo constituída por uma situação hipotética na qual o participante teria que se colocar na posição de um outro idoso, que não o próprio, retratado como tendo diabetes e decidir qual seria a inclinação do idoso hipotético para aderir à prescrição de novos medicamentos, tendo em conta os fatores operacionalizados na tarefa experimental: SCC, confiança no clínico, operacionalizada como EC, CR e CM.

Almejou-se desta forma que a CC “com ou sem diabetes Tipo II” fosse analisada através dos vários níveis dos fatores: SCC - “normal para a idade”, “grave” e “perigo para a vida”; EC - “cinco anos de prática” e “20 anos de prática”; CR - “simples” e “complexo” e, CM - 15% de redução do montante em euros do rendimento do sujeito hipotético (“75 euros”, “150 euros” e “225 euros”, respetivamente rendimentos de 500, 1000 e 1500 euros), em função dos resultados obtidos no estudo de Diniz et al. (2016).

Para responder à questão hipotética o participante dispunha de uma Escala Visual Analógica (EVA), cujo gradiente era apresentado sob a forma de linha com dois extremos (“nenhuma inclinação” e “toda a inclinação”). A EVA encontrava-se centrada na parte inferior do ecrã do computador portátil, numa área definida entre -520 e 520 pixéis, sendo composta por um total de 50 categorias. De forma a obter uma distribuição homogénea de pixéis pelas diferentes categorias, fez-se corresponder 21 pixéis a cada uma das 10 primeiras categorias, seguindo-se três categorias cada uma com 20 pixéis. Este processo foi repetido até se perfazer um total de 50 categorias.

De seguida apresentam-se dois exemplos das vinhetas utilizadas para os dois níveis da CR: “complexo” (Figura 1) e “simples” (Figura 2).

Uma pessoa com mais de 75 anos de idade,  
com um rendimento de 500 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:**  
**os novos medicamentos custam 75 dos 500 euros**  
**a doença é normal para a idade**  
**o(a) médico(a) tem 5 anos de prática**

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

|-----|  
Nenhuma Toda

Figura 1. Exemplo de vinheta utilizada no procedimento experimental para o regime complexo

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:**  
**o(a) médico(a) tem 20 anos de prática**  
**a doença é grave**  
**os novos medicamentos custam 150 dos 1000 euros**

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

|-----|  
Nenhuma Toda

Figura 2. Exemplo de vinheta utilizada no procedimento experimental para o regime simples

### 4.3. Procedimento e desenho experimental

De forma a determinar a dimensão da amostra recorreu-se ao resultado da análise da potência *estatística a priori* efetuada por Diniz et al. (2016) que, num estudo com os mesmos fatores, apontava para 70 participantes (potência = .81), e tendo por objetivo o contrabalanceamento completo da ordem dos tratamentos, implicando este um número de sujeitos múltiplo do número de sequências (Alferes, 1997, 2012; Shadish, Cook, & Campbell, 2002). Para tal, após a criação dos dois grupos relativos à CR, procedeu-se à definição da ordem pela qual os fatores, CM, SCC e EC surgiriam nas vinhetas em suporte digital. Com este fim, definiu-se o fator CM como “A”, o fator SCC como “B” e o fator EC como “C”, de forma a efetuar todas as combinações possíveis entre estes fatores. Desta forma, encontrou-se seis sequências (ABC, ACB, BAC, BCA, CAB, CBA), que foram utilizadas tanto para o regime “simples” como para o “complexo”. Posteriormente, procedeu-se à realização do cálculo: 6 (sequências) x 6 (participantes) = 36, concluído então que para cada um dos grupos: CR “simples” e “complexo” seriam necessários 36 idosos, perfazendo um total de 72 participantes.

Os dados do presente estudo foram recolhidos junto de 81 participantes, contudo, para além daqueles que foram excluídos em razão dos pontos de corte dos instrumentos de rastreio (cf. ponto 5.2.1. e ponto 5.2.2.), dois participantes foram excluídos dado serem iletrados e outros dois por demonstrarem vontade em não prosseguir o estudo.

A seleção da amostra foi realizada através de processos não-probabilísticos, entre eles de conveniência, intencional via informadores privilegiados e intencional tipo bola de neve. Desta forma, a recolha dos dados realizou-se em associações de

reformados e centros de convívio, assim como nas residências dos participantes. Relativamente à recolha em associações, foi realizado um primeiro contacto com a direção de forma a explicitar qual o objetivo do estudo, assim como para solicitar a autorização. Após ser concedida a autorização procedia-se à recolha dos dados. No que respeita à recolha dos dados nas residências dos participantes, era igualmente explicitado qual o objetivo do estudo e, caso o participante assim o desejasse procedia-se à recolha dos dados.

Em ambos os casos, antes de se iniciar a recolha procurou-se esclarecer os participantes acerca do objetivo do estudo, informá-los que a sua participação tinha um carácter voluntário, sendo que seriam garantidos o anonimato e a confidencialidade das suas respostas, recorrendo-se para tal a um termo de consentimento informado que continha estas informações. De seguida foi utilizado um questionário sociodemográfico que foi heteroadministrado, de forma a tornar a situação o mais familiar possível para o participante, devido a possíveis limitações ligadas à saúde funcional (e.g., problemas visuais, ao nível da motricidade fina) e à falta de habilitações literárias por parte dos participantes (Diniz & Amado, 2014). No decorrer do preenchimento destes documentos os idosos que eram analfabetos foram excluídos do estudo, sendo este processo realizado sempre de forma a não prejudicar o participante.

Posteriormente procedeu-se à administração da adaptação portuguesa do *Mini Mental State Examination* (MMSE; Morgado et al., 2009) e da Escala de Depressão Geriátrica- Versão Reduzida (Diniz, 2007; Sheikh & Yesavage, 1986), de forma a eliminar os participantes passíveis de sofrerem de défices cognitivos e de patologia depressiva.

No que concerne à realização da tarefa experimental, os participantes encontravam-se sentados numa cadeira, junto a uma mesa e com o monitor à sua frente, num local iluminado e, sempre que tal fosse possível, realizada numa sala à parte dos restantes participantes ou sujeitos no local, com o intuito de garantir a privacidade e confidencialidade das suas respostas, assim como evitar possíveis elementos distratores e que futuros participantes tivessem contacto com a tarefa.

No final foi perguntado aos participantes se tinham diabetes Tipo II, ou se tinham familiares ou amigos com diabetes.

Para a tarefa experimental utilizou-se um plano fatorial completo misto de medidas repetidas 3 (CM) x 3 (SCC) x 2 (EC) (*within-subjects*) x 2 (CR) x 2 (CC)

(between-subjects), onde foram criados dois grupos (CR “simples” e “complexo”), cada um com 36 idosos distribuídos de forma equitativa através do género.

Optou-se por duplicar a apresentação das vinhetas, respondendo então cada participante duas vezes à mesma situação, procurando desta forma obter resultados mais precisos no que respeita à pontuação correspondente ao local em que o participante apontava a sua resposta, possibilitando a realização da sua média.

Antes de se proceder à realização da tarefa experimental eram apresentadas as instruções no monitor, sendo cada um dos participantes informado acerca do procedimento a seguir e da tarefa a executar. Em seguida, eram realizados quatro ensaios-treino para que os idosos se adaptassem ao procedimento experimental. As vinhetas utilizadas durante o período de treino eram compostas por sequências diferentes das que seriam posteriormente apresentadas na tarefa. Por fim, após o período de treino e de garantida uma boa compreensão da tarefa pelo participante iniciava-se a tarefa experimental.

Com o intuito de assegurar a padronização do processo de recolha e suprimir a dificuldade de alguns idosos em trabalhar com o computador, era pedido a estes que indicassem, apontando com o indicador no ecrã do computador, o local da EVA que em cada situação correspondia à sua resposta, registando o investigador esta mesma colocando o cursor do rato nesse mesmo local e carregando no botão do rato de forma a registar a resposta. Consoante a aproximação da sua resposta a um dos extremos da escala, maior ou menor será a inclinação do idoso hipotético para aderir à prescrição dos novos medicamentos.

No programa *SuperLab (version 5)* foram geridos os aspetos de apresentação, de aleatorização das vinhetas e do registo na EVA das respostas (Rocha & Santos, 2016). As respostas dos participantes eram posteriormente exportadas para o *Excel 2015*, de modo a trabalhar os dados com recurso à criação de tabelas dinâmicas (Santos, 2014). Por fim, após criadas as médias referentes às situações hipotéticas apresentadas acerca da adesão percebida à prescrição medicamentosa, os dados foram introduzidos no *IBM-SPSS Statistics for Windows (version 21)*.

**4.3.1. Análise de dados.** No que respeita à análise estatística de dados, recorreu-se à ANOVA mista de medidas repetidas sobre os fatores CM (3 níveis), SCC (3 níveis), EC (2 níveis), CR (2 níveis) e CC (2 níveis). Uma vez que esta técnica é robusta face à violação dos pressupostos de normalidade e homocedasticidade quando temos tratamentos com  $n$  grupais equivalentes (Anderson, 2001), só se testou o pressuposto de esfericidade da matriz de covariâncias das variáveis observadas,

utilizando-se o teste *W* de Mauchly e, quando violado este pressuposto ( $p < .05$ ), adotou-se a correção de *Greenhouse-Geisser* para os graus de liberdade (Marôco, 2011).

As comparações múltiplas realizadas de forma a averiguar a existência de efeitos significativos de um fator nos seus níveis específicos (testes *post-hoc*) foram realizadas com o ajustamento de *Bonferroni* para os níveis de significância (Marôco, 2011). O nível de significância estatística utilizado foi de  $p < .05$ , sendo que além da significância estatística foram apreciadas as magnitudes de efeito e a potência estatística dos testes realizados (Cohen, 1988).



## 5. Resultados

Através da ANOVA observou-se somente o efeito principal da SCC sobre a adesão percebida à medicação (Tabela 2). Não foram observadas interações, de primeira e segunda ordem, entre os fatores.

As diferenças estatisticamente significativas na SCC ocorreram do nível “normal para a idade” ( $M = 28.19$ ) para o nível “grave” ( $M = 40.08$ ) e do nível “normal para idade” para o nível “perigo para a vida” ( $M = 40.71$ ). Estes resultados traduzem um efeito de teto do nível “grave” para o nível “perigo para a vida”, observável na Figura 3: a SCC perdeu relevância a partir do seu nível intermédio (“grave”).

Tabela 2. Resultados da ANOVA Mista de Medidas Repetidas: Efeitos Principais

Factor	gl	gl erro	MQ	F	p <sup>a</sup>	η <sup>2</sup> <sub>p</sub>	P
SCC	1.77	120.59	23937.52	30.50	< .0001	.31	1.00
EC	1	68	146.93	0.36	.552	.01	.09
CR	1	68	188.86	0.06	.801	.00	.06
CM	2	136	998.71	2.20	.115	.03	.44
CC	1	68	3121.88	1.06	.308	.02	.17

Nota. MQ = média dos quadrados; η<sup>2</sup><sub>p</sub> = magnitude de efeito (Cohen, 1988; .01 = fraca, .06 = moderada, .14 = elevada); P = potência observada. SCC = severidade da condição clínica; EC = experiência do clínico; CM = custo dos medicamentos; CR = complexidade do regime; CC = condição clínica.

<sup>a</sup>Ajustamento para comparações múltiplas: Bonferroni.

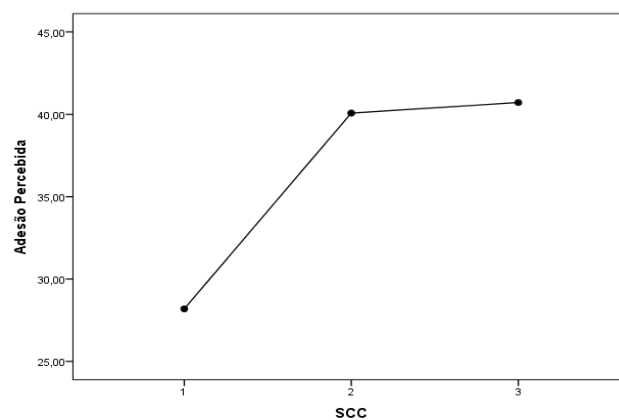


Figura 3. Médias marginais da adesão percebida para aderir à nova medicação prescrita. Níveis da Severidade da Condição Clínica (SCC): 1 = “normal para a idade”; 2 = “grave”; 3 = “perigo para a vida”.





## 6. Discussão

Tal como referido anteriormente, este estudo surge como uma replicação do trabalho de Diniz et al. (2016), mas com a alteração do fator CC para “com ou sem diabetes Tipo II” onde se pretendeu avaliar como diferentes peças de informação (cognitivas e afetivas) suscitam juízos de adesão baseados na tomada de perspectiva de um hipotético doente diabético, visando avaliar o impacto específico de cada fator e das suas eventuais interações.

Os resultados mostraram que o fator SCC assumiu um papel decisivo na adesão percebida à medicação pelos participantes, verificando-se uma maior adesão entre os níveis “normal para a idade” e “grave” do que entre os níveis “grave” e “perigo para a vida”, onde existiu um efeito de teto (*ceiling effect*). Os resultados obtidos aparentam encontrar-se relacionados com o facto de os diferentes níveis operacionalizados para a SCC poderem contribuir para o surgimento de sentimentos de pavor (*dread*; Sjöberg, 2000; Slovic, 1987; Slovic et al., 2007a; Slovic et al., 2005) que, no momento de tomada de decisão, suscitaram uma resposta de adesão percebida com um maior ênfase na avaliação emocional gerada pela situação experimental, evidenciando a função do “afeto como informação” (Peters et al., 2006; Sjöberg, 2000). Isto mostra que a SCC tem um papel relevante no que respeita à adesão à prescrição de medicamentos, tal como salientaram outros estudos (DiMatteo et al., 2007; Diniz et al., 2016).

Relativamente ao CM, este não surgiu como sendo influenciador da adesão percebida dos participantes neste estudo. Tal poderá dever-se à influência das escolhas inter-temporais (*intertemporal choices*), que se encontram relacionadas com decisões que envolvem compromissos entre os custos e os benefícios que ocorrem em diferentes períodos de tempo (presente/futuro; Frederick, Loewenstein, & O’Donoghue, 2002), nomeadamente em comportamentos de saúde (Chapman et al., 2001). A este respeito, Loewenstein et al. (2007) e O’Donoghue e Rabin (1999) referem existir uma tendência dos indivíduos para colocar um maior peso nos benefícios imediatos das ações, e evitar os seus custos imediatos (preferências enviesadas para o presente). Ora, a forma como a operacionalização dos diferentes níveis do CM foi apresentada nas vinhetas (cf. secção 4.2.3.) parece remeter para a existência de um custo imediato da ação do indivíduo relativo à aquisição da medicação, enquanto que os benefícios associados a esta ação poderão ser incertos ou surgir a longo prazo, dadas a características da diabetes Tipo II (Harvey & Lawson, 2009; IDF, 2011). Tal parece ter então contribuído para que neste estudo o CM não se

assumisse como influenciador da adesão percebida à medicação por parte dos participantes.

Este resultado foi distinto do obtido por Diniz et al. (2016), para a CC “doença cardíaca”, onde o CM assumiu um papel principal enquanto influenciador da adesão percebida dos participantes, observando-se que um nível mais elevado do CM, ou seja, um custo mais elevado, encontrava-se associado a uma maior adesão percebida por parte dos participantes. Existiu ainda uma interação entre a SCC e o CM, a que correspondeu uma diminuição da importância do CM, a partir do nível “grave” da SCC. Segundo os autores, esta poderá dever-se ao facto do *dread*, associado à condição “doença cardíaca”, poder favorecer a valorização da aquisição imediata da medicação (benefício), e não da percepção do preço (custo), promovendo então a função do afeto enquanto “moeda de troca” (Peters et al., 2006), ao facilitar a valorização da informação afetiva (SCC) ao invés da cognitiva (CM). Perante este resultado há então que salientar o facto de que no presente estudo o *dread* associado à condição diabetes Tipo II apenas contribuiu para a função do afeto como “informação” (Peters et al., 2006; Sjöberg, 2000), não tendo surgido como “moeda de troca”.

Quanto à CC, esta não se assumiu como sendo um fator relevante no que respeita à adesão percebida à medicação entre os participantes “com e sem diabetes Tipo II”. Este resultado poderá ser explicado de igual forma pelas preferências enviesadas para o presente (Loewenstein et al., 2007; O’Donoghue, & Rabin, 1999) assim como pelo facto de que os indivíduos encontram-se muitas vezes motivados para ações que produzem benefícios que são mensuráveis e tangíveis (Loewenstein et al., 2007).

Este resultado é dissimilar ao obtido por Diniz et al. (2016), onde a CC doença cardíaca surgiu como um fator influenciador do padrão de resposta da adesão percebida dos participantes: os com doença cardíaca adeririam mais (adesão percebida) do que os sem a doença. Neste estudo foi ainda possível observar que nos participantes “com doença cardíaca”, a referência a um regime “simples” e a um clínico “muito experiente” surgiram como tendo um papel facilitador da adesão percebida. Segundo os seus autores, este resultado contribuiu para dar sentido à função do afeto como informação, gerada pelos sentimentos de *dread* associados à doença cardíaca. Assim, uma vez que a diabetes Tipo II, pelo menos numa fase menos avançada, apresenta-se como sendo uma doença assintomática, não sendo os seus efeitos secundários muitas vezes sentidos pelos indivíduos, a ação de adesão à medicação acarreta um custo imediato para o indivíduo, como por exemplo, o tempo necessário

para a toma da medicação, enquanto que o seu benefício poderá vir a ser verificado a longo prazo, como a manutenção de um bom estado de saúde, não sendo algo muitas vezes mensurável pelos indivíduos.

Quanto à EC, esta não obteve um papel diferenciador na adesão percebida dos participantes, o que poderá encontrar-se relacionado com a forma como o fator foi operacionalizado (de forma quantitativa; “cinco anos de prática” e “20 anos de prática”). Este resultado é análogo ao obtido por Diniz et al. (2016), contudo, como atrás foi referido, no estudo destes autores, a menção do nível “muito experiente” da EC, em conjunto com o nível “simples” da CR surgiram como facilitadores da adesão percebida dos participantes “com doença cardíaca”. Esta diferença observada entre os dois estudos poderá dever-se ao facto de que perante situações que geram algum nível de risco para os indivíduos, poder surgir a necessidade da existência de confiança destes sobre alguém (Calnan & Rowe, 2004). Este parece ser o caso da doença cardíaca que, por si só é provavelmente impulsionadora de sentimentos de *dread* (Diniz et al., 2016), que contribuem para que no caso dos participantes “com doença cardíaca”, o nível “muito experiente” da EC surja como sendo influenciadora da adesão percebida, contrariamente ao que acontece na diabetes Tipo II.

No que respeita à CR, esta é considerada por diversos autores como sendo uma barreira à adesão por parte da população idosa, em muito associada à sua capacidade cognitiva e para gerir e administrar a medicação (Caldeira et al., 2014; Claxton et al., 2001; Osterberg & Blaschke, 2005). Contudo, no presente estudo, a CR não surgiu como tendo um papel relevante na adesão percebida à medicação, talvez em parte, devido às características dos participantes (sem défices cognitivos e patologia depressiva). De forma similar, no estudo de Diniz et al. (2016), a CR não desempenhou um papel diferenciador na adesão percebida, sendo que a única diferença significativa, mais uma vez se refere, ocorreu quando os participantes “com doença cardíaca” se encontravam perante o nível “muito experiente” da EC sob o nível “simples” da CR.

Como limitações à validade externa deste estudo salienta-se a necessidade de replicação do mesmo, dado o processo de amostragem nele utilizado (de conveniência), de forma a observar se os resultados obtidos serão os mesmos, procurando generalizar os resultados para a população de idosos.

Contudo, os cuidados relativos à validade interna do estudo que a seguir se elencam dão-nos garantias da precisão preditiva dos resultados: (1) rastreio dos participantes relativamente a défices cognitivos e patologia depressiva; (2) recolha dos

dados realizada de manhã e em contextos não-clínicos; (3) existência de um período de treino; (4) utilização de uma Escala Visual Analógica com o intuito de garantir precisão das respostas dos participantes, registradas pelo investigador; (5) replicação da tarefa com o cálculo da média dos valores de resposta dos participantes; (6) utilização de um plano contrabalanceado para os fatores, com a aleatorização dos níveis dos fatores e dos ensaios experimentais por cada participante; e, (7) a melhor operacionalização do CM e potência estatística dos testes garantidas *a priori* (Diniz et al., 2016).

## 7. Conclusão

A não adesão à medicação por parte dos pacientes tem vindo ao longo dos últimos anos a assumir um papel cada vez mais relevante, contribuindo não apenas para uma diminuição da qualidade de vida dos pacientes, mas também para um aumento dos custos para os sistemas de saúde (Barnes et al., 2004). Isto acontece, principalmente, devido à pressão sobre eles exercida por um continuado aumento da população idosa (Gaspar et al., 2016; Sabaté, 2003), em grande parte relacionada a um aumento das doenças crónicas (Bauer et al., 2014; Sousa et al., 2011).

Assim, é relevante o estudo de fatores determinantes da adesão à medicação. Entre eles realça-se a SCC (DiMatteo et al., 2007), a confiança no clínico (Krueger et al., 2005; Ozawa & Sripad, 2013), a CR (Claxton et al., 2001; Vermeire et al., 2001) e o CM (Blendon et al., 2002; Cabral & Silva, 2010; Uchenna et al., 2010).

Tendo como ponto de partida o estudo de Diniz et al. (2016), a presente investigação procurou compreender qual a influência dos fatores anteriormente referidos sobre os juízos de adesão baseados na tomada de perspectiva de um hipotético doente com diabetes Tipo II a quem são prescritos novos medicamentos. Os resultados deste estudo mostraram que apenas a SCC influenciou a adesão na diabetes Tipo II, com um efeito de teto a partir do nível “grave” de operacionalização do fator. Esta saliência da SCC também ocorreu, e com o mesmo padrão, face à doença cardíaca (Diniz et al., 2016), podendo ser explicada através de um efeito do “afeto como informação” (Peters et al., 2006; Sjöberg, 2000). Assim, a SCC pode ser vista como facilitadora da adesão à medicação, ainda que com os devidos cuidados ético-deontológicos (Diniz et al., 2016).

Quanto à CR e ao CM, estes fatores não se revelaram como barreiras da adesão à medicação para a diabetes Tipo II, contrariamente ao referido por diversos autores (cf. Osterberg & Blaschke, 2005; Kennedy & Morgan, 2006).

Há ainda que destacar as diferenças encontradas entre as duas CC nos dois estudos, onde a diabetes Tipo II se revelou como sendo geradora de um menor sentimento de pavor (*dread*; Slovic et al., 2007a; Slovic et al., 2005) do que a doença cardíaca: só nesta última condição os participantes com a doença adeririam mais (adesão percebida) do que os sem a doença. Também tendo em consideração as diferenças relativamente ao CM entre o presente estudo e o de Diniz et al. (2016), e de forma a observar se de facto as preferências enviesadas para o presente (Loewenstein et al., 2007; O’Donoghue & Rabin, 1999) influenciam a adesão percebida à medicação, sugere-se a realização de um futuro estudo com as duas CC (diabetes

Tipo II e doenças cardíacas), considerando: (1) o fator CM operacionalizado através dos mesmos níveis, bem como recorrendo apenas ao nível “grave” da SCC, uma vez que existiu um efeito de teto nas duas CC a partir deste nível; e (2), um outro fator que operacionalize a relação inter-temporal (Chapman et al., 2001; Frederick et al., 2002) face ao CM (e.g., “pagar a pronto”, “pagar daqui a três meses” e “pagar daqui a seis meses”).

O facto de a EC se encontrar associada à relação existente entre o paciente e o profissional de saúde, assim como à comunicação entre ambos, parece contribuir para a dificuldade da sua operacionalização. Desta forma, talvez uma outra operacionalização, remetendo para uma relação mais próxima com o profissional de saúde (como por exemplo “médico habitual” e “médico novo”) poderá contribuir para uma resposta mais afetiva e levar a resultados diferentes.

Contudo, tendo em consideração que os fatores EC e CR não se revelaram como tendo um papel decisivo na adesão percebida dos participantes à medicação, e as dificuldades associadas à operacionalização de ambos os fatores, sugere-se a realização de um estudo futuro com *focus groups*, tendo em conta estes dois fatores e as duas CC (diabetes e doença cardíaca).

Por último, os resultados deste trabalho poderão servir como futuras pistas para a realização de boas práticas no âmbito da gerontopsicologia educacional, na medida em que apontam aspetos importantes para a formação dos profissionais de saúde. Devem incrementar-se estratégias de comunicação que suscitem uma maior adesão dos idosos à medicação, considerando a influência do afeto como informação e da inter-temporalidade nas escolhas quotidianas.

## 8. Referências

- Adams, A. M., & Smith, A. F. (2001). Risk perception and communication: recent developments and implications for anesthesia. *Anaesthesia*, *58*, 745-755. doi:10.1046/j.1365-2044.2001.02135.x
- Alaszewski, A. (2003). Risk, trust and health. *Health, Risk & Society*, *5*, 235-239. doi: 10.1080/13698570310001606941
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria & prática*. Coimbra: Almedina
- Alferes, V. R. (2012). *Methods of randomization in experimental design*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (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. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8
- American Society of Consultant Pharmacists, & American Society on Aging. (Ed.). (2006). *Adult medication: Improving medication adherence in older adults*. Retirado de: <http://www.adultmeducation.com/>
- Anderson, N. H. (2001). *Empirical direction in design and analysis*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Arlt, S., Lindner, R., Rosler, A., & Renteln-Kruse, W. (2008). Adherence to medication in patients with dementia. *Drugs Aging*, *25*, 1033-1047. Retirado de: <http://link.springer.com/article/10.2165/0002512-200825120-00005>
- Arnold, M. (2008). Polypharmacy and older adults: a role for psychology and psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*, 283-289. doi:10.1037/0735-7028.39.3.283
- 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
- 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. Retirado de [http://library.mpib-berlin.mpg.de/ft/pb/PB\\_On\\_1997.pdf](http://library.mpib-berlin.mpg.de/ft/pb/PB_On_1997.pdf)
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M.

- Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-35). Cambridge: Cambridge University Press
- Baltes, P. B., & 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
- Banning, M. (2008). Older people and adherence with medication: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies, 45*, 1550-1561. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.02.009
- Barber, N., Parsons, J., Clifford, S., Darracott, R., & Horne, R. (2004). Patients problems with new medication for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care, 13*, 172-175. doi:10.1136/qshc.2003.005926
- Barnes, L., Moss-Morris, R., & Kaufusi, M. (2004). Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: a comparasion between tongan and european patients. *The New Zealand Medical Journal, 1188*, 1-9. Retirado de: <http://hdl.handle.net/2292/4667>
- 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
- Berg, J., Dischler, J., Wagner, D., Raia, J., & Palmer, N. (1993). Medication compliance: a healthcare problem. *The Annals of Pharmacotherapy, 27*, 3-19
- Blendon, R. J., & Benson, J. M. (2001). Americans views on health policy: A fifty-year historical perspective. *Health Affairs, 20*, 33-46. doi: 10.1377/hlthaff.20.2.33
- Blendon, R., Schoen, C., DesRoches, C., Osborne, R., Scoles, K., & Zapert, K. (2002). Inequities in health care: A five-country survey. *Health Affairs, 21*, 182-191. doi: 10.1377/hlthaff.21.3.182
- Branin, J. J. (2001). The role of memory strategies in medication adherence among the elderly. *Home Health Care Services Quarterly, 20*, 1-16. doi:10.1300/J027v20n02\_01
- 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
- 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%2s%C3%A0%20Terap%C3%AAutica%20PT.pdf>
- Caldeira, D., Vaz-Carneiro, A., & Costa, J. (2014). Impacto da frequência posológica na adesão terapêutica em doenças cardiovasculares crónicas: revisão sistemática e meta-análise. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33, 431-437. doi:org/10.1016/j.repc.2014.01.013
- Calnan, M., & Rowe, R. (2004). *Trust in health care: An agenda for future research*. London: The Nuffield Trust
- Chapman, G. B., Brewer, N. T., Coups, E. J., Brownlee, S., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2001). Value for the future and preventive health behavior. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 235-250. doi:org/10.1037/1076-898X.7.3.235
- Chatfield, M., Matthews, F. E., & 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
- Chew, L. D., Bradley, K. A., Flum, D. R., Cornia, P. B., & Koepsell, T. D. (2004). The impact of low literacy on surgical practice. *The American Journal of Surgery*, 188, 250-253. doi:10.1016/j.amjsurg.2004.04.005
- Chin, A., Alves, M., Martins, N., Pedro, C., Ferreira, A., Barbeiro, ... Sá, A. B. (2012) Influência dos factores financeiros no cumprimento da medicação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28, 368-374. Retirado de: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732012000500008&lng=pt&tlng=p](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732012000500008&lng=pt&tlng=p).
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *American Journal of Psychiatry*, 158, 29-35. doi: 10.1176/appi.ajp.158.1.29
- Claxton, A. J., Cramer, J., & Pierce, C. (2001). A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical Therapeutics*, 23, 1296-1310. doi:10.1016/S0149-2918(01)80109-0
- 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 & Speciality Pharmacy*, 18, 527-539. doi abs/10.18553/jmcp.2012.18.7.527

- Cooper, C., Carpenter, I., Katoma, C., Schroll, M., Wagner, C., Fialora, D., & Livingston, G. (2005). The AdHOC study of older adults adherence to medication in 11 countries. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *13*, 1067- 1076. doi: 10.1097/00019442-200512000-00006
- Cramer, J. A. (2004). A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care*, *27*, 1218-1224. doi:10.2337/diacare.27.5.1218
- Cramer, J. A., Benedict, Á., Muszbek, N., Keskinaslan, A., & Khan, Z. M. (2008). The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. *International Journal of Clinical Practice*, *62*, 76-87. doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01630.x
- Davies, T. (2009). The blossoming field of online deliberation. In *Online deliberation: Design, research, and practice* (1-19)
- Davis M. S. (1968). Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *American Journal of Public Health*, *58*, 274-288. doi:10.2105/AJPH.58.2.274 PMID:5688773
- Davis, M. S., & von der Lippe, R. P. (1968). Discharge from Hospital Against Medical Advice: A Study of Reciprocity in the Doctor-Patient Relationship. *Social Science & Medicine*, *1*, 336-342
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, *42*, 200-209. doi:10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9
- DiMatteo, M. R., Haskard, K. B., & Williams, S. L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis. *Medical Care*, *45*, 521-528. doi:10.1097/MLR.0b013e318032937e
- DiMatteo, M. R., Reiter, R. C., & Gambone, J. C. (1994). Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. *Health Communication*, *6*, 253–265. doi:org/10.1207/s15327027hc0604\_2
- 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
- Diniz, A. M., Oliveira, M., & Santos, V. (2016). *Drives underlying the elderly adherence to prescribed medication for a heart condition: an experimental approach*. Manuscript submitted for publication

- Doggrell, S. A. (2010). Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions: does interventions by an allied health professional help? *Drugs & Aging*, 27, 239-254. doi:10.2165/11532870-000000000-00000
- Durán-Varela, B. R., Rivera-Chavira, B., Franco-Gallegos, F. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. *Salud Publica Mexico*, 43, 233-236. doi:10.1590/S0036-36342001000300009
- Edelstein, B. A., Drozdick, L. W., & Ciliberti, C. M. (2010). Assessment of depression and bereavement in older adults. In Lichtenberg, P. (Eds.), *Handbook of assessment in clinical gerontology* (2a ed., pp.3-43). San Diego: Elsevier
- 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
- 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
- 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, 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- Frederick, S., Loewenstein, G., & O'Donoghue, T. (2002). Time discounting and time preference: A critical review. *Journal of Economic Literature*, XL, 351-401. doi:org/10.1257/002205102320161311
- Fugelli, P. (2001). Trust- in general practice. *British Journal of General Practice and Community*, 51, 575-579. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314053/>
- Gandhi, T., Weingart, S., Borus, J., Seger, A., Peterson, J., Burdick, E.,...Bates, D. (2003). Adverse drug events in ambulatory care. *The New England Journal of Medicine*, 348, 1556-1564. doi:10.1056/NEJMsa020703
- Gaspar, R., Domingos, S., Diniz, A., & Falanga, R. (2016). Barriers and facilitators to older adult's adherence to health recommendations: Towards an EngAging two-way health communication. In G. Graffigna (Ed.), *Promoting patient engagement*

- and participation for effective healthcare reform* (pp.58-82). Hershey, PA: IGI Global. doi: 10.4018/978-1-4666-9992-2.ch004
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institute. *Social Science & Medicine*, 56, 1453-1468. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00142-9
- Grant, R. W., Singer, D. E., Devita, N. G., & Meigs, J. B. (2003). Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26, 1408-1412. doi:10.2337/diacare.26.5.1408
- Griffith, S. (1990). A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *British Journal of General Practice*, 40, 114-116. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371078/>
- Gurland, B. J., & Toner, J. A. (1982). Depression in the elderly: a review of recently published studies. In Eisdorfer, C. (Eds), *Annual review of gerontology and geriatrics*. (Vol. 3, pp.228-265). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Hajjar, E. R., Cafiero A. C., & Hanlon, J. T. (2007). Polypharmacy in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5, 345-351. doi: 10.1016/j.amjopharm.2007.12.002
- 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
- Hanlon, J. T., Schmader, K. E., Ruby, C. M., & Weinberger, M. (2001). Suboptimal prescribing in older patients and outpatients. *Journal of the American Geriatric Society*, 49, 200-209. Retirado de: <https://courses.washington.edu/pharm550/Week1/reading%20wk1%20Hanlon%20Schmaeder.pdf>
- Harvey, J. N., & Lawson, V. L. (2009). The importance of health beliefs models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetics Medicine*, 26, 5-13. doi:10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x
- Haynes, R., McDonald, H., & Garg, A. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 2880-2883. doi: 10.1001/jama.288.22.2880
- Hervé, C., & Mullet, E. (2005). Perspective-taking judgments among young adults, middle-aged, and elderly people. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 11, 53-60. doi:10.1037/1076-898X.11.1.53
- Hervé, C., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2004). Age and medication acceptance. *Experimental Aging Research*, 30, 253-273. doi: 10.1080=03610730490447886

- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Research and Education Trust*, *42*, 1443-1463. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00669.x
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medications. *Psychology & Health*, *14*, 1-24. doi:10.1080/08870449908407311
- Howland, R. (2007). Medication Adherence. *Journal of Psychosocial Nursing*, *45*, 15-19
- 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)
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Boletim mensal de estatística: Julho*. Retirado de: [http://ra09.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=225019701&PUBLICACOESstema=00&PUBLICACOESmodo=2](http://ra09.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=225019701&PUBLICACOESstema=00&PUBLICACOESmodo=2)
- International Diabetes Federation. (Ed.). (2011). *IDF diabetes atlas. (5th ed.)*. Retirado de: [www.idf.org/diabetesatlas](http://www.idf.org/diabetesatlas)
- International Diabetes Federation. (Ed.). (2013). *IDF diabetes atlas. (6th ed.)*. Retirado de: [www.idf.org/diabetesatlas](http://www.idf.org/diabetesatlas)
- Jones, R. N., & Gallo, J. J. (2002). Education and sex differences in the mini-mental state examination: effects of differential item functioning. *Journal of Gerontological Psychological Sciences*, *57B*, 548-558. doi:10.1093/geronb/57.6.P548
- Kalyango, J., Owino, E., & Nambuya, A. (2008). Non-adherence to diabetes treatment at Mulago hospital in Uganda: Prevalence and associated factors. *African Health Sciences*, *8*, 67-73. Retirado de: <http://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/7052>
- Kane, S., & Shaya, F. (2008). Medication non-adherence is associated with increased medical care costs. *Digestive Diseases and Sciences*, *53*, 1020-1024. doi: 10.1007/s10620-007-9968-0
- 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.2006.07.009 0149 2918/06/\$19.00

- Kennedy, J., Coyne, J., & Sclar, D. (2004). Drug affordability and prescription noncompliance in the United States: 1997-2002. *Clinical Therapeutics*, 26, 607-614. doi:10.1016/S0149-2918(04)90063-X
- Kjeldmand, D, Holmstrom, I, & Rosenqvist, U. (2006). How patient-centered am I? A new method to measure physicians' patient-centredness. *Patient Education and Counselling*, 62, 31-37. doi:org/10.1016/j.pec.2005.05.017
- Kripalani, A., Gatti, M. E., & Jacobson, T. A. (2010). Association of age, health literacy, and medication management strategies with cardiovascular medication adherence. *Patient Education and Counseling*, 81, 177-181. doi:10.1016/j.pec.2010.04.030
- Kripalani, S., Henderson, L. E., Chiu, E. Y., Robertson, R., Kolm, P., & Jacobson, T. A. (2006). Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 852-856. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00536.x
- Krueger, K. P., Berger, B. A., & Felkey, B. (2005). Medication adherence and persistence: A comprehensive review. *Advances in Therapy*, 22, 319-362. doi: 10.1007/BF02850081
- Kuslansky, G., Katz, M., Verghese, J., Hall, C. B., Lapuerta, P., LaRuffa, P., & Lipton, R. B. (2004). Detecting dementia with the hopkins verbal learning test and the mini-mental state examination. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 89-104. doi: 10.1016/S0887-6177(02)00217-2
- Lima, M. L., Barnett, J., & Vala, J. (2005). Risk perception and technological development at a societal level. *Risk Analysis*, 25, 1229-1239. doi: 10.1111/j.1539-6924.2005.00664.x
- Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Veijola, J., Kivela, S., & Isoaho, R. (2002). Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 809-817. doi:10.1016/S0895-4356(02)00411-0
- Loewenstein, G., Brennan, T., & Volpp, K. G. (2007). Asymmetric paternalism to improve health behaviors. *The Journal of the American Medical Association*, 20, 2415-2417. doi:10.1001/jama.298.20.2415
- Macaden, L., & Clarke, C. L. (2006). Risk perception among older adult south asian people in the UK with type 2 diabetes. *International Journal of Older People Nursin*, 1, 177-181. doi: 10.1111/j.1748-3743.2006.00026.x
- MacLaughlin, E. J., Raehl, C. L., Treadway, A. K., Sterling, T., Zoller, D. P., & Bond, C.A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly: Which tool to use in

- clinical practice? *Drugs & Aging*, 22, 231-255. doi:1170-229X/05/0003-0231/\$34.95/0.
- 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. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18360559>
- Marwijk, H., Wallace, P., Bock, G., Hermans, J., Kaptein, A., & Mulder, J. (1995). Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened 74 versions of the Geriatric Depression Scale. *British Journal of General Practice*, 45, 195-199. Retirado de: <http://bjgp.org/content/bjgp/45/393/195.full.pdf>
- Mast, T. B., & Gerstenecker, A. (2010) Screening instruments and brief batteries for dementia. In P. A Lichtenberg (Eds.). *Handbook of assessment in clinical gerontology* (2a ed., pp.503-530). San Diego: Elsevier
- Matsui, D. (2013). Medication adherence issues on patients: focus on cost. *Clinical Audit*, 5, 33-42. doi: 10.2147/CA.S30125
- McDonald, H. P., Garg, A. X., & Haynes, R. B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 22, 2868-2879. doi:10.1001/jama.288.22.2868
- Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48, 51-61. doi:10.1016/S0738-3991(02)00099-X
- Mechanic, D., & Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science & Medicine*, 51, 657-658. doi:10.1016/S0277-9536(00)00014-9
- Metlay, J. P., Cohen, A., Polsky, D., Kimmel, S. E., Koppel, R., & Hennesy, S. (2005). Medication safety in older adults: home-based practice patterns. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 976-982. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53308.x
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2003). Medication costs, adherence and health outcomes among medicare beneficiaries. *Health Affairs*, 22, 220-229. doi: 10.1377/hlthaff.22.4.220

- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9, 10-16. doi:10.1111/j.1468-1331.2009.02907.x
- Murdaugh, C. L., & Insel, K. (2009). Problems with adherence in the elderly. In Shumaker, S. A., Ockene, J. K., & Riekert, K. A. *The handbook of health behavior change* (3 ed., pp 499-518). New York: Springer Publishing Company
- Murray, M., Morrow, D., Weiner, M., Clark, D., Tu, W., Deer, M.,...Weinberger, M. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2, 36-43. doi:10.1016/S1543-5946(04)90005-0
- Murri, R., Ammassari, A., Trotta, M. P., De Luca, A., Melzi, S., Minardi, C.,... Wu, A. (2004). Patient-reported and physician-estimated adherence to HAART: social and clinic center-related factors are associated with discordance. *Journal of general internal medicine*, 19, 1104-1110. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.30248.x
- Nyunt, M. S., Fones, C., Niti, M., & Ng, T. (2009). Criterion-based validity and reliability of the geriatric depression screening scale (GDS-15) in a large validation sample of community-living Asian older adults. *Aging & Mental Health*, 13, 376-382. doi:10.1080/13607860902861027
- O'Brien, M. K., Petrie, K., & Raeburn, J. (1992). Adherence to medication regimens: updating a complex issue. *Medical Care Review*, 49, 435-454. doi:10.1177/002570879204900403
- O'Donoghue, T., & Rabin, M. (1999). Doing it now or later. *The American Economic Review*, 89, 103-124. doi: 10.1257/aer.89.1.103
- 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
- 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 & Medicine*, 91, 10-14. doi:10.1016/j.socscimed.2013.05.005



- Parker, C., & Philp, I. (2004). Screening for cognitive impairment among older people in black and minority ethnic groups. *Age and Ageing*, 33, 1-6. doi:10.1093/ageing/afh135
- Peters, E., Lipkus, I., & Diefenbach, M. A. (2006). The functions of affect in health communications and in the construction of health preferences. *Journal of Communication*, 56, S140-S162. doi: 10.1111/j.1460-2466.2006.00287.x
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167. doi:10.1097/YCO.0b013e328014a871
- Petrie, K., & Reynolds, L. (2007). Coping with chronic illness. In Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R. (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. (2ed.,46-49). USA: Cambridge University Press
- 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.
- Raebel, M., Ellis, J., Carrol, N., Bayliss, E., McGinnis, B., Schroeder, E.,...Steiner, J. (2011). Characteristics of patients with primary non-adherence to medications for hypertension, diabetes, and lipid disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 57-64. doi:10.1007/S11606-011-1829-Z
- Ridha, B., & Rossor, M. (2005). The mini mental State examination. *Practical Neurology*, 5, 298-303. doi: 10.1111/j.1474-7766.2005.00333.x
- Rocha, R., & Santos, V. (2016, agosto 17). Tutorial relativo à criação de uma tarefa experimental no SuperLab (version 5) [Web blog post]. Retirado de <https://fatoresadesaomedicacaoidosos.wordpress.com/2016/08/17/tutorial-relativo-a-criacao-de-uma-tarefa-experimental-no-superlab-version5>
- Rowe, R., & Calnan, M. (2006). Trust relations in health-care: The new agenda. *The European Journal of Public Health*, 16, 4-6. doi:org/10.1093/eurpub/ckl004
- Rutsaert, P., Barnett, J., Gaspar, R., Marcu, A., Pieniak, Z., Seibt, B.,...Verbeke, W. (2015). Beyond information seeking: Consumers' online deliberation about the risks and benefits of red meat. *Food Quality and Preference*, 39, 191–201. doi:10.1016/j.foodqual.2014.07.011
- Ryan, A. A. (1999). Medication compliance and older people: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 153-162. doi:org/10.1016/S0020-7489(99)00003-6

- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from [http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/adherence\\_report.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf)
- 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>
- Santos, V. (2014, 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>
- Schneeweiss, S., Patrick, A., Maclure, M., Dormuth, C., & Glynn, R. (2007). Adherence to statin therapy under drug cost sharing in patients with and without acute myocardial infarction: A population-based natural experiment. *Circulation*, *115*, 2128-2135. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.665992
- Schoenthaler, A., & Cuffee, Y. L. (2013). A systematic review of interventions to improve adherence to diabetes medications within the patient-practitioner interaction. *Journal of Clinical Outcomes Management*, *20*, 494-506. Retirado de: [http://ww.turner-white.com/pdf/jcom\\_nov13\\_diabetes.pdf](http://ww.turner-white.com/pdf/jcom_nov13_diabetes.pdf)
- Schüz B., Marx, C., Wurm, S., Warner, L. M., Zielgelmann, J. P., Schwarzer, R., & Tesch-Romer, C. (2011). Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses. *Journal of Psychosomatic Research*, *70*, 179-187. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.07.014
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin
- 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
- Sjöberg, L. (2000). Factors in risk perception. *Risk Analysis*, *20*, 1-12. doi:10.1111/0272-4332.00001
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, *236*, 280-285. doi:10.2307/1698637

- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk and rationality. *Risk Analysis*, 24, 311-322. doi:10.1111/j.0272-4332.2004.00433.x
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. (2007a). The affect heuristic. *European Journal of Operational Research*, 177, 1333-1352. doi:10.1016/j.ejor.2005.04.006
- Slovic, P., Peters, E., Finucane, M. L., & MacGregor, D. (2005). Affect, risk, and decision making. *Health Psychology*, 24, S35-40. doi: 10.1037/0278-6133.24.4.S35
- Slovic, P., Peters, E., Grana, J., Berger, S., & Dieck, G. S. (2007b). Risk perception of prescription drugs: results of a national survey. *Drug Information Journal*, 41, 81-100. doi:10.1177/009286150704100110
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2013). *Diabetes: factos e números 2013-Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014). *Diabetes: factos e números 2014-Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- Sorensen, L., Stokes, J., Purdie, D., Woodward, M., & Roberts, M. (2005). Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health outcomes. *Age and Ageing*, 34, 626-632. doi:10.1093/ageing/afi202
- 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. Retirado de: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10838>
- Steinman, M. A., Sands, L. P., & Covinsky, K. E. (2001). Self-restriction of medication due to cost in seniors without prescription coverage: a national survey. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 793-799. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.10412.x
- Stone, V. E., Hogan, J. W., Schuman, P., Rompalo, A. M., Howard, A. A., Korkontzelou, C., & Smith, D. K. (2001). Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients understanding of their regimens: survey of women in the HER study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28, 124-131. Retirado de: [http://journals.lww.com/jaids/Abstract/2001/10010/Antiretroviral\\_Regimen\\_Complexity,\\_Self\\_Reported.3.aspx](http://journals.lww.com/jaids/Abstract/2001/10010/Antiretroviral_Regimen_Complexity,_Self_Reported.3.aspx)

- Swaby, P., Wilson, E., Swaby, S., Sue-Ho, R., & Pierre, R. (2001). Chronic diseases management in the Jamaican setting. *Medical Journal*, *44*, 171-175. Retirado de: [http://pngimr.org.pg/png\\_med\\_journal/Chronic%20diseases%20-%20Sep-Dec%202001.pdf](http://pngimr.org.pg/png_med_journal/Chronic%20diseases%20-%20Sep-Dec%202001.pdf)
- Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, *40*, 922-935. doi:10.1111/j.1532-5415.1992.tb01992.x
- 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
- Uchenna, O., Ijeoma, E., Pauline, E., & Sylvester, O. (2010). Contributory factors to diabetes dietary regimen non adherence in adults with diabetes. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, *4*, 735-742. Retirado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.310.591&rep=rep1&type=pdf>
- 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., Hogan, D., Patten, S., Johnson, J., Romonko-Slack, L., & Maxwell, C. (2006). Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalization and mortality among older adults. *Drugs & Aging*, *23*, 345-356. doi:1170-229X/06/0004-0345/\$39.95/0
- Vik, S., Maxwell, C., & Hogan, D. (2004). Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Annals of Pharmacotherapy*, *38*, 303-312. doi:10.1345/aph.1D252
- Walker, E. A., Kalten, M. R., Mertz, C. K., & Flynn, J. F. (2003). Risk perception for developing diabetes: comparative risk judgments of physicians. *Diabetes Care*, *26*, 2543-2548. doi: org/10.2337/diacare.26.9.2543
- 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

- Weinman, J., & Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?. *Journal of Psychosomatic Research*, *42*, 113-116. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9076639>
- 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
- 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
- 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:10.1177/10600280145265