

RELACIONAMENTO ENTRE A CONFIANÇA E A ADESÃO
À MEDICAÇÃO: O EFEITO MEDIADOR DA
AUTOEFICÁCIA E DA EXPETATIVA DE RESULTADO

Jéssica Maria Antunes Teixeira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Gestão

Orientador:

Prof. Doutor João Menezes, Prof. ISCTE Business School, Departamento de Marketing,
Operações e Gestão Geral

Coorientador(a):

Prof. Doutor Catarina Marques, Prof. ISCTE Business School, Departamento de
Métodos Quantitativos para Gestão e Economia

Setembro 2017

Agradecimentos

À minha mãe, pai, tia Teresa, avós e namorado, que sempre estiveram presentes em todos os altos e baixos tanto da minha vida pessoal e académica.

Resumo

Tendo em conta as mudanças constantes do dia-a-dia, é necessário tentar perceber-las e identificar em que ponto afetam as nossas vidas.

Assim sendo, tornou-se necessário perceber até que ponto é que determinado órgão da saúde, nomeadamente o setor farmacêutico, influencia a autoeficácia e os comportamentos dos pacientes, mais especificamente o comportamento da tomada da medicação.

A metodologia da investigação passa pela caracterização dos comportamentos de pacientes, pela elaboração dos seus perfis através da análise estatística dos questionários desenvolvidos.

Concluiu-se que os farmacêuticos fazem com que o paciente acredite que consegue estabelecer mecanismos que o façam tomar a medicação contudo, a confiança não é suficientemente forte para o influenciarem a tomar efetivamente o medicamento. O mesmo acontece com a expectativa de resultado, o farmacêutico influencia-a, mas a confiança não é suficientemente forte para o influenciarem na ação de adesão à medicação. Também se concluiu que o facto de um paciente acreditar que consegue tomar a medicação e ter presente as consequências desse ato, influencia os comportamentos premeditados.

Esta tese foi importante para os intervenientes do setor farmacêutico perceberem que ainda têm um longo caminho a percorrer para ganhar a confiança total do paciente, bem como o paciente tem de ter mais presente as consequências do comportamento da não tomada da medicação.

Palavras-Chave: Confiança, Autoeficácia, Expectativa de Resultado, Adesão à Medicação

Abstract

Taking into account the constant changes of daily life, it is necessary to try to understand and identify them, and understand which point they influence our lives.

Giving this, it becomes necessary to understand at which point a certain health sector, mainly pharmaceutical, influence the self efficacy and patients' behavior – more precisely the medication address.

The investigation's methodology goes from the characterization of patients' behavior, elaboration of their profiles through the statistical analysis of the surveys developed.

We conclude that pharmacists, do that the patient believe that its possible to establish mechanisms that makes him to take the medication, however the trust is not strong enough to influence him to take it. The same happen with the outcome expectation, the pharmacist influence it, but the trust is not strong enough to influence it in taking the medication. We also conclude that the fact that a patient believe that he can take the medication and have in presence the consequences of such an act influence the premeditated behaviors.

This thesis was important for pharmaceutical stakeholders to realize that they still have a long way to go to gain full patient confidence, and the patient has to be more aware of the consequences of non-medication behavior.

Key-word: Trust, Self efficacy, Outcome Expectation, Medication Adherence

Índice

I-.....	Introdução	1
II- Revisão da Literatura.		3
1. Quadro conceptual.....		3
1.1. As farmácias Comunitárias.....		3
1.1.1. Desafios e Tendências		4
1. Teoria Social Cognitiva		5
1.1. Fatores Ambientais.....		7
Confiança.....		7
1.2. Fatores Pessoais		9
Autoeficácia.....		9
Expetativas de Resultado.....		10
1.3. Fatores Comportamentais		11
2. <i>Microfoundations Movement</i>.....		12
3. Modelo Conceptual e Hipóteses.....		15
III. Metodologia		17
1. Revisão da Literatura		18
2. Questões de Investigação		18
2.1. Objetivo da Investigação:		19
3. Instrumento de Recolha de dados.....		19
3.1. Escalas		19
3.2. Identificação da população		20
3.3. Pré-Teste.....		20
3.4. Amostra		21
4. Métodos de análise.....		21
4.1. Análise em Componentes Principais		22
4.2. Análise de Regressão Linear		23
4.2.1 Modelos de Regressão Linear		25
IV. Análise dos Resultados.....		29
4.1. Caracterização do Perfil dos respondentes		29
4.3. Redução da Informação - Componentes Principais.....		35
4.3. Testes às hipóteses do modelo - Regressões Lineares		42
4.3.1. Modelo escolhido		52
V. Conclusões		54
VI. Referências.....		56
VII. Apêndice		61
Inquérito:.....		61

Índice de Figuras

Figura 1- TSC figura adaptada de Pajares, 2002	6
Figura 2- <i>Microfundation Movement</i> , adaptado de Flin 2015.....	13
Figura 3- Quadro Geral de Hipóteses.....	15
Figura 4 - Quadro de Hipóteses, Modelo Conceptual A.....	44
Figura 5 - Quadro de Hipóteses, Modelo Conceptual B.....	46
Figura 6- Quadro de Hipóteses, Modelo Conceptual C.....	48
Figura 7-Quadro de Hipóteses, Modelo Conceptual D.....	50

Índice de Tabelas

Tabela 1- Índice de KMO	23
Tabela 2- Distribuição da Caracterização Socio-demográfica.....	29
Tabela 3- Distribuição do Despiste das Farmácias e Distribuição da escolha da Farmácia	30
Tabela 4- Distribuição da Prescrição de Medicamentos.....	31
Tabela 5- Distribuição do Conselheiro de Medicação.....	31
Tabela 6- Frequência de Doenças Crónicas.....	32
Tabela 7- Distribuição dos itens do modelo	34
Tabela 8- Análise das CP, Confiança nos Farmacêuticos.....	35
Tabela 9- Análise das CP, Confiança na Farmácia.....	36
Tabela 10- Análise das CP, Confiança no Farmacêutico.....	37
Tabela 11- Análise das CP, Eficácia.....	38
Tabela 12- Análise das CP, Expetativa de Resultado	41
Tabela 13- Análise das CP, Adesão à Medicação.....	41
Tabela 14- Quadro das Hipóteses, Modelo A * $\rho < 0,01$	43
Tabela 15- Quadro das Hipóteses, Modelo B * $\rho < 0,01$	45
Tabela 16- Quadro das Hipóteses, Modelo C * $\rho < 0,01$	47
Tabela 17- Quadro das Hipóteses, Modelo D * $\rho < 0,01$; ** $\rho < 0,05$	50

Lista de Abreviaturas

ACP- Análise em Componentes Principais

CP- Componentes Principais

CRCM- Como me relaciono com a medicação

CFM- Como faço a medicação

PWC – PricewaterhouseCoopers

TSC – Teoria Social Cognitiva

I- Introdução

Num estudo apresentado pela APIFARMA, Adesão à Terapêutica em Portugal, em conjunto com o instituto de Ciências Sociais (2010) afirma-se que “para a generalidade da população, a relação com os profissionais de saúde é um fator determinante para o cumprimento das indicações terapêuticas, considerando que os médicos e também os farmacêuticos deveriam, segundo os inquiridos, dispor de mais tempo para dedicar a cada paciente a fim de explicarem os tratamentos e fornecerem um plano detalhado do mesmo”.

Este mesmo estudo faz referência à Organização mundial de Saúde, onde reporta que 50% da população residente nos países desenvolvidos não cumpre a prescrição médica até ao fim. Para Etienne Vermeire, professor na Universidade de Antuérpia, “a falta de adesão à terapêutica, enquanto problema complexo, leva a que os benefícios proporcionados pelos tratamentos médicos não sejam alcançados na totalidade”. Este salienta, ainda, que “a não adesão constitui um problema de saúde pública maior que acarreta custos consideráveis aos atuais sistemas de saúde”.

No estudo “Utentes satisfeitos surgem melhorias”, foi elaborado um inquérito (a 1345 portugueses), onde revela que 87% esperam que o farmacêutico o aconselhe sobre os medicamentos (DECO, 2014).

Esta tendência não é exclusiva de Portugal, a farmacêutica McKesson, apresenta vários programas de ajuda e aconselhamento à tomada de medicação bem como tecnologia de suporte que auxilia o paciente a monitorizar a sua medicação.

São identificados pela a Ordem dos Farmacêuticos, dois tipos de não adesão à medicação. Assim, um doente é considerado não aderente quando utiliza menos de 80% das doses de medicamentos que deveria; e numa outra ótica a não adesão é designada por “não adesão primária” em que o doente apresenta 100% de incumprimento da medicação.

A principal motivação desta investigação é perceber a relação entre a confiança e a adesão

à medicação numa relação duradoura paciente-farmacêutico com o efeito mediador da autoeficácia e das expectativas de resultado. Adotando uma perspetiva de análise social, com base na TSC (Teoria Social Cognitiva) defendida por Bandura e adotando escalas anteriormente em trabalhos relacionados com a confiança no setor médico, desenvolvidas por Louisa *et al.*, 2001 ; Dugan *et al.*, 2005 e Zheng *et al.*, 2002.

Este estudo tem como principal objetivo perceber até que ponto é que a confiança no farmacêutico influencia o comportamento da tomada da medicação. Assim, é possível estabelecer medidas que influenciem os comportamentos dos pacientes

Com uma amostra de 27 inquiridos no pré inquérito e 459 no inquérito final concluiu-se que existiam construtos que apresentavam um *alpha de Cronbah* demasiado baixo. Assim, foi necessário rever toda a escala para identificar quais os itens que estavam a causar este fenómeno.

O segundo capítulo designado por Revisão da Literatura, contem uma breve introdução das farmácias comunitárias, apresenta uma breve explicação da TSC fazendo também uma abordagem às três dimensões abordadas por Bandura (ambiente, pessoa e comportamento). Existe também uma breve explicação do que é o *Microfoundations Movement*.

O terceiro capítulo apresenta os instrumentos de recolha de dados, o método de análise (componentes principais e regressão linear) bem como as imagens dos modelos conceptuais e as respetivas análises.

O quarto capítulo da tese evidencia os resultados nos inquéritos recolhidos bem como os testes aos modelos.

Por fim, são apresentadas as conclusões, limitações e recomendações a que se chegaram com o desenvolvimento da presente tese de mestrado.

II- Revisão da Literatura.

1. Quadro conceptual

1.1.As farmácias Comunitárias

Inicialmente as funções de um farmacêutico centravam-se na preparação em oficina dos medicamentos assim, as farmácias eram designadas como Farmácias de Oficina.

A Ordem dos Farmacêuticos defende que Progressivamente a “atividade do farmacêutico começou a centrar-se cada vez mais no cidadão, vindo a desenvolver-se serviços de apoio essencialmente à comunidade servida pela farmácia, passando assim a usar-se mais frequentemente a designação de Farmácia Comunitária”

Em Portugal , existe uma grande cobertura geográfica o que se torna um mecanismo de ligação entre o SNS (Serviço Nacional de Saúde) pois, em muitas zonas do país a farmácia são a única estrutura de saúde capaz de prestar cuidados de proximidade com a população.

Dados do Instituto Nacional de Estatística de 2015 aponta que em território Nacional existem 2 892 farmácias e 192 postos farmacêuticos móveis ou seja, 30 mil estabelecimentos farmacêuticos por cada 100 mil habitantes e um total de 12 119 farmacêuticos inscritos na ordem. Esta estrutura empresarial, centrada no estabelecimento individual e muito dependente na componente técnica do diretor de farmácia evidencia a dificuldade por um lado em inserir no mercado a lógica empresarial e por outro o no desenvolvimento de grandes empresas com rede de lojas, sejam elas de capital nacional ou internacional.

Quanto aos serviços que as farmácias comunitárias podem disponibilizar aos utentes, encontram-se na Portaria n.º 1429/2007. DR 211 SÉRIE I de 2007-11-02, onde o artigo

2º evidencia: “As farmácias podem prestar os seguintes serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes: a) Apoio domiciliário; b) Administração de primeiros socorros; c) Administração de medicamentos; d) Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica; e) Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação; f) Programas de cuidados farmacêuticos; g) Campanhas de informação; h) Colaboração em programas de educação para a saúde”.

1.1.1. Desafios e Tendências

Na Newsletter do Fórum Europeu de Farmacêuticos , Stefano Pessina (Presidente Executivo, Alliance Boots) descreve os serviços como os fatores chave no setor financeiro : “os fatores-chave do setor incluirão as necessidades crescentes de uma população em envelhecimento, um forte empenho por parte da sociedade no investimento em medicina preventiva e o desejo crescente de que as pessoas se sintam bem e tenham uma boa aparência.”

As principais tendências apresentadas pela McKesson em McKesson, *Top Five Health System Pharmacy Trends to Watch in 2017*, passava por aumentar a atenção nos fármacos especializados pois, os gastos com estes continuam a ser bastante superiores aos fármacos gerais; estar atentos aos principais dados da farmácia para a tomada de decisão estratégica (monitorização dos gastos, cuidados ao paciente e qualidade); centralização de operações farmacêuticas e melhoria nos serviços clínicos (o que irá permitir aos farmacêuticos uma maior agilidade nas compras, um aumento de serviço ao cliente bem como poderem centrarem-se em mais que uma farmácia).

Numa investigação das tendências do setor farmacêutico Gregório (2012),enuncia que o ambiente económico, Organização/liberalização do SNS, o poder da ANF (Associação Nacional das Farmácias) vs Situação financeira das farmácias, tipo de utente e a vontade política são os fatores mais relevantes para o futuro do farmacêutico comunitário português. É também evidenciado por este autor que pelo facto de as farmácias terem maioritariamente os mesmos produtos, levou a que se chegasse a conclusão que a diferenciação entre as farmácias passará pelo tipo de serviços prestados. Estes serviços espera-se que sejam remunerados e sofisticados, “ao valorizarem-se os serviços,

pretende-se que estes sirvam de âncora, tendo como objetivo a fidelização dos utentes, mas sobretudo acrescentar valor à prestação do farmacêutico” explica o autor Gregório (2012:3)

Segundo o estudo *From vision to decision Pharma 2020* - os três desafios fundamentais neste setor passam por aumentar as expectativas do consumidor (este está cada vez mais atento às diferentes alternativas de medicamentos e aos preços atribuídos a cada uma), fraca produtividade científica (o que significa a não renovação dos processos utilizados para o desenvolvimento e descoberta de novos produtos) e por fim é necessário uma renovação da estratégia da indústria uma vez que estruturalmente se mantém a mesma desde o início do setor (PWC, 2012).

1. Teoria Social Cognitiva

“O funcionamento humano é visto como o produto de uma interação dinâmica de influências pessoais, comportamentais e ambientais” (Pajares, 2002:1). A natureza recíproca dos determinantes do funcionamento humano possibilita que determinados esforços (terapêuticos e de aconselhamento) sejam direcionados a fatores pessoais, ambientais ou comportamentais (Pajares, 2002).

Albert Bandura, na Teoria Social Cognitiva (TSC), defende a teoria como algo que explica o funcionamento humano em termos de causalidade recíproca triádica (Bandura 1986). Neste modelo de causalidade recíproca, os determinantes enunciados anteriormente, operam de forma interativa que se influenciam bidireccionalmente.” (Bandura, 2001). Em diferentes momentos, um determinante pode exercer uma influência dominante sobre os outros, permitindo diferentes estímulos para influenciar o pensamento, o afeto e o comportamento humano de diversas maneiras. (Young et al., 2005).

Nas obras de 1986, 2006 e 2008, Bandura repetidamente verificou a viabilidade desta teoria ao explicar os fatores determinantes e modelos que influenciam a reciprocidade entre as forças do ambiente humano, os fatores pessoais e o comportamento (Lin et al., 2015)

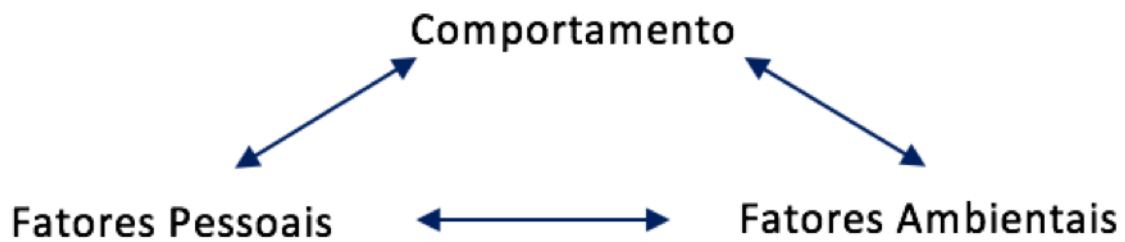


Figura 1- TSC figura adaptada de Pajares, 2002

Os diversos estudos que desenvolvem um modelo de trabalho baseados na TCS abordam diversas áreas. Hsu (2007) utiliza-o por exemplo para defender a partilha do conhecimento em comunidades virtuais, encontrando relações diretas e indiretas entre a eficácia e a partilha de conhecimentos.

O comportamento ecológico apelando a um desafio ético por parte dos consumidores tem sido também abordado fazendo recurso à TCS (Lin *et al.*, 2015). Uma vez que Bandura (2007) considera que quando os indivíduos enfrentam dilemas éticos, o exercício do controlo pessoal através da autoeficácia deve ser considerado ao mesmo nível que o pensamento moral ou que a força do medo na explicação da tomada de decisão individual na ação moral.

Suportado pela TCS, Young (2005) explorou a expectativa de resultados e a confiança na autoeficácia, como indicadores das intenções dos indivíduos de comunicarem com os seus médicos sobre um determinado medicamento. Este mesmo autor encontra fatores cognitivos que descrevem a intenção de interação dos consumidores com os médicos, defende que os prestadores de cuidados de saúde podem utilizar os resultados encontrados para orientarem a comunicação com os pacientes e atender às expectativas de informação que os clientes esperam perante um determinado medicamento.

1.1. Fatores Ambientais

Na TSC, fatores socio estruturais operam através de mecanismos psicológicos do sistema do eu para produzir efeitos comportamentais. Ou seja, as pessoas “são agentes de experiências e não simplesmente participantes de experiências.” (Bandura, 2001:4).

Confiança

A confiança é tratada como um fator ambiental importante que influencia os fatores e comportamentos pessoais, pois pode afetar os elementos da estrutura organizacional (McEvily *et al.*, 2003). Com base na SCT, podemos razoavelmente supor que as características organizacionais e o ambiente organizacional moldado pela confiança devem ter influência nos fatores pessoais e no comportamento (Hsu *et al.*, 2007).

Mayer (1995) define confiança como a “vontade de uma parte ser vulnerável às ações de outra parte com base na expectativa de que a outra executará uma ação particularmente importante para quem acredita, independentemente da capacidade de monitorar ou controlar essa situação”. Este mesmo autor defende que este significado de confiança é aplicável a um relacionamento entre duas partes em que uma delas é reconhecida como alguém que age e reage em prologo da outra parte. É afirmado também que esta é uma definição paralela à de Gambetta (1988). Tornar-se vulnerável é assumir riscos, não estando a assumir riscos por si, mas por uma vontade de os atingir determinados resultados (Mayer *et al.*, 1995).

Hall (2001) baseia-se no desenvolvimento rápido de confiança em ambientes médicos. Este defende que a confiança é essencial para a eficácia das terapias. Refere que afeta uma série de comportamentos e atitudes, como por exemplo a disposição dos pacientes em procurar atendimento, revelar informações sensíveis, submeterem-se ao tratamento, participar em pesquisas, aderir a regimes de tratamento, permanecer com um médico ou recomendarem médicos. (Parsons 1951, Rhodes e Strain 2000, Pennebaker 1990, Rothstein 1996, Safran, Taira, Rogers *et al.*, 1998, Fiscella, Franks, Clancy *et al.*, 1999, Corbie-Smith, Thomas, Williams, *et al.*, 1999). Segundo o mesmo autor, este tema da confiança também se aplica a outros profissionais de saúde.

Ngorsuraches *et al* (2007) mede a performance da comunidade de farmacêuticos e a qualidade da relação paciente-farmacêutico. Defendendo que a qualidade de relacionamento pode ser examinada através da confiança.

Zhang *et al* (2009) desenvolveram uma escala onde testa a "confiança dos pacientes com os farmacêuticos" chegando à conclusão de que a confiança influencia a “relação de longo prazo entre farmacêuticos e pacientes, e esta tornou-se cada vez mais importante na gestão de doenças crônicas”.

Jones *et al* (2012) também avaliou a relação de confiança entre os pacientes e o médico, a adoção de comportamentos (que envolvem mudanças no estilo de vida) bem como a adesão à medicação. Concluiu-se que quanto mais forte era a relação entre o médico e o utente, maior era a partilha de informação. Este laço pode ser utilizado para aumentar o envolvimento do paciente com os comportamentos de estilos de vida saudáveis, no caso deste estudo para a hipertensão.

Lee *et al* (2009) defende que o valor da confiança nos contextos de saúde deriva (em grande parte) do seu potencial para melhorar os efeitos do tratamento da doença. Este autor avalia quais são os efeitos que os resultados de autoeficácia, adesão e diabetes produzem na confiança nos médicos. Concluindo que ao confiar nos médicos, obtêm-se tanto os resultados esperados como com uma autoavaliação.

Quando um paciente tem uma maior confiança no profissional de saúde, tem tendência não só a aderir melhor à medicação como as suas expectativas estão mais altas. Com estes padrões finais, os resultados dos tratamentos são melhores. Assim, a confiança do paciente tem especial importância para se conseguir chegar a melhores resultados (Lee *et al.*, 2009). Esta é uma ideia também reforçada por Jones *et al* (2012), este autor relaciona a confiança no médico às melhorias de muitos fatores como por exemplo, a comunicação médico-paciente, a satisfação com os cuidados de saúde, a adesão aos tratamentos médicos.

Louis *et al* (2003) analisa a importância entre a relação dos pacientes com os farmacêuticos. Esta é uma relação de extrema importância pois, muitas vezes os farmacêuticos são o último profissional de saúde a interagir com o paciente antes de este

voltar para casa para gerir a sua medicação e/ou questões relacionadas com a saúde (Louis et al., 2003).

1.2. Fatores Pessoais

Entre outros fatores pessoais, os indivíduos possuem auto-crenças que lhes permitem exercer uma medida de controlo sobre os seus pensamentos, sentimentos e ações, de maneira a que "o que as pessoas pensam, acreditam e sentem afeta o modo como se comportam " (Pajares, 2002:2).

Em geral, os investigadores estabeleceram que as crenças e mudanças de comportamento bem como os resultados são altamente correlacionados e que a autoeficácia é um excelente indicador de comportamento (Pajares, 2002).

Duas construções que são fundamentais para SCT são expectativa de resultados e crenças de autoeficácia (Young *et al.*, 2005).

A autoeficácia e a expectativa de resultados explicam o comportamento. Assim, uma pessoa pode estar muito confiante na sua capacidade de tomar os medicamentos conforme prescrito, mesmo em condições não propicias a fazê-lo (Kobau *et al.*, 2003).

Autoeficácia

A eficácia refere-se à capacidade de acreditar que se consegue executar determinadas ações de maneira a atingir certos objetivos. Esta pode desenvolver-se ao existir influência na capacidade de execução de uma determinada tarefa, se a motivação e os processos de pensamento forem moldados, bem como se existirem mudanças nas condições ambientais e nos estados afetivos (Bandura, 1998).

As crenças de autoeficácia fornecem a base para a motivação humana, bem-estar e realização pessoal. A explicação passa pelo fato de que se alguém não acreditar no que é capaz de realizar, pouco é o incentivo para agir ou se preservar diante de obstáculos.

A afirmação-chave de Bandura (1997) no que diz respeito ao papel das convicções de autoeficácia no funcionamento humano é que "o nível de motivação, os estados afetivos e as ações das pessoas se baseiam mais no que eles acreditam do que no que é objetivamente verdade" (Pajares, 2002).

A autoeficácia ocupa um papel fundamental na estrutura causal da teoria cognitiva social, porque as crenças de eficácia afetam a adaptação e a mudança, não só por seu próprio direito, mas pelo impacto noutros determinantes referido por Bandura, 1997; Maddux, 1995; Schwarzer, 1992 (Bandura, 2001).

Existem dois níveis em que o sentido de eficácia desempenha um papel influente na saúde (Bandura, 1992a; 1997). A um nível mais básico, a capacidade de lidar com o stress ativa sistemas biológicos que afetam a saúde e a doença. Se a pessoa acreditar que consegue lidar com situações adversas, não existe problemas, se assim não for, os níveis de funcionamento pessoais são prejudicados. O segundo nível, diz respeito ao controlo sobre os hábitos de saúde e à taxa de envelhecimento biológico. A certeza de uma pessoa nas suas capacidades para regular a motivação e o comportamento, afetam as diferentes fases das mudanças pessoais. O controlo determina se é considerado ou não mudar os hábitos de saúde, se existe motivação e a perseverança necessárias para ter sucesso, se faz ou não, como se mantêm as mudanças de hábitos, qual é a vulnerabilidade à recaída e qual o sucesso de se erguer após uma recaída (Bandura, 2001).

Não só na área da saúde mas em outras dimensões diferentes foi dada uma importância fulcral à eficácia percebida. Em 1997, *SelfEfficacy: The Exercise of Control* escrito por Bandura, expôs os princípios da teoria de autoeficácia bem como a sua aplicações em diversas áreas como o desenvolvimento do ciclo de vida, educação, saúde, psicopatologia, atletismo, negócios e assuntos internacionais (Pajares, 2002).

Expectativas de Resultado

Com base na TSC, as expectativas de resultado referem-se à consequência esperada do próprio comportamento (Bandura, 1997; Compeau e Higgins, 1995b). As expectativas de resultado consistem em três formas principais: efeitos físicos (por exemplo, prazer, dor,

desconforto), efeitos sociais (por exemplo, reconhecimento social, recompensas monetárias, poder, aplausos) e efeitos de autoavaliação (Bandura, 1998).

Estas expectativas são construídas pela relação entre os eventos que se passam em meios ambientais e os eventos produzidos pelas próprias pessoas (Bandura, 1986).

A perspectiva do tempo futuro manifesta-se de muitas maneiras diferentes. São estabelecidas metas, antecipadas prováveis consequências das ações e são selecionados e criados comportamentos que possam produzir resultados desejados e evitar prejuízos (Bandura 1991b, Feather 1982, Locke & Latham, 1990). Através do exercício de previsão, as pessoas motivam-se e orientam as suas ações na antecipação de eventos futuros (Bandura, 2001).

As expectativas de resultado sobre os efeitos de hábitos de vida diferentes também contribuem para a saúde comportamental (Bandura, 1998).

1.3. Fatores Comportamentais

A adesão é definida como o "envolvimento ativo, voluntário e colaborativo do paciente num comportamento mutuamente aceitável para produzir um resultado terapêutico". (Delamater, 2006).

A adesão à medicação geralmente refere-se ao facto de se tomar ou não os medicamentos consoante o prescrito. A não adesão da medicação é uma preocupação crescente para os profissionais de saúde devido à evidência de ser associada a resultados adversos e custos mais elevados (Michael et al., 2009).

Com base na TSC, White (2014) analisa a aderência fazendo um paralelo entre o passado e o futuro. Identifica o número de áreas onde as organizações de saúde podem melhorar para aumentar a adesão dos pacientes, para assim alcançarem resultados positivos para a saúde do paciente.

A análise da disposição dos pacientes para as farmácias lhes gerirem a medicação e qual a influência das expectativas de resultado e da eficácia da comunicação nesta mesma

gestão, foi testada por Carter (2012). Concluindo que à medida que os pacientes acreditavam no sistema em causa, acreditando que este lhes facultaria maior conhecimento dos medicamentos, melhorariam as suas capacidades de gerir a medicação e proporcionavam menos preocupações com os medicamentos, aumentava a vontade de usarem o serviço (Carter et al., 2012).

Um estudo similar ao desenvolvido nesta tese, foi elaborado por Kobau et al (2003), onde abordou a confiança na autoeficácia e nas expectativas de resultados em relação a comportamentos de medicação, comportamentos associados a doentes com convulsões e gestão de comportamentos de adultos com epilepsia. De uma forma global foi evidenciado que “ pessoas com doenças crônicas que mantêm altos níveis de autoeficácia e possuem atitudes positivas no que diz respeito a comportamentos de autogestão são mais propensas a realizar esses mesmos comportamentos”.

2. *Microfoundations Movement*

O conceito de microfundação foi explicado por Lippman and Rumelt (2003a, 2003b), Foss (2003), Felin and Foss (2005; ver também Felin & Hesterly, 2007), Gavetti (2005), e Teece (2007) usando a estratégia e o contexto organizacional (Felin *et al.*, 2015).

Existem pelo menos duas definições distintas de microfundação. Uma primeira designada por microfundações como níveis – aqui a construção das microfundações “consiste em localizar (teórica e empiricamente) as causas imediatas de um fenómeno (ou explicação de um resultado) num nível de análise inferior ao fenómeno em si” (Felin et al., 2015, p.586) e uma segunda “microfundação exploradora da primazia dos indivíduos” que pode ser vista como um caso especial da primeira (Felin et al., 2015)

Porquê a utilização de microfundações? Genericamente este movimento pode ser visto como a procura da simplificação dos mecanismos. O que significa apenas explicar um processo de um fenómeno particular em termos de fenómenos de nível inferior (Felin et al., 2015).

Assim, é possível entender que para compreender fenómenos sociais coletivos é necessário perceber as partes constituintes que o compõem: indivíduos e sua interação social (Storbacka et al., 2016).

A "banheira de Coleman" ou "Barco" ilustra a teoria das microfundações. A figura faz uma distinção entre o nível de macro e o nível micro, como o nível organizacional e o nível de indivíduos. Existem conexões entre os níveis macro-macro (seta 4) e macro-micro (seta 1), micro-micro (seta 2) e micro-macro (seta 3). A figura também faz uma distinção entre o que deve ser explicado e sua explicação, como sugerido pela direção das setas (Felin et al., 2015).

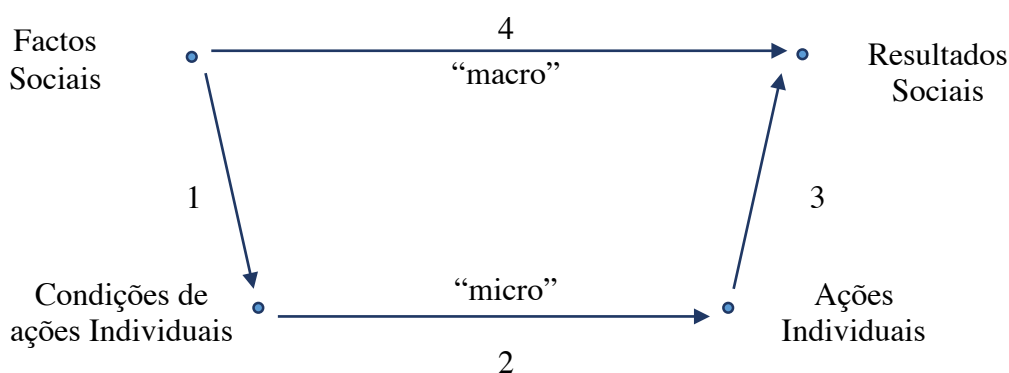


Ilustração 2- Microfundation Movement, adaptado de Flin 2015

“A lógica da banheira Coleman, incluindo os mecanismos sociais e os níveis de análise macro-meso-micro, constituem os alicerces para gerar uma visão microfundamental da recolha de valores” (Storbacka et al., 2016: 2)

Um estudo elaborado por Kaporiri et al (2007) descreve o processo de definição de prioridades de saúde em Ontário-Canadá, Noruega e Uganda. As principais conclusões é que num nível macro os recursos são influenciados pela política, e pressão pública num nível meso as decisões são tomadas pelos gerentes hospitalares que se baseiam em

prioridades, diretrizes e evidências nacionais. Já a um nível micro, são considerados critérios de valor social e médico.

“A definição de prioridades, a alocação de recursos, ocorre em todos os sistemas de saúde a nível macro (nacional, provincial), meso-nível (regional, institucional) e micro-nível (programas clínicos)” (Kapiriri et al., 2007).

Assim sendo, tornou-se importante estabelecer uma relação de macro (farmaceuticos), meso (farmácia) e micro (farmacêutico) nesta tese de mestrado. Com esta distinção feita a priori e com vista a ser testada nos inquéritos, tornou-se clara a dependência entre estas 3 perspetivas conseguindo assim comprovar a importância deste modelo.

3. Modelo Conceptual e Hipóteses

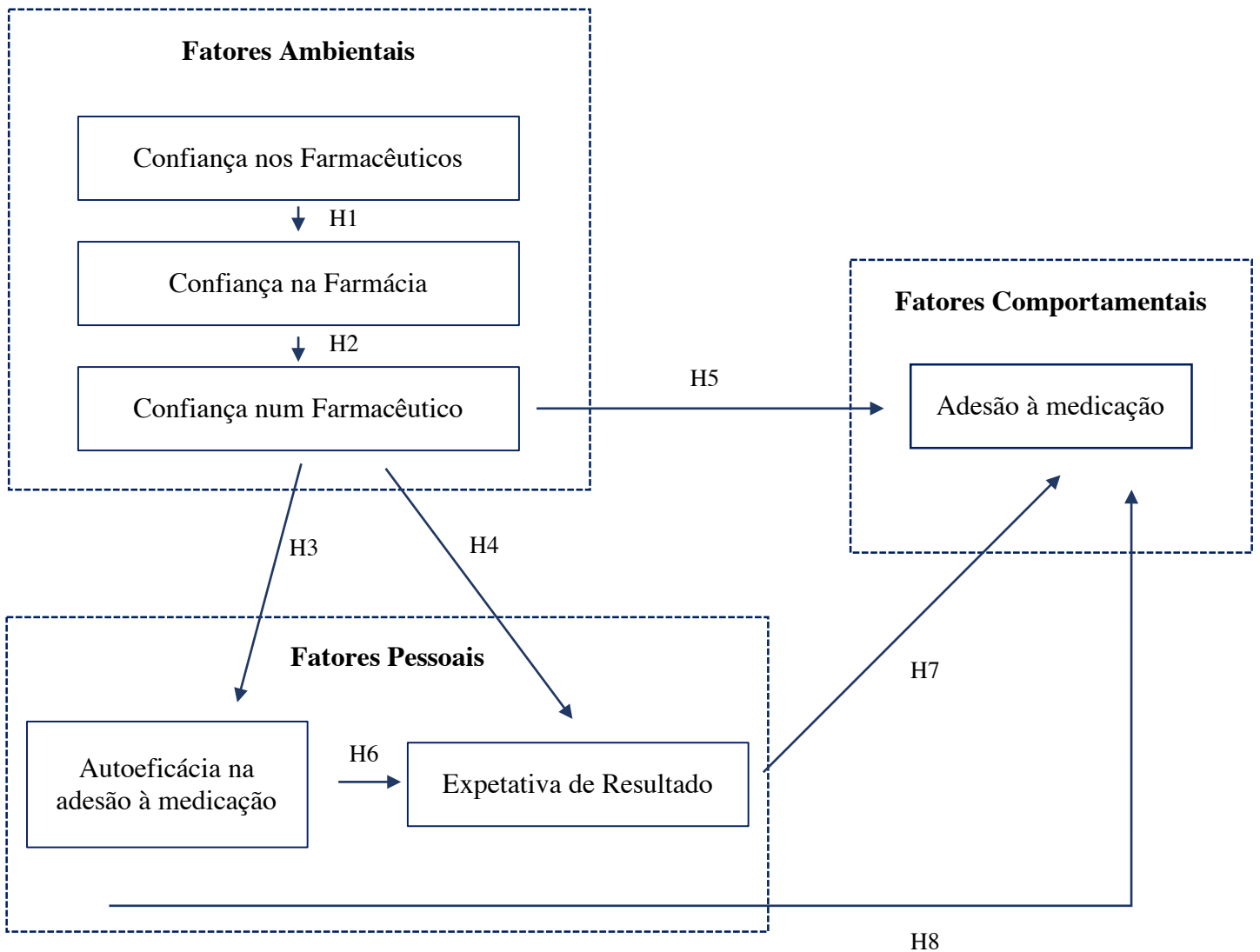


Ilustração 3- Quadro Geral de Hipóteses

A confiança é tratada como um fator ambiental importante que influencia os fatores e comportamentos pessoais, pois pode afetar os elementos da estrutura organizacional (McEvily et al., 2003) (Hsu et al., 2007).

Neste caso a confiança foi dividida em três fatores, num farmacêutico em específico, nos farmacêuticos, e numa farmácia. Existem estudos que comprovam uma existência de correlação significativa entre a confiança num médico específico e a confiança na profissão médica, Hsu (2007) defende que a confiança num médico específico permanece

alta, mesmo permanecendo baixa a confiança na profissão médica. (Blendon & Benson, 2001; Hall, Camacho et al., 2002; Pescosolido, Tuch, & Martin, 2001).(Castilho et al., 2016).

Assim sendo, nos definimos amplamente instituições de cuidados de saúde como uma organização estabelecida para propósitos de tratamento, gestão e prevenção de doenças. As organizações tanto podem ser um hospital como uma clínica ou um plano de saúde (Cook & Stepanikova, 2008; Hall et al., 2001;Mechanic, 1996). (Castilho et al., 2016). Castilho et al (2016), defende que a confiança interpessoal e a confiança institucional podem influenciar-se mutuamente nos cuidados de saúde.

Fazendo uma adaptação do setor médico para o setor farmacêutico formaram-se as seguintes hipóteses:

Assim, tratamos de formar a hipótese que reflete que a confiança no farmacêutico, nos farmacêuticos e na farmácia irão influenciar-se (numa ótica de Microfoundations Movement), formando assim as seguintes hipóteses:

H1: A confiança nos farmacêuticos é influenciada pela confiança na farmácia;

H2: A confiança na farmácia é influenciada pela confiança num farmacêutico;

Hsu et al., (2007) supõe que as características organizacionais e o ambiente organizacional moldado pela confiança devem ter influência nos fatores pessoais e no comportamento assim, são formadas as 3 seguintes hipóteses.

H3: A autoeficácia tem um efeito positivo na confiança num farmacêutico;

H4: A expectativa de resultado tem um efeito positivo na confiança num farmacêutico;

H5: A adesão à medicação tem um efeito positivo na confiança num farmacêutico;

De acordo com Bandura (1997), as conclusões resultam de ações e podem ser antecipadas pelas pessoas quando estas fazem um juízo de valor às capacidades que têm para desempenhar determinada ação. Ou seja, os resultados esperados irão ser definidos antes de as ações serem tomadas. Assim, essa relação estabelece uma ponte entre a crença da eficácia pessoal e as expectativas de resultado (Hsu et al., 2007). Então, foi desenvolvida a H6.

H6: A expectativa de resultado é influenciada pela a autoeficácia

Os fatores pessoais desempenham um papel importante para a tomada ou não de determinados tipos de comportamentos. As pessoas que têm alta auto-eficácia serão mais propensas a executar comportamento relacionado do que aqueles com baixa autoeficácia (Hsu et al., 2007). Também é descrito por alguns investigadores que as convicções e mudanças de comportamento bem como os resultados são altamente correlacionados (Pajares, 2002). Aqueles que duvidam das suas capacidades ou não possuem a competência necessária para executar determinadas tarefas, podem considerar as suas atividades ou ações desnecessárias e fúteis (Bandura, 1997). Como tal, agrupamos estes dois fatores pessoais e relacionamo-los com o comportamento dos indivíduos, formando: H7: A expectativa de resultado está positivamente correlacionada com o comportamento de adesão à medicação.

Bandura (1986) define autoeficácia como uma construção psicológica que muda com as circunstâncias e as atividades e não como uma disposição global. É também descrito que esta não enfatiza as habilidades que um indivíduo possui, mas depende do seu grau de convicção que tem para completar uma tarefa usando as habilidades que possui (Lin et al., 2015). Assim, tentámos perceber até que ponto é que a convicção de uma pessoa em ser regular na sua medicação, influenciará o seu comportamento, formando a hipótese 8. H8: A adesão à medicação é influenciada pela a autoeficácia do indivíduo.

III. Metodologia

“A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população (Fortin, 2000:108)”.

Este capítulo tem como finalidade apresentar as questões e os objetivos da investigação, as questões que motivam a tese, as hipóteses desenvolvidas e a metodologia de elaboração da revisão da literatura bem como dos questionários realizados.

1. Revisão da Literatura

Para uma exploração fundamentada, deu-se a leitura de artigos científicos, livros e artigos de revista que permitiram a elaboração da revisão da literatura. Aqui foi possível fazer um breve apanhado dos modelos já existentes bem como de trabalhos desenvolvidos na área da saúde que exploravam não só temas relacionados com a TSC mas também temas de adesão à medicação e de confiança.

O objetivo desta secção foi conhecer e analisar contribuições de diversos autores sobre o tema explorado.

2. Questões de Investigação

Defendido por Talbot, 1995 e enunciado por Fortin (2000:101) “as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação.”

Consoante o tema que se pretende desenvolver nesta tese, é necessário definir uma questão de investigação que serve de partida e à qual deve ser tida em conta ao longo de cada fase de elaboração do trabalho.

Assim sendo, a pergunta que se segue é definida de uma forma clara e pretende que seja entendida por todos.

“Até que ponto a confiança no farmacêutico influencia a tomada da medicação”

Uma população cada vez mais envelhecida torna necessário que haja um cuidado acrescente dos serviços de saúde. Sendo que o farmacêutico é o prestador de cuidado de saúde que se encontra mais próximo da população, uma questão que na literatura é referenciada como importante, perceber até que ponto é que este a influencia nos seus comportamentos relacionados com a medicação estabelecendo um fio condutor pela perspectiva de autoeficácia e de expectativa de resultado (presentes na TSC de Bandura).

2.1. Objetivo da Investigação:

Segundo Fortin (2000:100) “o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação”.

Tendo em conta o problema da investigação tornou-se evidente a necessidade de definir um conjunto de objetivos.

1. Identificar a população alvo a utilizar nesta tese;
2. Perceber a relação da população com o farmacêutico;
3. Averiguar se a farmácia, os farmacêuticos e um farmacêutico em específico têm influencia nos comportamentos da população.

3. Instrumento de Recolha de dados

De forma a atingir os objetivos de investigação e responder às questões definidas procedeu-se a uma abordagem à população. O questionário foi elaborado tendo em conta o modelo conceptual e os instrumentos de medida existentes para a medição dos construtos.

O questionário possui três conjuntos de questões distintos. O primeiro conjunto pretende avaliar o comportamento do paciente relativamente à pessoa que o aconselha na medicação. Na segunda parte apresentam-se um conjunto de construtos onde se pretende extrair as informações relativas à confiança, autoeficácia, expectativa de resultado e ao comportamento. Por fim, o terceiro grupo é formado pelos dados sociodemográficos.

3.1. Escalas

Os diferentes tipos de questões que constituíam cada constructo foram retiradas de escalas já existentes e testadas. Contudo, muitos dos estudos já desenvolvidos na relação entre o paciente e o prestador de cuidado de serviço concentra-se na literatura de medicina. Assim, as escalas tiveram de ser adaptadas numa ótica de farmacêutico paciente. Os estudos de base para a definição das escalas foram Zheng et al (2002)); para a autoeficácia e expectativas de resultado os autores Worley-Louis, M. Schommer, J. Finnegan, J. (2003);

a avaliação do comportamento da adesão à medicação foi baseada nos autores Jones, D. Carson, K. Bleich, S. Cooper, L. (2012).

Em cada uma das variáveis foi utilizada a escala ordinal. “Estas escalas admitem uma ordenação numérica das categorias estabelecendo uma relação de ordem entre elas (Hill et al., 2000)”. Neste caso foi utilizada uma escala do tipo Likert. Na maioria dos constructos utilizou-se uma escala de pontos desde “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”. No conjunto de itens para avaliar o comportamento foi utilizada uma escala de frequência de 5 pontos (de sempre a nunca).

Foram também usadas escalas do tipo nominal. “Estas consistem num conjunto de categorias de resposta qualitativamente diferentes e mutuamente exclusivas (Hill et al., 2000)”. Assim, desde perguntas demográficas a perguntas de caracterização do estado de saúde do utente, bem como o tipo de medicação que utilizavam, foram medidas por uma escala nominal.

3.2. Identificação da população

Como o objetivo da investigação passa por perceber a relação entre a confiança e a adesão à medicação, considerou-se como população do estudo o universo dos utentes portugueses das farmácias com mais de 18 anos.

Contudo, não sendo possível inquirir todos os utentes das farmácias do país, recolheu-se uma amostra que se tenta que seja representativa. Para isso, implementaram-se vários construtos alguns de cariz aleatório. É a partir desta amostra que se pretende retirar conclusões para o universo em questão.

3.3. Pré-Teste

Segundo Hill et al (2000), existem duas situações onde é preciso validar um questionário que já existe: "quando se pretende aplicar o questionário a uma amostra retirada de um universo diferente daquele para o qual foi desenvolvido o questionário" e "quando se

pretende traduzir um questionário e testar a tradução". Como na presente tese foram aplicadas as duas condicionantes, foi necessário realizar o pré-teste em duas fases.

Para validar o questionário avaliou-se numa primeira fase se este estava perceptível, e se continha os termos técnicos adequados. Este pré-teste contou com a participação de 27 pessoas, entre os quais 5 farmacêuticos que avaliaram toda a componente técnica. As respostas foram avaliadas em termos de consistência interna através do alpha de Cronbach (esta medida varia entre 0 e 1 Fortin, 2000).

Observou-se que o *alpha* era demasiado baixo na maioria dos construtos pelo que foi necessário ajustar a forma como as perguntas estavam elaboradas. Ao longo da interação com os inquiridos foi também fácil entender que existiam perguntas que não estavam bem formuladas o que dificultava a interpretação das mesmas.

Finalizadas as reformulações, realizou-se outro pré-teste. Este segundo pré-teste, contou com a participação de 15 inquiridos.

3.4 Amostra

A amostra inquirida contou com respostas de indivíduos com mais de 18 anos. O inquérito final decorreu em duas farmácias, uma na zona de Lisboa e outra na zona da Amadora. Estas farmácias foram escolhidas em primeira instância devido à disponibilidade dos farmacêuticos em cooperarem com a tese, em segundo lugar era necessário que existissem duas realidades de população distintas. Ou seja, Lisboa foi identificada como um meio mais urbano ao contrario da Amadora que é um meio mais rural. Os inquéritos eram realizados pela autora enquanto os pacientes estavam à espera de vez.

Contou-se com uma amostra representativa de 359 inquiridos. Devido a dificuldade em atingir grande parte da população, optou-se por enviar alguns inquéritos via redes sociais. Este processo durou aproximadamente duas semanas.

4. Métodos de análise

A análise dos dados inicia-se com uma caracterização descritiva da amostra e um resumo da distribuição das variáveis que compõem os construtos do modelo. O modelo vai ser

estimado por análise de Regressão Linear, através da estimação de vários modelos de Regressão Linear Simples e Múltipla. Com este objetivo, são previamente efetuadas várias análises em Componentes Principais, uma para cada construto, de forma a reduzir o número de variáveis.

4.1. Análise em Componentes Principais

Para testar o modelo conceptual foi necessário estimar as Componentes Principais dado que estas permitem que se resuma a informação existente num conjunto de variáveis correlacionadas num menor número de variáveis que contenham a maior parte da informação; Assim é possível também reduzir a complexidade dos dados.

Os requisitos da Análise em Componentes Principais:

- As variáveis têm de ser métricas; neste trabalho foram utilizadas escalas de Likert que não são métricas, mas podem ser consideradas como tal.
- A dimensão da amostra deve ser razoável (literatura normalmente define que deve existir pelo menos 5 vezes mais casos que o número de variáveis.
- Existência de correlação / multicolineariedade entre as variáveis originais que se podem testar pela análise da matriz de correlações, da estatística de Kaiser-Meyer-Olkin e do teste de Bartlett.
- Existência de comunalidades altas, que correspondem à proporção de variância de cada variável que é explicada pelo conjunto das componentes retidas.

Avalia-se a existência de correlações através do índice de Kaiser-Meyer-Olkin, cujos valores variam entre 0 e 1 e permitem a classificação de ACP, de acordo com os intervalos constantes presentes na tabela seguinte:

Valor de KMO	Classificação da ACP
]0,90;1,0]	Excelente
]0,80;0,90]	Boa
]0,70;0,80]	Média
]0,60;0,70]	Razoável
]0,50;0,60]	Má mas aceitável
≤0,50	Inaceitável

Tabela 1- Índice de KMO

Para decidir qual o número de Componentes Principais, existem vários critérios nos quais o investigador se baseia.

O critério da percentagem de Variância Explicada, advogada que, nas ciências sociais (onde a percentagem total de variância explicada deve ser superior a 60%).

O critério de Kaiser permite extrair tantas CP quanto o número dos que apresentam valor próprio superior a 1.

Existe ainda o critério de ScreePlot, que representa as diferenças entre os valores próprios por aumento da componente. Geralmente, retêm-se o número de componentes quando a curva do gráfico em questão passe a ser quase paralela ao eixo horizontal, que significa que já há pouco acréscimo de variância explicada se retivermos mais uma componente.

Para medir a confiabilidade interna utilizou-se o *Alpha de Cronbach*. Esta é a medida mais comum utilizada em estatística para avaliar a confiabilidade das escalas.

O *alpha* varia entre 0 e 1, onde maior que 0,9 é excelente; maior que 0,8 é bom; maior que 0,7 é aceitável; maior que 0,6 é questionável; maior que 0,5 é mau e menor 0,5 é inaceitável (Gliem et al., 2003).

4.2. Análise de Regressão Linear

A regressão tem como base um modelo descrito por uma equação funcional que descreve o relacionamento causal entre uma variável dependente com várias variáveis independentes.

Se o relacionamento é linear, estamos perante uma regressão linear que se considera simples se existir apenas uma variável independente, ou múltipla quando existe mais que uma variável independente. De notar que as variáveis têm de ser de natureza quantitativa.

A equação que descreve como é que a variável dependente varia em função de uma variável independente é a seguinte: $Y = a + bX + \text{erro}$ (1)

A equação que descreve como é que a variável dependente varia em função de mais que uma variável independente é a seguinte: $Z = a + bX + cY + \text{erro}$ (2)

Assim sendo, a equação anterior é a base para o modelo estatístico utilizado no trabalho desenvolvido : $Y = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + \varepsilon$ (3). B corresponde aos coeficientes estimados da reta de regressão, B_0 estima o valor da ordenada na origem e B_1 estima o declive da reta na Regressão Linear Simples (face ao aumento de uma unidade na variável independente a variável dependente irá aumentar em B_1).

O coeficiente de R^2 mede a percentagem de variância explicada pela regressão ou seja, a percentagem de variação do Y que é explicada pelas variáveis independentes. R^2 varia entre 0 (nenhuma variável independente explica Y) e 1 (todas variáveis independentes explicam Y). Concluindo-se assim que quanto mais perto do 1 estiver o R^2 maior a explicação de Y em função das variáveis independentes.

Existe um teste de hipóteses para averiguar se $R^2=0$ ou se o modelo é válido. Possui a seguinte regra de decisão:

Se $\text{sig} \leq 0,05 \rightarrow$ Rejeitar H_0 (4)

Se $\text{sig} > 0,05 \rightarrow$ Não rejeitar H_0 (5)

Ou seja, se $\text{sig} \leq 0,05$, Conclui – se a rejeição de H_0 , o que quer dizer que se rejeita que todos os coeficientes de todas as variáveis independentes são zero e, consequentemente as variáveis independentes ajudam a explicar a variável dependente, isto é, o modelo em análise é válido.

Para além deste teste, devem realizar-se Teste T aos coeficientes de regressão B . São estes testes que permitem averiguar se uma variável independente influencia o Y . tal acontece

quando se rejeita $H_0: B = 0$, ou seja quando o coeficiente de regressão estimado é significativamente diferente de zero.

4.2.1 Modelos de Regressão Linear

Pretende-se testar o modelo conceptual proposto na figura1. Este modelo será testado através de 4 alternativas: A, B,C e D. Que a seguir se seguem.

Modelo Conceptual A:

Modelo 1:

$$\text{Confiança na Farmácia} = B_0 + B_1 \text{Confiança nos Farmacêuticos} + \varepsilon \quad (6)$$

Se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H1.

Modelo 2:

$$\text{Confiança no Farmacêutico} = B_0 + B_1 \text{Confiança na Farmácia} + \varepsilon \quad (7)$$

Neste modelo de regressão Linear Simples, se se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H2.

Modelo 3:

$$\text{Autoeficácia} = B_0 + B_1 \text{Confiança no Farmacêutico} + \varepsilon \quad (8)$$

Se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H3.

Modelo 4:

$$\text{Expetativa de Resultado} = B_0 + B_1 \text{Confiança no Farmaceutico} + B_2 \text{Autoeficácia} + \varepsilon \quad (9)$$

Neste Modelo de Regressão Linear Múltipla, testa-se duas hipóteses de investigação: H4 e H6. Se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H4, do mesmo modo se rejeitar $H_0: B_2 = 0$, então verifica-se a hipótese H6.

Modelo 5:

$$\begin{aligned} \text{Adesão à Medicação} = & B_0 + B_1 \text{Confiança no Farmaceutico} \\ & + B_2 \text{Expetativa de Resultado} \\ & + B_3 \text{Autoeficácia} + \varepsilon(10) \end{aligned}$$

Neste Modelo de Regressão Linear Múltipla, testa-se três hipóteses de investigação: H5, H7 e H8. Se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H5, do mesmo modo se rejeitar $H_0: B_2 = 0$, então verifica-se a hipótese H7 por fim, se rejeitar $H_0: B_3 = 0$, então verifica-se a hipótese H8.

Modelo Conceptual B:

Os modelo 1, 2 e 3 deste modelo são iguais aos correspondentes modelos no modelo conceptual A.

Modelo 4:

Modelo 4.1:

$$CRCM = B_0 + B_1 \text{Confiança no Farmaceutico} + B_2 \text{Autoeficácia} + \varepsilon(11)$$

Neste Modelo de Regressão Linear Múltipla, testa-se duas hipóteses de investigação: H4 e H6. Se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H4, do mesmo modo se rejeitar $H_0: B_2 = 0$, então verifica-se a hipótese H6.

Modelo 4.2:

$$CFM = B_0 + B_1 \text{Confiança no Farmaceutico} + B_2 \text{Autoeficácia} + \varepsilon(12)$$

Neste Modelo de Regressão Linear Múltipla, testa-se duas hipóteses de investigação: H4 e H6. Se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H4, do mesmo modo se rejeitar $H_0: B_2 = 0$, então verifica-se a hipótese H6.

Modelo 5:

$$\text{Adesão à Medicação} = B_0 + B_1 \text{Confiança no Farmaceutico} + B_2 \text{CRCM} + B_3 \text{CFM} + B_4 \text{Autoeficácia} + \varepsilon(13)$$

Neste Modelo de Regressão Linear Múltipla, testa-se quatro hipóteses de investigação: H5, H7.1, H7.2 e H8. Se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H5, do mesmo modo se rejeitar $H_0: B_2 = 0$, então verifica-se a hipótese H7.1, se rejeitar $H_0: B_3 = 0$, então verifica-se a hipótese H7.2 por fim, se rejeitar $H_0: B_4 = 0$, então verifica-se a hipótese H8.

Podemos também enunciar uma variável dependente “comportamento premeditado” e “comportamento não premeditado” que irá integrar os modelos conceptuais C e D.

Modelo Conceptual C:

Modelo 5.1

Comportamento não premeditado

$$= B_0 + B_1 \text{Confiança no Farmaceutico} + B_2 \text{CRCM} + B_3 \text{CFM} + B_4 \text{Autoeficácia} + \varepsilon(14)$$

Neste Modelo de Regressão Linear Múltipla, testa-se quatro hipóteses de investigação: H5.1, H7.1.1, H7.2.1 e H8.2. Se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H5.1, do mesmo modo se rejeitar $H_0: B_2 = 0$, então verifica-se a hipótese H7.1.1, se rejeitar $H_0: B_3 = 0$, então verifica-se a hipótese H7.2.1 por fim, se rejeitar $H_0: B_4 = 0$, então verifica-se a hipótese H8.2.

Modelo 5.2

$$\text{Comportamento premeditado} = B_0 + B_1 \text{Confiança no Farmaceutico} + B_2 \text{CRCM} + B_3 \text{CFM} + B_4 \text{Autoeficácia} + \varepsilon(15)$$

Neste Modelo de Regressão Linear Múltipla, testa-se quatro hipóteses de investigação: H5.2, H7.1, H7.2 e H8.1. Se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H5.2, do mesmo modo se rejeitar $H_0: B_2 = 0$, então verifica-se a hipótese H7.1, se rejeitar $H_0: B_3 = 0$, então verifica-se a hipótese H7.2 por fim, se rejeitar $H_0: B_4 = 0$, então verifica-se a hipótese H8.1.

Modelo Conceptual D:

Modelo 5.1

$$\text{Comportamento não premeditado} = B_0 + B_1 \text{Confiança no Farmaceutico} + B_2 \text{Expetativa de Resultado} + B_3 \text{Autoeficácia} + \varepsilon(16)$$

Neste Modelo de Regressão Linear Múltipla, testa-se três hipóteses de investigação: H5.1, H7.1 e H8.2. Se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H5.1, do mesmo modo se rejeitar $H_0: B_2 = 0$, então verifica-se a hipótese H7.1 e se rejeitar $H_0: B_3 = 0$, então verifica-se a hipótese H8.2.

Modelo 5.2

$$\text{Comportamento premeditado} = B_0 + B_1 \text{Confiança no Farmaceutico} + B_2 \text{Expetativa de Resultado} + B_3 \text{Autoeficácia} + \varepsilon(17)$$

Neste Modelo de Regressão Linear Múltipla, testa-se três hipóteses de investigação: H5.2, H7.2 e H8.1. Se rejeitar $H_0: B_1 = 0$, então verifica-se a hipótese H5.2, do mesmo modo se rejeitar $H_0: B_2 = 0$, então verifica-se a hipótese H7.2 e se rejeitar $H_0: B_3 = 0$, então verifica-se a hipótese H8.1.

IV. Análise dos Resultados

4.1. Caracterização do Perfil dos respondentes

A tabela 2 apresenta a distribuição dos indivíduos por sexo e as suas habilitações literárias. Concluímos que maioria dos inquiridos é do sexo feminino (63%), o que equivale a 226 pessoas. Quanto ao grau de instrução, o ensino superior representa cerca de 60% dos indivíduos, destacando-se também a formação secundária com 30%.

Género	Frequência	Percentagem
Feminino	226	63,0
Masculino	133	37,0
Grau de Instrução	Frequência	Percentagem
Sem formação de educação	4	1,1
Formação básica	36	10,0
Formação secundária	108	30,1
Formação superior	211	58,8
Idade	Média	Desvio Padrão
	38,8	18,55

Tabela 2- Distribuição da Caracterização Socio-demográfica

Quantas farmácias frequenta normalmente?	Frequência	Porcentagem
1	133	37,0
2	150	41,8
3	46	12,8
+ de 3	30	8,4
Quais são as razões que o levam a escolher uma farmácia?	Frequência	Porcentagem
Por um farmacêutico específico	11	3,1
Pelos Farmacêuticos	76	21,2
Distância	206	57,4
Pela farmácia	57	15,9
Outra	9	2,5

Tabela 3- Distribuição do Despiste das Farmácias e Distribuição da escolha da Farmácia

Para despistar se os inquiridos tinham ou não uma farmácia e/ou farmacêutico de eleição, foi necessária a realização da tabela 2. Assim, como podemos concluir, a maioria dos inquiridos vai no máximo a 2 farmácias sendo que 37% frequenta apenas uma.

Quanto à escolha da farmácia deve-se essencialmente pela distância, dado que este indivíduo mantém afinidade com a farmácia mais perto. É possível também verificar que a maioria dos cidadãos inquiridos não têm um farmacêutico específico, mas sim um conjunto de farmacêuticos em quem confiam, (21%).

4.2. Distribuição comportamental e dos itens dos construtos

Toma medicamentos prescritos pelo médico?		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válidas	Sim, tomo medicamentos apenas prescritos pelos médicos.	101	28,1	28,3
	Sim, mas também tomo medicamentos sem serem prescritos pelos médicos.	239	66,6	66,9
	Não.	17	4,7	4,8
	Total	357	99,4	100,0
Missing		2	,6	

Tabela 4- Distribuição da Prescrição de Medicamentos

Quem o informou e/ou sugeriu sobre a medicação a tomar?		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válidas	Enfermeiro	33	9,2	13,1
	Farmacêutico	128	35,7	50,8
	Automedicação	42	11,7	16,7
	Amigos/ Família	49	13,6	19,4
	Total	252	70,2	100,0
Missing		107	29,8	

Tabela 5- Distribuição do Conselheiro de Medicação

A maioria dos inquiridos toma não só medicamentos prescritos pelos médicos como também sem serem prescritos (tabela 5). Quando os utentes estão perante medicamentos sem prescrição médica têm mais tendência a perguntar ao farmacêutico sobre qual a melhor fármaco a tomar (tabela 6), sendo que a automedicação e o aconselhamento de amigos e família também ocupam um papel importante no aconselhamento da medicação.

Possui algum tipo de Doença Crónica?			
Sim	117	32,6	32,7
Não, mas tenho/tive doenças/perturbações de saúde prolongadas.	45	12,5	12,6
Não	196	54,6	54,7
Total	358	99,7	100,0
Missing	1	,3	

Tabela 6- Frequência de Doenças Crónicas

Com o recolher da informação presencial foi possível concluir que existiam inquiridos que tinham receio em reconhecer as suas doenças crónicas, pelo que os dados apresentados na tabela 7 podem não ser muito verídicos. Contudo, o que se pode concluir com a análise dos resultados é que mais de metade dos inquiridos não possui nem teria possuído nenhum tipo de doença crónica.

Para testar a relação entre os três fatores apresentados por Bandura, foi necessário elaborar questões inerentes a cada um dos construtos, pelo que a distribuição destas variáveis está presente na tabela 8. Conclui-se que, no geral, os indivíduos apresentam em média maior tendência para a pontuação 5 (a escala variava entre 1- discordo totalmente a 7- concordo totalmente). Porém a ultima questão (fatores comportamentais) apresentava uma escala diferente (sempre; quase sempre; algumas vezes; quase nunca e nunca), o que modificou as respostas apresentadas, sendo que as respostas sejam em média entre 3,5 e 4 isto é, “algumas vezes” e “quase nunca”.

	Média	Desvio Padrão
Fatores ambientais		
Confiança no Farmacêutico		
O farmacêutico importa-se mais com o que eu realmente preciso do que com o que por vezes é conveniente para ele.	5,2	1,7
O farmacêutico é extremamente rigoroso e afável com os meus problemas de saúde.	5,5	1,4
Confio completamente nas informações do farmacêutico sobre as terapêuticas que são melhores para mim.	5,4	1,5
O farmacêutico é totalmente honesto e falamos das diferentes opções de terapêuticas que estão disponíveis para o meu caso.	5,3	1,5
Tenho total confiança no farmacêutico.	5,6	1,4
Confiança nos Farmacêuticos		
Os farmacêuticos importam-se mais com as necessidades dos pacientes ao invés do que por vezes é mais conveniente para eles.	4,8	1,4
Os farmacêuticos são extremamente rigorosos e afáveis.	5,0	1,3
Confio plenamente nas sugestões/informações dos farmacêuticos sobre quais são as melhores terapêuticas para mim.	4,9	1,4
Um farmacêutico nunca me enganaria sobre nada.	4,4	1,7
Confio plenamente nos farmacêuticos.	4,8	1,4
A farmácia que utilizo importa-se mais em me informar/aconselhar sobre as soluções/tratamentos/medicamentos que preciso do que em ganhar dinheiro	5,1	1,5
Não sinto a necessidade de verificar tudo o que a farmácia que utilizo faz	5,1	1,5
Se a farmácia que utilizo cometer um erro grave, penso que esta não tentará encobri-lo.	4,8	1,7
Se tenho alguma questão (relativa à prescrição efetuada), a farmácia que utilizo irá dar-me uma resposta clara.	5,7	1,2
Confio totalmente na farmácia que utilizo.	5,5	1,3
Fatores Pessoais- Autoeficácia		
Eu sou capaz de fazer a medicação sem grandes problemas.	5,8	1,5

É fácil para mim fazer a minha medicação	5,7	1,6
Sou capaz de fazer de forma correta toda a minha medicação.	5,8	1,5
Oriento-me bem em fazer a minha medicação.	5,8	1,5
A forma de fazer a minha medicação não me deixa confuso.	6,0	1,4
Preocupo-me em fazer a minha medicação corretamente.	6,1	1,2
- Espectativa de Resultado		
Tomar a medicação prescrita fará sentir-me melhor.	5,9	1,2
Se existir um acompanhamento da minha terapia, o desconforto causado pelos possíveis efeitos secundários da medicação será menor.	5,4	1,5
Se perceber como devo tomar os medicamentos corretamente, serei capaz de minimizar os efeitos secundários.	5,6	1,4
Para cumprir os meus objetivos de saúde, devo perceber porque estou a tomar os medicamentos.	6,2	1,1
Se entender as informações relacionadas com a minha medicação, vou ficar menos ansioso(a) com o cumprimento dos meus objetivos de saúde.	5,8	1,3
Se tomar corretamente a minha medicação, irei ter menos efeitos adversos.	5,5	1,5
Fatores Comportamentais		
Já me esqueci de fazer a minha medicação.	3,5	0,7
Por vezes, sou descuidado(a) em tomar os medicamentos.	3,9	0,8
Quando me sinto melhor, tenho tendência em deixar de fazer a minha medicação.	3,5	1,2
Se ao fazer a minha medicação me sentir pior, deixo de a fazer.	3,5	1,3

Tabela 7- Distribuição dos itens do modelo

4.3.Redução da Informação - Componentes Principais

Para a confiança nos farmacêuticos, obteve-se um índice em que a ponderação das 5 variáveis que o constituem não é igual, e que explica 71,5 % da variabilidade das 5 variáveis iniciais (tabela9).

Quanto ao Alpha de Cronbach, este apresenta um valor de 0,896, o que corresponde a um valor bastante alto em termos de consistência interna existente entre os itens.

Componentes Principais	Variáveis	Pesos estandardizados (loadings)
Confiança nos Farmacêuticos	Os farmacêuticos importam-se mais com as necessidades dos pacientes ao invés do que por vezes é mais conveniente para eles.	,735
	Os farmacêuticos são extremamente rigorosos e afáveis.	,869
% de Variância Explicada: 71,5		
Alpha de Cronbach: 0,896	Confio plenamente nas sugestões/informações dos farmacêuticos sobre quais são as melhores terapêuticas para mim.	,881
KMO: 0,839		
Sig. Teste de Bartlett:0,000	Um farmacêutico nunca me enganaria sobre nada.	,828
	Confio plenamente nos farmacêuticos.	,903

Tabela 8- Análise das CP, Confiança nos Farmacêuticos

Os resultados da ACP aplicados às variáveis do construto “a confiança na farmácia”, permitem a obtenção de um índice que explica 67,2 % da variabilidade das 5 variáveis iniciais.

Quanto ao Alpha de Cronbach apresenta um valor de 0,896, o que significa que a consistência entre os itens é excelente.

Componentes Principais	Variáveis	Pesos estandardizados (loadings)
Confiança na Farmácia	A farmácia que utilizo importa-se mais em me informar/aconselhar sobre as soluções/tratamentos/medicamentos que preciso do que em ganhar dinheiro	,825
% de Variância Explicada: 67,2	Não sinto a necessidade de verificar tudo o que a farmácia que utilizo faz	,768
Alpha de Cronbach: 0,869	Se a farmácia que utilizo cometer um erro grave, penso que esta não tentará encobri-lo.	,755
KMO: 0,857	Se tenho alguma questão (relativa à prescrição efetuada), a farmácia que utilizo irá dar-me uma resposta clara.	,858
Sig. Teste de Bartlett:0,000	Confio totalmente na farmácia que utilizo.	,884

Tabela 9- Análise das CP, Confiança na Farmácia

Uma ACP aplicada às variáveis do construto “ confiança na farmácia” resultou num índice que explica 72,7 % da variância das variáveis iniciais .

O Alpha de Cronbach apresenta um valor de 0,901,conclui-se assim que é extremamente alta a consistência interna existente entre as variáveis que compões o índice.

Componentes Principais	Variáveis	Pesos estandardizados (loadings)
Confiança no Farmacêutico	O farmacêutico importa-se mais com o que eu realmente preciso do que com o que por vezes é conveniente para ele.	,730
	O farmacêutico é extremamente rigoroso e afável com os meus problemas de saúde.	,865
% de Variância Explicada: 72,7	Confio completamente nas informações do farmacêutico sobre as terapêuticas que são melhores para mim.	,885
Alpha de Cronbach's: 0,901		
KMO: 0,861	O farmacêutico é totalmente honesto e falamos das diferentes opções de terapêuticas que estão disponíveis para o meu caso.	,886
Sig. Teste de Bartlett:0,000	Tenho total confiança no farmacêutico.	,888

Tabela 10- Análise das CP, Confiança no Farmacêutico

Uma ACP aplicada às variáveis do construto “eficácia” resultou num índice que explica 67,2% da variância das variáveis iniciais .

O Alpha de Cronbach apresenta um valor de 0,951,conclui-se assim que é extremamente alta a consistência interna existente entre as variáveis que compões o índice.

Componentes Principais	Variáveis	Pesos estandardizados (loadings)
Eficácia	Eu sou capaz de fazer a medicação sem grandes problemas.	,885
	É fácil para mim fazer a minha medicação	,932
	Sou capaz de fazer de forma correta toda a minha medicação.	,935
% de Variância Explicada: 67,2	Oriento-me bem em fazer a minha medicação.	,935
Alpha de Cronbach's: 0,951		
KMO: 0,908	A forma de fazer a minha medicação não me deixa confuso.	,910
Sig. Teste de Bartlett:0,000	Preocupo-me em fazer a minha medicação corretamente.	,771

Tabela 11- Análise das CP, Eficácia

Quanto ao constructo relativo à expectativa de resultado, extraíram-se duas componentes principais. A primeira componente, designada por “como me relaciono com a medicação”, é constituída pelas variáveis: “Tomar a medicação prescrita fará sentir-me melhor; Se existir um acompanhamento da minha terapia, o desconforto causado pelos possíveis efeitos secundários da medicação será menor; Se perceber como devo tomar os medicamentos corretamente, serei capaz de minimizar os efeitos secundários; Para cumprir os meus objetivos de saúde, devo perceber porque estou a tomar os medicamentos; Se tomar corretamente a minha medicação, irei ter menos efeitos adversos”. E a segunda variável de nome “como faço a medicação” é constituída pelas variáveis: “Para cumprir os meus objetivos de saúde, devo perceber porque estou a tomar os medicamentos; “Se entender as informações relacionadas com a minha medicação, vou ficar menos ansioso(a) com o cumprimento dos meus objetivos de saúde”.

A decisão pela extração de duas CP, em vez de uma, deve-se ao facto de a análise de apenas uma CP apresentar uma % de variância explicada de 56,7% , valor abaixo do que habitualmente é recomendável nas Ciências Sociais (60%). A extração de duas CP incrementou a percentagem de variância total explicada, que passou a ser 69,4%. De notar que a segunda CP desta solução explica apenas 12,7% das variáveis iniciais, e a primeira explica 56,7% perfazendo um total de 69,4%.

Componentes Principais	Variáveis	Pesos estandardizados (loadings)
Expectativa de Resultado – Como Aplicar a medicação	Tomar a medicação prescrita fará sentir-me melhor.	,641
% de Variância Explicada: 56,7	Se existir um acompanhamento da minha terapia, o desconforto causado pelos possíveis efeitos secundários da medicação será menor.	,832
Alpha de Cronbach's: 0,805	Se perceber como devo tomar os medicamentos corretamente, serei capaz de minimizar os efeitos secundários.	,782
	Se tomar corretamente a minha medicação, irei ter menos efeitos adversos.	,726
Componentes Principais	Variáveis	Pesos estandardizados (loadings)
Expectativa de Resultado – Sobre a medicação	Para cumprir os meus objetivos de saúde, devo perceber porque estou a tomar os medicamentos.	,847
% de Variância Explicada: 12,7		
Sig. Teste de Bartlett:0,000	Se entender as informações relacionadas com a minha medicação, vou ficar menos ansioso(a) com o cumprimento dos meus objetivos de saúde.	,855
Total de % Variância Explicada: 69,4		

KMO:0,842		
Sig. Teste de Bartlett:0,000		

Tabela 12- Análise das CP, Expetativa de Resultado

O resultado da ACP ao construto “ Adesão à Medicação” resultou numa solução de um índice que explica 67,2% da variabilidade de três variáveis iniciais. A variável “Se ao fazer a minha medicação me sentir pior, deixo de a fazer” não foi incluída na análise de componentes principal porque apresentou um valor de comunalidade abaixo do recomendável.

O Alpha de Cronbach possui o valor de 0,716 permitindo afirmar que a consistência dos três itens é boa.

Componentes Principais	Variáveis	Pesos estandardizados (loadings)
Adesão à medicação	Já me esqueci de fazer a minha medicação.	,820
% de Variância Explicada: 67,2		
Alpha de Cronbach: 0,716	Por vezes, sou descuidado(a) em tomar os medicamentos.	,869
KMO: 0,662	Quando me sinto melhor, tenho tendência em deixar de fazer a minha medicação.	,768
Sig. Teste de Bartlett:0,000		

Tabela 13- Análise das CP, Adesão à Medicação

4.3. Testes às hipóteses do modelo - Regressões Lineares

Dado que do construto Expetativa de Resultado se obtiveram dois índices, o modelo conceptual será testado de quatro formas alternativas, permitindo no fim a escolha da solução mais interpretável e informativa. Assim, iremos considerar de agora em diante dois modelos:

Modelo A: Será estimado considerando apenas um índice para o construto Expetativa de Resultado;

Modelo B: Será estimado considerando dois índice para o construto Expetativa de Resultado, o índice “como me relaciono com a medicação” e o índice “como faço a medicação”.

Para o modelo C através da análise detalhada do construto “Adesão à Medicação”, chegou-se à conclusão que fazia sentido dividir em dois tipos de Construto: os comportamentos não premeditados que envolvem as questões:” Já me esqueci de fazer a minha medicação” e “Sou descuidado(a) em fazer a minha medicação”; os comportamentos premeditados que envolvem as questões “Quando me sinto melhor, tenho tendência em deixar de fazer a minha medicação” e “ Se ao fazer a minha medicação me sentir pior, deixo de a fazer”. Para este modelo, continuou-se com dois índices para o construto Expetativa de Resultado.

O modelo D é igual ao C contudo, o construto Expetativa de Resultado fica apenas com um índice.

Resultados dos Modelos de regressão Linear para testar o modelo conceptual A:

Modelo A									
Modelo	Hipótese	Variável Dependente	Variável Independente	R ²	B (SE)	TOL	VIF		
1	H1	Confiança na Farmácia	Confiança nos Farmacêuticos	0,478	0,691*(0,038)	1,000	1,000		
2	H2	Confiança no Farmacêutico	Confiança na Farmácia	0,576	0,759*(0,034)	1,000	1,000		
3	H3	Autoeficácia	Confiança no Farmacêutico	0,121	0,347*(0,050)	1,000	1,000		
4	H4	Expetativa de Resultado	Confiança no Farmacêutico	0,278	0,310*(0,048)	0,879	1,137		
	H6		Autoeficácia		0,332*(0,048)			0,879	1,137
5	H5	Adesão à Medicação	Confiança no Farmacêutico	0,240	0,045(0,052)	0,788	1,270		
	H7		Expetativa de Resultado		0,090(0,054)			0,722	1,384
	H8		Autoeficácia		0,424*(0,053)			0,775	1,290

Tabela 14- Quadro das Hipóteses, Modelo A * $\rho < 0,01$

Confiança na Farmácia = 0,691 Confiança nos Farmacêuticos (18)

Confiança no Farmacêutico = 0,759 Confiança na Farmácia (19)

Autoeficácia = 0,347 Confiança no Farmacêutico (20)

Expetativa de Resultado = 0,310 Confiança no Farmacêutico +
0,332 Autoeficácia (21)

Adesão à Medicação = 0,424 Autoeficácia (22)

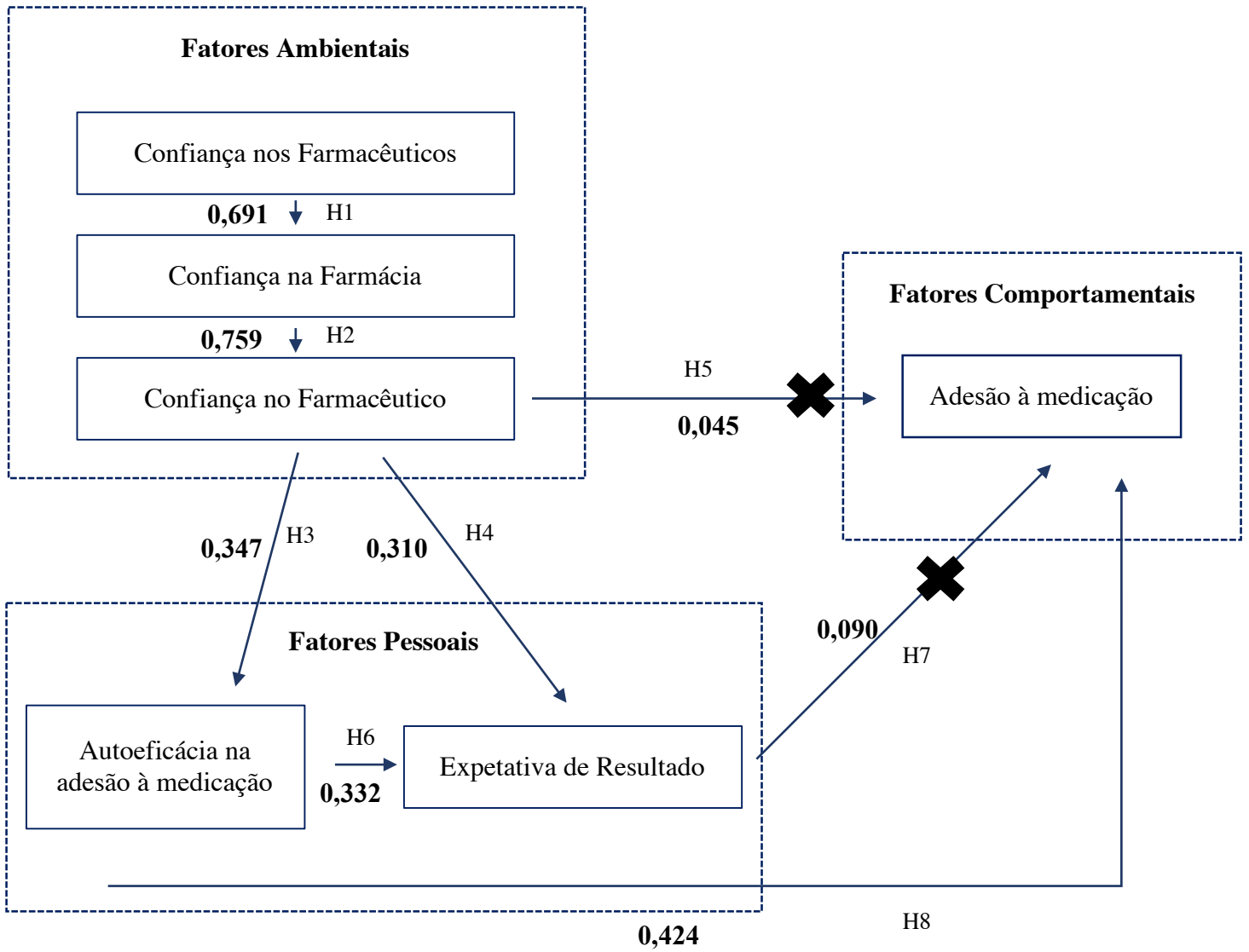


Figura 4 - Quadro de Hipóteses, Modelo Conceptual A

Resultado dos Modelos de regressão Linear para testar o modelo conceptual B:

Modelo B							
Modelo	Hipótese	Variável Dependente	Variável Independente	R ²	B (SE)	TOL	VIF
4.1	H4.1	Expetativa de Resultado-CRCM	Confiança no Farmacêutico	0,247	0,317*(0,049)	0,879	1,137
	H6.1		Autoeficácia		0,289*(0,049)		
4.2	H4.2	Expetativa de Resultado-CFM	Confiança no Farmacêutico	0,192	0,215*(0,051)	0,879	1,137
	H6.2		Autoeficácia		0,314*(0,051)		
5	H5	Adesão à Medicação	Confiança no Farmacêutico	0,240	0,044(0,052)	0,784	1,276
	H7.1		CRCM		0,029(0,059)		
	H7.2		CFM		0,071(0,061)	0,578	1,729
	H8		Autoeficácia		0,424*(0,053)		

Tabela 15- Quadro das Hipóteses, Modelo B * $\rho < 0,01$

Nota: Os Modelos de Regressão Linear M1, M2 e M3 são comuns aos dois modelos conceptuais A e B.

$$\text{CRCM} = 0,289 \text{ Autoeficácia} + 0,317 \text{ Confiança no Farmacêutico} \quad (23)$$

$$\text{CFM} = 0,314 \text{ Autoeficácia} + 0,215 \text{ Confiança no Farmacêutico} \quad (24)$$

$$\text{Adesão à Medicação} = 0,424 \text{ Autoeficácia} \quad (25)$$

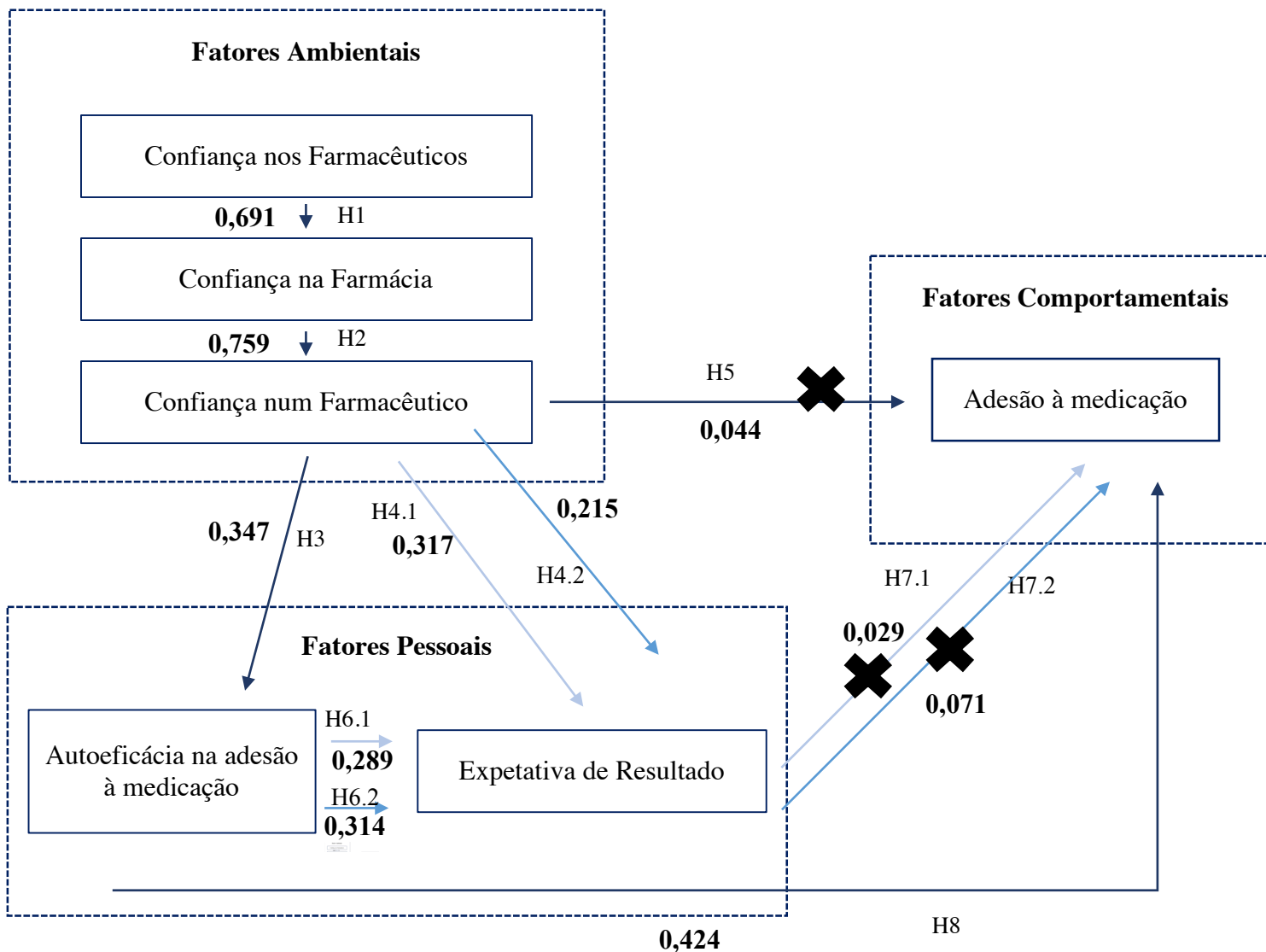


Figura 5 - Quadro de Hipóteses, Modelo Conceptual B

Resultado dos Modelos de Regressão Linear para testar o modelo conceptual C:

Modelo C									
Modelo	Hipótese	Variável Dependente	Variável Independente	R ²	B (SE)	TOL	VIF		
5.1	H5.1	Comportamento não premeditado	Confiança no Farmacêutico	0,226	0,025(0,053)	0,784	1,610		
	H7.1.1		CRCM		0,039(0,061)			0,578	1,729
	H7.2.1		CFM		0,026(0,059)			0,621	1,610
	H8.2		Autoeficácia		0,437*(0,053)			0,772	1,295
5.2	H5.2	Comportamento premeditado	Confiança no Farmacêutico	0,151	0,085(0,055)	0,784	1,276		
	H7.1		CRCM		0,193*(0,064)			0,578	1,729
	H7.2		CFM		-0,054(0,062)			0,621	1,610
	H8.1		Autoeficácia		0,250*(0,056)			0,772	1,295

Tabela 16- Quadro das Hipóteses, Modelo C * $\rho < 0,01$

Nota: Os modelos 1,2,3 são iguais ao modelo conceptual A; os modelos 4.1 e 4.2 são iguais ao modelo conceptual B.

Comportamento não Premeditado = 0,437 Autoeficácia (26)

Comportamento Premeditado = 0,250 Autoeficácia + 0,193 CRMC (27)

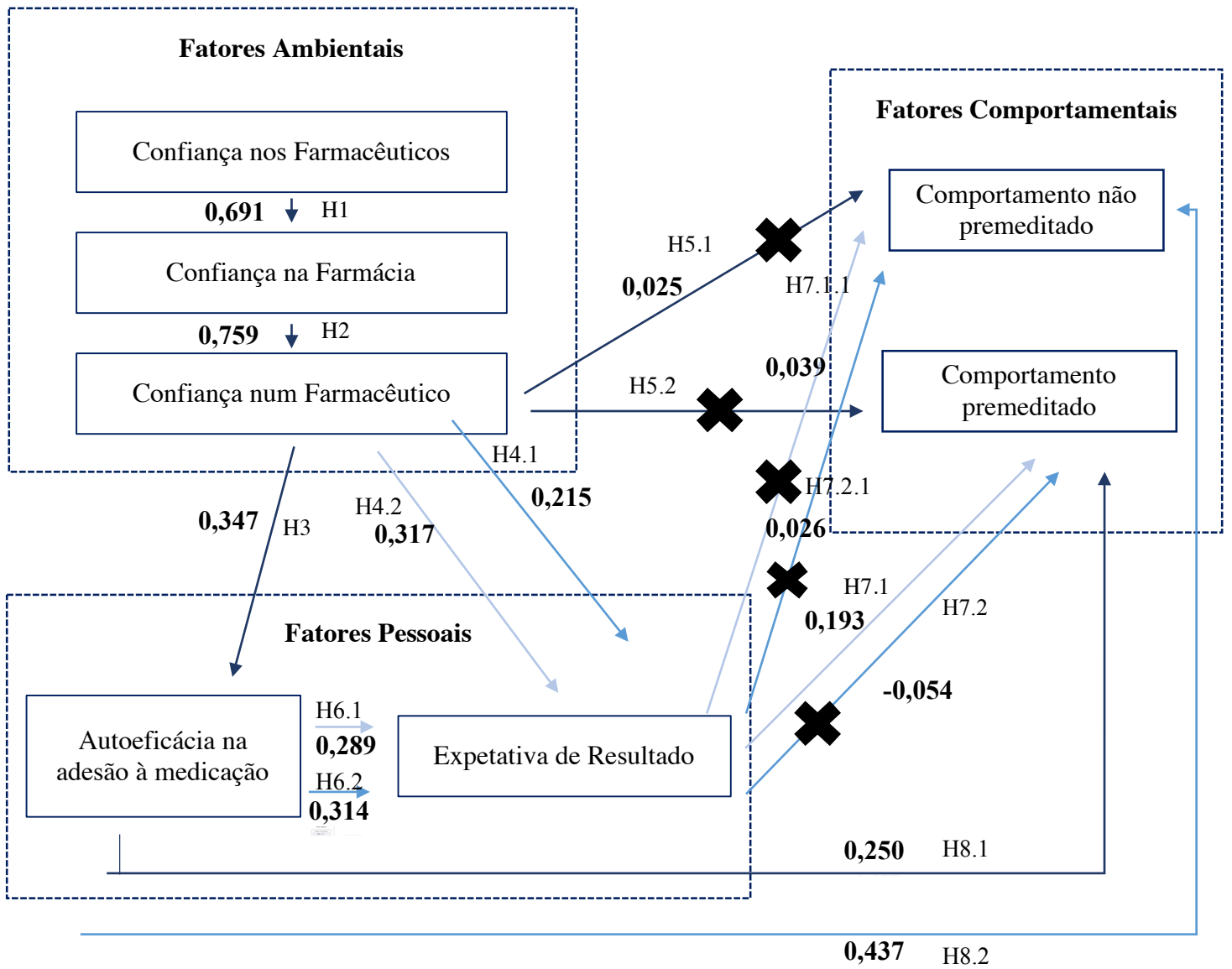


Figura 6- Quadro de Hipóteses, Modelo Conceptual C

Resultado dos Modelos de Regressão Linear para testar o modelo conceptual D:

Modelo D							
Modelo	Hipotese	Variável Dependente	Variável Independente	R ²	B (SE)	TOL	VIF
5.1	H5.1	Comportamento não premeditado	Confiança no Farmacêutico	0,226	0,025(0,053)	0,788	1,270
	H7.1		Expetativa de Resultado		0,058(0,061)	0,722	1,384
	H8.2		Autoeficácia		0,437*(0,053)	0,775	1,290
5.2	H5.2	Comportamento premeditado	Confiança no Farmacêutico	0,142	0,092(0,055)	0,788	1,270
	H7.2		Expetativa de Resultado		0,136**(0,058)	0,722	1,384
	H8.1		Autoeficácia		0,244*(0,056)	0,775	1,290

Comportamento não Premeditado = 0,437 Autoeficácia(28)

Comportamento Premeditado = 0,244 Autoeficácia + 0,136 Expetativa de Resultado(29)

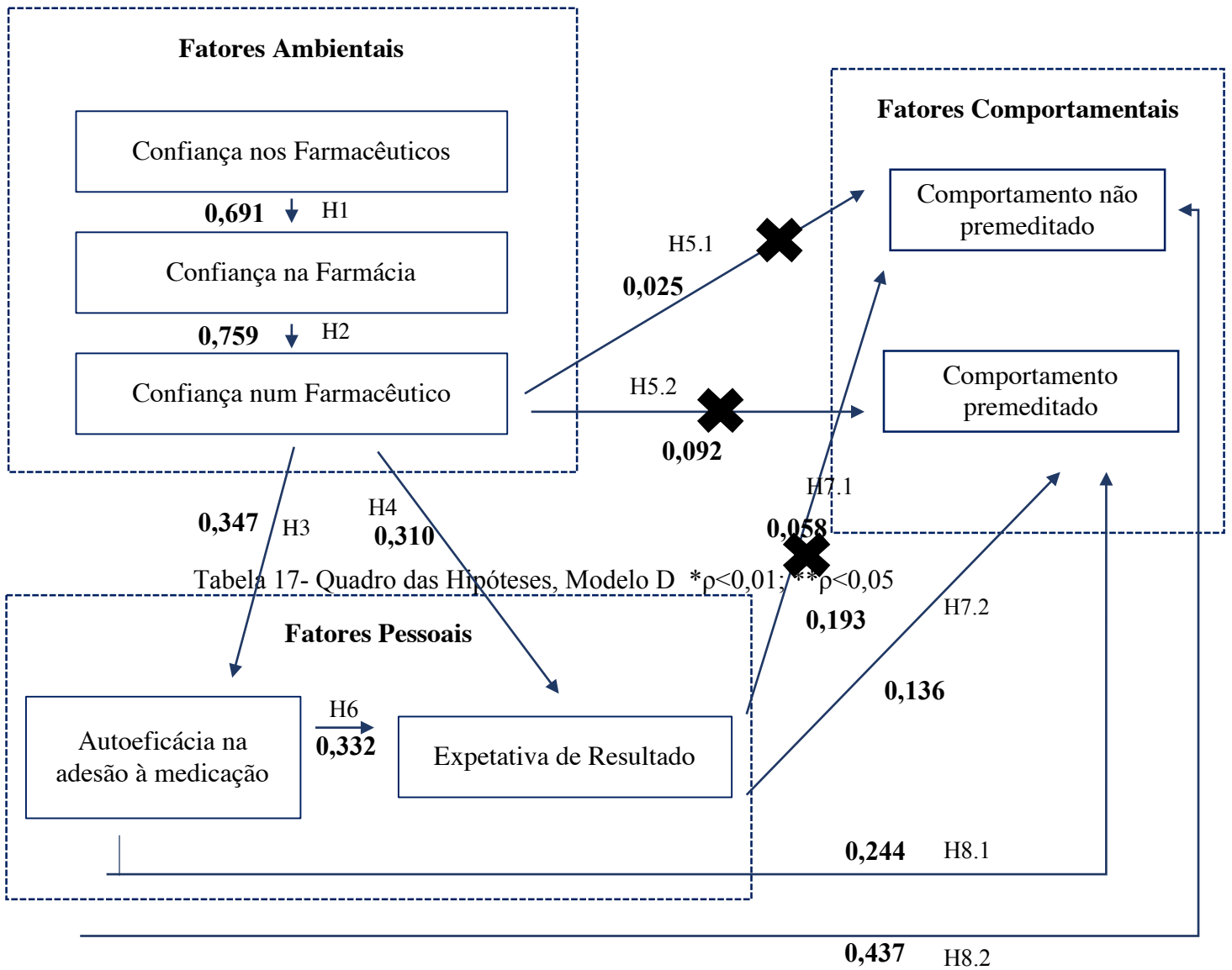


Figura 7-Quadro de Hipóteses, Modelo Conceptual D

Nota: Os modelos 1,2,3 e 4 são iguais ao modelo conceptual A

A análise dos diagramas resultados permite resumir da seguinte forma:

Relativamente aos resultados do modelo A, cujo resumo se apresenta na tabela 14, poderá afirmar-se que os modelos de Regressão Linear são válidos dado que $H_0: R^2=0$ é rejeitado em cada um dos modelos.

Todas as hipóteses se verificam com a exceção de H5 e H7 o que significa que a Adesão à Medicação só é influenciada pela Autoeficácia (com um coeficiente estimado de 0,424). A Autoeficácia e a Confiança no Farmacêutico influenciam a Expetativa de Resultado, com um coeficiente de 0,332, e um coeficiente de 0,310 respetivamente. A autoeficácia é influenciada pela Confiança no Farmacêutico. É de notar também os efeitos fortes existentes entre os construtos dos fatores ambientais.

Relativamente aos resultados do modelo de RL do modelo B (tabela 15), pode-se afirmar o seguinte:

Embora os dois índices de Expetativa de Resultado tenham levado à estimação de modelos de RL diferentes dos estimados no modelo A, o resultado final é o mesmo. Ou seja, a Adesão à Medicação apenas é influenciada pela Autoeficácia.

Tanto CRCM como CFM são influenciadas pela Autoeficácia como pela confiança no Farmacêutico

Todas as hipóteses se verificam com a exceção de H5, H7.1 e H7.2. Assim sendo, a Adesão à Medicação continua apenas a ser influenciada pela Autoeficácia com um coeficiente estimado de 0,424. As duas CP da Expetativa de Resultado, são influenciadas tanto pela Confiança no Farmacêutico como pela a Autoeficácia.

Relativamente aos resultados do modelo de RL do modelo C (tabela 16), pode-se afirmar o seguinte:

Devido à necessidade de se dividir a Adesão à Medicação em dois tipos de comportamento (o premeditado e o não premeditado), chegou-se à conclusão que apenas os Comportamentos Premeditados são influenciados pela Autoeficácia e por uma parte

da Expetativa de Resultado que foi definida como CRCM. Ou seja, todas as hipóteses se verificam à exceção de H5.1; H5.2; H7.2.1; H7.2.

Relativamente aos resultados do modelo de RL do modelo D (tabela 17), pode-se afirmar o seguinte:

Devido à necessidade de se dividir a Adesão à Medicação em dois tipos de comportamento (o premeditado e o não premeditado), chegou-se à conclusão que apenas os Comportamentos Premeditados são influenciados pela Autoeficácia e pela Expetativa de Resultado . Assim sendo, se tivermos apenas uma CP a representar a ER, esta na sua totalidade contribui para a explicação de comportamentos premeditados. Ou seja, todas as hipóteses se verificam à exceção de H5.1;H5.2 e H7.1.

4.3.1. Modelo escolhido

O modelo que escolhemos para representar esta tese é o modelo conceptual D.

Apesar de na análise de componentes principais se concluir que a percentagem de variância explicada devesse ser superior a 60%, concluiu-se que não é o mais relevante para esta análise. Assim, contamos apenas com uma CP na expetativa de resultado.

Contudo, através de uma análise exaustiva, concluiu-se também que a adesão à medicação poderia dividir-se em dois tipos de comportamentos: os premeditados e os não premeditados.

Assim, foi possível perceber através da análise estatística que os comportamentos premeditados eram influenciados pela a autoeficácia e pela expetativa de resultado. Ou seja, quando um paciente pensa se toma ou não a medicação, a sua autoeficácia na tomada da mesma e o que espera fazer, influenciam-no.

É de salientar que existe uma relação de dependência entre os diferentes níveis de confiança (a confiança no farmacêutico influencia a confiança na farmácia e esta por sua vez influencia a confiança nos farmacêuticos), como vimos no capítulo de microfundation movement, existe uma relação entre os níveis micro, meso e macro que se comprova neste modelo estudado.

Concluiu-se assim com base no modelo da TSC que os fatores pessoais influenciam os fatores comportamentais. Não foi possível demonstrar a importância dos fatores ambientais no comportamento do paciente, talvez pela homogeneidade da população escolhida. Contudo, também é possível validar com a teoria de Bandura que os fatores ambientais (confiança neste caso no farmacêutico, na farmácia e nos farmacêuticos) têm influência nos fatores pessoais (autoeficácia e expectativa de resultado) e a expectativa de resultado influencia a autoeficácia do paciente.

V. Conclusões

A realização desta dissertação teve como principal objetivo testar a teoria defendida por Bandura, a Teoria Social Cognitiva no setor farmacêutico, considerando com o representativo da variável ambiente os três construtos de confiança (macro, meso e micro). Tanto quanto é do nosso conhecimento pela, análise de diversos documentos referentes a este tema, somos levados a concluir que esta abordagem no âmbito do estudo de farmácias não tinha sido ainda desenvolvido.

Assim sendo, com o avançar da investigação abordaram-se várias possibilidades, sendo que a que pareceu mais interessante e útil para este mercado foi perceber até que ponto é que a confiança no setor farmacêutico (nos farmacêuticos, na farmácia e no farmacêutico) influenciariam a autoeficácia da pessoa, a sua expectativa de resultado em desempenhar o comportamento da adesão à medicação.

Pretendeu-se avaliar até que ponto é que existe confiança que faz com que um dado paciente se desloque a determinadas instalações exclusivamente pela relação que tem com um grupo de farmacêuticos, pela farmácia ou por uma relação específica com um farmacêutico.

Concluiu-se, igualmente, que a maioria dos inquiridos se desloca às farmácias devido à proximidade que estas têm de suas casas ou trabalhos.

Foi assim possível concluir que apesar de um farmacêutico ter impacto na autoeficácia e na expectativa de resultado, a confiança depositada neste não influencia o comportamento da tomada da medicação.

Ou seja, a confiança no farmacêutico influencia a capacidade de acreditar que se consegue executar determinadas ações de maneira a atingir certos objetivos. Por exemplo, os farmacêuticos fazem com que o paciente acredite que consegue estabelecer mecanismos que o façam tomar a medicação contudo, a confiança não é suficientemente forte para o influenciarem a tomar efetivamente o medicamento.

O farmacêutico influencia também a percepção das consequências esperadas do próprio comportamento mas mais uma vez a confiança não é suficientemente forte para o influenciarem na ação de adesão à medicação.

Concluiu-se também que a capacidade de acreditar que se consegue tomar a medicação influencia os pacientes a terem noção das consequências da tomada da medicação. Por último através do modelo testado foi possível mostrar que o facto de um paciente acreditar que consegue tomar a medicação e ter presente as consequências desse ato influencia os comportamentos premeditados. Contudo, apenas o facto de acreditar que se consegue tomar a medicação influencia tanto os comportamentos premeditados como os não premeditados.

Assim sendo, é possível concluir que os farmacêuticos ainda têm um caminho a percorrer até influenciarem por completo os comportamentos dos pacientes. Sendo que o próprio paciente tem que tomar uma maior consciência das consequências que a não tomada da medicação ou, a tomada incorreta da medicação, poderão ter no Sector da Saúde.

Todos os trabalhos apresentam limitações, e esta dissertação também as teve. Foi necessário construir um questionário e lança-lo num curto espaço de tempo. Este deveria ter sido elaborado em primeira instancia e ter sido posto em campo durante um espaço de tempo mais alargado.

Devido à limitação anterior, existiu uma grande percentagem de questionário realizados nas redes sociais, o que devido à idade da autora fez com que o leque de idades não fosse muito alargado, o que poderá também ter alguma influencia nos resultados. Além disso, ainda relacionando com a primeira limitação, este inquérito foi posto em prática em apenas duas farmácias. Assim sendo, as respostas poderão ter sido influenciadas pela não diversificação da população. Igualmente, se bem que o estudo se destinava a inquirir doentes com patologias crónicas ou que estão presentes ao longo de bastante tempo, uma parte elevada dos respondente não se reconhece nesta realidade o que poderá limitar as conclusões atrás referidas.

VI. Referências

Ackermann, E. Williams, I. Freeman, C. 2010. ***Pharmacists in general practicea proposed role in the multidisciplinary team***. Australlian Familly Physician , 39: 1.

Adesão à Terapêutica em Portugal, Publicação da Associação portuguesa de Industria farmacêutica, <http://www.apifarma.pt/publicacoes/newsletters/ADN/Documents/DNA4.pdf>, 20.6.2017.

Bandura, A. 1989. ***Human Agency in social cognitive theory*** . American Psychologist, 44: 1175-1184.

Bandura, A. 1998. ***Health promotion from the perspective of social cognitive theory***. Psychology & Health , 13: 623-649.

Bandura, A. 2001. ***Social cognitive theory: An agentic perspective***. Annual Rev. Psychology, 52: 1-26.

Carter, S. Moles, R. White, L. Chen, T. 2012. ***Patients' willingness to use a pharmacist-provided medication of outcome expectancies and communication efficacy management service: The influence***. Research in Social and Administrative Pharmacy, 8: 487-498.

Castilho, C. Woodson, B. Morse, E. Sacks, T. Palmer, M. Peek, M. 2016. ***Examining the relationship between interpersonal and institutional trust in political and health care contexts*** . Springer International Publishing Switzerland, 6: 99-115.

Delamater, A. 2006. ***Improving patient adherence***. Clinical Diabetes, 24: 71-77.

Dugan, E. Trachtenber, F. Hall, M. 2005. ***Development of abbreviated measures to assess patient trust in a physician, a health insurer, and the medical profession*** . Health Services Research, 5: 1.

Felin, T. Foss, N. Ployhart, R. 2015. *The microfoundations movement in strategy and organization theory* . The Academy of Management Annals, 9 575-632.

Gavilan, D. Avello, M. Abril, C. 2014. *Shopper marketing: A new challenge for Spanish community pharmacies*. Research in Social and Administrative Pharmacy, 10: 125-e136.

Gliem, J. Gliem, R. 2003. Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/Gliem%20%26%20Gliem.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, 3.9.2017.

Gregório, J. Lapão, L. 2012. *Uso de cenários estratégicos para planeamento de recursos humanos em saúde: o caso dos farmacêuticos comunitários em Portugal 2010-2020*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30: 2.

Hall, M. Camacho, F. Dugan, E. Balkrishnan, R. 2002. *Trust in medical profession: Conceptual and measurement issues*. Health Services Research, 37: 1419-1439.

Hall, M. Dugan, E. Zheng, B. Mishra, A. 2001. *Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter?* . The Milbank Quarterly, 79: 613-639.

Hsu, M. Ju, T. Yen, C. Chang, C. 2007. *Knowledge sharing behavior in virtual communities: The relationship between trust, self-efficacy, and outcome expectations*. International Journal of Human-Computer Studies, 65: 153-169.

Instituto Nacional de estatística, Estatísticas da Saúde, https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=257779974&PUBLICACOESmodo=2, 05.09.2017.

Jones, D. Carson, K. Bleich, S. Cooper, L. 2012. *Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure*. Patient Education and Counseling, 89: 57-62.

Kapiriri, L. Norheim, O. Martin, D. 2007. *Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda*. Health Policy, 82: 78-94.

Kobau, R. DiIorio, C. 2003. *Epilepsy self-management: a comparison of self-efficacy and outcome expectancy for medication adherence and lifestyle behaviors among people with epilepsy*. Epilepsy & Behavior, 4: 217-225.

Lee, Y. Lin, J. 2009. *The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes*. Social Science & Medicine, 68: 1060-1068.

Lin, H. Hsu, M. 2015. *Using social cognitive theory to investigate green consumer behavior*. Business Strategy and the Environment, 24: 326-343.

Mayer, R. Davis, J. 1995. *An integrative model of organizational trust*. Academy of Management, 20: 709-734.

McKesson, Top Five Health System Pharmacy Trends to Watch in 2017, <http://www.mckesson.com/blog/top-five-health-system-pharmacy-trends-to-watch-in-2017/> 04.09.2017.

Medication Adherence and Clinical Performance for Independent Pharmacies, <http://www.mckesson.com/pharmacies/medication-adherence-and-clinical-performance/independent-pharmacies/>, 04.09.2017.

Michael, P. Bryson, C. Rumsfeld, J. 2009. *Medication adherence its importance in cardiovascular outcomes*. Circulation, 119: 3028-3035.

Moorman, C. Matulich, E. 1993. *A model of consumers' preventive health behaviors: The role of health motivation and health ability*. Journal of Consumer Research, 20: 208-228.

Ngorsuraches, S. Lerkiatbundit, S. Li, S. Treesak, C. Sirithorn, R. Korwiwattanakarn, M. 2007. *Development and validation of the patient trust in community pharmacists (TRUST-Ph) scale: Results from a study conducted in Thailand*. Research in Social and Administrative Pharmacy , 4: 272-283.

Ordem dos Farmaceuticos, A Farmácia Comunitária, <http://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>, 4.9.2017.

Pajares, F. 2002. *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html> .

PWC, Pharma 2020: From vision to decision, <https://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/pharma2020/assets/pwc-pharma-success-strategies.pdf> 04.09.2017.

Stefano Pessina, Os Serviços são a chave do sucesso da farmácia, EPF Newsletter, <http://www.europeanpharmacistsforum.com/documents/10429/f0011d66-c539-4cc6-81b1-924c9b38418b> 05.09.2017.

Teste Saúde, Utentes satisfeitos sugerem melhorias, <http://deco.pt>, 19.06.2017.

Storbacka, K. Brodie, R. Böhmman, T. Maglio, P. Nenonem, S. 2016. *Actor engagement as a microfoundation for value co-creation*. Journal of Business Research, xxx xxx.

White, L. Dagger, T. 2014. *A socio-cognitive approach to customer adherence in health care*. European Journal of Marketing, 48:3/4: 496-521.

Worley-Louis, M. Schommer, J. Finnegan, J. 2003. *Construct identification and measure development for investigating pharmacist-patient relationships*. Patient Education and Counseling, 51: 229-238.

Young, H. Lipowski, E. Cline, R. 2005. *Using social cognitive theory to explain consumers' behavioral intentions in response to direct-to-consumer prescription drug advertising*. Research in Social and Administrative Pharmacy, 1: 270-288.

Zhang, X. Jin, J. Ngorsuraches, S. Li, S. 2009. *Development and validation of a scale to measure patients' trust in pharmacists in Singapore*. Journal Patient Preference and Adherence, 3: 42917.

Zheng, B. Hall, M. Dungan, E. Kidd, K. Levine, D. 2002. *Development of a Scale to Measure Patients' Trust in Health Insurers*. Health Services Research, 37: 185-200.

VII. Apêndice

Inquérito:

O relacionamento entre a confiança e a adesão à medicação numa relação duradoura paciente-farmacêutico: o efeito mediador da autoeficácia e das expectativas.

Frequentando uma ou mais farmácias, existe uma que tem uma relação mais duradoura/de longo prazo. Pretende-se estudar as suas respostas enquanto utente dessa farmácia.

Este estudo tem como objetivo analisar a relação entre a adesão à medicação e a confiança - em três elementos:

1. No farmacêutico com que habitualmente se relaciona;
2. Nos farmacêuticos, enquanto profissão que seguem determinadas regras e normas;
3. Na farmácia que regularmente utiliza.

O estudo é realizado no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Gestão do ISCTE-IUL. Todas as respostas são anónimas e confidenciais. O tempo previsto para responder ao questionário é de aproximadamente 10 minutos. Agradecemos desde já a sua colaboração! Caso tenha alguma dúvida, envie um e-mail para jmata@iscte-iul.pt Jéssica Maria Teixeira

Q1. Toma medicamentos prescritos pelo médico?

- Sim, tomo medicamentos apenas prescritos pelos médicos. (Caso selecione esta opção continue na pergunta Q3)
- Sim, mas também tomo medicamentos sem serem prescritos pelos médicos.
- Não.

Q2. Quem o informou e/ou sugeriu sobre a medicação a tomar?

- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Automedicação
- Amigos/ Família

Q3. Possui algum tipo de Doença Crónica? "(...)Doenças crónicas: por critério médico, obrigam a consultas, exames, medicação e/ou tratamentos frequentes ..."

- Sim
- Não, mas tenho/tive doenças/perturbações de saúde prolongadas.
- Não

Q4. Indique o seu grau de concordância com as seguintes frases, marcando o valor da resposta pretendida. Cada resposta pode oscilar entre “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente”.

Por vezes sentimos maior empatia com determinados profissionais de saúde. Tendo em conta o farmacêutico com quem tem uma relação mais duradoura/próxima, como percebe essa relação de confiança?

<u>Refira-se somente ao “seu farmacêutico”</u>	1-Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	7-Concordo Totalmente
O farmacêutico importa-se mais com o que eu realmente preciso do que com o que por vezes é conveniente para ele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O farmacêutico é extremamente rigoroso e afável com os meus problemas de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confio completamente nas informações do farmacêutico sobre as terapêuticas que são melhores para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O farmacêutico é totalmente honesto e falamos das diferentes opções de terapêuticas que estão disponíveis para o meu caso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho total confiança no farmacêutico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q5. Indique o seu grau de concordância com as seguintes frases, marcando o valor da resposta pretendida. Cada resposta pode oscilar entre “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente”.

Exprima qual é a percepção de confiança que tem com os farmacêuticos em geral - enquanto profissionais que desenvolvem a prática de atos farmacológicos que obedecem a normas e protocolos técnico e científicos.

<u>Refira-se aos farmacêuticos genericamente enquanto “grupo profissional”</u>	1-Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	7-Concordo Totalmente
Os farmacêuticos importam-se mais com as necessidades dos pacientes ao invés do que por vezes é mais conveniente para eles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os farmacêuticos são extremamente rigorosos e afáveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confio plenamente nas sugestões/informações dos farmacêuticos sobre quais são as melhores terapêuticas para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um farmacêutico nunca me enganaria sobre nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confio plenamente nos farmacêuticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q6. Indique o seu grau de concordância com as seguintes frases, marcando o valor da resposta pretendida. Cada resposta pode oscilar entre “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente”.

A farmácia é o local que contém equipamentos e técnicos que permitem desenvolver processos de relacionamento conducentes a disponibilizar as terapêuticas mais adequadas a cada paciente. Através da

sua prática no relacionamento com uma **determinada** farmácia (estabelecimento comercial - loja), reporte a confiança que tem nesta organização (onde é possível em diálogo com o farmacêutico abordar ao longo do tempo melhorias no seu bem estar, bem como o contributos dos vários profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, através das prescrições por estes definidas).

Refira-se à farmácia enquanto “organização comercial com venda ao público”	1-Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	7-Concordo Totalmente
A farmácia que utilizo importa-se mais em me informar/aconselhar sobre as soluções/tratamentos/medicamentos que preciso do que em ganhar dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não sinto a necessidade de verificar tudo o que a farmácia que utilizo faz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se a farmácia que utilizo cometer um erro grave, penso que esta não tentará encobri-lo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se tenho alguma questão (relativa à prescrição efetuada), a farmácia que utilizo irá dar-me uma resposta clara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confio totalmente na farmácia que utilizo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q7. Indique o seu grau de concordância com as seguintes frases, marcando o valor da resposta pretendida. Cada resposta pode oscilar entre “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente”.

Como é que se define no que toca à gestão da sua medicação? (fazer a medicação, é fazer um tratamento que inclui medicamentos)

	1-Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	7-Concordo Totalmente
Eu sou capaz de fazer a medicação sem grandes problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É fácil para mim fazer a minha medicação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de fazer de forma correta toda a minha medicação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oriento-me bem em fazer a minha medicação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A forma de fazer a minha medicação não me deixa confuso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupo-me em fazer a minha medicação corretamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q8. Indique o seu grau de concordância com as seguintes frases, marcando o valor da resposta pretendida. Cada resposta pode oscilar entre “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente”.

Como se autoavalia perante os efeitos que os medicamentos poderão ter na sua qualidade de vida?

	1-Discordo Totalmente	2	3	4	5	6	7-Concordo Totalmente
Tomar a medicação prescrita fará sentir-me melhor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se existir um acompanhamento da minha terapia, o desconforto causado pelos possíveis efeitos secundários da medicação será menor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se perceber como devo tomar os medicamentos corretamente, serei capaz de minimizar os efeitos secundários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para cumprir os meus objetivos de saúde, devo perceber porque estou a tomar os medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se entender as informações relacionadas com a minha medicação, vou ficar menos ansioso(a) com o cumprimento dos meus objetivos de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se tomar corretamente a minha medicação, irei ter menos efeitos adversos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q9. Indique o seu grau de concordância com as seguintes frases, marcando o valor da resposta pretendida. Cada resposta pode oscilar entre “Sempre” e “Nunca”.

Nem sempre temos o comportamento mais adequado perante a medicação que nos é exigida/proposta. Como avalia o seu desempenho?

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
Já me esqueci de fazer a minha medicação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou descuidado(a) em fazer a minha medicação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando me sinto melhor, tenho tendência em deixar de fazer a minha medicação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ao fazer a minha medicação me sentir pior, deixo de a fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q10. Idade _____

Q11. Género

- Feminino
- Masculino
-

Q12. Local de residência: Código-Postal _____

Q13. Grau de instrução

- Sem formação de educação
- Formação básica
- Formação secundária
- Formação superior
-

Q14 Quantas farmácias frequenta normalmente?

- 1
- 2
- 3
- + de 3

Q15 Quais são as razões que o levam a escolher uma farmácia?

- Por um farmacêutico específico
- Pelos Farmacêuticos
- Pela farmácia
- Distância
- Outra