

# **Valores e Preferências nos Cuidados de Saúde em adultos mais velhos**

**Maria Teresa Ribeiro e Silva Gomes da Costa**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Mestrado Integrado)

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Paula Saraiva Amaral

**fevereiro de 2025**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Maria Teresa Ribeiro e Silva Gomes da Costa, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 43295 de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã, 3 /02 /2025

*Maria Teresa Ribeiro e Silva Gomes da Costa*



## **Dedicatória**

*In memoriam* de minha avó Maria Cecília que até ao fim dos seus dias nunca se esqueceu da neta “Teresa que estava a estudar para Medicina”.

A todos os que cá estão e os que já não estão, que, de múltiplas formas, contribuem/contribuíram para o meu crescimento e para a pessoa que sou hoje.



## Agradecimentos

Um agradecimento muito especial aos meus pais, Lurdes e Jorge, pelo apoio incansável todos os dias. São eles que caminham sempre ao meu lado e celebram comigo todas as vitórias. São os pilares da minha vida, os que estão sempre preparados para me receber com um abraço ou um ombro amigo. Com eles aprendi que “a vida nunca fica mais fácil, é sempre a piorar, mas há que viver e tirar o melhor partido de todos os momentos”.

À Orientadora, Prof<sup>a</sup>. Doutora Rosa Marina, e Co-orientadora, Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Paula, pela disponibilidade na orientação deste trabalho, pelas sugestões e reflexão proporcionada, apoio e tempo despendido. Um grande “obrigado” por toda a força e incentivo durante o desenvolvimento deste trabalho.

Às amigas e colegas da UBI, Catarina, Bia e Anita, que tornaram a minha estadia pela Covilhã mais descontraída, divertida e feliz. “Um brinde à Covilhã, que brindou a nós”.

Catarina, um agradecimento especial para ti, que caminhaste comigo ao longo destes intensos 6 anos. Uma amizade improvável, que se desenrolou na partilha de várias aventuras, com gargalhadas e lágrimas à mistura. Muitas histórias foram escritas e muitas mais virão, tenho a certeza. Agora que chegámos aqui está na hora de irmos ali dar uma “voadela”. “Conseguimos!”

Aos amigos de Lamego, que apesar de longe, estão sempre perto no meu coração. A ti, Laura, amiga de longa data e de todas as horas.

E ao Pipo, pelo conforto da sua companhia em todos os momentos.



## Resumo

**Introdução:** Tem-se assistido a um aumento exponencial das pessoas com 60 ou mais anos, sobretudo nos países mais desenvolvidos. Com o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, aumento da prevalência das doenças crónicas, é expectável um aumento de situações em que as pessoas terão de tomar decisões relativas aos cuidados de saúde. A tomada de decisão em saúde é influenciada por aspetos pessoais e relacionados com valores e preferências dos indivíduos. Este estudo pretende (1) averiguar os aspetos mais valorizados pelas pessoas mais velhas quando tomam decisões sobre a saúde e (2) analisar se existem diferenças quanto às preferências em saúde em função de variáveis sociodemográficas e clínicas.

**Materiais e métodos:** Participaram no estudo 234 participantes, 153 (65,38%) mulheres e 81 (34,62%) homens, com idades entre os 60 e 98 anos ( $M = 70,68$ ;  $DP = 7,57$ ), que responderam ao Questionário de Valores e Preferências em Saúde (QVP-Saúde), composto por 4 dimensões (Envolvimento médico, Envolvimento familiar, Autonomia na tomada de decisão e Preocupações acerca da dependência), e a um Questionário de recolha de informação sociodemográfica e sobre o estado clínico, sob formato *online* ou presencial.

**Resultados:** Os resultados indicaram que, em termos médios, quando tomam decisões sobre a sua saúde, as pessoas valorizam mais a preocupação quanto à possibilidade de dependência ( $M = 2,07$ ;  $DP = 0,57$ ). Observou-se que o aumento da idade se encontra positivamente associado ao envolvimento da família ( $r = 0,292$ ;  $p < 0,001$ ), ao desejo de manter a autonomia nos processos de decisão ( $r = 0,210$ ;  $p = 0,001$ ), bem como à preocupação acerca da possibilidade de ficar dependente ( $r = 0,184$ ;  $p = 0,005$ ). Quanto às mulheres, estas apresentaram, em média, maior desejo de Autonomia na tomada de decisão ( $M = 7,17$ ;  $DP = 2,41$ ) e maior preocupação com a Dependência ( $M = 15,03$ ;  $DP = 3,75$ ) do que os homens. Quanto à presença de patologias, os participantes com morbilidades apresentaram pontuações mais elevadas no Envolvimento Familiar ( $t(232) = -2,435$ ;  $p = 0,016$ ), na Autonomia ( $t(232) = -3,514$ ;  $p = 0,001$ ) e na Dependência ( $t(232) = -2,246$ ;  $p = 0,026$ ). Quanto à escolaridade, os participantes com níveis de escolaridade mais baixos valorizam um maior Envolvimento médico ( $M = 9,02$ ;  $DP = 1,75$ ) e Envolvimento Familiar ( $M = 6,42$ ;  $DP = 3,62$ ).

**Conclusão:** O estudo revela que o QVP-Saúde pode ser usado com adultos mais velhos para avaliar os valores e preferências dos indivíduos, permitindo, assim, uma medicina centrada na pessoa, com maior sucesso terapêutico e humanização alertando para as diferenças que existem em função das variáveis sociodemográficas e do estado clínico do indivíduo.

## **Palavras-chave**

Adultos mais velhos;Cuidados de saúde;Valores na tomada de decisão;Preferências na tomada de decisão;Questionário de Valores e Preferências em Saúde (QVP-Saúde).



## Abstract

**Introduction:** There has been an exponential increase in people aged 60 and over, especially in the most developed countries. With the increase in average life expectancy and, consequently, the increase in the prevalence of chronic diseases, an increase in situations in which people will have to make decisions regarding health care is expected. Decision-making in health is influenced by personal aspects and those related to individuals' values and preferences. This study aims to (1) investigate the aspects most valued by older people when making health decisions and (2) analyze whether there are differences in health preferences depending on sociodemographic and clinical variables.

**Materials and methods:** A total of 234 participants participated in the study, 153 (65,38%) women and 81 (34,62%) men, aged between 60 and 98 years ( $M = 70,68$ ;  $SD = 7,57$ ), who responded to the Health Values and Preferences Questionnaire (QVP-Health), composed of 4 dimensions (Medical involvement, Family involvement, Autonomy in decision-making and Concerns about dependence), and to a Questionnaire collecting sociodemographic information and information about the clinical status, in an online or in-person format.

**Results:** The results indicated that, on average, when making decisions about their health, people place greater value on concern about the possibility of dependence ( $M = 2,07$ ;  $SD = 0,57$ ). It was observed that increasing age is positively associated with family involvement ( $r = 0,292$ ;  $p < 0,001$ ), the desire to maintain autonomy in decision-making processes ( $r = 0,210$ ;  $p = 0,001$ ), as well as concern about the possibility of becoming dependent ( $r = 0,184$ ;  $p = 0,005$ ). Women, on average, showed a greater desire for autonomy in decision-making ( $M = 7,17$ ;  $SD = 2,41$ ) and greater concern with dependence ( $M = 15,03$ ;  $SD = 3,75$ ) than men. Regarding the presence of pathologies, participants with morbidities presented higher scores in Family Involvement ( $t(232) = -2,435$ ;  $p = 0,016$ ), Autonomy ( $t(232) = -3,514$ ;  $p = 0,001$ ) and Dependence ( $t(232) = -2,246$ ;  $p = 0,026$ ). Regarding education, participants with lower levels of education value more Medical Involvement ( $M = 9,02$ ;  $SD = 1,75$ ) and Family Involvement ( $M = 6,42$ ;  $SD = 3,62$ ).

**Conclusion:** The study reveals that QVP-Health can be used with older adults to assess individuals' values and preferences, thus allowing for person-centered medicine, with greater therapeutic success and humanization, alerting to the differences that exist in function of sociodemographic variables and the individual's clinical status.

## **Keywords**

Health care;Health Values and Preferences Questionnaire (QVP-Health);Older adults;Preferences in decision making;Values in decision making.



# Índice

1 Introdução	1
2 Materiais e métodos	6
3 Resultados	9
4 Discussão	18
5 Conclusão	23
6 Referências	24



## **Lista de Figuras**

Figura 1 – Distribuição das pontuações das dimensões do QVP-Saúde.	11
--	----



## Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (N = 234).	10
Tabela 2 – Correlação entre a Idade e as Dimensões do QVP-Saúde (N = 234).	12
Tabela 3 – Análise comparativa ( <i>Teste-t</i> ) das dimensões do QVP-Saúde de acordo com variáveis sociodemográficas (N = 234).	14
Tabela 4 – Análise comparativa ( <i>ANOVA</i> ) das dimensões do QVP-Saúde de acordo com variáveis sociodemográficas (N = 234).	17



## Lista de Acrónimos

CI	Consentimento Informado
DP	Desvio-padrão
EQ-5D-5L	<i>Five level EuroQol five dimensions questionnaire</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
M	Média
QVP-Health	<i>Health Values and Preferences Questionnaire</i>
QVP-Saúde	Questionário de Valores e Preferências em Saúde
SD	<i>Standard deviation</i>
SF-36	<i>Short Form 36 Health Survey Instrument</i>
SF-6D	<i>Short Form 6 Health Survey Instrument</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>



## Introdução

Globalmente tem-se assistido a um aumento exponencial das pessoas com 60 ou mais anos, sobretudo nos países mais desenvolvidos. A Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization* [WHO]) prevê que pelo ano 2030, 1 em cada 6 pessoas terá 60 ou mais anos, e que até ao ano 2050, a população mundial de pessoas dessa faixa etária poderá duplicar, chegando aos 2.1 bilhões (1). Nos últimos anos tem sido evidente um aumento considerável na taxa de sobrevivência humana e, conseqüentemente, um aumento da população mais velha, isto é, da população com 85 anos ou mais (2). Desta forma, antecipa-se igualmente uma subida substancial no número de indivíduos pertencentes a este grupo etário, podendo atingir cerca de 400 milhões até ao ano 2050 (2,3).

Em Portugal observa-se uma tendência semelhante ao padrão mundial no que diz respeito ao envelhecimento populacional, tendo sido verificado nos últimos anos um aumento marcado da população mais velha (4,5), particularmente evidente no grupo etário de 85 ou mais anos. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal continua num processo de inversão da pirâmide etária: o estreitamento da base, consequência da diminuição dos efetivos populacionais jovens, provocada pela redução da natalidade; e alargamento do topo, com um aumento significativo do número de pessoas mais velhas, resultado do aumento da esperança média de vida (4,5). Em 2022, o grupo etário de 65 ou mais anos era composto por cerca de 2.5 milhões de indivíduos (6).

Com a extensão da esperança média de vida e, conseqüentemente, aumento da prevalência das doenças crónicas, é expectável um aumento do número de anos vividos com incapacidade. Tal conduz a uma subida substancial no número de decisões em relação aos cuidados de saúde que as pessoas mais velhas têm de tomar (7–11). A capacidade de tomada de decisão em saúde define-se como a aptidão para consentir, recusar ou escolher entre diferentes propostas de intervenções terapêuticas. Inclui a tomada de decisão relativamente à realização de exames, intervenções terapêuticas, procedimentos médicos ou de outras áreas da saúde. Esta encontra-se dependente da capacidade de o indivíduo compreender a informação recebida, avaliar as circunstâncias pessoais do seu estado de saúde, comparar e ponderar entre diferentes alternativas e comunicar uma escolha (11,12).

Até ao final da década de 1970, o modelo dominante nos cuidados de saúde era o modelo paternalista, onde era esperado que os utentes desempenhassem um papel passivo no que diz respeito à própria decisão em saúde, sendo o médico a decidir em nome dos mesmos (13). Posteriormente verificou-se uma grande mudança de paradigma na prestação de cuidados, onde a relação paternalista tradicional entre médico-paciente deixou de ser considerada apropriada, surgindo a necessidade de criar um modelo que envolvesse o utente na decisão. O consentimento informado (CI) quebrou assim o preceito de que o médico tem o poder de decidir pelo indivíduo, destacando o princípio da autonomia do paciente, que decide se deseja ou não consentir a intervenção que lhe está a ser proposta (14,15). Assim, atualmente os cuidados de saúde são marcados pelo processo de tomada de decisão partilhada, que combina o conhecimento técnico e científico do médico com as expectativas, preocupações, experiências e valores pessoais e culturais do indivíduo (13,16).

A tomada de decisão em saúde, especialmente na população mais velha, é condicionada por um conjunto de diferentes fatores pessoais e idiossincráticos, sendo alguns exemplos os valores, as crenças, a etnicidade, a educação, a situação económica, o estado de saúde e a utilização dos serviços de saúde, e a situação familiar (10,17). Envolver o utente nas deliberações acerca da sua saúde, significa aceitar divergências nestes fatores e reconhecer que os indivíduos são portadores de valores e preferências próprias e únicas (18,19). Sendo um grupo bastante heterogéneo, sujeito ao contínuo envelhecimento e eventos de vida, torna-se fundamental questionar diretamente os utentes quais os desejos e expectativas para a sua saúde, bem como de que forma estes querem ser tratados e acompanhados no futuro (20,21). Assim, no processo de tomada de decisão, observa-se que as pessoas mais velhas tendem a valorizar as preferências que dizem respeito a si mesmas (singularidade e autonomia), as relacionadas com as características do profissional de saúde (empatia, profissionalismo, capacidade de resposta e confidencialidade) e, por fim, a parceria entre essas duas partes (relação profissional de saúde-doente) (18,20).

De acordo com a literatura revista verifica-se que as pessoas mais velhas querem estar envolvidas nos seus cuidados de saúde (18,20,21). Todavia, o conceito de “envolvimento” para estes vai para além da mera participação ativa na tomada de decisões, isto é, os indivíduos desejam ser envolvidos nas suas decisões de saúde, ser tratados de forma singular e ser vistos como uma pessoa, e não como apenas um problema de saúde. A literatura evidencia que mais relevante que a decisão específica, as pessoas com 70 ou mais anos dão mais valor a aspetos relacionados com a comunicação, nomeadamente a demonstração de interesse por parte dos profissionais de saúde, a transmissão de

informações claras, a manifestação de apoio e confiança (20–22). Nos adultos mais velhos, observa-se uma maior preocupação com os aspetos emocionais, com foco central na relação de cuidado, na abordagem centrada na pessoa e na receção de informação, com simultânea integração dos valores e preferências. O resultado, isto é, a decisão em saúde que advém do processo de envolvimento, deixa de ser o foco principal (20,21).

Os valores e preferências dos indivíduos mais velhos são distintos, mudam com o tempo e o processo de envelhecimento e incluem considerações relacionadas com a qualidade de vida, preservação da autonomia e o envolvimento tanto dos familiares como dos profissionais de saúde (20). Apesar da maioria da população mais velha querer participar ativamente nas várias decisões em saúde (sobre os inúmeros tratamentos disponíveis para uma certa patologia, por exemplo), alguns preferem que o médico tenha um papel “mais tradicional”, pois consideram que ele tem mais conhecimentos e, por esse motivo, deve tomar a decisão mais correta (17,21). Para além do envolvimento do profissional de saúde, na velhice, devido à maior probabilidade de ocorrência de deterioro cognitivo, os adultos mais velhos preferem ou necessitam frequentemente da presença de uma terceira pessoa, para apoio nas decisões em saúde (21). Muitas vezes esta pessoa é um membro da família, como os filhos adultos, os cônjuges, entre outros parentes, particularmente aqueles que têm uma profissão relacionada à área da saúde (20). Ainda que nem todos os doentes queiram assumir o controlo e o rumo dos seus cuidados de saúde, é importante que as suas preocupações, desejos e valores sejam considerados durante todo o processo de tomada de decisão em saúde (23).

Como referido, o envelhecimento da população traz consigo o aumento progressivo da esperança de vida, que não é necessariamente acompanhado pelo aumento do número de anos vividos com saúde (1,2). Por esse motivo, observa-se frequentemente na população mais velha uma valorização progressiva da qualidade de vida, ao invés do prolongamento da esperança média de vida. Consequentemente, observa-se também a priorização do planeamento antecipado de cuidados e do pensamento sobre a morte e o futuro (20). Quando os pacientes atingem o equilíbrio entre qualidade de vida e aumento da esperança média de vida, cabe aos médicos e outros profissionais de saúde ajudar estes indivíduos a atingir os seus objetivos, com o menor prejuízo possível na sua qualidade de vida (20).

Na prática médica atual, o profissional de saúde deve ter em consideração que as crenças, os valores, as expectativas, a cultura e os traços de personalidade do indivíduo são diferentes (24,25). Considerando a idiosincrasia de cada indivíduo, é expectável que os utentes apresentem opiniões, pontos de vista e sentimentos distintos. É responsabilidade

do médico orientar o utente e dar o apoio necessário para a tomada de decisão em saúde, tendo em conta os princípios de cada um, evitando um pensamento puramente racional (24,25). Por isso, o conhecimento prévio dos valores e preferências por parte do médico, permite que este possa ter uma abordagem mais centrada no utente, potenciando uma relação de confiança, bem como uma sensação maior de envolvimento e comprometimento do utente com o tratamento proposto. O processo de tomada de decisão que explora e vai ao encontro dos desejos do paciente melhora a adesão ao tratamento, traduzindo-se em benefícios para a intervenção terapêutica (26).

Foram desenvolvidos vários instrumentos para auxiliar a avaliação da capacidade de decisão em saúde (27,28), que, aplicados pelos profissionais de saúde e investigadores, avaliam a compreensão e a retenção de informações relevantes por parte dos indivíduos, bem como a capacidade de utilizar essa informação para fazer e expressar uma escolha (27). Paralelamente, têm sido desenvolvidos instrumentos de avaliação das preferências e valores quanto aos cuidados de saúde. No entanto, não se encontrou nenhum instrumento padronizado que avalie fatores, emoções e experiências relacionadas com as decisões sobre cuidados de saúde (20,27).

No contexto português, encontram-se três instrumentos de medição em saúde baseados em preferências, sendo eles o *Short Form 6 Health Survey Instrument* (SF-6D) (29), o *Five level EuroQol five dimensions questionnaire* (EQ-5D-5L) (30) e o *Questionário de Valores e Preferências em Saúde* (QVP-Saúde) (31). Contudo, as duas primeiras ferramentas não estão relacionadas diretamente com a tomada de decisão em saúde. O SF-6D mede a perceção do estado de saúde e da qualidade de vida através de seis dimensões: a função física, a limitação no desempenho, a função social, a dor, a saúde mental e a vitalidade (29). Já o EQ-5D-5L incide na avaliação de variáveis como a mobilidade, os cuidados pessoais, as atividades habituais, a dor/o mal-estar e a ansiedade/depressão, mais uma vez focado, como o SF-6D, na perceção de saúde e qualidade do estado de saúde e não nos valores e preferências quanto à tomada de decisão (30). Por outro lado, o QVP-Saúde avalia as preferências referentes ao envolvimento do profissional de saúde, envolvimento da família, autonomia na decisão e valores relacionados com a qualidade de vida e dependência (31).

De acordo com a literatura encontrada, em Portugal não existem dados quanto aos aspetos que as pessoas mais velhas valorizam quando tomam decisões acerca da sua saúde (29,30). Como referido, conhecer os valores e preferências acerca dos cuidados de saúde é importante para melhorar a qualidade dos mesmos, a perceção de confiança que os utentes têm nos profissionais e a adesão ao tratamento (26).

Assim, o presente estudo pretende responder a esta lacuna na literatura científica, tendo como principais objetivos (1) identificar os aspetos mais valorizados pelas pessoas mais velhas quando tomam decisões sobre a saúde e (2) avaliar se existem diferenças quanto às preferências em saúde em função de variáveis sociodemográficas e clínicas, especificamente, a presença de doenças crónicas.

# Materiais e Métodos

## Participantes

Participaram no estudo 234 adultos mais velhos, tendo sido obtido o consentimento informado, livre e esclarecido de cada um. Os critérios de inclusão do estudo foram: idade igual ou superior a 60 anos; e compreensão da língua portuguesa escrita e falada.

## Procedimentos

A recolha decorreu entre abril e novembro de 2024 sob formato *online* e presencial. Foi constituído um formulário eletrónico no *Google Forms* ®, que foi divulgado por e-mail e redes sociais, nomeadamente o *Facebook*, o *Whatsapp* e o *Instagram*. Paralelamente, foram contactados pessoalmente Centros de dia, Universidades Sénior, Grupos de Voluntariado e Associações de Apoio a Idosos, de forma a identificar potenciais participantes para a investigação, que poderiam não ter possibilidade de participar através da resposta ao formulário eletrónico. Da amostra total, 123 participantes responderam em formulário eletrónico, 65 participantes em papel e em 46 participantes a informação foi recolhida em entrevista direta.

Os participantes foram informados que a sua participação era voluntária e confidencial, que não eram alvo de quaisquer riscos ou benefícios e que poderiam interromper a sua participação, sem que isso tivesse quaisquer consequências para si, em qualquer altura da investigação. Também foram esclarecidos que os seus dados seriam usados única e exclusivamente para fins científicos e os seus dados identificativos não seriam apresentados em publicações de divulgação dos resultados da investigação. Ao consentirem a participação, concordavam em responder ao questionário sociodemográfico e ao QVP-Saúde.

Dos 234 adultos mais velhos que participaram no estudo, nenhum foi excluído do estudo, tendo em conta os critérios de inclusão.

A investigação insere-se no projeto aprovado pela Comissão de Ética da UBI, nº CE-UBI-Pj-2020-072.

## **Instrumentos**

### ***Questionário de Valores e Preferências em Saúde (QVP-Saúde)***

O QVP-Saúde (31) foi desenvolvido com base na revisão da literatura e de instrumentos prévios de avaliação de valores e preferências relacionados com a saúde (Amaral, 2023). A última versão desta ferramenta incluiu 19 itens de resposta tipo *likert* com 4 pontos (“0 – nunca”, “1 – às vezes”, “2 – muitas vezes” e “3 – sempre”) e pretende avaliar principalmente as seguintes dimensões: envolvimento médico, isto é, desejo da pessoa de envolver o médico na sua tomada de decisão (composta por 4 perguntas, p. ex. “Item 3: Deixo que o médico decida por mim”); envolvimento familiar, ou seja, desejo do indivíduo de incluir a família no processo de tomada de decisão (composta por 4 perguntas, p. ex. “Item 8: Decido em conjunto com a minha família”); autonomia, que neste contexto se define como o desejo de tomar decisões sozinho/a (composta por 4 perguntas, p. ex. “Item 1: Prefiro tomar decisões sozinho/a”); e, por fim, a dependência, que reflete a preocupação do indivíduo em ficar dependente de alguém (composta por 7 perguntas, p. ex. “Item 17: Procuo não ficar dependente”).

### ***Questionário Sociodemográfico***

As características sociodemográficas dos participantes foram registadas com um Questionário Sociodemográfico, constituído pelas seguintes categorias: género (feminino; masculino; outro), idade, escolaridade (1-4 anos de escolaridade; 5-6 anos de escolaridade; 7-9 anos de escolaridade; 10-12 anos de escolaridade; mais de 12 anos de escolaridade; ensino superior), estado civil (solteiro/a; casado/a; em união de facto; viúvo/a; separado/a; divorciado/a) e profissão (estudante; a trabalhar; desempregado/a; aposentado/a).

Adicionalmente, foram ainda recolhidos dados acerca do estado clínico dos participantes, nomeadamente as doenças crónicas diagnosticadas (nenhuma; cardiovascular; respiratória; digestiva; neurológica; oncológica; reumática; mentais e comportamento; outras).

## **Análise de Dados**

Para a análise de dados, recorreu-se a estatística descritiva para analisar as características da amostra quanto às variáveis clínicas e sociodemográficas. Foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão, sendo as variáveis nominais

representadas através da sua frequência relativa total e absoluta e as variáveis intervalares e a pontuação das dimensões do QVP-Saúde através da média ( $M$ ) e desvio-padrão ( $DP$ ). O Coeficiente de Correlação de Pearson ( $r$ ) permitiu estudar a relação entre a idade e as dimensões do QVP-Saúde. Os testes *t-student* ( $t$ ) para amostras independentes e *ANOVA One-Way* permitiram analisar as diferenças nas pontuações do QVP-Saúde em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas. A análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25, com um nível de significância  $\alpha$  definido a 0,05.

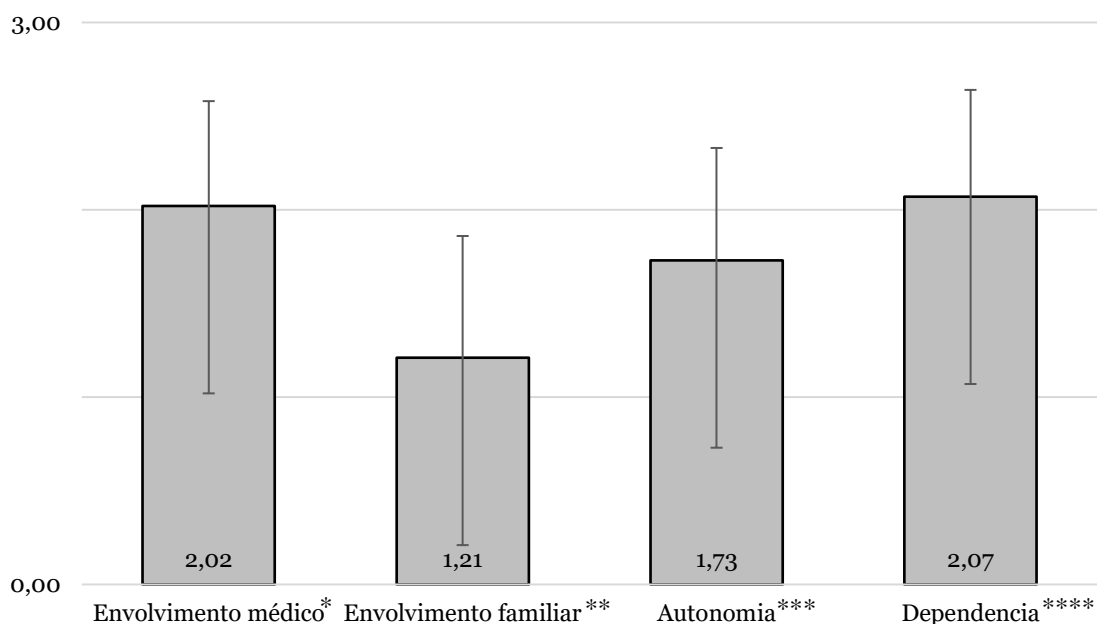
## Resultados

A amostra foi composta por 234 participantes, dos quais 153 (65,38%) eram do género feminino e 81 (34,62%) do género masculino, com uma idade média de 70,68 anos (*DP* 7,57). Relativamente à escolaridade, 45 (19,23%) possuíam entre 1 a 4 anos de ensino, 16 (6,84%) entre 5 a 6 anos, 20 (8,55%) entre 7 a 9 anos, 47 (20,09%) entre 10 a 12 anos, 26 (11,11%) mais de 12 anos, e 80 (34,19%) tinham ensino superior. Quanto ao estado civil, 136 (58,12%) eram casados, 61 (26,07%) viúvos, 15 (6,41%) divorciados, 10 (4,27%) solteiros ou em união de facto, e 2 (0,85%) separados. Relativamente à situação profissional, 185 (79,06%) estavam aposentados, 48 (20,51%) encontravam-se a trabalhar e 1 (0,43%) estava desempregado. No que respeita o tipo de patologias, observou-se que 70 participantes (47,30%) reportaram ter doenças cardiovasculares, 42 participantes (28,38%) doenças reumáticas, 35 participantes (23,65%) doenças respiratórias, 21 participantes (14,19%) doenças digestivas, 19 participantes (12,84%) doenças oncológicas, 12 participantes (8,11%) doenças neurológicas, 7 participantes (4,73%) doenças mentais e comportamentais e 23 participantes (4,73%) outras doenças crónicas.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas da amostra (N = 234).

<b>Variáveis</b>	
<b>Género, n (%)</b>	
<b>Feminino</b>	153 (65,38)
<b>Masculino</b>	81 (34,62)
<b>Idade, média (DP)</b>	70,68 (7,57)
<b>Escolaridade, n (%)</b>	
<b>1-4 anos de escolaridade</b>	45 (19,23)
<b>5-6 anos de escolaridade</b>	16 (6,84)
<b>7-9 anos de escolaridade</b>	20 (8,55)
<b>10-12 anos de escolaridade</b>	47 (20,09)
<b>Mais de 12 anos de escolaridade</b>	26 (11,11)
<b>Ensino superior</b>	80 (34,19)
<b>Estado Civil (casado/a vs. não casado/a), n (%)</b>	
<b>Casado/a</b>	136 (58,12)
<b>Não casado/a</b>	98 (41,88)
<b>Estado Civil, n (%)</b>	
<b>Solteiro/a</b>	10 (4,27)
<b>Casado/a</b>	136 (58,12)
<b>Em união de facto</b>	10 (4,27)
<b>Viúvo/a</b>	61 (26,07)
<b>Separado/a</b>	2 (0,85)
<b>Divorciado/a</b>	15 (6,41)
<b>Profissão, n (%)</b>	
<b>Aposentado</b>	185 (79,06)
<b>A trabalhar</b>	48 (20,51)
<b>Desempregado</b>	1 (0,43)
<b>Tipo de patologias, n (%)</b>	
<b>Cardiovascular</b>	70 (47,30)
<b>Reumática</b>	42 (28,38)
<b>Respiratória</b>	35 (23,65)
<b>Digestiva</b>	21 (14,19)
<b>Oncológica</b>	19 (12,84)
<b>Neurológica</b>	12 (8,11)
<b>Mentais e comportamento</b>	7 (4,73)
<b>Outras</b>	23 (15,54)

A distribuição das pontuações das dimensões do QVP-Saúde encontra-se apresentada na Figura 1, destacando-se a maior pontuação média na dimensão Dependência ( $M = 2,07$ ;  $DP = 0,57$ ) e na dimensão Envolvimento médico ( $M = 2,02$ ;  $DP = 0,56$ ) e menor pontuação média na dimensão Autonomia ( $M = 1,73$ ;  $DP = 0,60$ ) e dimensão Envolvimento Familiar ( $M = 1,21$ ;  $DP = 0,65$ ).



\* desejo da pessoa do envolvimento do médico na sua tomada de decisão

\*\* desejo da pessoa que a família se envolva no processo de tomada de decisão

\*\*\* desejo de autonomia, ou seja, desejo de tomar decisões sozinho/a

\*\*\*\* preocupações em relação a ficar dependente de alguém

**Figura 1** – Distribuição das pontuações das dimensões do QVP-Saúde.

No que respeita à relação entre a idade e valores e preferências em saúde, os resultados relativos à Correlação de Pearson evidenciam que apenas as dimensões Envolvimento Familiar ( $r = 0,292$ ;  $p < 0,001$ ), Autonomia ( $r = 0,210$ ;  $p = 0,001$ ) e Dependência ( $r = 0,184$ ;  $p = 0,005$ ) apresentam correlações positivas e estatisticamente significativas com a idade. Em contraste, o Envolvimento Médico ( $r = 0,066$ ;  $p = 0,312$ ) não apresenta correlação significativa com a idade. Os resultados estão apresentados na Tabela 2.

Isto sugere que o aumento da idade se associa a uma ligeira tendência de maior desejo de envolvimento familiar, preocupações com a autonomia na tomada de decisão e com a possibilidade de ficar dependente, mas não se associa de forma relevante com o desejo de envolvimento do médico.

**Tabela 2** – Correlação entre a Idade e as Dimensões do QVP-Saúde (N = 234).

N=234		Envolvimento médico	Envolvimento família	Autonomia	Dependência
<b>Idade</b>	<b>r</b>	0,066	0,292*	0,210*	0,184*

\* $p < 0,05$ 

Comparando a distribuição das dimensões do QVP-Saúde de acordo com variáveis sociodemográficas, relativamente ao género, os resultados relativos ao *Teste-t* não mostraram diferenças estatisticamente significativas no Envolvimento Médico ( $t(232) = 0,056$ ;  $p = 0,955$ ) nem no Envolvimento Familiar ( $t(232) = 0,061$ ;  $p = 0,954$ ). Por outro lado, registaram-se valores significativamente mais elevados de Autonomia ( $t(232) = 2,327$ ;  $p = 0,021$ ) e Dependência ( $t(232) = 2,798$ ;  $p = 0,006$ ) no género feminino, evidenciando que as mulheres apresentaram, em média, maior desejo de autonomia na tomada de decisão ( $M = 7,17$ ;  $DP = 2,41$ ) e maior preocupação com a dependência ( $M = 15,03$ ;  $DP = 3,75$ ) do que os homens.

Relativamente ao estado civil (casado vs. não casado), não se identificaram diferenças significativas em nenhuma das dimensões do QVP-Saúde ( $p > 0,05$ ), sugerindo que ser ou não casado não influencia, de forma relevante, os valores médios dessas dimensões.

No que respeita à presença de comorbilidades, constataram-se diferenças significativas no Envolvimento Familiar ( $t(232) = -2,435$ ;  $p = 0,016$ ), na Autonomia ( $t(232) = -3,514$ ;  $p = 0,001$ ) e na Dependência ( $t(232) = -2,246$ ;  $p = 0,026$ ). Os participantes com comorbilidades obtiveram pontuações médias superiores no que toca ao envolvimento familiar ( $M = 5,14$ ;  $DP = 2,72$ ), na autonomia ( $M = 7,32$ ;  $DP = 2,34$ ) e na dependência ( $M = 14,95$ ;  $DP = 3,79$ ) quando comparados com aqueles sem quaisquer doenças.

No que respeita os diferentes tipos de patologia, a doença cardiovascular destaca-se por apresentar diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões: Envolvimento Médico ( $t(232) = -2,185$ ;  $p = 0,030$ ), Envolvimento Familiar ( $t(232) = -4,879$ ;  $p < 0,001$ ), Autonomia ( $t(232) = -3,433$ ;  $p = 0,001$ ) e Dependência ( $t(232) = -2,555$ ;  $p = 0,011$ ). Em suma, participantes com patologia cardiovascular apresentam valores médios mais elevados em todos os domínios do QVP-Saúde. Nas doenças respiratórias, observa-se um aumento significativo apenas na Autonomia ( $t(232) = -2,171$ ;  $p = 0,031$ ), sugerindo que pessoas com estas patologias tendem a valorizar mais a independência nas decisões de saúde. Relativamente às doenças digestivas, verificaram-

se diferenças significativas no Envolvimento Médico ( $t(232) = -1,764; p = 0,020$ ) e na Autonomia ( $t(232) = -2,103; p = 0,037$ ), indicando maior participação nas interações com profissionais de saúde e um acréscimo na percepção de controlo sobre o próprio cuidado. Nas doenças reumáticas, verificou-se uma média mais elevada no Envolvimento Médico ( $M = 9,00; DP = 1,94$ ) com  $t(232) = -2,968; p = 0,003$ , porém as restantes dimensões não diferiram significativamente. Em contraste, as doenças neurológicas, oncológicas e em perturbações mentais e do comportamento, não se observaram diferenças estatisticamente significativas em qualquer dimensão do QVP-Saúde ( $p > 0,05$ ). O mesmo se aplica a outras doenças mencionadas pelos participantes, onde os valores médios não diferiram de forma relevante.

A Tabela 3 providencia a comparação da distribuição das dimensões do QVP-Saúde de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas mencionadas anteriormente.

**Tabela 3** – Análise comparativa (*Teste-t*) das dimensões do QVP-Saúde de acordo com variáveis sociodemográficas (N = 234).

	n	Envolvimento médico			Envolvimento família			Autonomia			Dependência		
		Média (DP)	p	t (232)	Média (DP)	p	t (232)	Média (DP)	p	t (232)	Média (DP)	p	t (232)
<b>Gênero</b>													
<b>Feminino</b>	153	8,09 (2,33)	0,955	0,056	4,84 (2,46)	0,954	0,061	7,17 (2,41)	0,021	2,327	15,03 (3,75)	0,006	2,798
<b>Masculino</b>	81	8,07 (2,07)			4,81 (2,87)			6,41 (2,34)			13,53 (4,19)		
<b>Patologias</b>													
<b>Não</b>	86	7,80 (2,31)	0,141	-1,447	4,29 (2,31)	0,016	-2,435	6,20 (2,37)	0,001	-3,514	13,76 (4,16)	0,026	-2,246
<b>Sim</b>	148	8,25 (2,19)			5,14 (2,72)			7,32 (2,34)			14,95 (3,79)		
<b>Casado</b>													
<b>Não</b>	98	8,04 (2,28)	0,796	-0,258	4,91 (2,91)	0,694	0,394	7,09 (2,57)	0,317	1,003	15,02 (3,86)	0,096	1,669
<b>Sim</b>	136	8,12 (2,22)			4,77 (2,37)			6,77 (2,28)			14,15 (4,01)		
<b>Tipo de patologia</b>													
<b>Cardiovascular</b>													
<b>Não</b>	164	7,88 (2,33)	0,030	-2,185	4,31 (2,34)	<0,001	-4,879	6,56 (2,36)	0,001	-3,433	14,09 (4,07)	0,011	-2,555
<b>Sim</b>	70	8,57 (1,95)			6,04 (2,81)			7,71 (2,35)			15,51 (3,53)		
<b>Respiratória</b>													
<b>Não</b>	199	8,17 (2,23)	0,165	1,392	4,81 (2,66)	0,780	-0,280	6,76 (2,34)	0,031	-2,171	14,55 (3,97)	0,714	0,367
<b>Sim</b>	35	7,60 (2,26)			4,94 (2,29)			7,71 (2,65)			14,29 (4,00)		
<b>Digestivo</b>													
<b>Não</b>	213	8,00 (2,29)	0,020	-1,764	4,77 (2,60)	0,234	-1,194	6,80 (2,40)	0,037	-2,103	14,38 (3,99)	0,092	-1,694
<b>Sim</b>	21	8,90 (1,51)			5,48 (2,66)			7,95 (2,29)			15,90 (3,42)		

<b>Neurológica</b>															
<b>Não</b>	222	8,14 (2,16)				4,84 (2,61)			6,90 (2,34)			14,45 (3,96)			
<b>Sim</b>	12	7,00 (3,33)	0,085	1,730		4,58 (2,64)	0,738	0,335	7,00 (3,52)	0,925	-0,139	15,67 (4,08)	0,302	-1,035	
<b>Oncológica</b>															
<b>Não</b>	215	8,10 (2,26)				4,83 (2,62)			6,89 (2,46)			14,49 (3,92)			
<b>Sim</b>	19	7,95 (2,07)	0,780	0,280		4,84 (2,54)	0,982	-0,023	7,05 (1,68)	0,708	-0,277	14,79 (4,57)	0,752	-0,317	
<b>Reumática</b>															
<b>Não</b>	192	7,89 (2,26)				4,72 (2,50)			6,79 (2,44)			14,29 (3,94)			
<b>Sim</b>	42	9,00 (1,94)	0,003	-2,968		5,33 (3,03)	0,167	-1,338	7,43 (2,18)	0,121	-1,558	15,55 (3,97)	0,062	-1,878	
<b>Mentais e Comportamento</b>															
<b>Não</b>	227	8,04 (2,22)				4,78 (2,59)			6,88 (2,41)			14,50 (3,94)			
<b>Sim</b>	7	9,43 (2,82)	0,108	-1,615		6,29 (2,98)	0,133	-1,506	7,86 (2,27)	0,289	-1,062	15,00 (5,03)	0,742	-0,330	
<b>Outras Doenças</b>															
<b>Não</b>	211	8,07 (2,24)				4,82 (2,56)			6,87 (2,43)			14,44 (4,06)			
<b>Sim</b>	23	8,26 (2,32)	0,694	-0,395		4,91 (3,03)	0,871	-0,162	7,22 (2,21)	0,515	-0,653	15,17 (2,98)	0,401	-0,842	

Comparando a distribuição das dimensões do QVP-Saúde de acordo com a escolaridade, os resultados relativos à Análise de Variância (ANOVA) mostraram diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões: Envolvimento médico ( $F(5,228) = 3,018; p = 0,012$ ), Envolvimento familiar ( $F(5,228) = 6,447; p < 0,001$ ), Autonomia ( $F(5,228) = 6,814; p < 0,001$ ) e Dependência ( $F(5,228) = 3,646; p = 0,003$ ). De um modo geral, participantes com níveis de escolaridade mais baixos (por exemplo, 1-4 anos) apresentaram pontuações médias mais elevadas, em especial no Envolvimento Médico ( $M = 9,02; DP = 1,75$ ) e no Envolvimento Familiar ( $M = 6,42; DP = 3,62$ ), enquanto aqueles com mais anos de escolaridade tenderam a registar valores inferiores nestas dimensões.

A Tabela 4 apresenta a comparação das pontuações médias nas dimensões do QVP-Saúde por níveis de escolaridade.

O Teste *Post Hoc* (Teste de Gabriel) revelou que os participantes com 1-4 anos de escolaridade apresentam maior desejo de envolvimento do médico do que os participantes com 10-12 anos de escolaridade ( $p = 0,007$ ). No que respeita a dimensão Envolvimento familiar, o teste mostrou igualmente que os participantes com 1-4 anos de escolaridade apresentam maior desejo em envolver a família na decisão em saúde, comparativamente ao grupo de 10-12 anos de escolaridade ( $p < 0,001$ ), ao grupo de mais de 12 anos de escolaridade ( $p = 0,003$ ) e ao grupo do ensino superior ( $p < 0,001$ ). Quanto ao desejo de tomar decisões sozinho/a, observou-se que, tanto os indivíduos com 1-4 anos de escolaridade, como os de 5-6 anos, mostram maior desejo de autonomia, em comparação aos grupos de escolaridade superior (10 ou mais anos de escolaridade) ( $p < 0,05$ ). Relativamente à dimensão Dependência, o teste evidencia que os participantes com 1-4 anos de escolaridade mostram maior preocupação em ficar dependentes do que os indivíduos com 10-12 anos de escolaridade ( $p = 0,046$ ) e do ensino superior ( $p = 0,032$ ).

**Tabela 4** – Análise comparativa (ANOVA) das dimensões do QVP-Saúde de acordo com variáveis sociodemográficas (N = 234).

Escolaridade		Envolvimento médico			Envolvimento família			Autonomia			Dependência		
Anos de Escolaridade	n	Média (DP)	p	F (5,228)	Média (DP)	p	F (5,228)	Média (DP)	p	F (5,228)	Média (DP)	p	F (5,228)
1-4 anos de escolaridade	45	9,02 (1,75)	0,012	3,018	6,42 (3,62)	<0,001	6,447	7,84 (2,35)	<0,001	6,814	15,93 (3,53)	0,003	3,646
5-6 anos de escolaridade	16	8,56 (1,41)			5,56 (2,61)			9,00 (2,16)			16,63 (2,83)		
7-9 anos de escolaridade	20	8,40 (2,50)			5,55 (2,44)			7,65 (2,66)			14,20 (3,78)		
10-12 anos de escolaridade	47	7,40 (2,69)			4,21 (2,04)			6,21 (2,67)			13,53 (4,10)		
Mais de 12 anos de escolaridade	26	7,77 (2,57)			4,15 (1,97)			6,27 (2,07)			15,19 (3,51)		
Ensino superior	80	7,89 (2,00)			4,19 (1,96)			6,39 (1,92)			13,73 (4,17)		

## Discussão

Este estudo debruçou-se sobre a identificação dos aspetos mais valorizados pelas pessoas mais velhas quando tomam decisões sobre a saúde e, ainda, na averiguação de diferenças quanto às preferências em saúde em função de variáveis sociodemográficas de adultos com 60 ou mais anos residentes em Portugal.

No que respeita aos aspetos que os adultos mais velhos valorizam na tomada de decisão, verificou-se, na distribuição das pontuações das dimensões do QVP-Saúde, uma maior pontuação média na preocupação em ficar dependente (dimensão Dependência), seguida pelo maior desejo de envolver o médico nas decisões em saúde (dimensão Envolvimento médico).

Relativamente à idade, não foi observada uma relação significativa com a dimensão Envolvimento Médico. Estes resultados podem relacionar-se com o facto de se tratar de uma população que valoriza o envolvimento do médico na tomada de decisão, o que segundo outros estudos é bastante significativo e homogéneo nesta faixa etária, independentemente da idade mais específica (e. g. 17,21). Os adultos mais velhos são uma franja da população que demonstra valorizar a opinião do médico quanto à sua tomada de decisão optando, por vezes, por ter um papel mais passivo (17).

A dimensão Envolvimento Familiar apresentou uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a idade. A revisão da literatura indica que, devido a incapacidades física e/ou mentais, os adultos mais velhos tendem a preferir ou precisar da ajuda de uma terceira pessoa (21). No entanto, é importante referir que recorrer ao apoio de uma outra pessoa nem sempre é devido a condições de incapacidade. Muitas vezes a própria dinâmica familiar altera-se com o avançar da idade. Por exemplo, ocorre frequentemente o envolvimento dos filhos/as adultos/as, que assumem um papel de orientação da maioria das decisões relacionadas com a saúde dos pais mais velhos (32,33), o que poderá explicar a maior valorização do envolvimento familiar à medida que aumenta a idade, observada neste estudo.

Na sociedade atual, a mulher continua a assumir um papel de destaque enquanto cuidadora da família (34–36), incluindo cuidar do cônjuge (p. ex. quando o parceiro se encontra doente), durante toda a sua vida (34). Os participantes deste estudo pertencem a uma geração em que este papel da mulher se encontra muito presente. O papel de cuidadora por parte da mulher também poderá estar relacionado com a maior esperança média de vida do género feminino (37), o que faz com que as mulheres assumam mais

esta função, ou porque ficaram viúvas muito cedo e ficaram com os filhos a encargo, ou porque é mais provável que elas acabem por ficar a viver sozinhas e ter de cuidar de si mesmas (32,38). De acordo com a literatura revista, o género feminino, comparativamente com o masculino, tem um papel muito mais ativo no que respeita à tomada de decisão em saúde, isto é, as mulheres preferem tomar decisões sozinhas e/ou em conjunto com o profissional de saúde (39). Na mesma linha, os resultados do estudo evidenciam uma preocupação superior por parte das mulheres em poderem tomar decisões sozinhas (dimensão Autonomia). Os resultados indicam, ainda, uma preocupação superior por parte das mulheres em relação ao risco de poderem vir a ficar dependentes quando tomam decisões em saúde (dimensão Dependência). Considerando o papel desempenhado pelas mulheres no âmbito familiar, a preocupação relacionada com o risco de ficar dependente pode ser explicada pelo seu maior contacto com a dependência e maior preocupação de não poderem cuidar dos outros.

Quanto à escolaridade, constatou-se que os participantes com níveis de escolaridade mais baixos (por exemplo, 1-4 anos) apresentaram pontuações médias mais elevadas, em especial na dimensão Envolvimento médico e na dimensão Envolvimento familiar. Os resultados corroboraram outros estudos, na medida em que indivíduos com baixa escolaridade tendem a apresentar mais dificuldade em tomar decisões sozinhos, assumindo, conseqüentemente, um papel passivo (17,39). A questão da escolaridade permite refletir sobre a importância das habilitações e do aumento de literacia em saúde, de forma a promover um maior envolvimento do utente, com maior compreensão da doença, melhora da adesão ao tratamento e promoção da sua própria saúde e qualidade de vida.

Quando feita a comparação dos valores e preferências entre pessoas com ou sem patologias constatam-se, neste estudo, pontuações médias superiores, relativas às dimensões Envolvimento familiar, Autonomia e Dependência, nos indivíduos que têm doenças crónicas. Relativamente à dimensão Envolvimento familiar, como referido anteriormente, muitas vezes, por motivos de incapacidade e/ou doença física e/ou mental, os adultos mais velhos preferem ou precisam da ajuda de uma terceira pessoa, por exemplo, um membro da família, como os filhos adultos, os cônjuges, entre outros parentes, particularmente aqueles que trabalham na área da saúde (20,21).

A literatura refere que indivíduos em condições de saúde precárias e frágeis, isto é, portadores de patologias, preferem que a tomada de decisão em saúde seja feita pelo médico (39,40). Segundo os autores Guadagnoli e Ward (23) Levinson, Kao, Kuby e Thisted (40), os adultos mais velhos, independentemente da presença ou não de doenças

crônicas, preferem que as decisões mais difíceis acerca da sua saúde sejam feitas pelo profissional de saúde. Assim, os resultados relativos ao desejo de envolver o médico nas decisões (dimensão Envolvimento médico) e de tomar decisões sozinho/a (dimensão Autonomia) parecem ser contraditórios. No entanto, e tendo com base na revisão de algumas referências, importa referir que, apesar dos adultos mais velhos nem sempre desejarem estar envolvidos na tomada de decisão em saúde, os mesmos têm desejo de serem informados acerca do seu estado de saúde e ter as suas preocupações e valores considerados durante todo o processo de decisão (23,41).

No que respeita à dimensão Dependência, a literatura relaciona este conceito com a cronicidade (42). A presença de doenças crônicas conduz inevitavelmente à perda progressiva de independência a vários níveis dos indivíduos que possuem estas patologias (42). Esta relação entre cronicidade e dependência poderá explicar os resultados deste estudo, que revelaram que as pessoas com doenças crônicas revelam maior preocupação em ficar dependentes de alguém, tanto a nível físico, como emocional e até mesmo financeiro (dimensão Dependência). Na prática clínica, a avaliação, por parte do médico, da preocupação da pessoa em poder ficar dependente poderá ser uma mais-valia, para uma melhor gestão da qualidade de vida da pessoa com doenças crônicas. Conciliar o tratamento específico para uma dada patologia crónica e os medos/preocupações valorizados pela pessoa, poderá facilitar o relacionamento e a confiança entre a pessoa com a doença e o profissional de saúde.

No contexto português, as doenças crônicas mais frequentes na população com 65 ou mais anos são as doenças reumáticas (dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas, e artroses) e as doenças cardiovasculares (nomeadamente, a hipertensão arterial) (43). Com o aumento da idade, a frequência de outras doenças cardiovasculares, como doença coronária ou angina de peito, e doenças respiratórias (principalmente a bronquite crónica) aumenta (43). Existem diferentes níveis de severidade das doenças crônicas, sendo que as doenças cardiovasculares ocupam um lugar de destaque nas mais graves/ameaçadoras (41). Estas diferenças refletem-se na tomada de decisão em saúde, onde a grande maioria dos indivíduos prefere que o médico assuma um papel “mais dominante” ou “tradicional”, provavelmente devido à complexidade em abordar e tratar estas doenças (17,21,41). Os resultados deste estudo relativos à doença cardiovascular corroboram outros estudos, na medida em que as pessoas com esta doença valorizam mais o envolvimento do médico na decisão em saúde (dimensão Envolvimento médico).

Os resultados referentes ao desejo de tomar decisões sozinho/a (dimensão Autonomia) são também positivos e estaticamente significativos. Ou seja, os resultados indicam que

quem tem patologia cardiovascular valoriza mais o envolvimento do médico, mas, por outro lado, também valoriza mais a autonomia na tomada de decisão. Existe alguma contradição nestes resultados que poderá ser explicada pelo facto de o indivíduo reconhecer a complexidade e gravidade da doença (17,21), mas, em simultâneo, querer manter a sua valorização da autonomia. Seria relevante explorar este resultado num estudo mais específico com pessoas com doença cardiovascular, para perceber o tipo de envolvimento médico valorizado e os âmbitos da autonomia desejados.

Relativamente às doenças reumáticas, observou-se uma média mais elevada na dimensão Envolvimento médico. Estas patologias, além de serem muito prevalentes na população portuguesa (43), são doenças cujo sintoma *major* e mais frequente é a dor (44). Esta questão da dor poderá explicar o facto destas pessoas com patologias reumáticas acabarem por ter um papel mais passivo e um desejo maior de envolvimento do médico para o controlo da dor, revelando um modelo de comunicação “mais tradicional” (45).

Este estudo apresenta importantes potencialidades e limitações. Quanto às potencialidades, permite perceber os valores e preferências que são considerados relevantes por adultos mais velhos na tomada de decisão acerca da sua saúde. Adicionalmente, a compreensão destes valores e preferências, por exemplo, pelos profissionais de saúde, vai potenciar o planeamento dos cuidados prestados, bem como a qualidade dos serviços de saúde e direitos dos utentes, contribuindo, assim, para uma medicina centrada na pessoa. Quanto às limitações do estudo, destaca o facto de se tratar de uma amostra de conveniência, não representativa da população. A grande maioria dos elementos pertencerem a instituições de interesse para o estudo, nomeadamente de Centros de dia, Universidades Sénior, Grupos de Voluntariado e Associações de Apoio a Idosos. O facto de não ter sido questionada a nacionalidade dos participantes foi, também, uma limitação. Esta variável poderia ter permitido a análise dos valores e preferências em saúde de pessoas de outras culturas, residentes em Portugal, já que os mesmos são influenciados pela cultura.

A aplicabilidade dos resultados deste estudo, prende-se com o potencial uso do QVP-Saúde para entender quais são os aspetos que as pessoas mais velhas valorizam quando tomam decisões acerca da sua saúde. O conhecimento dos valores e preferências do utente, poderá melhorar a qualidade dos serviços prestados, a perceção de confiança que os utentes têm nos profissionais e a adesão ao tratamento. Como projeto futuro, seria importante um estudo psicométrico da escala com uma amostra representativa e a exploração da possibilidade de construção de uma versão reduzida do QVP-Saúde para

uma maior facilidade de aplicação da mesma em contexto clínico. Considerando as atuais práticas dos serviços de saúde, onde o tempo por consulta destinado a cada pessoa é limitado, a versão reduzida aumentaria a aplicabilidade do QVP-Saúde em contexto clínico.

Assim, este estudo pretende contribuir para a valorização das preferências e valores da pessoa em relação aos cuidados de saúde, nomeadamente a compreensão do papel que pretende desempenhar na altura de tomar uma decisão. Como já foi mencionado anteriormente, atualmente os cuidados de saúde são marcados pelo processo de tomada de decisão partilhada (13,17). No entanto, e tendo por base os resultados discutidos, observou-se que, dependendo de algumas características sociodemográficas e do estado clínico, algumas pessoas dão maior ênfase à tomada de decisão pelo médico “mais dominante” ou “mais tradicional”, conhecido como modelo paternalista (13), o que poderá estar relacionado com aspetos geracionais e poderá ser explorado noutros estudos.

## Conclusão

Com base nos resultados deste estudo, é possível concluir que o QVP-Saúde pode ser usado com adultos mais velhos para avaliar os valores e preferências dos mesmos, permitindo assim uma medicina centrada na pessoa, com maior sucesso terapêutico e humanização, alertando para as diferenças que existem em função das variáveis sociodemográficas e do estado clínico do indivíduo. A aplicabilidade clínica dos resultados desta investigação é promissora. No entanto, é essencial realizar mais estudos.

No que respeita a perspectivas futuras, num próximo estudo seria importante procurar atenuar e/ou resolver as limitações encontradas no presente estudo, nomeadamente o estudo com uma amostra representativa da população portuguesa, assim como a validação da escala para outros países, possibilitando a comparação transcultural dos valores e preferências na tomada de decisão em saúde. Adicionalmente, esta área carece da realização de mais estudos, procurando o envolvimento de populações diferentes, isto é, por exemplo, um estudo comparativo dos valores e preferências na tomada de decisões em saúde de pessoas em diferentes fases do ciclo vital.

Conhecer os valores e preferências nos cuidados de saúde em adultos mais velhos, não só permitirá aumentar a eficiência destes cuidados por parte dos profissionais de saúde, mas também será essencial para a melhorar a qualidade dos serviços e adesão aos tratamentos. Para uma melhor relação e adaptação do médico à pessoa será fundamental, contudo, a indagação e compreensão dos aspetos valorizados e preferências individualmente, na relação médico-doente. A identificação dos valores e preferências distintos e pessoais de um indivíduo, reflete-se no respeito dos desejos e da essência de cada ser humano.

## Referências

1. Steverson M. World Health Organization. 2024 [citado 9 de Janeiro de 2024]. Ageing and health. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Boccardi V. Population Ageing: The Need for a Care Revolution in a World 2.0. *Geriatrics* [Internet]. 1 de Setembro de 2019 [citado 23 de Setembro de 2024];4(3):47. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6787703/>
3. Harper S, Leeson G, Harper S, Leeson G. Introducing the Journal of Population Ageing. *Journal of Population Ageing* 2009 1:1 [Internet]. 27 de Maio de 2009 [citado 9 de Janeiro de 2024];1(1):1–5. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12062-009-9012-6>
4. Instituto Nacional de Estatística [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2020 [citado 17 de Fevereiro de 2024]. Estatísticas Demográficas 2019. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/71882686>
5. Sobral M, Paúl C. Reserva Cognitiva, envelhecimento e demências. *Revista E-Psi* [Internet]. 2015 [citado 28 de Março de 2024];5(1):113–34. Disponível em: <https://revistaepsi.com/artigo/2015-ano5-volume1-artigo6/>
6. INE, PORDATA [Internet]. 2023 [citado 28 de Março de 2024]. Portugal: População residente com 65 e mais anos: total e por grupo etário | Pordata. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+65+e+mais+anos+total+e+por+grupo+etario-3508>
7. Wood S, Bally K, Cabane C, Fassbind P, Jox RJ, Leyhe T, et al. Decision-making capacity evaluations: the role of neuropsychological assessment from a multidisciplinary perspective. *BMC Geriatr* [Internet]. 1 de Dezembro de 2020 [citado 19 de Fevereiro de 2024];20(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33302888/>
8. Usher R, Stapleton T. Assessment of older adults' decision-making capacity in relation to independent living: A scoping review. *Health Soc Care Community* [Internet]. 1 de Fevereiro de 2022 [citado 19 de Fevereiro de 2024];30(2):e255–77. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.13487>
9. Brémault-Phillips S, Pike A, Charles L, Roduta-Roberts M, Mitra A, Friesen S, et al. Facilitating implementation of the Decision-Making Capacity Assessment (DMCA) Model: senior leadership perspectives on the use of the National

- Implementation Research Network (NIRN) Model and frameworks. *BMC Res Notes* [Internet]. 23 de Agosto de 2018 [citado 19 de Fevereiro de 2024];11(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6107947/>
10. King L, Harrington A, Linedale E, Tanner E. A mixed methods thematic review: Health-related decision-making by the older person. *J Clin Nurs* [Internet]. 1 de Abril de 2018 [citado 19 de Fevereiro de 2024];27(7–8):e1327–43. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29322576/>
  11. Usher R, Stapleton T. Assessing Older Adults' Decision-Making Capacity for Independent Living: Practice Tensions and Complexities. *Journal of Applied Gerontology* [Internet]. 1 de Maio de 2022 [citado 18 de Fevereiro de 2024];41(5):1264. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9024017/>
  12. Barstow C, Shahan B, Roberts M. Evaluating Medical Decision-Making Capacity in Practice. *Am Fam Physician* [Internet]. 1 de Julho de 2018 [citado 19 de Fevereiro de 2024];98(1):40–6. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0701/p40.html>
  13. Xie B, Wang M, Feldman R, Zhou L. Exploring older and younger adults' preferences for health information and participation in decision making using the Health Information Wants Questionnaire (HIWQ). *Health Expectations* [Internet]. 1 de Dezembro de 2014 [citado 3 de Outubro de 2024];17(6):795–808. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1369-7625.2012.00804.x>
  14. Duarte RC. Consentimento informado: Um conceito incompreendido breve ensaio sobre a judicialização da medicina e suas consequências na relação médico-paciente. *Revista de Estudos Jurídicos UNESP*, ISSN-e 1414-3097, Vol 19, Nº 29, 2015 (Ejemplar dedicado a: Revista de Estudos Jurídicos Unesp) [Internet]. 2015 [citado 10 de Novembro de 2024];19(29):13. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5526353&info=resumen&idoma=POR>
  15. Pereira A. O consentimento informado na experiência europeia. [citado 10 de Novembro de 2024];1–25. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/14549>
  16. Varela A, Pinto E, Carrageta M. Comunicação médico-doente e consentimento informado em Portugal. *Saúde & Tecnologia* [Internet]. 2016 [citado 10 de Novembro de 2024];(15):39–47. Disponível em: <https://journals.ipl.pt/stecnologia/article/view/573>

17. Peter Jung HG, Baerveldt C, Olesen FRCGP F, Richard Grol à, Wensing M. Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expectations* [Internet]. 2003 [citado 26 de Setembro de 2024];6:160–81. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060177/>
18. Bastemeijer CM, Voogt L, van Ewijk JP, Hazelzet JA. What do patient values and preferences mean? A taxonomy based on a systematic review of qualitative papers. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1 de Maio de 2017 [citado 1 de Abril de 2024];100(5):871–81. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28043713/>
19. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine* [Internet]. 1 de Março de 2011 [citado 20 de Fevereiro de 2024];9(2):100–3. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/9/2/100>
20. Kurasz AM, Smith GE, Curiel RE, Barker WW, Behar RC, Ramirez A, et al. Patient values in healthcare decision making among diverse older adults. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1 de Maio de 2022 [citado 1 de Abril de 2024];105(5):1115–22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34509339/>
21. Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people’s preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1 de Setembro de 2007 [citado 1 de Abril de 2024];68(1):33–42. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17544239/>
22. Vick S, Scott A. Agency in health care. Examining patients’ preferences for attributes of the doctor–patient relationship. *J Health Econ* [Internet]. 1 de Outubro de 1998 [citado 23 de Setembro de 2024];17(5):587–605. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10185513/>
23. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* [Internet]. 1 de Agosto de 1998 [citado 3 de Outubro de 2024];47(3):329–39. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698000598?via%3Dihub>
24. Markides M. The importance of good communication between patient and health professionals. *J Pediatr Hematol Oncol* [Internet]. Outubro de 2011 [citado 11 de Novembro de 2024];33(SUPPL. 2). Disponível em: <https://journals.lww.com/jpho->

- online/fulltext/2011/10001/the\_importance\_of\_good\_communication\_between.11.aspx
25. Vianna LG, Vianna C, Bezerra AJC. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. Março de 2010 [citado 11 de Novembro de 2024];34(1):150–9. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/262617637\\_The\\_physicianelderly\\_patient\\_relationship\\_challenges\\_and\\_perspectives](https://www.researchgate.net/publication/262617637_The_physicianelderly_patient_relationship_challenges_and_perspectives)
  26. Volk RJ, Street RL, Volk RJ, Fordis M. Differing Levels of Clinical Evidence: Exploring Communication Challenges in Shared Decision Making. *Medical Care Research and Review* [Internet]. 2013 [citado 11 de Novembro de 2024];70(1\_suppl):3S-13S. Disponível em: <http://mcr.sagepub.com>
  27. Pennington C, Davey K, Meulen R Ter, Coulthard E, Kehoe PG. Tools for testing decision-making capacity in dementia. *Age Ageing* [Internet]. 1 de Novembro de 2018 [citado 19 de Outubro de 2024];47(6):778–84. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1093/ageing/afy096>
  28. Barstow C, Shahan B, Roberts M. Evaluating Medical Decision-Making Capacity in Practice. *Am Fam Physician* [Internet]. 1 de Julho de 2018 [citado 19 de Outubro de 2024];98(1):40–6. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0701/p40.html>
  29. Ferreira PL, De Noronha L, Ferreira E. A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [Internet]. [citado 1 de Abril de 2024];24(2):5–14. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/13614>
  30. Antunes APF. Decisão baseada em preferências. A medição em saúde. 2017 [citado 16 de Abril de 2024]; Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/41974>
  31. Amaral APS. Avaliação da Capacidade de Tomada de Decisão em Cuidados de Saúde - Desenvolvimento e Validação do IAC-Saúde. Avaliação da Capacidade de Tomada de Decisão em Cuidados de Saúde - Desenvolvimento e Validação do IAC-Saúde [Internet]. 26 de Março de 2024 [citado 20 de Outubro de 2024]; Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/114327>
  32. ELAINE BRODY Elaine M Brody BM, Brody Social SJ. The Aging of the Family. <http://dx.doi.org/10.1177/000271627843800103> [Internet]. 1 de Julho de 1978 [citado 24 de Janeiro de 2025];438(1):13–27. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000271627843800103>
  33. Allen KR, Blieszner R, Roberto KA. Families in the middle and later years: A review and critique of research in the 1990s. *Journal of Marriage and Family*. 2000;62(4):911–26.

34. Bracke P, Christiaens W, Wauterickx N. The pivotal role of women in informal care. *J Fam Issues* [Internet]. Outubro de 2008 [citado 10 de Janeiro de 2025];29(10):1348–78. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/228510985\\_The\\_Pivotal\\_Role\\_of\\_Women\\_in\\_Informal\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/228510985_The_Pivotal_Role_of_Women_in_Informal_Care)
35. Allen KR, Blieszner R, Roberto KA. Families in the Middle and Later Years: A Review and Critique of Research in the 1990s. *Journal of Marriage and Family* [Internet]. 1 de Novembro de 2000 [citado 10 de Janeiro de 2025];62(4):911–26. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1741-3737.2000.00911.x>
36. Lee GR, Dwyer JW, Coward RT. Gender differences in parent care: demographic factors and same-gender preferences. *J Gerontol* [Internet]. 1993 [citado 10 de Janeiro de 2025];48(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8418155/>
37. Instituto Nacional de Estatística [Internet]. 2024 [citado 18 de Janeiro de 2025]. TÁBUAS DE MORTALIDADE PARA PORTUGAL 2021-2023. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=646028580&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646028580&DESTAQUESmodo=2)
38. Robinson K. Older women who are caregivers. *Health Care Women Int* [Internet]. 1988 [citado 24 de Janeiro de 2025];9(4):239–49. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/19952359\\_Older\\_women\\_who\\_are\\_caregivers](https://www.researchgate.net/publication/19952359_Older_women_who_are_caregivers)
39. Chi WC, Wolff J, Greer R, Dy S. Multimorbidity and Decision-Making Preferences Among Older Adults. *The Annals of Family Medicine* [Internet]. 1 de Novembro de 2017 [citado 18 de Janeiro de 2025];15(6):546–51. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/15/6/546>
40. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not All Patients Want to Participate in Decision Making. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1 de Junho de 2005 [citado 17 de Janeiro de 2025];20(6):531–5. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x>
41. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy - Decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* [Internet]. Janeiro de 1989 [citado 18 de Janeiro de 2025];4(1):23–30. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02596485>
42. Bech Risor M. Google books. 2010 [citado 17 de Janeiro de 2025]. *The Taste for Knowledge: Medical Anthropology Facing Medical Realities* - Google Livros.

- Disponível em: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=LdsKEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA199&dq=patient+with+chronic+diseases+AND+dependency+on+others&ots=rPjpaZaTpD&sig=Gar-4x8eE7\\_6KXpgF7Fsg\\_akgMs&redir\\_esc=y#v=onepage&q=patient%20with%20chronic%20diseases%20AND%20dependency%20on%20others&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=LdsKEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA199&dq=patient+with+chronic+diseases+AND+dependency+on+others&ots=rPjpaZaTpD&sig=Gar-4x8eE7_6KXpgF7Fsg_akgMs&redir_esc=y#v=onepage&q=patient%20with%20chronic%20diseases%20AND%20dependency%20on%20others&f=false)
43. Santos AJ BPGVFTATDC. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP). 2022 [citado 19 de Janeiro de 2025]. Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal – Relatório - INSA. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/envelhecimento-e-saude-caracterizacao-da-saude-da-populacao-idosa-em-portugal-relatorio/>
44. Kazis LE, Meenan RF, Anderson JJ. Pain in the rheumatic diseases. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1983 [citado 19 de Janeiro de 2025];26(8):1017–22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6603848/>
45. Garcia-Gonzalez A, Gonzalez-Lopez L, Gamez-Nava JI, Rodríguez-Arreola BE, Cox V, Suarez-Almazor ME. Doctor-patient interactions in mexican patients wWith rheumatic disease. *Journal of Clinical Rheumatology* [Internet]. Abril de 2009 [citado 19 de Janeiro de 2025];15(3):120–3. Disponível em: [https://journals.lww.com/jclinrheum/fulltext/2009/04000/doctor\\_patient\\_interactions\\_in\\_mexican\\_patients.5.aspx](https://journals.lww.com/jclinrheum/fulltext/2009/04000/doctor_patient_interactions_in_mexican_patients.5.aspx)