

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADESÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS
BELIEFS ABOUT MEDICINES AND ADHERENCE TO TREATMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS

António Dias¹
Madalena Cunha^{1,2}
Olivério Ribeiro¹
Carlos Albuquerque^{1,2}
Ana Andrade¹

¹CI&DETS Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

²CIEC, Universidade do Minho, Portugal

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A hipertensão arterial (HTA) é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e como doença crónica que é, necessita da terapêutica e vigilância continuada no tempo, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica.

O fenómeno da adesão ao tratamento é motivo de preocupação por parte da comunidade científica, sendo considerado como um problema mundial de elevada magnitude. As implicações são de grande relevância na morbilidade e mortalidade e no significativo aumento do consumo de cuidados de saúde e dos custos para o sistema de saúde.

OBJETIVO

Pretende-se avaliar a adesão ao tratamento e relacionar as crenças acerca dos medicamentos com a adesão ao tratamento.

MÉTODOS

Estudo, de carácter observacional e transversal, realizado com 119 utentes com diagnóstico médico de HTA há pelo menos um ano.

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário (caracterização sociodemográfica, Medida de Adesão aos Tratamentos e Crenças acerca dos Fármacos) autoaplicado aos indivíduos que se encontravam no momento a frequentar a consulta nos cuidados de saúde primários.

O protocolo de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética. A análise estatística foi processada através do programa SPSS versão 20.0 com utilização de testes paramétricos e não paramétricos consoante as variáveis do estudo apresentavam ou não uma distribuição normal.

RESULTADOS

Os doentes apresentaram uma média de idade de 64,2 anos ± 11,1 anos, 54,6% eram do sexo masculino, 81,50% eram “casados”, 66,4% tinham escolaridade até ao “4º ano”, 63%, residiam na “aldeia”, 50,2% eram “reformados”, 48,7% auferiam um rendimento até um “ordenado mínimo” e 10,9% referiram ter grandes dificuldades económicas.

Clinicamente 23,5% dos hipertensos apresentaram TA não controlada ($\geq 140/90$ mmHg).

A prevalência da adesão do hipertenso foi de 51,3%. A forte crença nas necessidades específicas da medicação prescrita, revelou-se pedidora da adesão à medicação.

CONCLUSÕES

Os resultados são consistentes com estudos anteriores, em que os indivíduos com crenças mais elevadas nas necessidades específicas da medicação prescrita, registaram maior taxa de adesão à medicação.

PALAVRAS CHAVE

Crenças acerca da medicação; Adesão terapêutica; Hipertensão arterial

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADEÇÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS

ABSTRACT

INTRODUCTION

Hypertension (HTA) is the most prevalent risk factor in the portuguese population. As a chronic disease, it needs continued therapy and vigilance in time. It is important not to forget that therapeutic interruption, absolute or intermittent, can be associated to an aggravation of the clinical situation.

The phenomenon of adherence to treatment is a motive of concern by the scientific community, being considered as a global problem of high magnitude. The implications have a huge relevance in the morbidity and mortality and in the significant increase in the consumption of health care and the costs to the health system.

OBJECTIVE

To evaluate adherence to treatment and relate beliefs about medicines with adherence to treatment.

METHODS

This analytical, correlational and cross-sectional study was conducted with 119 patients with medical diagnosis of HTA for at least one year.

Data collection was performed through a self-administered questionnaire (sociodemographic characterization, Measure Adherence to Treatment, Beliefs about Medicines) to the patients who were at the time attending primary health care consultations.

The research protocol was evaluated and approved by the Ethics Committee. Statistical analysis was performed through the SPSS program version 20.0, using parametric and non-parametric tests, depending if the study variables had or not a normal distribution.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares continuam a ser, em Portugal, a principal causa de morbilidade e mortalidade, sendo responsáveis por um terço de todas as mortes e um elevado número de incapacidades (DGS, 2013).

A hipertensão arterial (HTA) é reconhecida como um importante factor de risco no desenvolvimento de doenças do cérebro (acidente vascular cerebral), cardiovasculares e renais (DGS, 2013).

As estimativas da prevalência de HTA registam uma grande variação entre os países (WHO 2011). Nos últimos 30 anos, a

RESULTS

Patients had an average age of 64,2±11,1 years; 54,6% were male; 81,50% were "married"; 66,4% had education up to the "4th grade"; 63% lived in a "village"; 50,2% were retired, 48,7% had an income below "one minimum wage" and 10,9% reported to "have some economic difficulties".

Clinically, 23,5% of the hypertensive patients had uncontrolled blood pressure ($\geq 140/90$ mmHg).

The prevalence of adherence to treatment of the hypertensive patient was 51,3%. The strong belief in the specific needs of the prescribed medication proved to be a predictor in the adherence to medication.

CONCLUSIONS

The results are consistent with previous studies, in which individuals with higher beliefs in the specific needs of the prescribed medication recorded a higher adherence to medication rate.

KEYWORDS

Beliefs about medicines; Adherence to treatment; Hypertension

população portuguesa tem sido referida como tendo dos mais elevados níveis de tensão arterial média, sendo considerada o fator de risco mais prevalente (INE, 2008; DGS, 2013).

O estudo PHYSA; efetuado pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão, revelou uma prevalência de HTA de 42,2% na população adulta, tendo demonstrado que na última década as taxas de tratamento da HTA praticamente duplicaram enquanto a taxa de doentes hipertensos controlados aumentou cerca de 4 vezes (Polónia, Martins, Pinto & Nazaré, 2014).

Apesar do progresso que se tem verificado ao longo dos últimos anos no controlo, tratamento e conhecimento da HTA, a maioria dos hipertensos (57,4%) mantém a HTA não controlada (Polónia

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADEÇÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS

et al, 2014).

Na atualidade uma percentagem significativa da população mundial depara-se com a necessidade de tomar a medicação e de adotar medidas para controlar e tratar, tanto as condições agudas como as crónicas. Na doença crónica, a medicação é muitas vezes a primeira escolha no tratamento da doença, sendo a intervenção de saúde mais comum (Bosworth et al, 2011).

Apesar dos avanços no tratamento de doentes com HTA, os regimes de tratamento são benéficos apenas se os doentes aderirem. Assim, a fraca adesão à medicação anti-hipertensora, levou a considerável morbidade, mortalidade e custos de saúde evitáveis (Bosworth et al, 2011; Sanfélix-Gimeno et al 2013).

O fenómeno da adesão ao tratamento é motivo de preocupação por parte da comunidade científica, sendo considerado como um problema mundial de elevada magnitude. As implicações são de grande relevância na morbidade e mortalidade e no significativo aumento do consumo de cuidados de saúde e dos custos para o sistema de saúde.

Diversos estudos demonstraram que as crenças relativas à medicação podem constituir uma barreira na adesão (Bowry, Shrank, Lee, Stedman, & Choudhry, 2011). Desta forma, os doentes têm as suas próprias perspetivas relativamente ao uso da medicação e tomam decisões, baseadas nas suas crenças e experiências. Assim, ponderam os riscos e benefícios relativamente à medicação e concluem os seus julgamentos, tendo em consideração a eficácia percebida, a segurança e o valor em termos de resultados para a sua saúde (Gordon, Smith, & Dhillon, 2007; McHorney, 2009). Desta forma, pretende-se avaliar a adesão ao tratamento e relacionar as crenças acerca dos medicamentos com a adesão ao tratamento.

MÉTODOS

É um estudo descritivo-correlacional e transversal. Foram elegíveis 119 utentes com diagnóstico médico de HTA que se encontravam no momento da aplicação do questionário em consulta de follow-up nos cuidados de saúde primários, com os seguintes critérios de inclusão: (1) idade superior a 18 anos; (2) diagnóstico médico de HTA há pelo menos um ano e (3) concordar em participar no estudo mediante consentimento informado.

Foram excluídos os doentes com diagnóstico médico de patologia psiquiátrica e se encontrarem institucionalizados.

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário autoaplicado integrando:

- variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, zona residencial, nível de escolaridade, situação profissional e rendimento familiar mensal);
- escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) de Delgado e Lima (2001) utilizada para avaliar a adesão ao tratamento. Os itens 1, 2, 3, 4 e 5 foram adaptados da Escala de Morisky et al (1986) o item 7 foi adaptado de Shea, Misra, Ehrlich, Field & Francis (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalinho (1994). As questões são respondidas na forma de Likert com classificação

até seis pontos (que varia de sempre=1 a nunca=6). O nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Valores mais elevados significam maior nível de adesão. Com a finalidade de classificar os doentes que apresentaram adesão ou não ao tratamento medicamentoso, esta escala foi dicotomizada tendo por base o ponto de corte na mediana.

- Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF) versão portuguesa de Pereira e Silva (1999) que avalia as crenças dos doentes acerca da medicação. Foi utilizada a versão QCF-Específica que avalia as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos fármacos para o seu problema de saúde específico. Esta escala é constituída por dois fatores com 5 itens cada um, que avaliam as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita e das preocupações específicas relacionadas com os perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo. O tratamento de dados foi realizado informaticamente recorrendo ao programa SPSS versão 20.0. Com a estatística descritiva determinaram-se as frequências absolutas e percentuais, as médias, o desvio padrão e o qui-quadrado. A opção pelos testes paramétricos justifica-se pelo facto das variáveis centrais do estudo apresentarem distribuição normal ou seja, quando os grupos apresentam dimensão semelhante (quociente entre a maior dimensão e a menor for inferior a 1.5) (Pestana & Gageiro, 2008) e a regressão linear múltipla, com o método stepwise.

O protocolo de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética.

RESULTADOS

Os doentes apresentaram uma média de idade de 64,2 anos \pm 11,1 anos, 54,6% eram do sexo masculino, 81,50% eram “casados”, 66,4% tinham escolaridade até ao “4º ano”, 63%, residiam na “aldeia”, 50,2% eram “reformados”, 48,7% auferiam um rendimento até um “ordenado mínimo” e 10,9% referiram ter grandes dificuldades económicas (cf. Tabela 1).

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADEÇÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS

Tabela 1 - Características sociodemográficas em função do sexo

| | Masculino (n = 188) | | Feminino (n = 66) | | Total (n = 254) | | Valores residuais percentuais | | χ ² (p) |
|---------------------------------------|------------------------|------|----------------------|------|--------------------|------|----------------------------------|----------|--|
| | N | % | N | % | N | % | Masculino | Feminino | |
| Grupo etário | | | | | | | | | |
| ≤ 55 anos | 13 | 20.0 | 10 | 18.5 | 23 | 19.3 | 0.2 | -0.2 | χ ² =0.042 p=0,979 ns |
| 56-70 anos | 33 | 50.8 | 28 | 51.9 | 61 | 51.3 | -0.1 | 0.1 | |
| > 75 anos | 19 | 29.2 | 16 | 29.0 | 35 | 29.4 | 0.0 | 0.0 | |
| Estado civil | | | | | | | | | |
| Solteiro / viúvo /divorciado | 8 | 12.3 | 14 | 25.9 | 22 | 18.5 | -1.9 | 1.9 | χ ² =3.630 p=0.05 ns |
| Casado | 57 | 87.7 | 40 | 74.1 | 97 | 81.5 | 1.9 | -1.9 | |
| Escolaridade | | | | | | | | | |
| ≤ 4 anos | 39 | 60.0 | 40 | 74.1 | 79 | 66.4 | -1.6 | 1.6 | χ ² =4.297 p=0.117 ns |
| 5 a 12 anos | 23 | 35.4 | 10 | 18.5 | 33 | 27.7 | 2.0 | 2.0 | |
| > 12 anos | 3 | 4.6 | 4 | 7.4 | 7 | 5.9 | -0.6 | 0.6 | |
| Situação profissional | | | | | | | | | |
| Empregado | 25 | 38.5 | 12 | 22.2 | 37 | 31.1 | 1.9 | -1.9 | χ ² =4.984 p=0.083 ns |
| Desempregado | 4 | 6.2 | 8 | 14.8 | 12 | 10.1 | -1.6 | 1.6 | |
| Reformado | 36 | 55.4 | 34 | 63.0 | 70 | 58.8 | -0.8 | 0.8 | |
| Residência | | | | | | | | | |
| Aldeia | 40 | 61.5 | 35 | 64.8 | 75 | 63.0 | -0.4 | 0.4 | χ ² =0,185 p=0,912 ns |
| Vila | 11 | 16.9 | 9 | 16.7 | 20 | 16.8 | 0.0 | 0.0 | |
| Cidade | 14 | 21.6 | 10 | 18.5 | 24 | 20.2 | 0.4 | -0.4 | |
| Rendimento mensal | | | | | | | | | |
| ≤ 1 ordenado mínimo | 26 | 40.0 | 32 | 59.3 | 58 | 48.7 | -2.1 | 2.1 | χ ² =5,549 p=0,062 ns |
| Entre 1 a 2 ordenados mínimos | 33 | 50.8 | 16 | 29.6 | 49 | 41.2 | 2.3 | -2.3 | |
| > 2 ordenados mínimos | 6 | 9.2 | 6 | 11.1 | 12 | 10.1 | -0.3 | 0.3 | |
| Situação financeira | | | | | | | | | |
| Confortável | 12 | 18.5 | 6 | 11.1 | 18 | 15.1 | 1.1 | 1.1 | χ ² =9,783 p=0,021* |
| Tem o suficiente para as necessidades | 3 | 56.9 | 21 | 38.9 | 58 | 48.7 | 2.0 | 2.0 | |
| Tem algumas dificuldades | 13 | 20.0 | 17 | 31.5 | 30 | 25.2 | -1.4 | 1.4 | |
| É muito problemática | 3 | 4.6 | 10 | 18.5 | 13 | 10.9 | -2.4 | 2.4 | |

* - p < 0.05
ns – não significativo

Clinicamente 23,5% dos hipertensos apresentaram TA não controlada (definida como tensão arterial sistólica e/ou diastólica ≥ 140/90 mmHg, de acordo com as recomendações europeias e com a norma emitida pela DGS em 2013).

No presente estudo, verificou-se uma prevalência da adesão da pessoa com HTA à medicação de 51,3%.

Constatou-se que a dimensão necessidades específicas que avalia as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita cujo valor varia entre 10 e 25, correspondendo a uma média de 19.51 (DP=2.95). Quanto à dimensão preocupações específicas que avalia as crenças relacionadas com os perigos de dependência e toxicidade ou

efeitos secundários a longo prazo, esta oscilou entre 8 e 22, o que corresponde a uma média de 14.19 (DP=2.51).

As mulheres apresentaram uma forte crença nas necessidades específicas da medicação que lhes foi prescrita, enquanto que os homens manifestaram maior crença em relação aos perigos de dependência e toxicidade, contudo sem relevância estatística.

Quanto ao efeito das crenças acerca dos fármacos na adesão ao tratamento, verificou-se uma correlação muito baixa e positiva nas necessidades específicas (r = 0.199, p=0.03) e nas preocupações específicas (r = 0.031, p=0.732).

Através da regressão linear múltipla pelo método stepwise, identificou-se um modelo de predição no qual apenas a dimensão necessidades específicas surgiu como um preditor significativo da adesão ao tratamento (t=2,196; p=0.03), sendo que quanto menor for a crença dos doentes acerca das necessidades específicas dos fármacos, maior é a adesão ao tratamento. Este modelo explica uma variabilidade de 4.0% (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Regressão múltipla entre a adesão ao tratamento e as crenças acerca dos fármacos

| | Coeficientes | | F (p) | t | p | R (R ²) |
|--------------------------|--------------|-------|-------|-------|--------|---------------------|
| | B | β | | | | |
| Constante | 5.329 | | | 7.077 | 0.000 | |
| Necessidades específicas | 0.044 | 0.199 | 4.821 | 2.196 | 0.03** | 0.199 (0.04) |

*** - p < 0.001

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Tendo em conta a diversidade e a complexidade dos comportamentos não é fácil determinar, de forma precisa, o nível de não adesão aos tratamentos, na medida em que este depende do tipo de doença, do regime terapêutico e da metodologia utilizada para avaliar a adesão aos tratamentos. Independentemente das diferenças acerca da forma e do momento da avaliação, a baixa adesão à medicação anti-hipertensiva apresenta uma elevada prevalência em doentes com HTA.

No nosso estudo, somente 51,3% das pessoas com HTA aderiram à medicação prescrita.

Diversos estudos que utilizaram a Escala de Adesão de Morisky, apresentaram resultados similares, com 56% dos participantes classificados como aderentes (Wu et al., 2012), outros relataram taxas de adesão de 66% (Albert, 2008) e outros apresentaram taxas inferiores, variando entre 31 e 58% na adesão à medicação cardioprotetora prescrita com declínio da prevalência ao longo do tempo (Chaudhry & McDermott, 2008; Wu et al., 2012).

Em estudos de Ho, Bryson e Rumsfeld (2009) e Wu et al. (2012), a adesão foi ainda menor em doentes que tomavam estatinas na doença arterial coronária crónica, sendo que apenas 40% destes mantinham as estatinas dois anos após a hospitalização por SCA. Um outro estudo transversal efetuado com 371 adultos portadores de DCV, mostrou que a prevalência da adesão à medicação anti-hipertensiva e estatinas foi de 48% e 38%,

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADEÇÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS

respectivamente (Aggarwal & Mosca, 2010).

A baixa adesão à medicação tem sido relatada como prevalente em populações com HTA, contudo importa referir que existe uma variabilidade nos métodos de avaliação (autorrelato, dados da aquisição da medicação na farmácia e contagens de comprimidos), que impede as comparações entre os estudos e entre diferentes condições cardiovasculares (Ho et al., 2009; Wu et al., 2012).

Os estudos utilizam quase todos como forma de medida da adesão, o autorrelato dos doentes e a contagem de medicamentos. Foi ainda utilizado em alguns estudos, o MEMS, bem como a avaliação da concentração sérica, e o registo de omissões ou registos farmacêuticos.

Contudo, numa revisão sistemática sobre a adesão aos medicamentos cardiovasculares efetuada por Bowry et al. (2011), constataram que a prevalência da adesão quando avaliada pela contagem de comprimidos, apresentava melhores resultados do que quando avaliada por autorrelato. Ora, o autorrelato sendo uma medida subjetiva, o inquirido tende a fornecer estimativas mais elevadas de adesão do que as previstas por medidas objetivas. Provavelmente foi devido à perceção dos doentes face aos medicamentos e o estigma social associado à doença crónica que os induziu a subestimar os seus verdadeiros níveis de adesão (Bowry et al., 2011).

As diferenças culturais, idade, a condição crónica e a origem da população estudada constituem alguns dos elementos que podem determinar a variação entre as taxas de não adesão observadas.

As crenças dos doentes, motivação e atitude negativa em relação aos tratamentos, têm sido identificadas como fatores psicológicos (Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008).

O doente que não acredita na necessidade e nos benefícios da administração da terapêutica, apresenta um grande risco de se tornar não aderente.

Uma revisão sistemática sobre a adesão aos medicamentos cardiovasculares em ambientes com poucos recursos, mostrou que as perceções negativas sobre os medicamentos foram identificadas de forma consistente como preditores da não adesão (Bowry et al., 2011).

Nesta investigação, as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita, obtiveram uma pontuação média de 19.51 (DP=2.95) e em relação às das crenças relacionadas com a dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo a média foi de 14.19 (DP=2.51). Somente a necessidade específica surgiu como preditora significativa da adesão ao tratamento, sendo que quanto maior for a crença dos doentes nas necessidades específicas da medicação prescrita, maior será a taxa de adesão. Estes resultados são consistentes com outros estudos em que foi utilizado o mesmo instrumento, o Questionário de Crenças acerca dos Fármacos, cujo objetivo consiste em avaliar as representações cognitivas que os sujeitos fazem em relação aos

fármacos. Num estudo longitudinal realizado em 309 idosos com elevada morbidade, Schüz et al. (2011), concluíram que as crenças acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita, prediziam a adesão (independentemente da intencionalidade ou não em aderir) ao tratamento. Os investigadores acrescentaram que crenças sobre a necessidade subjetiva específica previram mudanças na não adesão intencional, e por sua vez as mudanças nas crenças gerais sobre o uso excessivo de medicação previram mudanças na não adesão não intencional.

A explicação poderá estar associada às crenças individuais sobre a necessidade específica da medicação que potencia a adesão e que as preocupações específicas sobre a medicação, parecem desempenhar um papel menor. No entanto, vários autores salientaram que as perceções individuais sobre a eficácia dos medicamentos são cruciais para a compreensão da adesão. Isto é ainda mais enfatizado pela constatação de que essas crenças são particularmente importantes em indivíduos idosos com múltiplas doenças, polimedicados e com regimes de medicação complexa (Jin et al., 2008).

A importância relativa das cognições sobre a necessidade específica, sugere que os indivíduos melhoram o seu comportamento de adesão, se estiverem informados de que a medicação atende às suas necessidades e lhes permite controlar o curso da sua doença.

De acordo com a literatura seria expectável que as crenças em saúde, profissionais de saúde, e medicação, influenciassem a adesão aos tratamentos. Contudo, estudos realizados nesse sentido não demonstraram essa relação quanto à adesão ao regime terapêutico (French, Wade, & Farmer, 2013).

Outro aspeto reporta-se ao perfil do doente quanto aos comportamentos anteriores face à adesão à medicação. Molfenter, Bhattacharya e Gustafson (2012) num estudo realizado em 1433 inquiridos com DCV, revelaram que entre as crenças em saúde, o fator mais relacionado com a adesão às estatinas, foi a intenção comportamental.

Em síntese, as intervenções para alterar comportamentos de saúde, podem ser mais eficazes se o alvo se centrar nas crenças sobre o comportamento, em vez de crenças sobre a doença. Contudo, French et al. (2013) referiram que os resultados mais recentes têm ignorado este avanço, e focado em vez disso, a natureza das crenças sobre a doença, em detrimento dos fatores relacionados ao comportamento que teria maior impacto nos resultados de saúde do doente.

É sublinhada por estudos recentes a importância de compreender os problemas e expectativas dos doentes, tais como a tomada de decisão compartilhada e a confiança. Para os profissionais de saúde entre os quais os enfermeiros, entender as razões da não-adesão é uma parte fundamental da arte do cuidar. A lista de possíveis motivos para a não-adesão é ampla, e muitos deles só podem ser descobertos através de uma comunicação centrada no doente, durante o processo de colaboração.

Em suma, o enfermeiro também desempenha funções de

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADESÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS

educador, como um meio para o doente conseguir recursos e como um suporte para o doente no sentido de potenciar o seu nível de preparação para participar no processo de decisão e envolvimento na gestão clínica da doença e aumentar o grau de responsabilidade individual e social, sobre a evolução da doença e qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Aggarwal, B., & Mosca, L. (2010). *Lifestyle and psychosocial risk factors predict non-adherence to medication*. *Ann Behav Med.*, 40 (2), 228-33. doi:10.1007/s12160-010-9212-6.
- Albert, N. M. (2008). *Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease*. *Crit Care Nurse*, 28 (5), 54-64.
- Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholde, R., Czajkowski, S. M., ... Granger, C. B. (2011). *Medication adherence: A call for action*. *Am Heart J.*;162(3):412-424. doi:10.1016/j.ahj.2011.06.007
- Bowry, A. D., Shrank, W. H., Lee, J. L., Stedman, M., & Choudhry, N. K. (2011). *A systematic review of adherence to cardiovascular medications in resource-limited settings*. *J Gen Intern Med.*; 26(12):1479-1491. doi:10.1007/s11606-011-1825-3
- Chaudhry, H. J., & McDermott, B. (2008). *Recognizing and improving patient nonadherence to statin therapy*. *Curr Atheroscler Rep.*, 10(1), 19-24.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). *Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos*. *Psicologia, Saúde & Doença*; 2(2):81-100.
- DGS (2013). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Departamento da Qualidade na Saúde. Norma Direção Geral de Saúde número 020/2011 atualizada a 19/03/2013
- French, D. P., Wade, A. N., & Farmer, A. J. (2013). *Predicting self-care behaviours of patients with type 2 diabetes: The importance of beliefs about behaviour, not just beliefs about illness*. *J Psychosom Res.*, 74 (4), 327-333. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.008
- Gordon, K., Smith, F., & Dhillon, S. (2007). *Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems*. *Patient Educ Couns*65(3):407-415. doi:10.1016/j.pec.2006.09.012
- Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). *Medication Adherence: Its Importance in Cardiovascular Outcomes*. *Circulation.*, 119 (23), 3028-3035. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986
- Instituto Nacional de Estatística. (2008). *The demographic changes in Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jin, J., Sklar, G. E., Oh, M. S. V., & Li, C. S. (2008). *Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective*. *Ther Clin Risk Manag.*, 4 (1), 269-286. doi:org/10.2147/TCRM.S1458
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redo'n J., Zanchetti, A., Bohm, M., ... , Zannad, F., Task Force Members. (2013). *ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*. *J Hypertens* 2013; 31:1281-1357. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc.
- McHorney, C. A. (2009). *The Adherence Estimator: A brief, proximal screener for patient propensity to adhere to prescription medications for chronic disease*. *Curr Med Res Opin*;25(1):215-238. doi:10.1185/03007990802619425
- Molfenter, T. D., Bhattacharya, A., & Gustafson, D. H. (2012). *The roles of past behavior and health beliefs in predicting medication adherence to a statin regimen*. *Patient Prefer Adherence*, 6, 643-651. doi:10.2147/PPA.S34711
- Pereira M. G., & Silva, N. S. (1999). *Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos. Avaliação Psicológica. Formas e Contextos*;5:52-57.
- Pestana M. H., & Gageiro J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Polónia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazaré, J. (2014). *Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade*. *The PHYSAsstudy. Journal of Hypertension*, 32:1211–1221. doi:10.1097/HJH.0000000000000162
- Sanfélix-Gimeno G., Peiró S., Ferreros I., Pérez-Vicente R., Librero J., Catalá-López F, ... Tortosa-Nácher, V. *Adherence to evidence-based therapies after acute coronary syndrome: A retrospective population-based cohort study linking hospital, outpatient, and pharmacy health information systems in Valencia, Spain*. *J Manag Care Pharm.* 2013;19(3):247-257.
- Schüz, B., Marx, C., Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Schwarzer, R., & Tesch-Römer, C. (2011). *Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses*. *J Psychosom Res.*, 70 (2), 179-187. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.07.014
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). *Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 39 (Suplemento). Retrieved from http://www.sphta.org.pt/pdf/guidelines_31Janeiro2014-FINAL.pdf
- World Health Organization. (2011). *Global status report on non communicable diseases, 2010*. Geneva: Author. Retrieved from http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- Wu, J. R., Lennie, T. A., Chung, M. L., Frazier, S. K., Dekker, R. L., Biddle, M. J., & Moser, D. K. (2012). *Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure*. *Heart & Lung*, 41 (2), 107-114. doi:10.1016/j.hrtlng.2011.09.009