

# QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E ADESÃO AO TRATAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Jadiel Fellipe Santana Santos<sup>1</sup>, Ana Carolline Rodrigues Lima<sup>1</sup>, Clarissa Maria Dias Mota<sup>2</sup>,  
Cristiane Franca Lisboa Gois<sup>3</sup>, Gabriela Menezes Gonçalves de Brito<sup>4</sup>, Íkaro Daniel de Carvalho Barreto<sup>5</sup>

**Objetivo:** avaliar a qualidade de vida (QV), sintomas depressivos e adesão ao tratamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). **Metodologia:** estudo do tipo descritivo exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado com a população de 155 usuários. Foram utilizados quatro instrumentos para a coleta de dados: um para caracterização sócio-demográfica e clínica, o Medical Outcomes Study 36 (SF-36), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MTA). Os dados foram analisados segundo testes estatísticos e regressão linear simples. **Resultados:** o domínio mais comprometido da QV foi Aspecto físico (Média = 49,0); 34,8% apresentaram disforia, e 14,2% depressão moderada; 76,8% aderiram ao tratamento. **Conclusão:** as atividades avaliadas no domínio Aspecto físico da QV foram as mais comprometidas. A maioria dos sujeitos apresentou alteração psicológica e aderiu ao tratamento medicamentoso.

**Descritores:** Qualidade de vida; Hipertensão; Depressão; Adesão à medicação.

### QUALITY OF LIFE, DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ADHERENCE TO TREATMENT OF PEOPLE WITH HYPERTENSION

**Objective:** to evaluate the quality of life (QOL), depressive symptoms and adherence to treatment of people with Hypertension. **Methodology:** the study type is descriptive exploratory, cross-sectional and quantitative approach, with a total of 155 user as a target population. For data collection, four instruments were used: one for sociodemographic and clinical characterization, the Medical Outcomes Study 36 (SF-36), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Measurement of Treatment Adherence (MTA). Data analyzes was performed with statistic tests and linear regression. **Results:** the most compromised domain of QOL was physical aspect (mean = 49.0); 34.8% of subjects had dysphoria, and 14.2% moderate depression; 76.8% had adhered to treatment. **Conclusion:** the activities evaluated in the physical domain of QOL were the most compromised. Most of subjects showed psychological change and adhere to drug treatment.

**Descriptors:** Quality of life; Hypertension; Depression; Medication adherence.

### CALIDAD DE VIDA, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHESIÓN A LAS PERSONAS CON TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN

**Objetivo:** evaluar la calidad de vida (CV), síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento de las personas con hipertensión arterial sistêmica (HAS). **Metodología:** estudio exploratorio descriptivo, transversal y de enfoque cuantitativo, realizado con 155 usuarios. Se utilizaron cuatro instrumentos para la recolección de datos: un para la caracterización sociodemográfica y clínica, el Medical Outcomes Study 36 (SF-36), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Medición de la adherencia al tratamiento (MTA). Para análisis de los datos se realizaron testes estadísticos y análisis de regresión lineal. **Resultados:** La zona más afectada de la CV fue el aspecto físico (media = 49,0); 34,8% tenían disforia, y el 14,2% depresión moderada; 76,8% adhiere al tratamiento. **Conclusión:** las actividades evaluadas en el dominio de aspecto físico de CV son los más comprometida. La mayoría mostró cambio psicológico y se adhieren al tratamiento farmacológico.

**Descritores:** Calidad de vida; Hipertensión; Depresión; Adherencia a la medicación.

<sup>1</sup>Enfermeiro. Universidade Federal de Sergipe, UFS.

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestranda. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UFS.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Email: Gabriela.menezes.g@hotmail.com

<sup>5</sup>Estatístico. Mestre em Estatística. Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica que apresenta elevada morbimortalidade e constitui um dos principais fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares<sup>(1)</sup>.

Em 2014, o Brasil apresentava cerca de 126 milhões de pessoas com HAS cadastradas; dessas, em torno de 100 milhões residiam na zona urbana. No mesmo período, foram registradas pouco mais de um milhão de internações por doenças do aparelho circulatório; dessas, em torno de 75 mil por complicações decorrentes da HAS essencial ou primária, o que representou a sexta maior causa de internação entre as doenças do aparelho circulatório, gerando um gasto de aproximadamente 26 milhões de reais aos cofres públicos<sup>(2)</sup>.

As mudanças impostas pela doença crônica na vida das pessoas podem se refletir negativamente na qualidade de vida (QV)<sup>(3)</sup>. No contexto do indivíduo com HAS, os domínios da qualidade de vida que têm sido identificados como mais comprometidos são Capacidade funcional<sup>(4)</sup>, Aspectos físicos<sup>(5)</sup> e Vitalidade<sup>(6)</sup>.

Além disso, estudos também têm pesquisado a relação da QV com a depressão<sup>(5)</sup>, assim como com a adesão ao tratamento medicamentoso<sup>(7)</sup>. A depressão pode interferir negativamente na QV de pessoas com HAS<sup>(5)</sup>, como também a baixa adesão ao tratamento pode estar associada à pior QV e à depressão<sup>(7)</sup>.

Resultado de um estudo de revisão sistemática, que teve como objetivo examinar a força e a consistência das evidências sobre a relação entre depressão e adesão aos medicamentos anti-hipertensivos, concluiu que, embora os estudos tenham revelado existir relação entre depressão e baixa adesão, não é possível concluir definitivamente essa relação em virtude da heterogeneidade dos estudos, no que diz respeito à avaliação da depressão e adesão, bem como das inconsistências nos resultados<sup>(8)</sup>.

Assim, considerando a elevada prevalência e morbidade associada à HAS, a relação entre QV, depressão e adesão ao tratamento, o número reduzido de artigos desenvolvidos com essa temática, o presente estudo teve como objetivo avaliar a QV, a presença de sintomas depressivos e a adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com HAS acompanhadas por uma Equipe de Saúde da Família (ESF) do município de Aracaju, estado de Sergipe.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa realizado com pessoas com HAS, acompanhadas na Atenção Primária de Saúde, no ano de 2012.

A população foi constituída por todas as pessoas/

usuários acompanhados por uma ESF do município de Aracaju, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, possuir indicação médica para o tratamento medicamentoso com anti-hipertensivo há pelo menos seis meses, ter realizado última consulta com o médico da ESF há pelo menos seis meses, possuir pelo menos duas consultas médicas e duas de enfermagem no último ano e apresentar condições clínicas (físicas e psicológicas) para responder aos instrumentos.

Foram selecionados 172 usuários hipertensos, no entanto, quatro estavam internados, nove não foram localizados e quatro recusaram-se a fazer parte da pesquisa, obtendo-se um total de 155 participantes.

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE - 0328.0.107.107-11).

As pessoas que concordaram participar da pesquisa foram orientadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta foi realizada inicialmente consultando os prontuários. Em seguida, os pesquisadores entrevistaram de forma individual cada participante nas suas residências, iniciando pela caracterização sócio demográfica e clínica dos participantes. Para avaliar a QV, foi utilizado o *Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form (SF-36)*, em sua versão traduzida e validada para o português do Brasil<sup>(9)</sup>, com 36 questões agrupadas em oito componentes. A medida do questionário varia em uma escala de zero a 100; quanto maior a pontuação, melhor será a QV<sup>(9)</sup>.

Foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), em sua versão traduzida e validada para o português<sup>(10)</sup>, composto por 21 itens, cuja intensidade varia de zero (0) a três (3). O total possível para a escala varia de zero a 63, com maiores valores indicando maior depressão<sup>(11)</sup>.

Utilizou-se o instrumento denominado Medida de Adesão aos Tratamentos (MTA)<sup>(12)</sup>, composto por sete itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos. Os valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens, variando de um a seis, e posteriormente transformados numa escala dicotômica (Aderente/Não aderente)<sup>(13)</sup>.

Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas, de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. Também foram realizados testes estatísticos: teste de Mann Whitney para comparação das médias dos domínios do SF-36, do BDI e do MTA frente às variáveis: sexo, presença de companheiro (a), prática de atividade física e uso de medicação controlada; teste de correlação de Spearman para avaliar a correlação entre os domínios do SF-36, BDI e MTA com as variáveis: idade, renda

familiar e número de medicações em uso.

Foi utilizada regressão linear simples para investigar a relação entre domínios do SF-36 e BDI com variáveis sociodemográficas. Foi utilizado o teste T de *student* para avaliar a significância das variáveis, bem como foram apresentadas as variáveis significativas em modelos multivariados quando houve. A consistência interna dos domínios do SF-36, do BDI e do MTA foi calculada utilizando a *Alfa de Cronbach*. O nível de significância para os testes realizados foi de 0,05 e o software utilizado foi o R *Core Team 2015*.

## RESULTADOS

Os participantes apresentaram idade média de 62,6 anos, a maioria era do sexo feminino (119, 76,8%), possuía companheiro (a) (83, 53,5%), declarava-se não negra (71,7%) e tinha o 1º grau completo ou incompleto (101, 65,2%). Com relação ao exercício de atividade laboral, dez (6,5%) trabalhavam, 15 (9,7%) estavam desempregados, 98 (63,2%) aposentados ou eram pensionistas e 32 (20,6%) se enquadravam em outras situações (trabalho em casa, afastado pelo INSS). A renda individual era de R\$ 548,9 ± R\$ 512,1. A maior parte não praticava atividade física regularmente (102, 65,8%) e não fazia uso de medicação controlada (123, 79,4%).

Foi calculada consistência interna dos instrumentos de medida utilizados. Os valores para os domínios do SF-36 variaram de 0,619 (Estado Geral de Saúde) a 0,942 (Aspectos Emocionais). O BDI apresentou valor igual a 0,81 e o MTA 0,78.

A análise descritiva das medidas utilizadas para avaliar a QV, sintomas depressivos e adesão ao tratamento está apresentada na tabela 1.

**Tabela 1** – Análise descritiva dos domínios do SF-36, BDI e MTA. Aracaju - SE, 2012.

Variáveis	Média (D.P)	Mediana	Intervalo
<b>Componentes do SF-36</b>			
Aspecto Físico	49,03 (44,5)	50	0 - 100
Dor	59,8 (28,2)	61	0 - 100
Estado Geral de Saúde	60,2 (22,5)	62	0 - 100
Capacidade Funcional	62,3 (29,4)	65	0 - 100
Vitalidade	62,4 (23,3)	65	0 - 100
Saúde Mental	69,1 (24,3)	76	0 - 100
Aspecto Emocional	75,0 (41,0)	100	0 - 100
Aspecto Social	79,5 (27,7)	100	0 - 100
BDI	12,3 (8,1)	11	0 - 48
MTA	35,0 (6,6)	37	9 - 42

D.P.: Desvio Padrão

Quando foi avaliada a presença de sintomas depressivos a partir de estratos<sup>(11)</sup>, 67 (43,2%) não os apresentaram, 54 (34,8%) apresentaram disforia, oito (5,2%) estado depressivo leve, 22 (14,2%) depressão moderada, quatro (2,6%) depressão grave.

Com relação à adesão ao tratamento medicamentoso, considerando a possibilidade de avaliação dos resultados utilizando escala dicotômica, 36 (23,2%) não aderiam ao tratamento e 119 (76,8%) aderiam.

Os homens apresentaram melhor avaliação em seis dos oito domínios do SF-36, Capacidade funcional, Dor, Estado geral de saúde, Aspecto emocional, Saúde mental e Vitalidade ( $p < 0,05$ ). As mulheres apresentaram melhor avaliação nos domínios Aspectos físicos e sociais ( $p < 0,05$ ). Com relação à avaliação do BDI e MTA frente ao sexo, as diferenças de média foram discretas, assim como na avaliação dos domínios do SF-36, do BDI e do MTA com o estado civil.

Quando avaliada a QV frente ao uso de medicação controlada, o grupo que não fazia uso apresentou melhor avaliação em todos os domínios, sendo essa diferença estatisticamente significativa nos domínios Aspectos emocionais e Saúde mental ( $p < 0,05$ ). O grupo que fazia uso de medicação controlada apresentou maior valor médio no BDI, quando comparado ao que não fazia uso, e essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Já com relação ao MTA, as diferenças foram discretas.

Quanto à prática de atividade física, os que praticavam também apresentaram melhor avaliação em todos os domínios, sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) para seis dos oito domínios do SF-36: Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade e Saúde mental. O grupo que praticava exercício físico apresentou menor média no BDI, sugerindo menor probabilidade de apresentar sintomas depressivos ( $p < 0,05$ ) e maior adesão, todavia a diferença no MTA foi mínima.

Foi utilizada regressão linear simples para investigar a relação entre domínios do SF-36 e BDI com variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda individual e trabalho). Foi utilizado o teste T de *student* para avaliar a significância dos parâmetros, bem como foram apresentadas as variáveis significativas em modelos multivariados quando houve.

A tabela 2 demonstra os resultados significativos das regressões lineares para os domínios do SF-36 Capacidade funcional, Vitalidade, Aspecto emocional e Saúde mental, assim como para o BDI.

**Tabela 2** - Regressão Linear para Capacidade Funcional, Vitalidade, Aspecto Emocional, Saúde Mental e BDI Bruto. Aracaju, 2012.

	IC 95%				
	B	EP	Inf	Sup	p
<b>Capacidade Funcional</b>					
Intercepto	80,5	8,93	62,98	98,01	<0,001
<b>Trabalho</b>					
Empregado (Referência)	-	-	-	-	-
Desempregado	6,83	11,53	-29,44	15,78	0,554
Aposentado ou Pensionista	-23,71	9,38	-42,10	-5,33	0,011
Outro	-12,06	10,23	-32,13	8,00	0,239
<b>Vitalidade</b>					
Intercepto	59,87	2,09	55,77	63,98	<0,001
<b>Sexo</b>					
Masculino	10,96	4,34	2,44	19,47	0,012
Feminino(Referência)	-	-	-	-	-
<b>Aspecto Emocional</b>					
Intercepto	66,88	4,74	57,6	76,17	<0,001
Renda Individual (R\$ 1,00)	0,015	0,006	0,002	0,027	0,019
<b>Saúde mental</b>					
Intercepto	62,29	2,76	56,88	67,69	<0,001
Renda Individual (R\$ 1,00)	0,012	0,004	0,005	0,02	0,001
<b>BDI Bruto</b>					
Intercepto	16,08	1,53	13,07	19,09	<0,001
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto (Referência)	-	-	-	-	-
Ensino fundamental	-3,79	1,72	-7,16	-0,41	0,03
Ensino médio	-7,03	2,33	-11,59	-2,46	0,003
Ensino superior	7,92	7,98	-7,72	23,56	0,321

B - Parâmetro estimado; EP - Erro Padrão; IC - Intervalo de Confiança de 95%;  
Inf - Inferior; Sup - Superior

A correlação entre as medidas SF-36, BDI e MTA também foi avaliada. Todos os domínios do SF-36 apresentaram correlação negativa com o BDI, que variou de moderada (Capacidade funcional ( $r = -0,408$ ,  $p = 0,00$ ) Aspectos físicos ( $r = -0,374$ ,  $p = 0,00$ ), Dor ( $r = -0,349$ ,  $p = 0,00$ ), Estado geral de saúde ( $r = -0,466$ ,  $p = 0,00$ ), Vitalidade ( $r = -0,0444$ ,  $p = 0,00$ ), Aspectos sociais ( $r = -0,405$ ,  $p = 0,00$ ), Aspecto emocional ( $r = -0,442$ ,  $p = 0,00$ ) a forte magnitude (Saúde mental ( $r = -0,016$ ,  $p = 0,00$ )). Quanto à avaliação do SF-36 com o MTA, as correlações foram positivas e fracas ( $r < 0,30$ ), e do BDI com o MTA, negativas e fracas.

## DISCUSSÃO

Algumas características sócio-demográficas da população se assemelham a de outros estudos como, prevalência do sexo feminino, idade, existência de companheiro(a) <sup>(4,6)</sup> e baixa escolaridade <sup>(6)</sup>.

Os indivíduos que fizeram parte da amostra apresentavam problemas para realizar atividades profissionais e/ou domésticas, devido sua saúde física (Capacidade funcional), assim como em outro estudo <sup>(5)</sup>.

A ausência ou diminuição de atividade laboral está diretamente associada à capacidade funcional, com o grupo de indivíduos que estavam aposentados ou eram pensionistas, tendo apresentado diminuição da Capacidade funcional de 23,71 pontos, quando comparados aos que trabalhavam.

A média de idade dos indivíduos foi acima de 60 anos. Nesse sentido, um estudo que avaliou a capacidade funcional de idosos, tendo estabelecido como incapacidade funcional quando o idoso referia não conseguir realizar determinada atividade da vida diária, necessitando de ajuda de terceiros, identificou que a maioria dos idosos da amostra apresentou HAS e incapacidade funcional <sup>(14)</sup>.

A orientação sobre a importância da adoção de um estilo de vida saudável é fundamental no tratamento da HAS. Dentre essas recomendações, está a prática de atividade física <sup>(1)</sup>. No presente estudo, o grupo que praticava atividade física apresentou melhor avaliação da QV e menos sintomas depressivos. Nesse sentido, um estudo de revisão sistemática, também concluiu que existe associação positiva entre essas variáveis <sup>(15)</sup>.

Os homens apresentaram melhor QV considerando todos os domínios do SF-36. Esse resultado é semelhante ao apresentado em outro estudo realizado com 246 indivíduos hipertensos com algumas características sócio-demográficas parecidas <sup>(6)</sup>. O domínio Vitalidade, que avalia a frequência com que cada indivíduo sente-se cheio de energia e vontade ou, por outro lado, cansado e esgotado, foi o que apresentou diferença estatisticamente significativa, influenciado pelo sexo, o que foi confirmado no modelo de regressão linear.

As mulheres vivem mais e apresentam mais comprometimento da saúde quando comparadas aos homens, assim como possuem mais dificuldade para desenvolver as atividades da vida diária, demonstrando maior incapacidade funcional, mais sintomas e QV inferior a dos homens <sup>(16)</sup>.

A renda individual interferiu na QV. Maior renda, melhor avaliação da qualidade de vida no Aspecto emocional e Saúde mental. Em outro estudo, entretanto, o domínio Capacidade funcional foi o que obteve melhor avaliação entre as pessoas com HAS que tinham melhor renda <sup>(6)</sup>.



Aplicando estatística bivariada, foi observado que todos os domínios do SF-36 se correlacionaram com o BDI. O sinal negativo das correlações sugere que a presença de sintomas depressivos pode impactar negativamente a QV dos indivíduos com HAS que fizeram parte da amostra.

Quando avaliada a presença de sintomas depressivos e sua relação com o nível de escolaridade, indivíduos analfabetos apresentaram maior probabilidade de desenvolver sintomas de depressão quando comparados com os que cursaram ensino fundamental e médio. Tal resultado vem ao encontro de estudo cujos autores identificaram maior prevalência de depressão entre os indivíduos com menor escolaridade<sup>(17)</sup>.

Embora já tenha sido identificada correlação entre presença de sintomas depressivos e adesão ao tratamento medicamentoso<sup>(7)</sup>, no presente estudo, essa correlação foi fraca ( $r < 0,30$ ). Apesar do sentido ter sido negativo, sugere que a presença de sintomas depressivos diminui a adesão. As

diferenças de resultados podem ser atribuídas às diferenças regionais e socioeconômicas dos indivíduos e metodológicas dos estudos.

## CONCLUSÃO

O domínio da QV mais comprometido entre os participantes do estudo foi Aspecto físico. Para o sexo masculino, maior renda e desenvolver atividade laboral são variáveis relacionadas a uma melhor QV. A maioria apresentou alteração psicológica, que variou de disforia à depressão grave, assim como aderiu ao tratamento medicamentoso.

Os resultados desse estudo oferecem um diagnóstico do estado de saúde percebido pelos indivíduos e da sua adesão ao tratamento medicamentoso. Subsidiaram, assim, o planejamento da assistência de enfermagem voltada a esse público, com vistas à promoção da saúde e prevenção de complicações e, por conseguinte, a uma melhoria da QV.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: indicadores de saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acessado em 17 de novembro de 2015. DATASUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2014 [citado 2015 mar 10]. Disponível em: <http://datasus.gov.br>
3. Azevedo ALS de; Silva RA da; Tomasi, E; Quevedo L de Á. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2013; 29(9):1774-82.
4. Ogunlana MO, Adedokun B, Dairo MD, Odunaiya NA. Profile and predictor of health-related quality of life among hypertensive patients in south-western Nigeria. BMC Cardiovasc Disord. 2009; 17 (9):1-8.
5. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Coelho LF, Gonçalves ID, Figueiredo Neto JA. Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos e Comparação entre dois Instrumentos de Medida de QVRS. Arq Bras Cardiol. 2012; 98(5):442-51.
6. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. Arq. Bras. Cardiol. 2013; 100(2):164-74.
7. Krousel-Wood M, Islam T, Muntner P, Holt E, Joyce C, Morisky DE, Webber LS, Frohlich ED. Association of depression with antihypertensive medication adherence in older adults: cross-sectional and longitudinal findings from Cosmo. Ann Behav Med. 2010; 40(3):248-57.
8. Eze-Nliam CM, Thombs BD, Lima BB, Smith CG, Ziegelstein RC. The association of depression with adherence to antihypertensive medications: a systematic review. J Hypertens. 2010 Sep; 28(9):1785-95.
9. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey- SF-36" [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997.
10. Gorenstein, C, Andrade, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Rev Psiquiatr Clín. 1998; 25(5):245-50.
11. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingrain RE. Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. Cognit Ther Res. 1987; 11(3): 289-99.
12. Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psic, Saude & Doenças. 2001; 2(2):81-100.
13. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. Rev. Latino-Am. Enferm. 2009; 17(1):46-51.
14. Ferreira PC dos S, Tavares DM dos S, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1):29-35.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
16. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. 32. Rio de Janeiro, 2013.
17. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Rev. psiquiatr. clín. 2012; 39(6):194-7.