

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

# **Avaliação da aderência terapêutica em pacientes com insuficiência cardíaca crônica.**

De Oliveira Carvalho, María Fernanda.

Cita:

De Oliveira Carvalho, María Fernanda (2011). *Avaliação da aderência terapêutica em pacientes com insuficiência cardíaca crônica*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/287>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA TERAPÊUTICA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA

De Oliveira Carvalho, María Fernanda  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil

---

## RESUMEN

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo, lo que representa un impacto significativo sobre la mortalidad de la población. Entre las enfermedades cardiovasculares son la insuficiencia cardíaca crónica (ICC), considerado uno de los más graves de este siglo, debido a su elevada prevalencia. Se estima que entre la mitad y dos tercios de los ingresos por insuficiencia cardíaca se pueden prevenir a través de un mejor cumplimiento de la misma, se propone revisar la literatura sobre los comportamientos de adhesión en los pacientes con esta enfermedad, la búsqueda de posibles marcadores e indicadores comportamiento, así como los instrumentos que se utilizan actualmente con fines de investigación y evaluación de este aspecto. El comportamiento de cumplimiento implica muchos factores diferentes, que exigen una investigación a través de la evaluación psicológica de identificar aquellos que pueden favorecer o dificultar el seguimiento adecuado del tratamiento, teniendo en cuenta las estrategias de intervención.

### Palabras clave

Insuficiencia cardíaca Evaluación psicológica

## ABSTRACT

### ASSESSMENT OF ADHERENCE THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

According to data from the World Health Organization (WHO), cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide, accounting for significant impact on mortality of the population. Among the cardiovascular disease is chronic heart failure (CHF), considered one of the most severe this century due to its high prevalence. It is estimated that between half and two thirds of admissions for HF are preventable through better adherence to treatment, therefore, it is proposed to review the literature concerning compliance behaviors in patients with this disease, seeking possible markers and indicators behavioral as well as the instruments that are being currently used for research purposes and evaluation of this aspect. The compliance behavior involves many different factors, which requires research through the psychological evaluation to identify those which favor or hinder the appropriate follow-up treatment, possible intervention strategies.

### Key words

Heart Failure Psychological evaluation

## INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo, e desde a década de 60 lideram as causas de óbito no país, sendo responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira (Ferreira, Peixoto, Barbosa & Silveira, 2010).

A OMS aponta fatores concomitantes a exemplo de alimentação inadequada, sedentarismo e tabagismo como os mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, entretanto, Jurkiewicz e Romano (2009) apontam que o estresse relacionado ao ambiente de trabalho, problemas pessoais e familiares também representam risco de morbidade. Os fatores de risco considerados tradicionais, como hipercolesterolemia, tabagismo, sedentarismo, hipertensão, diabetes e obesidade, não foram encontrados em 35% dos casos de doença arterial coronariana (DAC) documentada, em países da América Latina, de acordo com os referidos autores.

Pugliese et al. (2007) citam estudos nos quais a abordagem conjunta composta por tratamento clínico, aliado a um programa de intervenção para controle de diversos fatores de risco, por meio de orientação educativa ou intervenção comportamental, é mais eficaz na redução da taxa de morbidade e mortalidade cardiovascular, em comparação com tratamento exclusivamente farmacológico. Nesse sentido, fatores de risco psicológicos têm sido implicados no desencadeamento e na progressão da doença cardiovascular, estando associados com o estado de saúde prejudicada (Spindler, Kruse, Zwisler & Pedersen, 2009).

Dentre as doenças cardiovasculares encontra-se a insuficiência cardíaca crônica (ICC), considerada uma das mais graves deste século devido à sua alta prevalência. Tal doença não só aumenta mortalidade e reduz a qualidade de vida das pessoas afetadas, mas é também a principal causa do aumento das despesas de saúde, devido aos altos índices de internação (Braun et al., 2011).

Tendo em vista os apontamentos atuais da literatura, e considerando a magnitude das doenças cardíacas, em especial a ICC, o objetivo deste trabalho é fazer uma discussão da literatura que refere comportamentos de adesão em pacientes que apresentam tal doença, buscando possíveis marcadores e indicadores comportamentais, bem como os instrumentos que vêm sendo utilizados atualmente com fins de investigação e avaliação deste aspecto.

## **AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA TERAPÊUTICA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA**

A insuficiência cardíaca pode ocorrer em decorrência de qualquer condição que determine a diminuição do bombeamento de sangue pelo coração. A causa, em geral, é a redução da contratilidade do músculo cardíaco, decorrente da diminuição do fluxo sanguíneo coronário, embora a deficiência de bombeamento também possa ser causada por lesão das válvulas cardíacas, pressão externa em torno do coração, deficiência de vitamina B, doenças primárias do músculo cardíaco, ou por qualquer outra anormalidade que torne o coração uma bomba pouco eficiente (Guyton & Hall, 2002).

A falta de uniformidade universal no conceito da insuficiência cardíaca dificulta a comparação entre os seus dados epidemiológicos entre diferentes países. Estima-se que nos Estados Unidos da América a insuficiência cardíaca apresente prevalência de 5,5 milhões de casos, com incidência de 550 mil casos novos por ano, e com mortalidade de 300 mil pacientes por ano, além de custos relacionados de aproximadamente 35 bilhões de dólares, sendo a primeira causa de internação na faixa etária acima dos 65 anos. No Brasil, a insuficiência cardíaca já se tornou a primeira causa de internação hospitalar em pacientes acima de 60 anos de idade e a sexta causa de internação em pacientes entre 15 e 59 anos, com gasto estimado acima de 225 milhões de reais, somente no ano de 2004 (Fiorelli et al., 2008).

A Organização Mundial de Saúde conceitua o termo "adesão a tratamentos crônicos" como o grau de comportamento de um indivíduo representado pela ingestão de medicamento, pelo cumprimento da dieta, pelas mudanças no estilo de vida e pela correspondência e concordância em relação às recomendações de um médico ou outro profissional. Denomina como "dimensões" os fatores que afetam a adesão, classificando-os em cinco grupos: fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde, fatores relacionados às condições socioeconômicas, fatores relacionados à terapêutica e fatores relacionados ao paciente e à doença.

Pierin et al. in Carvalho (2006) consideram que existem diferentes níveis de adesão, no nível mais elevado estão os pacientes aderentes, ou seja, aqueles que seguem totalmente o tratamento, e no lado oposto estão os desistes, aqueles que abandonam o tratamento; existem ainda os persistentes, dentro do grupo dos não aderentes, que são aqueles indivíduos que comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento. Muzzarelli et al. (2010), consideram que intervenções com vistas à otimização da adesão do paciente ao seu regime médico, e melhora do comportamento de auto-cuidado, tem se mostrado eficaz na prevenção de internações não planejadas e melhora do resultado em pacientes. Hauptman in Farrell et al. (2011) estima que entre metade a dois terços das internações por IC são evitáveis ??através de melhor aderência ao tratamento.

Considerando a adesão um fenômeno comportamental, afirma-se que as crenças sobre a doença e tratamento estão associadas com a autogestão em uma sé-

rie de condições. Crenças relacionadas aos sintomas que as pessoas associam à sua doença, crenças relativas à duração percebida da doença (linha do tempo), e crenças sobre a possibilidade de cura ou de controlabilidade da doença (controle pessoal e de tratamento) são alguns exemplos (Molloy et al., 2009). Para os autores, as crenças do paciente sobre a duração da insuficiência cardíaca como uma doença, e as conseqüências dessa condição, podem ser importantes determinantes da adesão à medicação. Por outro lado, é possível que os pacientes decidam interromper intencionalmente ou intermitentemente os medicamentos prescritos, se os vêem como desnecessários na gestão de uma doença que é permanente e tem conseqüências graves. Nesse sentido, as expectativas podem mudar o comportamento de saúde, melhorar a qualidade de vida, e reduzir a utilização de cuidados por pacientes com insuficiência cardíaca (Smeulders, Haastregt, Hoef, Eijk & Kempen, 2006).

A baixa adesão ao tratamento pode estar associada a diversos fatores, desde problemas sócio-econômicos, distúrbios psicológicos e prejuízos cognitivos, até as características da doença e a complexidade do tratamento; o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente, em contrapartida, é um dos fatores que contribui à adesão ao tratamento (Castro et al., 2010). Farrell, Shen, Mallon, Penedo e Antoni (2011) consideram que entre os pacientes com insuficiência cardíaca, a adesão é associada positivamente com a crença de que os medicamentos são benéficos, e na auto-eficácia para ultrapassar barreiras. Isto sugere que fatores relacionados à personalidade e atitudes em relação à medicação e auto-eficácia pode predizer adesão aos medicamentos, e que a avaliação da personalidade pode ser útil na investigação clínica.

Em se tratando das orientações medicamentosas, Wal et al. (2005) discutem que o aumento da complexidade do esquema terapêutico pode resultar em uma diminuição de adesão, e que o não cumprimento com medicação, dieta ou restrição hídrica diminui a eficácia do tratamento prescrito e expõe o paciente à desestabilização clínica, o que pode levar a um aumento dos sintomas de insuficiência cardíaca. Desse modo, no que se refere ao uso de medicamentos, pode-se dizer que os fatores relacionados ao esquema de adesão são a quantidade prescrita, a estabilidade do regime e o número de doses diárias; quanto mais medicamentos, mais doses ou mudanças na medicação, maior o não cumprimento; em contrapartida, o maior contato com o provedor de cuidados de saúde no ambulatório está positivamente relacionado à adesão ao medicamento (Wal et al., 2005).

Considerando a discussão realizada acima, bem como a necessidade de se identificar os fatores associados à não adesão entre esses pacientes no sentido de propor formas alternativas de intervenção, com vistas ao aumento de comportamentos aderentes, alguns autores vêm buscando apresentar métodos que avaliem a adesão ao tratamento. Castro et al. (2010) desenvolveram

uma pesquisa cujo objetivo foi descrever a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes admitidos com insuficiência cardíaca descompensada; para tal, utilizaram-se da escala de adesão de Morisky, composta de quatro questões dicotômicas com escore variando de 0 (alta adesão) a 4 (baixa adesão), e de questionário próprio de conhecimento da doença e auto-cuidado. Em se tratando da escala de Morisky, os pacientes foram considerados com alto grau de adesão quando as respostas para todas as perguntas foram negativas, e quando três ou quatro respostas foram afirmativas, estes foram classificados com baixo grau de adesão. Acerca do tratamento não farmacológico, investigado por meio do questionário, os pacientes foram considerados aderentes quando realizavam três ou quatro cuidados propostos; caso realizassem dois ou menos, como não aderentes. Em estudo realizado por Delgado e Lima (2001), foi construída uma medida de adesão aos tratamentos medicamentosos com sete itens, sendo os itens 1, 2, 3 e 4 adaptados da escala de Morisky. De um modo geral, os autores encontraram resultados que proporcionaram confiança quanto à consistência interna e quanto à validade concorrente da medida de adesão aos tratamentos, com resposta na forma de escala de Likert.

Outro instrumento, desenvolvido especificamente para insuficiência cardíaca, é o Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, composto por 21 questões relativas a limitações que, freqüentemente, estão associadas com o quanto a insuficiência cardíaca impede os pacientes de viverem como gostariam. O paciente deve considerar o último mês para responder aos questionamentos, cujas escalas para cada questão variam de 0 (não) a 5 (demais), onde o 0 representa sem limitações e o 5, limitação máxima. Essas questões envolvem uma dimensão física (de 1 a 7, 12 e 13) que estão altamente inter-relacionadas com dispnéia e fadiga, uma dimensão emocional (de 17 a 21) e outras questões (de número 8, 9, 10, 11, 14, 15 e 16) que, somadas às dimensões anteriores, formam o escore total. Esse subgrupo de questões, por não possuir um padrão usual de respostas, não foi agrupado como uma dimensão separada no questionário (Carvalho, Guimarães, Carrara, Bacal & Bocchi, 2009). Para Farrell et al. (2011), a razão provável para os baixos resultados entre os indivíduos com insuficiência cardíaca é o abandono da medicação.

De acordo com os autores, inventários de personalidade como o Behavioral Medicine Millon Diagnóstico (BMMD) têm sido utilizados para mostrar que traços indicam dificuldades com a adesão à medicação. O BMMD é um instrumento desenhado para avaliar a personalidade, considerando uma variedade de traços e comportamentos de saúde que podem afetar o ajustamento à doença e ao tratamento médico. A escala de abuso de medicação consiste em 10 itens, e foi desenvolvida para indicar se um indivíduo é susceptível de uso indevido de medicamentos prescritos. Os itens da escala dizem respeito a abuso de medicação com dificuldade de lembrar quais medicamentos tomar, reserva em compartilhar com ou-

tras pessoas temas de sua vida, esperança de que um irá readquirir a saúde, aumento da dose por conta própria, se a medicina não oferece alívio, entre outras questões em torno de adesão à medicação, atitudes e características de personalidade (Farrell et al., 2011). A escala de aderência problemática consiste em 16 itens, e foi concebida para avaliar a extensão em que um indivíduo negligencia a orientação médica, demonstrando desprezo. Os itens da escala dizem respeito ao cumprimento de instruções e expectativas das demais pessoas, investiga se a consulta médica aumenta crenças reconfortantes, a existência de rotina, e a tendência a mudar o estilo de vida com base em pareceres de um médico, entre outras questões em torno das características de comportamento, atitudes e personalidade. Altas pontuações nas duas escalas indicam uma maior probabilidade de demonstrar essas atitudes e comportamentos de negligência (Farrell et al., 2011). Os resultados do estudo apontam para a escala de uso abusivo de medicamentos como significativamente associada à adesão, bem como menor escolaridade, maior número de doenças co-mórbidas, maiores indicadores de hostilidade e depressão, e menores indicadores de apoio social. O item de uso abusivo de medicamentos relacionado com a importância da dor física foi significativamente associada com o item relacionado à cessação do medicamento devido ao fato de sentir-se melhor, o que demonstra a importância de enfatizar que muitos dos remédios devem continuar a ser tomados, independentemente dos sintomas físicos (Farrell et al., 2011).

Na pesquisa realizada com mulheres cardiopatas, Tamagnini (2009) utilizou-se do Teste de Relações Objetivas de Phillipson com fins de avaliação da dinâmica emocional destas, incluindo avaliação de aderência ao tratamento. Tal instrumento foi elaborado por Herbert Phillipson em 1955, sendo uma técnica projetiva que segue a Teoria das Relações Objetivas de Melanie Klein; composto por 13 lâminas, é solicitado ao paciente que relate histórias a partir do que vê, sendo convidado a falar sobre os personagens, o que aconteceu antes e depois naquele ambiente, envolvendo sentimentos, e que, ao final de cada uma, elabore um título à história contada. As lâminas favorecem o aparecimento de necessidades primitivas, controles egóicos e defesas, bem como fantasias e sentimentos, sendo a lâmina A1(1) recomendada em estudos que avaliam prognóstico, verificando como o paciente reage diante de uma situação nova (Tamagnini, 2009). De acordo com a autora acima, a pulsão de morte, identificada na lâmina BG(10), por exemplo, pode interferir negativamente nos cuidados relacionados ao tratamento dessas pacientes, apontando não adesão, nesse caso. Sentimentos de abandono, solidão e frustração, evocados pela lâmina A1(1) podem levantar a hipótese de desamparo, fator que também compromete, por vezes, o tratamento imposto.

Em estudo realizado por Carvalho (2006), com fins de caracterizar o perfil bio-psico-social de pacientes cardiopatas, no sentido de identificar fatores que possam interferir na adesão ao tratamento, utilizou-se o Ques-

tionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). O QSG contém 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos, que são apresentados e respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos, constituídos por cinco domínios inter-relacionados à saúde mental: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbio do sono, distúrbio psicossomático e um fator geral relacionado à severidade da doença mental. Os itens do domínio 1 destacam as experiências de tensão, impaciência, cansaço e sobrecarga; os itens do domínio 2 evidenciam o desejo de pôr fim à vida, visto que ela se apresenta como inútil, sem sentido e sem perspectiva; na análise do domínio 3, observa-se a consciência de ser capaz de desempenhar ou realizar tarefas diárias de forma satisfatória; os itens do domínio 4 se referem a problemas relacionados com o sono, tais como insônia e pesadelos; o fator 5 é composto por itens que expressam problemas de ordem orgânica, tais como mal-estar, dores de cabeça, fraqueza e calafrios, e o domínio geral pode ser interpretado como a soma de todos os domínios, avaliando dessa forma a saúde mental (Carvalho, 2006). Considerando os resultados apontados, os pacientes que deixam de tomar os medicamentos apresentaram nível mais elevado de estresse psíquico, menor auto-eficácia e severidade da ausência de saúde mental. Nesse sentido, os indivíduos que deixaram de tomar remédio por conta própria apresentaram probabilidade 4,3 vezes maior de ter o domínio de estresse alterado; acerca da auto-eficácia alterada, a probabilidade subiu para 4,6 vezes. Em relação ao sexo, as mulheres indicaram ser 3,9 vezes mais suscetíveis que os homens a apresentar alteração da severidade da ausência de saúde mental, o mesmo ocorrendo em relação à desistência de tomar medicamentos por conta própria, com probabilidade 3,3 vezes maior (Carvalho, 2006).

A utilização de medidas psicométricas não explica as razões de maior ou menor adesão aos tratamentos prescritos, mas constitui-se um pré-requisito para a detecção e posterior compreensão dos problemas e dificuldades a uma adesão adequada, possibilitando estratégias de atuação junto ao paciente (Delgado & Lima, 2001).

A insuficiência cardíaca, enquanto doença crônica ocasiona alterações na vida do indivíduo, seja em relação a hábitos de vida, mudança de papéis sociais, cuidados especiais com alimentação e frequência na realização de consultas médicas. Diante deste panorama, alguns pacientes não conseguem se adaptar a esta nova condição, provocando comportamentos inadequados, os quais prejudicam a compensação do problema cardíaco. O comportamento aderente envolve muitos e diferentes fatores, o que requer investigação aprofundada, por meio da avaliação psicológica, no sentido de identificar quais destes favorecem ou dificultam o seguimento adequado do tratamento, e promover maior conhecimento tanto à equipe de saúde quanto ao paciente, possibilitando estratégias de intervenção.

## CONCLUSÃO

Para se caracterizar a adesão terapêutica a discussão de uma série de fatores, sejam estes sócio-econômicos, físicos e psicológicos, entre outros devem estar presente e avaliada na sua intervenção. A avaliação da adesão em pacientes cardiopatas vem sendo realizada de maneiras diferentes, considerando objetivo da pesquisa, população estudada e instrumentos citados, ainda assim, há um número limitado de investigação nesse sentido, especialmente envolvendo uso de testes e inventários psicológicos. A ausência de adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca acarreta conseqüências importantes, tais como o agravamento de sintomas, levando por vezes a internações frequentes e índices elevados de mortalidade. Com isso, o acompanhamento necessita ser realizado de forma estreita com a equipe de saúde, a fim de que possa ser estabelecido um controle adequado da doença, bem como comportamentos e atitudes por parte do paciente que venham a comprometê-lo.

## BIBLIOGRAFÍA

Braun, V., Heintze, C., Rufer, V., Welke, J., Stein, T., Mehrhof, F., et. al. (2011). Innovative strategy for implementing chronic heart failure guidelines among family physicians in different healthcare settings in Berlin. *European Journal of Heart Failure*, 13, 93-99.

Carvalho, L. V. B. de. (2006). Características de pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores relacionados à adesão ao tratamento. Dissertação de mestrado não-publicada. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Carvalho, V. O., Guimarães, G. V., Carrara, D., Bacal, F., & Bocchi, E. A. (2009). Validação da Versão em Português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol*, 93 (1), 39-44.

Castro, R. A. de, Aliti, G. B., Linhares, J. C., & Rabelo, E. R. (2010). Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enfermagem* 31 (2), 225-231.

Delgado, A. B. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 81-100.

Farrell, K., Shen, B-J., Mallon, S., Penedo, F. J., & Antoni, M. H. (2011). Utility of the Millon Behavioral Medicine Diagnostic to Predict Medication Adherence in Patients Diagnosed with Heart Failure. *J Clin Psychol Med Settings*, 18, 1-12.

Fiorelli, A. I., Coelho, G. H. B., Junior, J. de L. O., & Oliveira, A. S. (2008). Insuficiência cardíaca e transplante cardíaco. *Rev Med*, 87(2), 105-120. Guyton, A. C., & Hall, J. E. (Eds). (2002). *Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara.

Jurkiewicz, R. & Romano, B. W. (2009). Doença Arterial Coronariana e Vivência de Perdas. *Arq Bras Cardiologia* 93 (3), 352-359.

Molloy, G. J., Gao, C., Johnston, D. W., Johnston, M., Witham, M. D., Struthers, A. D., et. al. (2009). Adherence to angiotensin-converting-enzyme inhibitors and illness beliefs in older heart failure patients. *European Journal of Heart Failure*, 11, 715-720.

Muzzarelli, S., Brunner-La Rocca, H., Pfister, O., Foglia, P., Moschovitis, G., Mombelli, G., et. al. (2010). Adherence to the medical regime in patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 12, 389-396.

Pugliese, R., Zanella, M. T., Blay, S. L., Plavinik, F., Andrade, M. A., & Galvão, R. (2007). Eficácia de uma Intervenção Psicológica no Estilo de Vida para Redução do Risco Coronariano. *Arq Bras Cardiologia* 89 (4), 225-230.

Smeulders, E. S. T. F., Haastregt, J. C. M. van, Hoef, E. F. M. van, Eijk, J. ThM. Van, & Kempen, G. I. J. M. (2006). Evaluation of a self-management programme for congestive heart failure patients: design of a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research* 91(6).

Spindler, H., Kruse, C., Zwisler, A-D., & Pedersen, S. S. (2009). Increased Anxiety and Depression in Danish Cardiac Patients with a Type D personality: Cross-Validation of the Type D Scale (DS14). *Int. J. Behav. Med.*, 16, 98-107.

Tamagnini, E. J. G. (2009). Transplante cardíaco: sistema tensional Inconsciente dominante e diagnóstico adaptativo operacionalizado de mulheres candidatas ao enxerto. Dissertação de mestrado não-publicada. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Wal, M. H. L. van der, Jaarsma, T, & Veldhuisen, D. J. van. (2005). Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *The European Journal of Heart Failure*, 7, 5 - 17.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>, acesso em 12 de abril de 2011