

RELIGIOSIDADE E ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

  Elias Ferreira Porto ^{1,*}
  Ana Maria Jora Ferracioli Pôrto ²
  Luciano Amorim Meirelles ³
  Miriam Sabino de Oliveira Pereira ⁴

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de riscos de mortalidade cardiovascular. A adesão ao tratamento é um desafio para a saúde pública. Logo, o objetivo do presente estudo foi avaliar se a religiosidade é um fator positivo na não descontinuação do tratamento farmacológico em pacientes com HAS. Foram avaliados cem indivíduos de ambos os sexos, hipertensos e com idade superior a 40 anos, divididos em dois grupos: Grupo I (composto dos que aderiram ao tratamento farmacológico para o controle da pressão arterial); e Grupo II (formado por aqueles que descontinuaram o tratamento medicamentoso). Aplicaram-se o questionário de perfil individual (NAHAS) e o questionário Morisky-Green, e para avaliar a religiosidade foi proposta uma questão-âncora: “Você se declara uma pessoa religiosa?”. As opções foram “sim, muito religiosa”, “sim, mediantemente religiosa” e “não sou religiosa”, assim, os participantes foram distribuídos dentro dos grupos conforme essas opções de religiosidade. Não houve diferença estatisticamente significativa tanto para adesão ao tratamento medicamentoso ($p = 0,78$) quanto para a não adesão ($p = 0,67$). Entretanto, entre os pacientes que declararam ser religiosos, a proporção de descontinuação do tratamento foi menor em 21%. Portanto, a religiosidade não se mostrou um fator positivo para impedir o abandono do tratamento medicamentoso, no entanto entre aqueles que informaram ser religiosos, a proporção de abandono do tratamento foi menor.

Palavras-chave: Hipertensão. Tratamento medicamentoso. Religiosidade. Estilo de vida.

¹ Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente no Mestrado em Promoção da Saúde no Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). Docente na Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL).

² Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: anaferracioli226@gmail.com.

³ Mestre em Promoção da Saúde, Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: luciano_meirelles@yhoo.com.br.

⁴ Mestre em Promoção da Saúde, Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: miriansabino75@gmail.com.

Submissão: 08/2023

Aceite: 03/2024

***Autor correspondente:**
profefiasfporto@gmail.com

Como citar

PORTO, E. F.; PORTO, A. M. J.; MEIRELLES, L. A.; PEREIRA, M. S. O. Religiosidade e adesão ao tratamento de pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial. **Práxis Teológica**, volume 20, número 1, e-2093, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25194/2317-0573.2024v20n1.e2093>.



ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is one of the main risk factors for cardiovascular mortality. Adherence to treatment is a challenge for public health. The objective of this work was to evaluate whether religiosity is a positive factor that leads to non-discontinuation of pharmacological treatment in patients with SAH. In this study, 100 individuals participated, of both sexes, hypertensive and over 40 years of age were evaluated, divided into two groups: Group I (made up of individuals who adhere to pharmacological treatment); and Group II (made up of individuals who discontinued drug treatment to control blood pressure, were administered an individual profile questionnaire (NAHAS) and a Morisky-Green questionnaire. An anchor question, "Do you declare yourself a religious person?", the options were "yes, very religious", "yes, moderately religious", and "I am not religious". Participants were distributed within groups according to religiosity. There was no statistically significant difference between adherence to medication treatment ($p = 0.78$) and non-adherence ($p = 0.67$). However, among patients who declared to be religious, the proportion of treatment discontinuation was lower at 21%. Religiosity did not prove to be a positive factor in preventing the abandonment of drug treatment; however, among those who declared to be religious, the proportion of treatment abandonment was smaller.

Keywords: Hypertension. Drug Treatment. Religiosity. Lifestyle.

INTRODUÇÃO

A investigação sobre a relação entre religiosidade e saúde foi negligenciada nos círculos científicos até pouco tempo atrás. Contudo, o interesse principalmente nas interações entre religiosidade e saúde mental e física começou a crescer ultimamente. Uma grande proporção de dados empíricos publicados sugere que o compromisso religioso apresenta associações positivas com melhores resultados de saúde física e mental. Existem relativamente poucos estudos que mostram nenhum efeito ou efeito negativo da religiosidade nos resultados de saúde. Apesar da evidência empírica, há achados inconclusivos nessa área, devido à escassez de trabalhos, razão por que há necessidade de uma investigação mais aprofundada (SOUZA, 2022; SOUZA et al., 2021). Um dos grandes problemas referentes à saúde de um grupo de pacientes é o abandono do tratamento medicamentoso, e possivelmente um comportamento de religiosidade possa modificar esse cenário (PARK et al., 2008; GUERRA et al., 2018).

Embora a adesão ao tratamento médico seja frequentemente considerada um caminho por meio do qual a religião exerce seus efeitos sobre a saúde, essa noção raramente tem sido examinada. Park et al. (2008) avaliaram as associações entre dimensões de religiosidade e adesão a orientações médicas em relação a comportamentos de saúde relevantes para sua doença em uma amostra de 202 pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC). A conclusão foi que a religiosidade pode ser facilitadora da aderência ao tratamento médico para paciente com doenças crônicas. Guerra et al. (2018), em estudo com pacientes hipertensos para verificar se o índice de religiosidade poderia estar relacionado a melhor controle da pressão arterial (PA), constataram que não houve tal associação. Diante dos dados, ficou evidenciado que esse índice não foi sensível o suficiente no sentido de identificar pacientes com melhor controle da PA após 120 dias de acompanhamento.

Desde meados do século XX, trabalhos mostram a relação entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e saúde (DIEGO CORDERO, 2016; DIEGO CORDERO; BADANTA ROMERO, 2017; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014). Essa ligação é destacada em áreas relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção de doenças (BYRNE; PRICE, 1979; LEVIN, 1994; LEVIN; VANDERPOOL,

1987; QUICENO; VINACCIA, 2009; VAUX, 1976), como é o caso da influência na adesão aos cuidados clínicos e tratamentos (BARRÍA; BEROÍZA; GUTIÉRREZ, 2016; STEWART et al., 2013; ABARZÚA IBAÑEZ et al., 2011; LAOS MANRIQUE, 2010). Diante desse cenário, o objetivo do presente estudo foi avaliar os efeitos positivos da religiosidade sobre a adesão ao tratamento medicamentoso para pacientes hipertensos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo de caráter exploratório com abordagem quantitativa. Ele envolve um grupo populacional de coorte específico localizado em unidades básicas de saúde e composto de pacientes com hipertensão e diabetes atendidos em uma Policlínica Universitária. O recrutamento e a entrevista foram realizados nos dias em que as pessoas tinham sessões de tratamento agendadas na policlínica; ali, aplicaram-se os questionários para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial que se adequavam aos critérios de inclusão. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP) e recebeu aprovação para início da coleta de dados.

Os pacientes foram classificados, a priori, em dois grupos: Grupo I (aderente); e Grupo II (abandono). Aderente foi considerado aquele que autodeclarou que faz uso regular do seu medicamento conforme prescrito e segue orientações recebidas da equipe de saúde. Já abandono foi considerado o indivíduo que autodeclarou que não faz uso regular da medicação conforme prescrito. Dentro desses grupos, ainda houve uma subdivisão para quem se declarou religioso e não religioso. Não participaram do estudo mulheres hipertensas gestantes e indivíduos hipertensos com idade inferior a 30 anos.

Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, classe social, tempo de doença (tempo decorrido desde o primeiro diagnóstico de hipertensão referido pelo paciente), pressão arterial classificada durante avaliação inicial, tratamento prévio (uso no passado de medicação anti-hipertensiva ou início do acompanhamento no ambulatório, já em uso de medicação), atividade física, tabagismo, alcoolismo, história familiar de hipertensão e danos em órgão-alvo (repercussões da hipertensão em órgãos como cérebro, coração, rins, retina e vasos periféricos), estilo de vida, efeitos colaterais da medicação, presença de orientação sobre o medicamento, custo do medicamento e hospitalizações.

Para avaliação do estilo de vida, foi aplicado o questionário perfil de estilo de vida saudável, que avalia os seguintes componentes: “nutrição”, “atividade física”, “comportamento preventivo”, “relacionamentos sociais” e “controle do estresse”. O instrumento é composto por 15 questões divididas de forma uniforme nesses cinco componentes. Cada questão possui uma escala Likert de resposta que varia de “0” a “3”, em que os valores “0” e “1” estão vinculados ao perfil de estilo de vida negativo, e “2” e “3” ao perfil de estilo de vida positivo (NAHAS, 2017).

A avaliação da adesão ao tratamento medicamento foi feita por meio do Morisky-Green, composto por quatro perguntas relacionadas ao uso de medicação em que é possível assinalar “sim” ou “não”. Conforme instruções de aplicação, quando houver ao menos uma resposta afirmativa para

qualquer uma das questões, o participante será considerado como não aderente ao uso de medicação (HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2008). Os dados estão apresentados em média e desvio-padrão. Para a análise da significância de diferenças de proporções (variáveis qualitativas) entre variáveis discretas dicotômicas, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado. Já nos casos em que a frequência esperada de determinado evento foi inferior a cinco, optou-se pelo Teste Exato de Fisher.

RESULTADOS

Neste estudo foram analisados dados de 100 participantes, distribuídos em dois grupos, obedecendo aos critérios de Morisky-Green: Grupo I (que aderiram ao tratamento medicamentoso para o controle da HAS); e Grupo II (que descontinuaram o tratamento medicamentoso). Verificou-se que 34% dos pacientes não aderiram ao tratamento medicamentoso, dos quais 61% declararam ser religiosos. Eles apresentaram melhor estilo de vida principalmente relacionado aos domínios “nutrição”, “relacionamentos sociais” e “controle do estresse” em comparação com os que informaram ser pouco ou não ser religiosos. Quanto aos que continuaram o tratamento, 88% disseram ser religiosos; eles tinham menor nível de pressão arterial sistólica e diastólica quando comparados aos que relataram ser pouco ou não ser religiosos (Tabela 1).

Tabela 1. Características antropométricas, clínicas, sociais e de estilo de vida dos participantes.

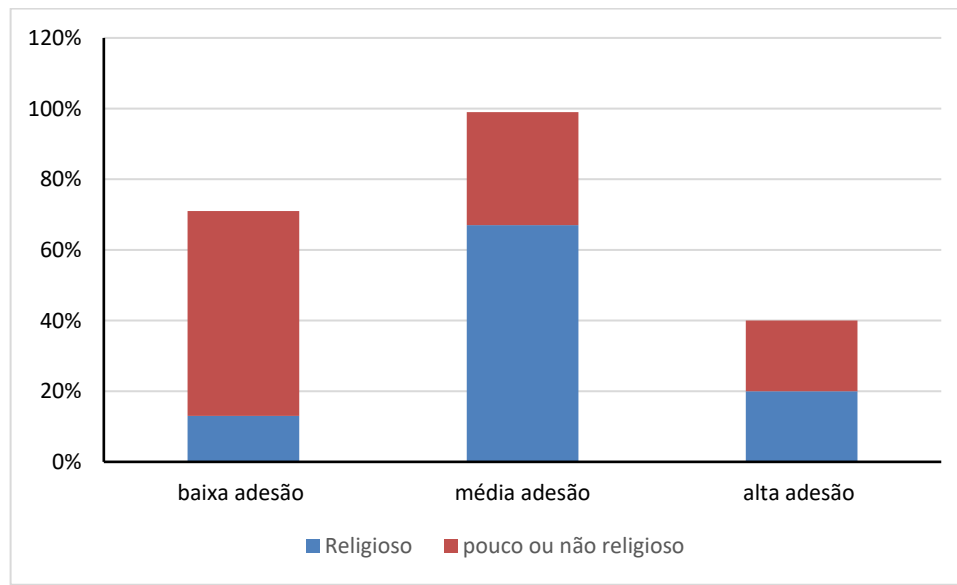
Variáveis	Descontinuou o tratamento			Continua o tratamento		
	n (34)		P	n (66)		p
	Religioso	Não religioso		Religioso	Não religioso	
PAS (mmHg)	141,3±22,0	131,3±25,0	Ns	134,5±19,4	154,5±12,4	0,008
PAD (mmHg)	99,1±15,3	96,1±15,3	Ns	87,1±15,5	107,1±15,5	0,008
Idade (anos)	63,7±9,0	60,7±7,0	Ns	63,1±9,2	63,1±9,2	0,37
IMC (kg/m ²)	30,66±5,72	32,66±5,72	Ns	28,4±5,2	27,4±5,2	0,44
Solteiro (%)	0	13		87	87	< 0,1
Divorciado (%)	0	56		87	87	< 0,1
PEVI total	36,3±7,0	26,3±7,0	0,02	29,8±6,1	27,8±6,1	0,45
Nutrição	5,21±1,95	4,21±1,95	0,05	5,94±2,13	5,84±2,13	0,14
Atividade física	3,88±3,02	3,08±3,02	Ns	3,63±2,56	3,83±2,56	0,44
Comportamento			Ns			0,43
Preventivo	5,34±2,12	4,34±2,12		5,72±2,02	5,22±2,02	
Relacionamentos sociais	6,56±2,29	4,56±2,29	0,01	6,31±2,29	6,01±2,29	0,64
Controle de estresse	6,17±2,44	5,17±2,44	Ns	6,05±2,29	5,05±2,29	0,44

PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica; IMC = índice de massa corporal; PEVI = perfil do estilo de vida individual; Ns: Não se aplica.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Para o grupo de pacientes que aderiram ao tratamento, avaliou-se a intensidade de tal adesão: baixa, média e alta. Constatou-se que os participantes religiosos aderiram mais fortemente ao tratamento, ao passo que o outro grupo apresentou baixa adesão (Figura 1).

Figura 1. Avaliação da forma de adesão ao tratamento medicamento para religiosos e pouco ou não religiosos



Fonte: Elaboração própria, 2023.

DISCUSSÃO

O principal objetivo do presente estudo foi avaliar se a religiosidade interfere na adesão do tratamento medicamentoso para o paciente com hipertensão arterial sistêmica. Dentre os principais achados, ficou evidenciado que ela não influi positivamente na aderência, entretanto os religiosos têm adesão mais forte do que os não religiosos.

Há disparidade de resultados nos estudos analisados. Alguns indicam uma relação positiva entre R/E e adesão terapêutica, já em outros observa-se efeito oposto. Um dos exemplos mais conhecidos da correlação negativa é entre terapia contraceptiva e religiosidade (CARVAJAL; GAVILANEZ, 2014). Outras vezes, a influência é mista (PEETERS et al., 2015; ZAGOŹDŹON; WROTKOWSKA, 2017). Nesses estudos com pacientes diabéticos e com patologia mental, respectivamente, há casos em que a R/E melhora a adesão, e outros em que ocorre o contrário. A depressão e a religiosidade não se correlacionaram com a adesão, ao passo que para a espiritualidade a correlação foi positiva segundo os resultados de Álvarez et al. (2016) em pacientes com insuficiência cardíaca.

No caso do HIV/AIDS, uma das doenças mais abordadas nos estudos selecionados, a adesão terapêutica está relacionada à supressão da carga viral, o que diminui o risco de morbidade, mortalidade e posterior transmissão do vírus. De acordo com Tymejczyk et al. (2016), essa patologia está associada a um encurtamento da vida. Isso amplia a importância da adesão ao tratamento e levanta problemas espirituais ou religiosos (GROSSOEHME et al., 2013). A esse respeito, os resultados de Lyon et al. (2011) também coincidem: eles identificam que os jovens com HIV/AIDS são mais propensos a perguntar-se “Será que Deus me abandonou?”. Nesse caso, a espiritualidade adolescente foi associada a menos ansiedade e depressão e melhor adaptação a doenças crônicas.

Park e Nachman (2010) também detectaram maior pontuação religiosa na melhor adesão ao tratamento em adolescentes com HIV. No entanto, Vyas et al. (2014) obtiveram resultados opostos. As pessoas menos aderentes ao tratamento antirretroviral eram as que acreditavam que Deus não se afastaria delas, frequentavam regularmente serviços religiosos, rezavam e meditavam.

A utilização da espiritualidade como método para lidar com doenças crônicas pode estar relacionada positiva ou negativamente com a adesão ao tratamento farmacológico, dependendo do tipo de enfrentamento. A adesão é maior com estilos positivos, referindo-se a confiar no apego a Deus, encontrar sentido na vida e estar espiritualmente conectado com outras pessoas (GROSSOEHME et al., 2016). O estilo de enfrentamento negativo – associado à pior adesão – refere-se à falta de apego a Deus, às dificuldades em encontrar o sentido da vida e às lutas espirituais. Essas lutas incluem questionar a existência de Deus, duvidar do amor ou dos atos divinos ou redefinir o estressor como um castigo de Deus ou ato de um poder maligno (FREITAS et al., 2015).

As crenças convencionais em Deus como fonte de conforto, apoio e ajuda para lidar com os estressores parecem estar associadas a uma melhor adesão, ao passo que as crenças fundamentalistas nos poderes divinos para curar impedem alguns pacientes de continuarem o tratamento farmacológico (TUMWINE; NEEMA; WAGNER, 2012). Por outro lado, Hobbs (2010) constatou que a adesão à medicação não estava relacionada ao bem-estar espiritual, ao apoio social ou à confiança no médico. Contudo, foi encontrada correlação positiva significativa entre o bem-estar espiritual e a confiança no médico, o que poderia ser um fator favorável a essa adesão.

Em relação aos elementos da R/E que favorecem a adesão ao tratamento, alguns trabalhos merecem destaque. Estudo que abordou a adesão à terapia hormonal oral em mulheres com câncer mostrou que 94% aderiram durante o Ramadã. Embora esse percentual tenha sido inferior ao relatado em meses sem jejum (96%), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. A manutenção dessa adesão durante o Ramadã foi facilitada pelos horários não complexos desses medicamentos e pela relativa ausência dos seus efeitos secundários. Dessa forma, as mulheres, em vez de consumirem drogas durante o dia, faziam-no à noite, momento em que comer e beber são permitidos pelo Islã (ZEENELDIN; GABER; TAHA, 2012). Esses fatores também poderiam explicar as diferenças obtidas no estudo de Hanif et al. (2013), em que durante o jejum do Ramadã o tratamento com vildagliptina resultou em melhor adesão em comparação às sulfonilureias em pacientes muçulmanos com diabetes mellitus. Embora Dávila Soto, García Bustamante e Saavedra Huanuiri (2014) tenham enfatizado que fatores que favorecem a adesão aos antidiabéticos orais, como estado civil, escolaridade e presença de outras patologias crônicas, aspectos culturais ou de crenças não são mais levados em consideração.

CONCLUSÃO

A religiosidade não se mostrou um fator positivo para impedir o abandono do tratamento medicamentoso, entretanto entres aqueles que declararam ser religiosos a proporção desse abandono foi menor.

REFERÊNCIAS

ABARZÚA IBÁÑEZ, F. *et al.* **Relación entre la adherencia a la terapia farmacológica y factores del usuario, su enfermedad y tratamiento en adultos mayores autovalentes polimedicados del CESFAM Federico Puga, Chillán Viejo.** Doctoral Thesis – Faculty of Health Sciences and Food. Nursing School. University of BÍO-BÍO, Chile, 2011.

ÁLVAREZ, J. S. *et al.* Associação entre espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, n. 6, p. 491-501, 2016.

BARRÍA, D.; BEROÍZA, R.; GUTIÉRREZ, F. **Percepción de pacientes mapuche que se atienden en control de crónicos del Cesfam niebla, en relación a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico.** Doctoral Thesis. Universidad Austral de Chile. Faculty of Medicine. Nursing School, 2016.

BYRNE, J. T.; PRICE, J. H. In sickness and in health: The effects of religion. **Health Education**, v. 10, n. 1, p. 6-10, 1979.

CARVAJAL, E. L. M.; GAVILANEZ, A. A. M. **Conocimientos y uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en la prevención del embarazo, en los/las adolescentes que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Latacunga, en el periodo de abril 2013 a marzo 2014.** Doctoral Thesis – University of Bolivar, 2014.

DÁVILA SOTO, R. A.; GARCÍA BUSTAMANTE, N. A.; SAAVEDRA HUANUIRI, K. J. Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: Variables asociadas. **In Iquitos-2013.** Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos, 2014.

DIEGO CORDERO, R. **Nuevos movimientos religiosos: la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días en Sevilla.** 256 f. Doctoral Thesis – Universidad de Sevilla, Sevilla, 2016.

DIEGO CORDERO, R.; BADANTA ROMERO, B. Impactos na saúde das práticas e crenças religiosas associadas à Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. **Jornal de Religião e Saúde**, 56, 1371, 2017.

FREITAS, T. H. *et al.* Religious coping and its influence on psychological distress, medication adherence, and quality of life in inflammatory bowel disease. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 3, p. 219-227, 2015.

GROSSOEHME, D. H. *et al.* Adolescents' spirituality and cystic fibrosis airway clearance treatment adherence: examining mediators. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 41, n. 9, p. 1022-1032, 2016.

GROSSOEHME, D. H. *et al.* I honestly believe God keeps me healthy so I can take care of my child: Parental use of faith related to treatment adherence. **Journal of Health Care Chaplaincy**, v. 19, n. 2, p. 66-78, 2013.

GUERRA, G. M. *et al.* Religiosity Index and Quality of Life in the search for better blood pressure control. **Mundo da Saude**, v. 42, n. 4, p. 932-957, 2018.

HANIF, W. *et al.* Treatment adherence with vildagliptin compared to sulphonylurea as add-on to metformin in Muslim patients with type 2 diabetes mellitus fasting during Ramadan. **Current Medical Research and Opinion**, v. 29, n. 7, p. 807-811, 2013.

HOBBS, M. A. **The characteristics of adherent, Black, HIV + women:** The influence of spirituality, social support and trust in physician on medication adherence and CD4 cell count. 2010. Disertaciones de acceso abierto, 398.

LAOS MANRIQUE, S. V. **Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama.** Doctoral Thesis – Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2010.

LEVIN, J. S. Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it casual? **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 11, p. 1475-1482, 1994.

LEVIN, J. S.; VANDERPOOL, H. Y. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. **Social Science and Medicine**, v. 24, n. 7, p. 589-600, 1987.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999-2013). **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014.

LYON, M. E. *et al.* Spirituality in HIV-infected adolescents and their families: FAMily CEntered (FACE) advance care planning and medication adherence. **Journal of Adolescent Health**, v. 48, n. 6, p. 633-636, 2011.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida:** conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Florianópolis: Edição do autor, 2017.

PARK, C. L. *et al.* Religiousness and treatment adherence in congestive heart failure patients. **Journal of Religion, Spirituality & Aging**, v. 20, n. 4, p. 249-266, 2008.

PARK, J.; NACHMAN, S. The link between religion and HAART adherence in pediatric HIV patients. **AIDS Care**, v. 22, n. 5, p. 556-561, 2010.

- PEETERS, B. *et al.* Understanding adherence to medication among patients of Turkish descent with type 2 diabetes: A qualitative study. **Ethnicity and Health**, v. 20, n. 1, p. 87-105, 2015.
- QUICENO, J.; VINACCIA, S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. **Diversitas. Perspectivas en psicología**, v. 5, n. 2, p. 321-336, 2009.
- SOUZA, A. C. **Capelania Hospitalar**. Indaial: UNIASSELVI, 2022.
- SOUZA, A. C. *et al.* Spiritualities, religions and theologies: possibilities in health promotion?. **Práxis Teológica**, v. 17, n. 1, p. e1572, 2021.
- STEWART, W. C. *et al.* Review of clinical medicine and religious practice. **Journal of Religion and Health**, v. 52, n. 1, p. 91-106, 2013.
- TUMWINE, C.; NEEMA, S.; WAGNER, G. Reasons why high religiosity can co-exist with and precipitate discontinuation of anti-retroviral therapy among different HIV clients in Uganda: An exploratory study. **Religions**, v. 3, n. 3, p. 817-832, 2012.
- TYMEJCZYK, O. *et al.* HIV care and treatment beliefs among patients initiating antiretroviral treatment (ART) in Oromia, Ethiopia. **AIDS & Behavior**, v. 20, n. 5, p. 998-1008, 2016.
- VAUX, K. Religion and health. **Preventive Medicine**, v. 5, n. 4, p. 522-536, 1976.
- VYAS, K. J. *et al.* Assessing baseline religious practices and beliefs to predict adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. **AIDS Care**, v. 26, n. 8, p. 983-987, 2014.
- ZAGOŹDŹON, P.; WROTKOWSKA, M. Religious beliefs and their relevance for treatment adherence in mental illness: A review. **Religions**, v. 8, n. 8, p. 150, 2017. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel8080150>
- ZEENELDIN, A. A.; GABER, A. A.; TAHA, F. M. Does fasting during Ramadan trigger non-adherence to oral hormonal therapy in breast cancer patients? **Journal of the Egyptian National Cancer Institute**, v. 24, n. 3, p. 133-137, 2012.