



DOENÇAS CRÔNICAS CARDIOVASCULARES E ADESÃO AO TRATAMENTO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

 <https://doi.org/10.56238/levv16n48-064>

Data de submissão: 16/04/2025

Data de publicação: 16/05/2025

Ana Laura Mouro Cervi

Graduanda pelo Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF
E-mail: analauramourocervi@outlook.com

Julia Bindo Garcia

Graduanda pelo Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF
E-mail: juliagarcia2001@outlook.com

Valéria Beghelli Ferreira

Orientadora e Dra.
Psicóloga- Docente
Doutorado
E-mail: valbeghelli@yahoo.com.br

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as causas mais relevantes de elevadas taxas de mortalidade e são, também, responsáveis pelo crescimento da morbidade, incapacidade, invalidez precoce, diminuição de qualidade de vida, além de elevados custos diretos e indiretos para os sistemas de saúde. A adesão ao tratamento de doenças crônicas cardiovasculares é um desafio multifacetado que envolve fatores relacionados ao paciente, ao tratamento, às condições socioeconômicas e ao sistema de saúde. Este trabalho objetivou identificar e compreender as doenças crônicas cardiovasculares e os fatores que influenciam a adesão ao tratamento bem como as repercussões, visto suas complexidades e benefícios. O trabalho foi estudo exploratório, transversal de natureza observacional e abordagem qualitativa, construído por meio de uma revisão narrativa. Os resultados destacam que a não adesão ao tratamento é influenciada por uma combinação de fatores, incluindo a falta de compreensão da doença, barreiras socioeconômicas, falta de apoio familiar, preocupações com efeitos colaterais e questões relacionadas ao sistema de saúde. A relação médico-paciente é crucial na promoção da adesão, além da comunicação eficaz e da tomada de decisão compartilhada. A percepção do paciente sobre a gravidade da doença e as consequências da não adesão também são determinantes importantes. Portanto, as abordagens integradas, que incluem educação contínua dos pacientes, simplificação dos regimes de tratamento, suporte financeiro e acesso facilitado aos serviços de saúde, são fundamentais para melhorar a adesão ao tratamento. Compreender as causas e motivações da não adesão permite o desenvolvimento de intervenções eficazes que promovam a continuidade do tratamento e melhorem os desfechos clínicos, reduzindo significativamente as complicações associadas às doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento. Doenças cardiovasculares. Tratamento não medicamentoso.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as causas mais relevantes de elevadas taxas de mortalidade no Brasil e mundo. São também responsáveis pelo crescimento da morbidade, incapacidade, invalidez precoce, diminuição de qualidade de vida, além de elevados custos diretos e indiretos para o sistema de saúde (Gomes, et al., 2021).

Nos últimos dois séculos, a revolução tecnológica e industrial, acompanhada por mudanças econômicas e sociais significativas, ocasionou uma transformação radical no perfil de morbimortalidade populacional. Emergiu uma prevalência expressiva de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas as doenças cardiovasculares (Brasil, 2006).

Segundo Gianetta e Gallina (2020) estima-se que mais de 50% das DCV poderiam ser prevenidas a partir do controle dos fatores de riscos metabólicos. Para a autora, dentre os fatores de risco mais importantes estão a hipertensão arterial sistêmica, a dislipidemia, diabetes mellitus, o tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada, resistência à insulina, obesidade abdominal e antecedentes familiares. Adicionalmente, fatores sociodemográficos, culturais, alimentares e comportamentais têm uma influência considerável como indicadores de causa, morbidade e mortalidade prematura (Gianetta; Gallina, 2020).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2021), apesar de evidências científicas significativas no papel das medidas não farmacológicas no tratamento das doenças cardiovasculares e dos esforços para garantir a integralidade terapêutica, o controle destas ainda não é considerado satisfatório. Sendo que a falha no alcance das metas clínicas envolve uma multiplicidade de complexos fatores, sendo um dos principais a baixa adesão ao tratamento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adesão como a extensão na qual o comportamento do paciente coincide com o plano de cuidados acordado com os profissionais de saúde. É um fenômeno multidimensional que se dá pela interação de cinco fatores: sistema e equipe de saúde; fatores socioeconômicos; fatores relacionados ao paciente; fatores relacionados à doença e fatores relacionados ao tratamento. Desse modo, a adesão do paciente às condutas médicas é um processo complexo, o qual não depende unicamente de sua vontade, demandando estratégias fundamentadas a partir de uma boa relação médico-paciente para que tenha sucesso (Gusmão; Jr, 2006).

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (Lima et al., 2010, p.114).



Diante do exposto é que este trabalho se justifica na medida em que busca investigar e compreender o processo de adesão ao tratamento não medicamentoso das doenças crônicas cardiovasculares, bem como as repercussões de sua não realização na visão médica e do paciente, visto suas complexidades e benefícios.

2 DOENÇAS CRÔNICAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares são um grupo de patologias que acometem o coração e os vasos sanguíneos e, atualmente, representam uma das principais causas de mortalidade no Brasil e no mundo. Tais desordens caracterizam-se por uma evolução crônica e quando descompensadas podem desencadear eventos cardiovasculares como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular encefálico (Organização Panamericana da Saúde, 2020)

Há fatores de risco modificáveis e não modificáveis que influenciam nessas patologias. Entre os fatores não modificáveis estão idade, sexo e hereditariedade. Indivíduos do sexo masculino em idades mais jovens apresentam maior propensão, enquanto as mulheres têm maior risco após a menopausa. Os fatores de risco modificáveis englobam padrão alimentar inadequado, tabagismo, sedentarismo e outras comorbidades como obesidade e diabetes mellitus (Ribeiro; Cotta; Ribeiro, 2012)

Em relação aos mecanismos fisiopatológicos envolvidos, Geier e Bonazza (2018) ressaltam que, nas doenças cardiovasculares crônicas, pode-se citar a aterosclerose, na qual ocorre a formação de placas de gordura nas paredes das artérias, um processo relevante em muitas das patologias presentes nessa classe de doenças.

A hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca e dislipidemia são patologias que fazem parte da composição do grupo de doenças cardiovasculares crônicas. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2021)

Historicamente, o aumento das doenças cardiovasculares coincidiu com a urbanização e a industrialização, que trouxeram mudanças significativas nos estilos de vida. Alhejely et al. (2023) afirmam que a transição nutricional, com aumento do consumo de alimentos processados ricos em gorduras saturadas, açúcares e sal, juntamente com a redução da atividade física, contribuiu para o aumento de fatores de risco como obesidade, hipertensão e diabetes. Além disso, os autores destacam que o tabagismo se tornou uma prática comum, exacerbando ainda mais os riscos (Alhejely et al., 2023).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2025), a maioria das doenças cardiovasculares pode ser prevenida por meio da abordagem de fatores comportamentais de risco, utilizando estratégias para a população em geral, formulando políticas de saúde que criam ambientes propícios para escolhas saudáveis e acessíveis.



Portanto, para que as pessoas a adotem e mantenha comportamentos saudáveis é necessário que potencializem estas estratégias e também que se leve em conta os determinantes subjacentes das doenças cardiovasculares, um reflexo das principais forças que regem mudanças sociais, econômicas e culturais – globalização, urbanização e envelhecimento da população. Outras determinantes dessas enfermidades incluem pobreza, estresse e fatores hereditários (Organização Panamericana da Saúde, 2025).

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

A hipertensão arterial crônica é uma condição comum que afeta milhões globalmente e é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCVs) como acidente vascular cerebral (AVC) e infarto do miocárdio (Theodoridis et al., 2023).

Ela é caracterizada pelo aumento persistente da pressão arterial nos vasos sanguíneos, resultante de uma combinação de fatores genéticos e ambientais. A rigidez arterial, frequentemente associada à aterosclerose e ao envelhecimento, aumenta o risco de lesões endoteliais e formação de placas ateroscleróticas (Theodoridis et al., 2023).

Estudos indicam que fatores como estresse psicossocial, estilo de vida sedentário, estresse diário e dietas ricas em sódio desempenham um papel significativo na hipertensão (Patterson et al., 2021).

Patterson et al. (2021) ainda ressaltam que a hipertensão é conhecida como "assassina silenciosa" por geralmente não apresentar sintomas até que a pressão esteja extremamente elevada. Os sintomas podem incluir dores de cabeça intensas, fadiga, visão turva, dor no peito e dificuldade para respirar, mas são inespecíficos e podem não ser reconhecidos.

Os autores ainda apontam que, além das terapias farmacológicas e mudanças no estilo de vida, o manejo da HR envolve educação contínua do paciente para garantir a compreensão e a adesão ao regime terapêutico prescrito. A comunicação eficaz entre profissionais de saúde e pacientes é essencial para alcançar resultados positivos e reduzir complicações (Lamirault et al., 2020).

Em resumo, o manejo da hipertensão resistente requer uma abordagem multifacetada, que inclui mudanças no estilo de vida, terapias farmacológicas, tecnologias emergentes e uma comunicação eficaz entre médicos e pacientes. A identificação precisa de verdadeira-RHTN e pseudo-RHTN é fundamental para a escolha do tratamento correto e a melhoria dos resultados clínicos a longo prazo (Lamirault et al., 2020).

2.1.1 Abordagens para o Controle da Hipertensão: Tratamento Não Farmacológico

Para Theodoridis et al. (2023), as mudanças no estilo de vida são fundamentais no controle da hipertensão. A dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), que incentiva o aumento do

consumo de frutas, vegetais, grãos integrais e laticínios com baixo teor de gordura, além da redução do sódio, mostra-se altamente eficaz no risco de desenvolver hipertensão.

A prática de atividade física regular, especialmente exercícios combinando componentes aeróbicos e de resistência, é outra estratégia essencial, com impacto positivo na saúde cardiovascular. (Ojangba et al., 2023). Intervenções de mHealth, como aplicativos de smartphones, têm mostrado potencial para aumentar a atividade física e promover mudanças de comportamento entre pacientes com DCVs (Patterson et al., 2021).

Fujiwara et al. (2023) destacam o telemonitoramento médico como uma abordagem eficaz, permitindo o monitoramento contínuo da pressão arterial com feedback em tempo real, o que aumenta a adesão ao tratamento e fortalece a comunicação entre pacientes e médicos.

Adicionalmente, López Ferreruela et al. (2024) ressaltam a importância do suporte social e familiar, argumentando que o envolvimento de familiares e cuidadores auxilia na manutenção do regime terapêutico. No entanto, desafios como a necessidade de dispositivos acessíveis e infraestrutura adequada ainda limitam o alcance dessas abordagens, segundo Ruberti et al. (2021). Apesar disso, com avanços tecnológicos e políticas adequadas, espera-se que soluções inovadoras fortaleçam o manejo da hipertensão e promovam melhores resultados clínicos.

2.1.2 Tratamento Farmacológico da Hipertensão: Terapia Anti-Hipertensiva

A terapia anti-hipertensiva é crucial para o controle adequado da pressão arterial (PA) e a prevenção de complicações cardiovasculares. No entanto, a adesão e a persistência ao tratamento são desafios significativos. Parati et al. (2021) ressaltam a eficácia da terapia combinada de pílula única (SPC) em comparação com a terapia combinada de equivalente livre (FEC), destacando os fatores que influenciam a adesão, persistência e controle da PA. Os pacientes em tratamento com SPCs demonstraram maior persistência ao longo do tempo, sendo menos propensos a descontinuar a terapia. Essa abordagem simplificada minimiza a complexidade do tratamento, promovendo melhores resultados clínicos e maior controle da pressão.

A persistência à medicação, ou a continuidade do uso da medicação ao longo do tempo, é outro aspecto crucial. Pacientes que receberam SPCs foram significativamente menos propensos a descontinuar a terapia em comparação com aqueles que receberam FECs. A terapia SPC simplifica o regime de tratamento e reduz a complexidade, o que ajuda a manter os pacientes no tratamento por períodos mais longos (Parati et al., 2021).

3 DISLIPIDEMIA

A dislipidemia é um distúrbio metabólico caracterizado por anomalias nos níveis de lipídios no sangue, incluindo colesterol total, lipoproteína de alta densidade (HDL), lipoproteína de baixa

densidade (LDL) e triglicerídeos. Essas alterações lipídicas são fatores de risco significativos para DCV, uma das principais causas de morbidade e mortalidade global (Patterson et al., 2021).

Patterson et al. (2021), complementam que a hipercolesterolemia é uma condição caracterizada por níveis elevados de colesterol LDL no sangue. Já a hipertrigliceridemia refere-se a níveis elevados de triglycerídeos no sangue. Níveis elevados de triglycerídeos estão associados a um aumento do risco de pancreatite aguda e contribuem para a aterogênese. O acúmulo de triglycerídeos nos tecidos pode também levar à resistência à insulina, um precursor de diabetes tipo 2 (Patterson et al., 2021).

Para Patterson et al. (2021), frequentemente a Dislipidemia é assintomática. No entanto, em alguns casos, pode haver sinais visíveis, como depósitos de gordura na pele ou ao redor dos olhos, conhecidos como xantomas e xantelasmas. Seu diagnóstico é geralmente feito por meio de lipidograma, incluindo colesterol total, LDL, HDL e triglycerídeos. Os autores ainda complementam que o manejo da dislipidemia envolve mudanças no estilo de vida e, em alguns casos, medicamentos. As estatinas são a classe de medicamentos mais comumente usadas, mas outros medicamentos, como fibratos, niacina e inibidores da absorção de colesterol, também podem ser usados (Patterson et al., 2021).

3.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO NA DISLIPIDEMIA

O tratamento farmacológico é uma abordagem possível na dislipidemia. Quando as mudanças no estilo de vida não são suficientes para alcançar os níveis lipídicos desejados, a terapia farmacológica torna-se necessária. As estatinas são a classe de medicamentos mais amplamente utilizada para reduzir os níveis de LDL-C. Elas atuam inibindo a enzima HMG-CoA redutase, responsável pela síntese de colesterol no fígado, resultando em uma diminuição significativa dos níveis de LDL-C e na redução do risco de eventos cardiovasculares (Park; Tickle; Cutler, 2022).

Além das estatinas, Banach et al. (2022) destacam que outros medicamentos, como os inibidores da PCSK9, como evolocumabe, alirocumabe, que promovem a depuração do LDL-C do plasma ao aumentar a reciclagem dos receptores hepáticos de LDL, sendo eficazes em pacientes com hipercolesterolemia familiar ou resistente a estatinas.

Patterson et al. (2021) reforçam que, além das estatinas, os fibratos aumentam os níveis de HDL e reduzem triglycerídeos ao ativar o receptor PPAR- α , enquanto a niacina, embora efetiva, pode ser limitada pelos efeitos colaterais. O ezetimibe, que inibe a absorção de colesterol no intestino, complementa as estatinas ao potencializar seus efeitos. Patterson et al. (2021) também sublinham a eficácia dos inibidores da PCSK9 em melhorar a remoção de LDL-C ao inibir a degradação dos receptores hepáticos, oferecendo uma abordagem moderna e eficaz para o manejo da dislipidemia. E por fim Patterson et al. (2021) destacam os inibidores da PCSK9, medicamentos como alirocumabe e

evolocumabe que são uma classe mais recente de inibidores que aumentam a remoção de LDL do sangue ao inibir a degradação dos receptores de LDL no fígado

3.2 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO DISLIPIDEMIA

Segundo Oliveira et al. (2016), o tratamento não medicamentoso da dislipidemia utiliza medidas específicas para controle da hipercolesterolemia e da hipertrigliceridemia, individualizadas para cada paciente. A alimentação é o ponto central da terapia, destacando-se a substituição de ácidos graxos saturados por poli-insaturados, que estão associados a menor risco cardiovascular (Siri-Tarino et al., 2015 apud Oliveira et al., 2016).

O consumo excessivo de gorduras saturadas e trans deve ser evitado, pois esses alimentos elevam os níveis de LDL e aumentam o risco de lesões ateroscleróticas, conforme Wang et al. (2016). Já o controle da hipertrigliceridemia inclui a redução de açúcares e carboidratos na dieta (Pruss; Bergheim, 2009) e outras práticas, como cessação do tabagismo, controle de peso, diminuição de álcool e atividades físicas regulares (Faludi et al., 2017). Essas intervenções reforçam a importância de mudanças no estilo de vida para melhorar os parâmetros lipídicos e reduzir o risco cardiovascular.

4 METODOLOGIA

O trabalho foi estudo exploratório, transversal de natureza observacional e abordagem qualitativa. Construído por meio de uma revisão narrativa a pesquisa foi realizada em bases reconhecidas de dados que deram suporte ao tema.

A Revisão Narrativa (RN) é uma forma não sistematizada de revisar a literatura. É importante para buscar atualizações a respeito de um determinado assunto dando ao revisor suporte teórico em curto período. Como a RN inclui um processo mais simplificado de revisar a literatura, a questão de pesquisa pode ser mais ampla ou pouco específica e abordar um tema de forma livre, sem rigor metodológico e por isso está sujeita aos vieses. (Botelho; Cunha; Macedo, 2011, p. 125)

A busca do material teórico se deu pelas palavras-chave: doenças cardiovasculares; adesão ao tratamento; tratamento não medicamentoso.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que abordem o tema central da pesquisa, artigos publicados e indexados nem bases de dados a partir do ano de 2010 até 30 de setembro de 2025 e artigos disponíveis na íntegra gratuitamente.

Algumas questões norteadoras foram formuladas para embasar a elaboração desse trabalho: Como se configura atualmente os tratamentos das DCV? Quais são as principais influências na adesão ao tratamento de DCV e como essas influências impactam os desfechos clínicos?

Todas as fontes utilizadas foram referenciadas e citadas segundo as regras da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) a fim de evitar o plágio.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pokharel et al. (2023) e Huang et al. (2023) destacam que barreiras socioeconômicas, como o alto custo de medicamentos e a limitação no acesso a serviços de saúde, comprometem a adesão ao tratamento da hipertensão. Para superar esses desafios, os autores ressaltam que é necessário implementar intervenções personalizadas e suporte contínuo.

Ruberti et al. (2021), Parati et al. (2021) e López Ferreruela et al. (2024) sugerem uma abordagem multifacetada que combine mudanças no estilo de vida, educação contínua e intervenções tecnológicas para promover a adesão e melhorar desfechos clínicos. Além disso, abordar as barreiras à adesão é crucial para alcançar melhores resultados no manejo

No manejo da dislipidemia, é ressaltada a importância da adesão às estatinas, quando indicadas, pois, são essenciais na prevenção de eventos cardiovasculares. Entretanto, preocupações com efeitos colaterais e desinformação geram baixa adesão, amplificada pela influência negativa das mídias sociais. A comunicação clara entre médico e paciente e a educação sobre os benefícios das estatinas são fundamentais para mitigar esses problemas (Mehta, 2024).

A má compreensão dos benefícios das estatinas, dúvidas sobre sua necessidade e suspeitas de prescrição excessiva também contribuem para a não adesão. Além disso, a representação negativa das estatinas nas mídias sociais amplifica a desconfiança e a não adesão. Para melhorar a adesão, é essencial abordar as preocupações dos pacientes, melhorar a comunicação médico-paciente e aumentar a educação sobre os benefícios das estatinas. Otimizar o uso dessas terapias pode reduzir significativamente o fardo das doenças cardiovasculares (Mehta, 2024, p. S91).

Além disso, intervenções comportamentais, como a dieta DASH e a prática de exercícios físicos regulares, são indispensáveis para melhorar o perfil lipídico e reduzir o risco cardiovascular (Theodoridis et al., 2023; Ojangba et al., 2023).

López Ferreruela et al. (2024) enfatizam que a educação do paciente é um componente crítico na gestão de doenças crônicas, como hipertensão e dislipidemia, pois motiva a adesão terapêutica e promove mudanças positivas no estilo de vida. Estratégias como a tomada de decisão compartilhada fortalecem a relação médico-paciente e aumentam o compromisso do paciente com seu tratamento (Park; Tickle; Cutler, 2022). Intervenções comportamentais e educacionais, segundo Theodoridis et al. (2023), são fundamentais para capacitar pacientes, reduzir complicações cardiovasculares e melhorar os desfechos clínicos.

Patterson et al. (2021) destacam o potencial das intervenções de mHealth, como aplicativos de smartphones, em promover atividade física e mudanças de comportamento entre pacientes com DCVs.

Theodoridis et al. (2023) reforçam que intervenções dietéticas, como a adoção da dieta DASH, rica em frutas, vegetais e grãos integrais, são eficazes na redução da pressão arterial e no perfil lipídico. Alhejely et al. (2023) apontam a cessação do tabagismo como estratégia fundamental, com programas que combinam suporte comportamental e medicamentoso mostrando impactos positivos na redução dos riscos cardiovasculares.

Krishnamoorthy et al. (2022) destacam as barreiras à adesão ao tratamento das DCVs, como falta de compreensão da doença, esquecimento de tomar medicação e falta de apoio familiar. Esses fatores dificultam a adesão dos pacientes, assim como os problemas relacionados ao sistema de saúde, como custos elevados e infraestrutura limitada. Rashidi et al. (2020) complementam que dificuldades físicas e a falta de orientação sobre exercícios seguros também desencorajam a prática regular. Já dúvidas sobre a eficácia e os efeitos colaterais dos medicamentos agravam a desconfiança e dificultam o seguimento do tratamento.

Por fim, Patterson et al. (2021) apontam que informações contraditórias sobre mudanças no estilo de vida geram confusão e sobrecarga nos pacientes, dificultando a adesão. Para superar esses desafios, os autores ressaltam a importância de comunicação clara, suporte contínuo e estratégias educacionais e comportamentais personalizadas, promovendo adesão e melhores desfechos clínicos.

Segundo Rashidi et al. (2020), a superproteção familiar pode limitar a autonomia dos pacientes, causando frustração e sensação de incapacidade. Embora o apoio seja crucial, um equilíbrio adequado é essencial para evitar dependência excessiva e melhorar a adesão ao tratamento.

Krishnamoorthy et al. (2022) destacam que barreiras culturais e sociais, como crenças em práticas tradicionais ou remédios caseiros, influenciam negativamente a adesão. Em algumas culturas, há uma dependência maior em práticas tradicionais e remédios caseiros, que podem ser vistos como alternativas mais seguras ou naturais aos medicamentos prescritos. A compreensão e o respeito às crenças culturais são fundamentais para engajar os pacientes.

López Ferreruela et al. (2024) apontam a sobrecarga de informações como um obstáculo, dificultando decisões informadas e promovendo hesitação. É importante que os profissionais de saúde filtrem e forneçam informações relevantes de forma clara e concisa.

Krishnamoorthy et al. (2022) e IHM et al. (2022) ressaltam facilitadores que promovem a adesão ao tratamento de DCVs, incluindo conscientização sobre complicações, percepção de melhoria na saúde, sistemas de lembretes digitais e confiança nos profissionais de saúde. Além disso, programas de reabilitação cardíaca e individualização de exercícios físicos incentivam mudanças comportamentais, enquanto suporte social, religiosidade e mentoria ajudam a manter o engajamento.

Collado-Mateo et al. (2021) e IHM et al. (2022) enfatizam que a individualização do Programa de Exercícios também é outro aspecto importante para adesão ao tratamento. Para os autores, a personalização do programa de exercícios, ajustando a intensidade, frequência, duração e tipo de

atividade física às necessidades e limitações individuais dos pacientes, promove uma resposta fisiológica e psicológica superior.

Rashidi et al. (2020) e IHM et al. (2022) complementam que o suporte social e emocional, ou seja, o apoio contínuo de profissionais de saúde e familiares é crucial para a adesão aos planos de tratamento. Suporte recebido durante e após a alta hospitalar, especialmente de enfermeiros e médicos, fornece aos pacientes a confiança necessária para seguir suas recomendações médicas.

Segundo Koenig et al. (2012), Elhag et al. (2022) e IHM et al. (2022), a religiosidade e espiritualidade têm demonstrado influência positiva na adesão à medicação em pacientes com DCVs, com envolvimento religioso proporcionando suporte social e emocional significativo.

Collado-Mateo et al. (2021) e IHM et al. (2022) ressaltam que a educação adequada é essencial para informar os pacientes sobre os benefícios do exercício físico e prevenir desistências, enquanto mentoria e aconselhamento por parte dos profissionais de saúde ajudam a desenvolver rotinas saudáveis e enfrentar os desafios do tratamento. A presença de um mentor que oferece incentivo contínuo e orientação personalizada é um fator crítico para a adesão ao tratamento (Rashidi et al., 2020; IHM et al., 2022).

Pacientes que compreendem o valor dos medicamentos e desenvolvem rotinas consistentes, como associar a tomada de medicação a atividades diárias, têm maior adesão ao tratamento (Rashidi et al., 2020; IHM et al., 2022). A modificação do estilo de vida, incluindo dieta saudável e cessação do tabagismo, também é considerada um fator chave, motivada pelo medo de recorrência de eventos cardiovasculares (Rashidi et al., 2020; IHM et al., 2022).

Duffy et al. (2021) enfatizam que estratégias de comunicação personalizadas, como abordar os impactos emocionais, econômicos e relacionados à família, aumentam a motivação dos pacientes e promovem mudanças no comportamento. Para os autores, incorporar a saúde dos entes queridos nas conversas e discutir o impacto financeiro das doenças cardiovasculares são estratégias que podem motivar mudanças de comportamento. Personalizar as discussões de risco cardiovascular e destacar valores relevantes para cada paciente torna a comunicação mais significativa e eficaz. Tais abordagens multifacetadas ajudam a melhorar a adesão e, consequentemente, os desfechos clínicos.

Segundo Al-Arkee et al. (2021), aplicativos móveis de saúde (mHealth) têm grande potencial para melhorar a adesão à medicação em pacientes com DCVs, que são responsáveis por cerca de um terço das mortes globais, totalizando 17,9 milhões anuais. Esses aplicativos oferecem suporte por meio de lembretes de medicação, material educativo e interfaces intuitivas, beneficiando tanto pacientes quanto profissionais de saúde. Ensaios clínicos randomizados demonstraram que o uso de aplicativos móveis contribui para a redução da pressão arterial, colesterol total e LDL-C. Funcionalidades como lembretes e participação de profissionais de saúde foram associadas a resultados positivos. Além disso,

a usabilidade e a aceitabilidade dos aplicativos, avaliadas por questionários como a Escala de Usabilidade do Sistema, receberam feedback positivo, essencial para a continuidade do uso e adesão.

No entanto, os autores destacam a necessidade de mais estudos em larga escala para confirmar a eficácia dos aplicativos, devido à heterogeneidade nos designs dos estudos e características dos aplicativos. Futuros estudos devem identificar os componentes essenciais que promovem eficácia e usabilidade robustas, possibilitando o aprimoramento dessas ferramentas de mHealth (Al-Arke et al., 2021).

Portanto, a adesão ao tratamento é crucial para o manejo eficaz das doenças cardiovasculares. Intervenções multifacetadas, que incluem educação contínua, suporte tecnológico e mudanças no estilo de vida, são fundamentais para melhorar a adesão e, consequentemente, os desfechos clínicos. Abordar as barreiras à adesão de forma integrada pode levar a um melhor controle das DCVs e a uma significativa redução das complicações associadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão bibliográfica evidencia a importância da adesão terapêutica na prevenção de complicações, melhoria dos desfechos clínicos, bem como na qualidade de vida dos pacientes que apresentam doenças crônicas cardiovasculares.

Além disso, é fundamental destacar que a falta de adesão ao tratamento é um problema complexo, influenciado por diversos fatores interligados. Entre eles, estão as características individuais do próprio paciente, sua compreensão sobre as diversas nuances da doença e tratamento, incluindo as diferentes possibilidades, indicações, benefícios e riscos. Ademais, aspectos socioeconômicos, qualidade da relação médico-paciente e estrutura do sistema de saúde também desempenham papel significativo nesse cenário.

No que tange ao tratamento de doenças cardiovasculares, o tratamento não medicamentoso é imperativo, aliado ao farmacológico. No entanto, infelizmente é frequentemente negligenciado ou visto como de menor relevância, comprometendo a efetividade do tratamento. Sabe-se que ele perpassa o âmbito apenas de controle das doenças cardiovasculares em si, mas envolve também a prevenção, controle dos fatores de risco e promoção de qualidade de vida.

A adesão ao tratamento não medicamentoso envolve mudanças no estilo de vida, incluindo alimentação saudável, prática regular de atividade física, controle peso e de estresse, cessação do tabagismo, sendo fortemente influenciada por fatores comportamentais, motivacionais, orientação por parte dos profissionais de saúde e fatores socioeconômicos.

Dessa forma, conclui-se que a implementação de estratégias eficazes para promover a adesão terapêutica é essencial para melhorar os resultados clínicos e reduzir a morbimortalidade das doenças cardiovasculares.



É fundamental aprimorar as práticas de comunicação entre médicos e pacientes, garantindo uma transmissão mais clara e eficaz das informações. Isso contribui para a tomada de decisão compartilhada, promovendo maior confiança dos pacientes nas orientações médicas e fortalecendo a adesão ao tratamento. Além disso, a integração de uma abordagem multidisciplinar, aliada ao acompanhamento longitudinal e ao uso de novas tecnologias para o monitoramento do paciente, podem ser estratégias eficazes e promissoras para otimizar a adesão ao tratamento, garantindo melhores desfechos clínicos.



REFERÊNCIAS

AL-ARKEE, S. et al. Mobile apps to improve medication adherence in cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, v. 23, n. 5, p. e24190, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34032583/>. Acesso em: 17 out. 2024.

ALHEJELY, M. M. M. et al. Influence of lifestyle changes on cardiovascular diseases in Saudi Arabia: a systematic literature review. *Cureus*, v. 15, n. 6, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37425506/>. Acesso em: 21 nov. 2024.

BANACH, M. et al. Personalized management of dyslipidemias in patients with diabetes—it is time for a new approach. *Cardiovascular Diabetology*, v. 21, n. 1, p. 263, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36443827/>. Acesso em: 29 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_dislipidemia.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

COLLADO-MATEO, D. et al. Key factors associated with adherence to physical exercise in patients with chronic diseases and older adults: an umbrella review. *International journal of environmental research and public health*, v. 18, n. 4, p. 2023, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33669679/>. Acesso em: 12 mar. 2025.

DUFFY, E. Y. et al. Communication approaches to enhance patient motivation and adherence in cardiovascular disease prevention. *Clinical cardiology*, v. 44, n. 9, p. 1199-1207, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8427972/> Acesso em: 20 mar. 2025.

FALUDI, A. A et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol*, v. 109, Supl.1, 2017. Disponível em: <https://observatorio-api.fm.usp.br/server/api/core/bitstreams/33e1c54c-c93d-4746-8c15-06eb615f125e/content>. Acesso em: 12 mar. 2025.

FUJIWARA, T. et al. Medical telemonitoring for the management of hypertension in older patients in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 3, p. 2227, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36767594/>. Acesso em: 17 dez. 2024.

GIANETTA, R.; GALLINA, L. E. G. Perfil Lipêmico dos Pacientes do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Norte Paranaense: análise de coorte retrospectiva. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* – BJSCR, v. 31, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210302_101612.pdf. Acesso em: 20 mar. 2025.

GOMES, C. S. et al. Fatores associados às doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gMDXYbgRpnN5QcsG5MC5DGr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2025.



GUSMÃO, J. L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 13, n. 1, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2025.

HUANG, C. et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. Lancet, v. 397, n. 10270, 2021. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32656-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32656-8/fulltext) Acesso em: 20 mar. 2025.

IHM, S. H. et al. Interventions for adherence improvement in the primary prevention of cardiovascular diseases: expert consensus statement. Korean Circulation Journal, v. 52, n. 1, p. 1-33, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34989192/>. Acesso em: 05 mar. 2025.

KRISHNAMOORTHY, Y. et al. Patient and provider's perspective on barriers and facilitators for medication adherence among adult patients with cardiovascular diseases and diabetes mellitus in India: a qualitative evidence synthesis. BMJ open, v. 12, n. 3, p. e055226, 2022.

LAMIRault, G. et al. Resistant hypertension: novel insights. Current Hypertension Reviews, v. 16, n. 1, p. 61-72, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31622203/>. Acesso em: 19 jan. 2025.

LIMA T. M. et al. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. Rev Pan-Amaz Saúde, v.1, n. 2, 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v1n2/v1n2a14.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

LÓPEZ FERRERUELA, I. et al. Gender inequalities in secondary prevention of cardiovascular disease: a scoping review. International Journal for Equity in Health, v. 23, n. 1, p. 146, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39044250/>. Acesso em: 20 jan. 2025.

MEHTA, A. Managing dyslipidaemia in patients with chronic kidney disease. Indian heart journal, v.76, Suppl 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2024.01.012>. Acesso em: 05 mar. 2025

OJANGBA, T. et al. Comprehensive effects of lifestyle reform, adherence, and related factors on hypertension control: a review. The Journal of Clinical Hypertension, v. 25, n. 6, p. 509-520, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37161520/>. Acesso em: 01 fev. 2025.

OLIVEIRA O. M. C et al. The impact of dietary and metabolic risk factors on cardiovascular diseases and type 2 diabetes mortality in Brazil. PLoS One, v. 11, n. 3, 2016. Disponível: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0151503>. Acesso em: 12 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Doenças cardiovasculares. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 03 fev. 2025.

PATTERSON, K. et al. Smartphone applications for physical activity and sedentary behaviour change in people with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, v. 16, n. 10, p. e0258460, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34634096/>. Acesso em: 14 fev. 2025.

RASHIDI, A. et al. Factors that influence adherence to treatment plans amongst people living with cardiovascular disease: a review of published qualitative research studies. International Journal of Nursing Studies, v. 110, p. 103727, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32823026/>. Acesso em: 05 mar. 2025.



RIBEIRO, A.; COTTA, R.; RIBEIRO, L. Fatores de risco nas DCVs. Revista Brasileira de Cardiologia, 2012. Disponível em:<https://scielo.br/j/csc/a/SPzfWqd7YMWZzxMbkttQNmrx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 fev. 2025.

RUBERTI, O. M. et al. Hypertension telemonitoring and home-based physical training programs. Blood Pressure, v. 30, n. 6, p. 428-438, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34714208/>. Acesso em: 02 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2022. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x95083.pdf. Acesso em: 02 dez. 2024.

THEODORIDIS, X. et al. Adherence to the DASH diet and risk of hypertension: a systematic review and meta-analysis. Nutrients, v. 15, n. 14, p. 3261, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37513679/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

WANG, Q. et al. Impact of Nonoptimal Intakes of Saturated, Polyunsaturated, and Trans Fat on Global Burdens of Coronary Heart Disease. Journal of the American Heart Association, v. 5, n. 1, 2016 e002891. Disponível: <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002891>. Acesso em: 12 mar. 2025.