

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES NA BUSCA DE MELHORIAS: PROPOSTA DE  
INTERVENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MADEIRO-PI**

*LOW ADHERENCE TO THE PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF  
CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE SEARCH OF IMPROVEMENTS:  
PROPOSAL FOR INTERVENTION IN THE BASIC HEALTH UNIT IN MADEIRO-PI*

Karoline Fontinele dos Reis<sup>1</sup>

Ione Maria Ribeiro Soares Lopes<sup>2</sup>

**RESUMO**

**Introdução:** Os medicamentos representam um arsenal importante para o cuidado em saúde e integram a maioria das propostas terapêuticas. No entanto, para que sejam alcançados os resultados esperados, é preciso que o paciente seja aderente ao tratamento, sendo a adesão à prescrição medicamentosa um dos indicadores da efetividade dos serviços e programas de saúde. A não adesão ao tratamento, tanto em relação às modificações do estilo de vida quanto à observação da prescrição médica, repercute diretamente no controle das doenças crônicas. **Objetivo Geral:** Avaliar fatores associados a baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas cardiovasculares na população assistida pela Unidade de Saúde da Família do município de Madeiro- PI. **Plano Operativo Ações:** Na UBS são encontradas várias dificuldades em vários níveis, dificuldades que se tornam fatores para muitos pacientes somarem a suas dificuldades próprias e desistirem do tratamento das doenças crônicas cardiovasculares, esses fatores podem ser econômico, social, falta de informações, falta de acesso, falta de interesse ou até mesmo falta de tempo dos pacientes, se tornado assim um desafio a ser cumprido pela equipe gestora da UBS **Resultados:** Espera-se melhorar a adesão ao tratamento de doenças crônicas cardiovasculares pela população de Madeiro-PI, promovendo assim de fato a qualidade de vida na saúde deste município, tornando a UBS Saúde da Família em uma unidade de saúde que auxilia os pacientes de forma eficaz e facilitadora de saúde.

---

<sup>1</sup> Autora da pesquisa, médica, aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade da UFPI. End.: Rua Ayton Senna, 287, centro, José de Freitas – PI / Tel.: (86) 99984-6220 / Email: fontinele.karol@gmail.com

<sup>2</sup> Orientadora

**Descritores:** Doenças crônicas cardiovasculares; Educação em saúde; Cooperação e Adesão ao Tratamento.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Medicines represent an important arsenal for health care and are part of most therapeutic proposals. However, in order to achieve the expected results, it is necessary for the patient to adhere to treatment, with adherence to drug prescription being one of the indicators of the effectiveness of health services and programs. Non-adherence to treatment, both in relation to lifestyle changes and the observation of medical prescription, has a direct impact on the control of chronic diseases. **General Objective:** To evaluate factors associated with low adherence to the pharmacological treatment of chronic cardiovascular diseases in the population assisted by the Family Health Unit in the municipality of Madeiro-PI. **Operative Plan Actions:** In the UBS there are several difficulties at various levels, difficulties that become factors for many patients to add to their own difficulties and give up the treatment of chronic cardiovascular diseases, these factors can be economic, social, lack of information, lack of access, lack of interest or even lack of time for patients, thus becoming a challenge to be met by the UBS management team. **Results:** It is expected to improve adherence to the treatment of chronic cardiovascular diseases by the population of Madeiro-PI, thus promoting in fact the quality of life in the health of this municipality, turning the UBS Saúde da Família into a health unit that assists patients of effective and facilitating way of health.

**Descriptors:** Chronic cardiovascular diseases; Health education; Cooperation and Adherence to Treatment.

## **INTRODUÇÃO**

Um dos principais problemas presentes no dia-a-dia das redes do sistema de saúde é o abandono ou o inadequado seguimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. Os medicamentos representam um arsenal importante para o cuidado em saúde e integram a maioria das propostas terapêuticas. No entanto, para que sejam alcançados os resultados esperados, é preciso que o paciente seja aderente ao tratamento, sendo a adesão à prescrição medicamentosa um dos indicadores da efetividade dos serviços e programas de saúde (MAGNABOSCO et al, 2015).

A adesão em relação ao uso de medicamentos vai muito além do conhecimento que o paciente tem sobre os mesmos e do reconhecimento da importância de seguir corretamente a prescrição médica. A não adesão ao tratamento, tanto em relação às modificações do estilo de vida quanto à

observação da prescrição médica, repercute diretamente no controle das doenças crônicas. Além do mais, a ausência de sintomas e o fato da maioria das patologias controladas pelas medicações serem do tipo crônica são dois aspectos que contribuem fortemente para a baixa adesão ao tratamento (TAVARES et al., 2016).

Para condições que demandam esquemas complexos (polifarmácia, várias administrações diárias, diferentes formas na via de administração), como asma e diabetes, as próprias dificuldades diárias associadas ao uso dos medicamentos constituem barreira importante à adesão ao tratamento. A falta de adesão à terapia medicamentosa resulta não só em prejuízos para a saúde e à qualidade de vida do doente, como também provoca o desperdício dos recursos do sistema de saúde. O baixo grau de adesão pode agravar a condição clínica do paciente e trazer consequências pessoais, sociais e econômicas (GIROTTO et al., 2013).

Os profissionais de saúde devem estar atentos para a promoção da adesão ao tratamento, aumento da resolutividade terapêutica e da qualidade de vida desses pacientes. É preciso conhecer a necessidade farmacoterapêutica do paciente e abordar a conduta que se adequará ao perfil deste paciente. A adesão é um passo crucial na busca pela cura de uma enfermidade ou, ao menos, o controle dos sintomas causados pela doença (TAVARES et al., 2016).

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar os fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas cardiovasculares na população assistida pela Unidade Saúde da Família do Município de Madeiro-PI.

### 1.1 Caracterização do município de Madeiro-PI

Madeiro é um município brasileiro do Estado do Piauí que possui uma área de 177,219 km<sup>2</sup> e foi emancipado a partir do desmembramento do município de Luzilândia em 14 de Dezembro de 1995, através do Decreto Nº. 4810/95. A história de Madeiro remonta ao início do século XX (1913), quando surgiram as primeiras habitações, localizadas à margem direita do Rio Parnaíba. A rede hidrográfica do município compreende várias lagoas (da Viúva, da Sapucaia, dos Mutuns, da grande Sussuapara, dentre outras), ribeirões e principalmente o rio Parnaíba que banha toda a linha divisória do município com o estado do Maranhão. Tem uma população de 7.816 habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2010 com Densidade demográfica de 44,12 hab/km<sup>2</sup> e uma estimativa de 8.310 pessoas para 2019.

O atual prefeito é o senhor José Cassimiro de Araújo Neto, a secretária municipal de saúde é a senhora Cleudimar Cardoso e a coordenação da atenção básica é responsabilidade de Idania González Morera.

Partindo dos dados registrados por todas as equipes do Município de Madeiro/PI para o ano de 2018 foram contabilizadas um total de 8.176 habitantes, incluindo zonas urbana e rural. Destes há uma predominância dentre as faixas etárias de jovens e idosos, com uma maior prevalência de homens (Tabela 1).

**Tabela 1: Caracterização da população segundo sexo e idade em Madeiro (PI), 2018**

IDADE (ANOS)	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
--------------	----------	-----------	-------

<1	<b>58</b>	<b>59</b>	<b>111</b>
1-4	<b>277</b>	<b>237</b>	<b>514</b>
5-9	<b>354</b>	<b>339</b>	<b>693</b>
10-14	<b>421</b>	<b>399</b>	<b>820</b>
15-19	<b>340</b>	<b>435</b>	<b>775</b>
20-24	<b>403</b>	<b>413</b>	<b>816</b>
25-29	<b>401</b>	<b>415</b>	<b>816</b>
30-34	<b>351</b>	<b>347</b>	<b>698</b>
35-39	<b>290</b>	<b>300</b>	<b>590</b>
40-44	<b>216</b>	<b>190</b>	<b>376</b>
45-49	<b>186</b>	<b>190</b>	<b>376</b>
50-54	<b>169</b>	<b>186</b>	<b>355</b>
55-59	<b>162</b>	<b>164</b>	<b>326</b>
>60	<b>415</b>	<b>405</b>	<b>820</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4043</b>	<b>4133</b>	<b>8176</b>

Os principais agravos dessa população são as doenças cardiovasculares, como Hipertensão; a Diabetes; as doenças psíquicas, como Depressão, Síndrome do Pânico e de Ansiedade; além da obesidade. Para o manejo das mesmas são realizados agendamentos semanais de grupos do HiperDia, onde são feitas consultas com a enfermagem, com a equipe médica, nutricionista e com o farmacêutico. São feitas também consultas a fim de identificar os idosos fragilizados psicologicamente onde são de pronto encaminhados ao NASF para acompanhamento psicoterapêutico e medicamentoso, caso necessário. São realizados ainda programas de estímulo ao exercício físico, com caminhadas organizadas por todos os funcionários do posto.

Segundo a Portaria nº 4.279/2010 as Rede de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL 2010).

Na cidade de Madeiro existe a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede Cegonha compostas pela atenção básica, além do NASF para avaliação com Psicóloga, Fonoaudióloga e Fisioterapeuta, mas falta uma atenção especializada com ambulatórios, hospital, urgência e emergência. Os Hospitais Estaduais das cidades de Luzilândia e Esperantina servem de apoio. Desde modo, a principal dificuldade é a centralização dos serviços especializados na capital, visto ser o local a se referenciar o paciente que precisa de um cuidado maior.

A RAS é caracterizada pelas diversidades regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população; fragmentação na provisão de serviços; elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde; disparidades de escala e capacidade produtiva entre os municípios (BRASIL 2010).

Os altos preços no transporte no município impossibilitam o usuário a usufruir das redes do SUS e acaba sendo atendido na rede privada das cidades. As RAS vêm se constituindo como um

caminho em virtude da forte fragmentação de serviços, ações, programas e práticas, que leva o sistema a ter lacunas assistenciais importantes; financiamento público insuficiente, fragmentado e de baixa eficiência no emprego dos recursos; inadequada configuração de modelos de atenção voltados para doenças agudas e agudização das condições crônicas, não conseguindo acompanhar as modificações no padrão epidemiológico brasileiro tendo muito ao que se adaptar (MENDES, 2011).

## **1.2 Área de abrangência da Estratégia Saúde da Família**

A Estratégia Saúde da Família é responsável parte da área urbana do município e constitui um total de 2.078 adscritos. É composta de 01 médica, 01 enfermeiro, 01 técnica de enfermagem e 07 agentes comunitárias de saúde. A médica tem carga horária de 32 horas semanais e faz atendimento na unidade, além de visitas domiciliares e palestras educacionais. A equipe de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde trabalham de segunda-feira a sexta-feira, das 07 horas às 17 horas, com intervalo para o almoço entre 11h e 13h.

O atendimento é realizado através de consultas marcadas e livre demanda, sendo urgências e emergências encaminhadas ao pronto-atendimento (PA) na cidade de Luzilândia. Na unidade há 01 sala para atendimento médico, 01 sala para atendimento da enfermagem, 01 local para realização de curativos, 02 enfermarias para observação, 01 sala de medicação rápida, 01 sala para exame ginecológico, 01 cômodo para guardar documentos, 01 sala de espera (local onde são realizadas palestras para a população ou para as agentes comunitárias de saúde), 01 sala de reuniões, 01 cozinha e 02 banheiros.

## **1.3 Diagnóstico situacional**

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o diagnóstico da situação da saúde na área de abrangência da ESF é um passo essencial no enfrentamento dos problemas daquele território. Com o intuito de realizar uma intervenção capaz de impactar positivamente a saúde no município, primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Saúde da Família. É na Atenção Básica onde ocorrem ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e envolvimento da equipe com a comunidade. Ela é ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

Na UBS passamos a conhecer as famílias na sua integralidade e aliar os processos de adoecimento com as situações vividas por cada integrante da família. Podendo, então, orientar os ACS sobre quais precisam de mais atenção e até mesmo os indivíduos a fim de aprenderem a lidar com situações extremas em casa.

Pois como explica Junges, Barbiani e Zoboli (2015) em seu estudo:

“As premissas de que não se pode cuidar de indivíduos sem

atender seus coletivos, a atenção e gestão são indissociáveis, mostram que a deliberação moral da clínica no cuidado individual não pode dissociar-se do planejamento estratégico da equipe e gestão local. Esse planejamento precisa estar integrado com vigilância para detectar necessidades em saúde do contexto de atendimento, articulado com a gestão central do município para pactuar ações intersetoriais necessárias para o cuidado da saúde ampliada dos indivíduos e da população. Decisões morais de deliberação clínica exigem, para sua concretização, de condições e meios, dependentes do planejamento estratégico no território.” (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015).

O problema definido como prioritário e passível de intervenção pela equipe de saúde foi avaliar os fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas cardiovasculares na população assistida pela Unidade Saúde da Família do Município de Madeiro-PI.

#### **1.4 Objetivos**

##### **Objetivo Geral:**

Avaliar fatores associados a baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas cardiovasculares na população assistida pela Unidade de saúde da família do município de Madeiro-PI.

##### **Objetivos específicos:**

Descrever as dificuldades para a completa a adesão ao tratamento das doenças crônicas cardiovasculares na UBS saúde da família em Madeiro-PI.

Definir estratégias para garantir melhor assistência aos pacientes portadores de doenças crônicas cardiovasculares e seus familiares.

Estabelecer praticas para implementação da promoção, prevenção e proteção da saúde cardiovascular no território.

## METODOLOGIA

Na UBS são encontradas várias dificuldades em vários níveis, dificuldades que se tornam fatores para muitos pacientes somarem a suas dificuldades próprias e desistirem do tratamento das doenças crônicas cardiovasculares, esses fatores podem ser econômico, social, falta de informações, falta de acesso, falta de interesse ou até mesmo falta de tempo dos pacientes, se tornado assim um desafio a ser cumprido pela equipe gestora da UBS com parceria da secretaria de saúde do município, através de planejamento, promoção da saúde e resolução de dificuldades para atingir o objetivo da saúde pública que é prevenir doenças e promover saúde a toda sociedade.

O planejamento de uma UBS deve ser voltado para a resolução de suas dificuldades, visto que cada uma enfrenta de forma diferenciada as situações de cada local, por isso é preciso que a equipe esteja se comunicando e motivada a levar saúde de forma facilitada a população que fazem parte da UBS, sendo necessário que cada profissional cumpra seu papel de forma interdisciplinar e eficaz, formulando intervenções que atinjam o objetivo principal de promoção da saúde.

## PLANO OPERATIVO

### 1. Elaboração da Planilha de Intervenção

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Desconhecimento na UBS da situação de saúde das doenças crônicas cardiovasculares.	Pesquisar a predisposição ou a DCV em todos os pacientes da UBS	Determinar a quantidade de pacientes que possui doenças crônicas cardiovasculares 2 meses	Acompanhamento mensal, através de exames laboratoriais e complementares.	Médica/ Enfermeira/ ACS
Dificuldade do paciente em se entender receitas médicas.	Fornecer orientações básica ao paciente e responsável	Facilitar o entendimento do paciente referente ao uso de medicamentos 1 mês	Facilitar a receita de forma simples em que o paciente consiga entender (Desenhos, letra	Médica/ Enfermeira/ Farmacêutico

			legível, impressão e esquemas).	
Dificuldade dos pacientes com DCV ao acesso à UBS	Conhecer as Dificuldades dos pacientes com DCV ao acesso à UBS	Facilitar o acesso a UBS 2 meses	Descobrir a dificuldade de acesso a UBS e resolver de forma facilitadora com ajuda de transporte ou informações sobre a existência da UBS.	ACS/ Enfermeira/ Secretaria de saúde.
Desconhecimento dos programas voltados a ajuda nas UBS	Elaborar panfletos que visem a promoção da saúde da população alvo	Divulgar os programas oferecidos para a população que possuem DCV 6 meses	Divulgação constante de todas as ações que acontecem na UBS, através de panfletos, Mobilização da população e informações no UBS.	ACS/ Medica/ Enfermeira/ Secretaria de saúde.
Problemas que agravam as doenças crônicas cardiovasculares, como obesidade e sedentarismo	Diminuir o sedentarismo e obesidades na população de risco	Combater os problemas que agravam as DCV 6 meses	Realização de exercício físico, palestras educativas e campanhas educativas, utilizando estratégias com exercícios.	Medico/ Enfermeira/ ACS/ Profissional de educação física / Secretaria saúde
Hábitos ruins de alimentação e cuidados com o corpo	Promover palestras educativas voltadas para alimentação saudável e cuidados com o corpo	Promoção da saúde 3 meses	Palestras educativas voltadas para alimentação saudável e campanhas educativas combatendo hábitos que prejudiquem a saúde.	Médica/ Enfermeira e demais componentes da equipe/ Pessoal capacitado para palestras da secretaria de saúde.



A falta de adesão ao tratamento medicamentoso das doenças crônicas cardiovasculares	Facilitar o acesso a saúde e qualidade de vida	Determinar e tratar todos os motivos que levam a não adesão do tratamento medicamentoso 6 meses	Descobrir o motivo que leva a falta de adesão do tratamento e resolver intensificando cuidados no motivo encontrado.	Médica/ Enfermeira e demais componentes da equipe/ secretaria de saúde.
---	--	---	--	---

## 1.2 PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

O presente plano operativo será realizado durante seis meses do ano de 2020, tendo seu início mês de fevereiro conforme descrito a seguir:

### 1ª etapa: Definição dos problemas

Identificar a prevalência de dificuldades na UBS como a prevalência de doenças crônicas cardiovasculares já comprovadas, a prevalência de pacientes com os diagnósticos que não aderiram o tratamento farmacológico, a prevalência de adesão de tratamento farmacológicos, a prevalência de pacientes que não sabem informar se possuem doenças crônicas cardiovasculares, principais fatores que levam os pacientes possuir doenças crônicas cardiovasculares e por fim descobrir os motivos que levam os pacientes a não aderir o tratamento farmacológico para as doenças crônicas cardiovasculares.

### 2ª etapa: Planejamento do plano Operativo

Apresentar e planejar a melhor forma de aplicação do plano operativo com ajuda de todos os envolvidos da UBS, onde irá se priorizar a iniciação nas situações problemas que devem ser acompanhadas durante os seis meses, e logo após as que vem por ordem de maior demanda de tempo, onde todos irão disponibilizar suas agendas para as palestras e fazer um calendário de palestras citadas no plano operativo.

### 3ª etapa: Aplicação do plano Operativo

Iniciar a aplicação do plano operativo, onde será cumprido o calendário elaborado de acordo com cada etapa onde seguirá a ordem das situações problemas de acordo com a disponibilidade de cada profissional solicitado e com a demanda de pacientes a ser atendidos na UBS, as ações estratégicas serão aplicadas dentro dos horários de funcionamento da UBS de Madeiro-PI.

### 4ª etapa: Análise de Resultados

Analisar, descrever e explicar os resultados obtidos durante o acompanhamento de seis meses demonstrando através de tabela, quadros, comparações e revisões os dados obtidos e como o plano operativo ajudou a cumprir os objetivos propostos nesse estudo.

## DISCUSSÃO

As Doenças Crônicas Cardiovasculares (DCC) são um problema de saúde pública, por atualmente serem motivos da maior causa de mortes no mundo. São doenças que agem de forma silenciosa e rápida, em que sua incidência tem a ver com péssimos hábitos de vida, que podem ser solucionados com consciência sobre a saúde. Segundo a OMS em 2030 o número de óbitos por essas doenças está estimativo de 23,6 milhões de pessoas antes dos 60 anos de idade (RADOVANOVIC et al., 2014).

Segundo a OMS (2009) os fatores motivacionais com maior predisposição ao desenvolvimento de doenças crônicas cardiovasculares são sedentarismo, obesidade e sobrepeso, tabagismo, pressão arterial elevada, altos níveis de glicose sanguínea, onde todos eles são somados a predisposição genética e os fatores ambientais, como a má alimentação e pouco exercício físico.

Sedentarismo se tornou o mal do século, visto que seus efeitos atuam na total disfunção do organismo, levando a doenças crônicas principalmente que afetam a função cardiovascular e resultando na obesidade, causando um desequilíbrio calórico e uma disfunção deste. O perfil mundial a cada ano fica mais sedentário e obeso, se tornando um fator de preocupação mundial na área da saúde (BARRETO et al., 2013).

A obesidade dada a sua importância para a disfunção do organismo, deve ser tratada como atenção primária na prevenção de doenças crônicas cardiovasculares, acentuando que a saúde se volte para estratégias em abolir os maus hábitos da saúde para evitar as condições metabólicas indesejadas no organismo (BRASIL, 2019).

Uma das patologias crônicas cardiovascular que mais acomete a população brasileira é a disfunção da hipertensão arterial sistêmica (HAS), que segundo ao Ministério da Saúde (2017) já acometia 60,9% da população de adultos e idosos brasileiros, e o principal motivo apontado é o sobrepeso/obesidade. A HAS é uma patologia crônica multifatorial por acometer os três órgãos de maior importância para o organismo: o coração, rim e o cérebro. No tratamento devem ser considerados a mudança de hábitos alimentares, o exercício físico e o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2019).

Bezerra et al (2014) explicam em seu estudo que a HAS é a doença crônica cardiovascular com alta prevalência, com baixas taxas de controle e de adesão ao tratamento, justificado pelos fatores como a falta de um diagnóstico, tratamento medicamentoso complexo e a falta de apoio do serviço de saúde. Em vários casos o descaso com o tratamento ocorre por que os portadores não querem mudar os hábitos de vida, e essas mudanças são necessárias para que o tratamento medicamentoso seja eficaz.

Teston et al (2016) obtiveram como resultado no seu estudo uma prevalência de doenças cardiovasculares de 27,9%, sendo a Hipertensão Arterial (25,8%), que demonstra ser a de maior

incidência e é uma doença com grande abrangência por falta de responsabilidade da população, pois a sua maior causa é o sedentarismo.

A segunda doença crônica cardiovascular que mais acomete a sociedade é a Diabetes Mellitus (DM) e conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes estimou que até o ano de 2015 a prevalência seria de 14,3 milhões de pessoas com DM (quase 10% da população total brasileira). A Diabetes Mellitus pode impactar a qualidade de vida do portador, já que a mesma pode acometer vários órgãos, principalmente os rins, coração, cérebro e vasos sanguíneos (MALTA et al., 2019).

A DM é um distúrbio metabólico que age sobre uma disfunção da insulina, resultando na destruição de células beta do pâncreas, que são necessárias para o ajuste da quantidade de insulina no sangue. Esse distúrbio metabólico leva à hiperglicemia, pode gerar agravos de doenças cardiovasculares, evoluindo no organismo para paradas respiratórias e arritmias (CARLUCCHI et al., 2013).

As doenças crônicas cardiovasculares podem ser relacionadas também a saúde mental, ao estresse, a ansiedade e a depressão. Vale ressaltar que em praticamente 90% da população brasileira é possível identificar efeitos do estresse no dia a dia (NASSE et al., 2016).

Segundo dados da OMS em 2017, 9,3% de brasileiros possuem quadro de ansiedade e 5,8% da população um quadro de depressão, sendo que praticamente 50% dos portadores destas doenças já tiveram agravos de doenças crônicas cardiovasculares, o que se faz necessário instituir o tratamento com medicamentos, porém o abandono de tratamento medicamentoso depois da melhora dos sintomas é bem prevalente (OMS 2017).

Todas essas doenças crônicas cardiovasculares também estão ligadas a hábitos como o tabagismo e distúrbios alcoólicos, além de péssimos hábitos alimentares, tornando o tratamento medicamentoso mais difícil, o que pode resultar em uma alta taxa de baixa adesão do tratamento. Além desses fatores são acrescentados a falta de informações, o analfabetismo e a baixa renda para manter a compra dos remédios regularmente (GOMES et al., 2015).

As doenças crônicas cardiovasculares não transmissíveis se tornaram para o ministério da saúde uma prioridade no seu combate, promovendo programas que atendessem os objetivos de prevenção, através de informações da saúde, estratégias para melhor entendimento dos tratamentos eficazes e completos. Por esses motivos as unidades de saúde básicas devem cumprir seu papel de erradicar essas doenças através da conscientização e tratamento (SCHMIDT et al., 2011).

## **CONCLUSÃO**

Com a implantação deste Plano Operativo espera-se melhorar a adesão ao tratamento de doenças crônicas cardiovasculares pela população de Madeiro-PI, promovendo assim de fato a qualidade de vida na saúde deste município, tornado a UBS Saúde da Família em uma unidade de saúde que auxilia os pacientes de forma eficaz e facilitadora de saúde.

Sendo assim espera-se que o resultado deste estudo seja benéfico para a população de Madeiro-PI, onde espera-se melhorar a qualidade diagnóstica para um acompanhamento de cada caso

em toda a sua evolução; facilitando e resolvendo as dificuldades encontradas pelos pacientes para resultar na minimização ou até inexistência de abandono da adesão do tratamento farmacológico da população que tem doenças crônicas cardiovasculares no município de Madeiro-PI.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 4, p. 550-5, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da saúde, **Saúde Brasil 2018**, Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília – DF, 2019.

CAMPOS F.C.C de; FARIA H.P de; SANTOS M.S. dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. - Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, 2010.

CARLUCCHI, E.D.S; GOUVÊA, J.A.G; OLIVEIRA, A.P de; et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Com. Ciências Saúde**. V 24, n 4, 2013.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-72, 2013.

GOMES C.M; CAPELLARI C; PEREIRA D.S.G; VOLKART P.R; MORAES A.P; JARDIM V; BERTUOL M. Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde. **Rev Bras Enferm [Internet]**. V 69, n 2, 2015.

JUNGES, J.R; BARBIANI, R; ZOBOLI, E.L.C.P. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 19, n. 53, p. 265-274, 2015 .

MAGNABOSCO, P.; TERAOKA, E. C.; OLIVEIRA, E. M. et al. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Revista Latino-americana de Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 20-7, 2015.

MALTA, D.C; et al . Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro , v. 22, n 2, 2019 .

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Organização pan-americana da saúde – representação brasil**, Brasília-DF, v. 2, n 1, 2011.

NASSER F.J; ALMEIDA M.M; SILVA L.S et al.. Doenças Psiquiátricas e o Sistema Cardiovascular: Interação Cérebro e Coração. **Int J Cardiovasc Sci.** v. 29, n. 1, 2016.

OMS. Organização mundial de saúde. Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo. **OPSA [inernet]**, 2017.

TAVARES, N.U.L; BERTOLDI A.D, MENGUE S.S.; et al . Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 2016 .

TESTON E.F; CECILIO H.P.M; SANTOS A.L; ARRUDA G.O; RADOVANOVIC C.A.T; MARCON S.S. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v 49, n. 2, 2016.

RADOVANOVIC C.A.T; SANTOS L.A; CARVALHO M.D.B; MARCON S.S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2014.

SCHMIDT M.I; DUNCAN B.B; AZEVEDO G e S; MENEZES A.M; MONTEIRO C.A; BARRETO S.M.; et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v 377, n 9781, 2011.