

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

FABIANA BOLELA

**Estado de saúde e adesão ao tratamento de pacientes atendidos em ambulatório
especializado em anticoagulação oral.**

Ribeirão Preto

2013

FABIANA BOLELA

Estado de saúde e adesão ao tratamento de pacientes atendidos em ambulatório
especializado em anticoagulação oral.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto e
idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Bolela, Fabiana

Estado de saúde e adesão ao tratamento de pacientes atendidos em ambulatório especializado em anticoagulação oral. Ribeirão Preto, 2013.

103 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Rosana Aparecida Spadoti Dantas

1. anticoagulantes, 2. estado geral de saúde, 3. Ansiedade, 4. depressão, 5. adesão ao tratamento.

BOLELA, Fabiana

Estado de saúde e adesão ao tratamento de pacientes atendidos em ambulatório especializado em anticoagulação oral.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho especialmente à minha família:

Aos meus pais, Jair e Cida:

*Por todos os ensinamentos e exemplos que me deram e que fizeram de mim quem hoje sou.
A vocês meu eterno amor e gratidão, por tudo o que são e representam em minha vida.*

Aos meus irmãos, Luiz Fernando e Adriana:

Pela amizade, carinho e companheirismo de sempre. Obrigada pelo apoio incondicional!

Aos meus amados sobrinhos e afilhados, Amanda, Nando, Gabi, Duda, Rafa e Lucas:

*Vocês fazem parte do que há de melhor em mim. A felicidade de ter vocês sempre comigo torna minha vida
mais colorida.*

Ao meu esposo Rafael:

Agradeço por estar sempre ao meu lado, me apoiando diante das dificuldades. Te amo!

Ser feliz é encontrar força no perdão, esperanças nas batalhas, segurança no palco do medo, amor nos desencontros. É agradecer a Deus a cada minuto pelo milagre da vida.

FERNANDO PESSOA

AGRADECIMENTOS

Ao longo da vida nossos caminhos se cruzam com os caminhos de tantas outras pessoas e, no momento em que tal encontro fica gravado em nossas mentes e em nossos corações, despertando em nós sentimentos únicos, capazes de nos fazer crescer como seres humanos, percebemos que tal encontro não foi apenas obra do acaso.

Profa. Dra. Rosana A. S. Dantas:

*Pelo acolhimento e aceite em me orientar, por compreender minhas inúmeras dificuldades, mas principalmente pela paciência com que me orientou. Meu mais sincero agradecimento por me fazer acreditar que era possível obter êxito nessa caminhada e sem a necessidade de ser tão penosa quanto normalmente é...
Obrigada pelos ensinamentos que me proporcionou.*

Profa. Dra. Carla R. de Souza Teixeira e Prof. Dr. André Schmidt:

Obrigada pelas observações, sugestões e valiosas contribuições para o melhor desenvolvimento do meu estudo.

Profa. Dra. Ariana R. da Silva Carvalho:

Nos conhecemos pouco, eu iniciando e você finalizando o doutorado, mas posso dizer que você me inspirou. Senti imensa admiração ao assistir sua defesa. Obrigada por aceitar participar da banca de avaliação da minha tese e por suas sugestões. Que eu possa brilhar um pouco, tal como você brilhou!

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos e Prof. Dr. Camilo Molino Guidoni:

Por aceitarem participar da banca examinadora. Sei que terão muito a contribuir com seu conhecimento e experiência.

Equipe do Hospital Estadual de Ribeirão Preto:

Dr. Pintyá e Dr. Wilson, obrigada por permitirem a realização do meu estudo e pelo apoio de sempre. Raquel, Mayra, Fabiane, Paula, Proni, André e outros tantos amigos, obrigada pelo convívio e amizade, que torna nosso trabalho e dia-a-dia um pouco mais leve. Obrigada à equipe do ambulatório, especialmente, Fernanda, por me auxiliar no agendamento dos pacientes para a coleta de dados.

Pacientes do ambulatório especializado de anticoagulação:

Por aceitarem participar do estudo, pela paciência e disponibilidade.

Às amigas e companheiras, Carina, Flávia, Viviane, Ina, Ita:

As tarefas e sobrecargas do dia-a-dia podem até nos afastar um pouco, porém, não podem afetar a verdadeira amizade que construímos. É quando nos reunimos que temos a oportunidade de recarregar nossas energias e aliviar nossas tensões. Vocês são especiais!

À DEUS:

*Sei que é Tua presença que constantemente me guia e dá forças para lutar e superar toda e qualquer dificuldade.
Obrigada, Senhor, por mais essa conquista.*

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,
que já tem a forma do nosso corpo,
e esquecer os nossos caminhos,
que nos levam sempre aos mesmos lugares.
É o tempo da travessia:
e, se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.*

Fernando Pessoa

RESUMO

BOLELA, F. Estado de saúde e adesão ao tratamento de pacientes atendidos em ambulatório especializado em anticoagulação oral. 2013. 103f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Estudo exploratório, de delineamento longitudinal, com 81 pacientes em uso de anticoagulante oral e que foram avaliados durante internação e dois meses após a alta. Os objetivos foram acompanhar a evolução quanto á terapia de anticoagulação oral e adesão ao tratamento; comparar o estado geral de saúde e a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Foram utilizados instrumentos específicos para avaliar adesão ao tratamento medicamentoso (Medida de Adesão aos Tratamentos), estado geral de saúde (Escala Visual Analógica) e presença de sintomas de ansiedade (HADS-Ansiedade) e depressão (HADS-Depressão). As análises estatísticas realizadas foram: Teste *t* de *Student* pareado para comparar as médias do estado geral de saúde e da HADS; Modelo Linear de Efeitos Mistos para analisar a associação entre estado geral de saúde, ansiedade, depressão e tempo de avaliação no estudo. O nível de significância adotado foi 0,05. Entre os participantes, 54,3% eram mulheres, com idade média de 59,5 anos e nível médio de instrução de 5,1 anos. A principal indicação clínica para uso do medicamento foi formação de trombos (34,6%), sendo a varfarina o anticoagulante oral mais utilizado (97,5%). Dois meses após a alta, todos os pacientes foram classificados como aderentes ao tratamento e 42% mantiveram o INR na faixa terapêutica. As diferenças entre as médias do estado geral de saúde, HADS-Ansiedade e HADS-Depressão durante a internação e dois meses após a alta não foram estatisticamente significantes ($p=0,78$; $p=0,27$ e $p=0,40$, respectivamente). Em relação á presença de ansiedade, quando associamos as duas variáveis de forma categórica, com e sem sintomas, e o tempo de avaliação, 38 (46,9%) pacientes foram classificados como “sem sintomas” de ansiedade e 22 (27,1%) “com sintomas”, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p<0,001$). Para depressão, a maioria (55; 67,9%) foi classificada como “sem sintomas” e 11 (13,6%) “com sintomas”, sendo tal associação estatisticamente significativa ($p<0,001$). Ao analisarmos as médias do estado geral de saúde segundo tempo e grupo de sintomas, resultados estatisticamente significantes foram obtidos apenas quando comparamos os valores entre os grupos sem sintomas de depressão ($M=80,5$; $D.P.=23,46$) e com sintomas ($M=62,5$; $D.P.=26,07$) ($p=0,021$), dois meses após a alta e quando comparamos as médias do grupo com sintomas de depressão, na internação ($M=75,37$; $D.P.=25,02$) e dois meses após a alta ($M=62,5$; $D.P.=26,07$) ($p=0,046$). Identificar o perfil clínico de pacientes em uso de anticoagulante oral, desde a internação até dois meses de seguimento ambulatorial; conhecer sua percepção sobre estado de saúde, presença de sintomas de ansiedade e de depressão e a adesão ao tratamento são ações importantes a serem consideradas no atendimento desses pacientes. Tais resultados poderão ser utilizados para nortear mudanças na organização do ambulatório de anticoagulação oral e no planejamento da assistência de enfermagem a tais pacientes.

Palavras-chave: anticoagulantes, estado geral de saúde, ansiedade, depressão, adesão ao tratamento.

ABSTRACT

BOLELA, F. Health condition and treatment adherence of patients attended at a specialized oral anticoagulation outpatient clinic. 2013. 103p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, São Paulo, 2013.

This exploratory and longitudinal research involved 81 patients under oral anticoagulation treatment, who were evaluated during hospitalization and two months after discharge. The objectives were to follow the patients' clinical evolution, considering the oral anticoagulation therapy and treatment adherence; and to compare the general health condition and the presence of anxiety and depression symptoms. Specific instruments were used to assess adherence to medication treatment (Treatment Adherence Measure), general health condition (visual analogue scale) and the presence of anxiety (HADS-Anxiety) and depression symptoms (HADS-depression). For the sake of statistical analysis, the following were applied: Student's paired t-test to compare the mean scores for the general health condition and HADS scores; the Linear Fixed Effects Model to analyze the association between general health condition, anxiety, depression and research moment. Significance was set at 0.05. Among the participants, 54.3% were women, with a mean age of 59.5 years and a mean education time of 5.1 years. The main clinical indication for medication use was the formation of thrombi (34.6%), with warfarin as the most used oral anticoagulant drug (97.5%). AT two months after discharge, all patients were classified as adherent to the treatment and 42% maintained their INR within the therapeutic range. The differences between the mean general health, HADS-Anxiety and HADS-Depression scores during hospitalization and two months after discharge were not statistically significant ($p=0.78$; $p=0.27$ and $p=0.40$, respectively). As regards the presence of anxiety, when the two variables are associated categorically, with and without symptoms, and the research moment, 38 (46.9%) patients were classified as "without symptoms" of anxiety and 22 (27.1%) "with symptoms", with a statistically significant association ($p<0.001$). As for depression, the majority (55; 67.9%) was classified as "without symptoms" and 11 (13.6%) "with symptoms", a statistically significant association ($p<0.001$). The analysis of the mean general health condition scores according to the research moment and group of symptoms only revealed statistically significant results when comparing the groups without ($M=80.5$; $S.D.=23.46$) and with symptoms ($M=62.5$; $S.D.=26.07$) ($p=0.021$) two months after the discharge and when comparing the mean scores for the group with depression symptoms during hospitalization ($M= 75.37$; $S.D.=25.02$) and two months after the discharge ($M=62.5$; $S.D.=26.07$) ($p=0.046$). Identifying the clinical profile of patients under oral anticoagulant therapy since hospitalization and after two months of outpatient monitoring and getting to know their perceived health condition, presence of anxiety and depression symptoms and treatment adherence are important actions for consideration in care delivery to these patients. These results can be used to guide changes in the organization of the oral anticoagulation outpatient clinic and in nursing care planning for these patients.

Key words: anticoagulant drugs, general health status, anxiety, depression, treatment adherence.

RESUMEN

BOLELA, F. Estado de salud y adhesión al tratamiento de pacientes atendidos en ambulatorio especializado en anticoagulación oral. 2013. 103h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2013.

Estudio exploratorio, con diseño longitudinal, entre 81 pacientes en tratamiento anticoagulante oral, que fueron evaluados durante hospitalización y dos meses tras el alta. Los objetivos fueron seguir la evolución respecto a la terapia anticoagulante oral y adhesión al tratamiento; comparar el estado general de salud y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Fueron utilizados instrumentos específicos para evaluar la adhesión al tratamiento medicamentoso (Medida de Adhesión a los Tratamientos), estado general de salud (escala analógica visual) y presencia de síntomas de ansiedad (HADS-Ansiedad) y depresión (HADS-Depressão). Los siguientes análisis estadísticos fueron efectuados: Test *t* de *Student* pareado para comparar los *scores* medios del estado general de salud y HADS; Modelo Linear de Efectos Mixtos para analizar la asociación entre estado general de salud, ansiedad, depresión y momento de evaluación. El nivel de significancia fue 0,05. Entre los participantes, 54,3% era mujer, con edad promedio de 59,5 años y tiempo promedio de estudio de 5,1 años. La principal indicación clínica fue formación de trombos (34,6%), siendo la warfarina el anticoagulante oral más utilizado (97,5%). Dos meses después del alta, todos los pacientes fueron clasificados como adherentes al tratamiento y 42% mantuvo el INR dentro del rango terapéutico. La diferencia entre los promedios del estado general de salud, HADS-Ansiedad y HADS-Depresión durante la hospitalización y dos meses después del alta no fueron estadísticamente significantes ($p=0,78$; $p=0,27$ y $p=0,40$, respectivamente). Respecto a la presencia de ansiedad, cuando asociamos las dos variables categóricas, con y sin síntomas, y el tiempo de evaluación, 38 (46,9%) pacientes fueron clasificados como “sin síntomas” de ansiedad y 22 (27,1%) “con síntomas”, siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p<0,001$). Para depresión, la mayoría (55; 67,9%) fue clasificada como “sin síntomas” y 11 (13,6%) “con síntomas”, siendo tal asociación estadísticamente significativa ($p<0,001$). Cuando analizamos los *scores* promedios del estado general de salud según el tiempo y grupo de síntomas, resultados estadísticamente significantes fueron alcanzados solamente cuando comparamos los valores entre los grupos sin síntomas de depresión ($M=80,5$; $D.E.=23,46$) y con síntomas ($M=62,5$; $D.E.=26,07$) ($p=0,021$), dos meses tras el alta y cuando comparamos los *scores* medios del grupo con síntomas de depresión, durante la hospitalización ($M= 75,37$; $D.E.=25,02$) y dos meses tras el alta ($M=62,5$; $D.E.=26,07$) ($p=0,046$). Identificar el perfil clínico de pacientes en tratamiento anticoagulante oral, desde la hospitalización hasta dos meses de monitoreo ambulatorio; conocer su percepción sobre el estado de salud, la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión y la adhesión al tratamiento son acciones importantes de ser consideradas en la atención a esos pacientes. Tales resultados podrán ser utilizados para orientar cambios en la organización del ambulatorio de anticoagulación oral y en la planificación de la atención de enfermería a tales pacientes.

Palabras-clave: anticoagulantes, estado general de salud, ansiedad, depresión, adhesión al tratamiento.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Modelo de medidas utilizadas no estudo na primeira avaliação (durante a internação) 37
- Figura 2 - Modelo de medidas utilizadas no estudo na segunda avaliação (dois meses após a alta hospitalar) 38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos 81 participantes. Ribeirão Preto, 2011-2012	45
Tabela 2 -	Análise descritiva das variáveis clínicas dos 81 participantes durante a internação. Ribeirão Preto, 2011-2012	47
Tabela 3 -	Caracterização do uso do ACO pelos 81 participantes durante a internação. Ribeirão Preto, 2011-2012	47
Tabela 4 -	Estatística descritiva dos valores do INR e da dose semanal do ACO, segundo os retornos ambulatoriais. Ribeirão Preto, 2011-2012.....	49
Tabela 5 -	Distribuição dos 81 participantes segundo o retorno e as condutas médicas adotadas no ambulatório especializado de anticoagulação. Ribeirão Preto, 2011-2012.....	50
Tabela 6 -	Distribuição dos 15 participantes que apresentaram complicações segundo o retorno e as condutas médicas. Ribeirão Preto, 2011-2012.....	50
Tabela 7 -	Distribuição das respostas aos itens do instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos. Ribeirão Preto, 2011-2012	52
Tabela 8 -	Comparação das médias das medidas das variáveis estado geral de saúde atual, ansiedade e depressão dos participantes, segundo o momento da avaliação (internação e dois meses após a alta). Ribeirão Preto, 2011-2012	53
Tabela 09 -	Resultados do teste de associação entre as variáveis presença de sintomas de ansiedade e o tempo de seguimento. Ribeirão Preto, 2011-2012	54
Tabela 10 -	Resultados do teste de associação entre as variáveis presença de sintomas de depressão e o tempo de seguimento. Ribeirão Preto, 2011-2012	54
Tabela 11 -	Resultados do Modelo Linear de Efeitos Mistos considerando as variáveis estado geral de saúde, ansiedade, depressão e tempo de seguimento. Ribeirão Preto, 2011-2012	55
Tabela 12 -	Comparações entre os grupos, segundo o tempo do estudo, ansiedade, depressão e médias das diferenças das medidas de estado geral de saúde. Ribeirão Preto, 2011-2012	55

LISTA DE SIGLAS

ACO	Anticoagulante Oral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BCSH	British Committee for Standards in Haematology
DASS	Duke Satisfaction Anticoagulation Scale
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EVA	Escala Visual Analógica
FA	Fibrilação Atrial
FDA	Food and Drug Administration
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HERP	Hospital Estadual de Ribeirão Preto
INR	International Normalized Ratio
ISI	Índice Internacional de Sensibilidade
ITU	Infecção do Trato Urinário
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
MOS SF-36	Medical Outcomes Study 36-item Short Form
OBRI	The Outpatient Bleeding Risk Index
OMS	Organização Mundial de Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RNI	Razão Normalizada Internacional
SPSS	Statistical Package for Social Science
TAO	Terapia de Anticoagulação Oral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TP	Tempo de Protrombina
TT	Tempo de Trombina
TTP	Tempo de Tromboplastina Parcial
TVP	Trombose Venosa Profunda
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Justificativa do estudo	15
1.2 Referencial teórico-metodológico.....	16
1.2.1 Terapia de anticoagulação oral	16
1.2.2 Adesão ao anticoagulante oral e fatores associados.....	24
1.2.3 Estado geral de saúde	26
1.3 Questão do estudo	28
2 OBJETIVOS	30
3 MATERIAL E MÉTODO.....	32
3.1 Delineamento do estudo e proteção aos sujeitos.....	32
3.2 Local e período do estudo.....	32
3.3 População do estudo.....	33
3.4 Coleta dos dados	34
3.5 Instrumentos	36
3.5.1 Caracterização sociodemográfica	39
3.5.2 Caracterização clínica.....	39
3.5.3 Adesão ao tratamento medicamentoso.....	40
3.5.4 Estado geral de saúde	40
3.5.5 Presença de sintomas de ansiedade e sintomas de depressão	41
3.6 Processamento e Análise dos dados.....	42
4 RESULTADOS.....	44
5 DISCUSSÃO	58
6 CONCLUSÕES	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	94
ANEXOS.....	99

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa do estudo

O atendimento ambulatorial de pacientes em uso de anticoagulante oral (ACO) em clínicas especializadas tem sido defendido com a finalidade de monitorizar a terapia de anticoagulação oral (TAO). A realização de exames laboratoriais periódicos e os necessários ajustes na dosagem do medicamento proporcionam maior segurança ao paciente, além de facilitar a promoção de uma orientação para o uso do ACO de modo a torná-los corresponsáveis pelo tratamento, aptos a identificar precocemente sinais e sintomas de complicações relacionadas à terapia e também, mais aderentes ao tratamento.

A implantação de tal serviço em um hospital de nível secundário no interior do estado de São Paulo foi uma proposta que teve início com um grupo de profissionais dessa instituição e de docentes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP – USP) e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP), em novembro de 2009. A participação do enfermeiro nessa proposta de atendimento multidisciplinar foi baseada nos ambulatorios descritos na literatura nacional e internacional, detalhados no decorrer deste estudo. Este modelo de atendimento tem sido testado em outros países com resultados positivos.

Após treinamento, o enfermeiro realiza o atendimento seguindo um protocolo pré-estabelecido de acompanhamento da terapêutica de cada paciente, sendo responsável por avaliar o resultado do tempo de protrombina (TP), identificar possíveis situações que coloquem o paciente em risco para complicações e realizar as orientações necessárias a todos os pacientes. Apenas aqueles que se encontram fora da faixa indicada de anticoagulação para sua condição clínica são encaminhados para avaliação médica.

A avaliação do atendimento deste ambulatório especializado em TAO será o foco deste estudo, o qual se encontra inserido em um projeto maior intitulado “Educação de pacientes para o uso de anticoagulantes orais: avaliação do impacto na qualidade de vida relacionada à saúde e na adesão ao tratamento” que visa testar intervenções educativas voltadas a essa população, em diferentes fases do tratamento.

1.2 Referencial teórico-metodológico

1.2.1 Terapia de anticoagulação oral

A era da anticoagulação oral teve início com o surgimento dos antagonistas da vitamina K, sendo o primeiro o dicumarol, isolado em 1940, seguido da varfarina (DITTUS; ANSELL, 2013)¹. Os anticoagulantes orais são, predominantemente, antagonistas da vitamina K, importante cofator para a síntese hepática dos fatores de coagulação II (protrombina), VII, IX e X (GUIMARÃES; ZAGO, 2007). Os antagonistas da vitamina K produzem efeito anticoagulante ao interferir com a síntese de tais fatores, reduzindo, assim, sua concentração (DITTUS; ANSELL, 2013).

Por mais de cinco décadas as drogas antivitaminas K foram consideradas padrão-ouro na terapia de anticoagulação oral em longo prazo (GARCIA et al., 2008).

No entanto, ao longo dos anos, pesquisas têm sido desenvolvidas para a obtenção de novos anticoagulantes, mais eficazes e seguros aos pacientes.

Estudos norte-americanos obtiveram maior especificidade com a descoberta de um inibidor direto da trombina, administrado via oral, o ximelagatran. Todavia, tal medicamento mostrou-se eficaz em ensaios clínicos, porém, foram observadas alterações da função hepática em seus usuários, o que levou a sua retirada do mercado em 2006 (SOFF, 2012).

Em seguida, outro inibidor direto da trombina, o dabigatran, foi submetido a extensas análises, mostrando-se eficaz na prevenção de tromboembolismos em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas (BLOMMEL; BLOMMEL, 2011), sendo que, em outubro de 2010 foi aprovado pelo *Food and Drug Administration (FDA)* também para a prevenção de acidente vascular encefálico (AVE) e fibrilação atrial (FA) não valvular.

Simultaneamente foram desenvolvidos e estudados, em vários grupos de pacientes, agentes inibidores diretos do fator Xa, o rivaroxaban, o apixaban e mais recentemente, o edoxaban.

Pesquisas já apontam que os novos ACO, que interagem em locais diferentes na cascata de coagulação, tem seu início de ação rápido, não requerem ajustes na dose (com exceção para os casos de insuficiência renal), não dependem de monitorização dos efeitos

¹ Na presente tese foram utilizadas as normas da ABNT NBR 6023 para as citações e referências.

durante o tratamento, dispensando consultas tão frequentes à equipe de saúde e/ou coletas de sangue para controle da coagulação, todavia possuem um valor bem superior aos ACO antivitaminas K e possuem a dificuldade do antídoto que reverta o seu efeito anticoagulante (SILVESTRE et al., 2012).

O presente estudo aborda apenas a terapia de anticoagulação oral obtida pelo uso dos fármacos antivitaminas K e serão tratados exclusivamente daqui em diante, ou seja, ao citarmos o uso dos anticoagulantes orais, estaremos nos referindo especificamente ao antivitaminas K. Tais anticoagulantes orais são indicados para pacientes com doenças que precipitam uma ativação não desejada da coagulação sanguínea. Assim, eles atuam na profilaxia e no tratamento de eventos tromboembólicos e em diversas condições clínicas que podem desencadeá-los, tais como: fibrilação atrial, uso de próteses valvares cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva e infarto agudo do miocárdio (ROMANO; PINHEIRO JR; BARBOSA, 2006).

No Brasil, os anticoagulantes orais mais utilizados são a varfarina e a femprocumona (GUIMARÃES; ZAGO, 2007). A varfarina é comercializada com o nome Marevan[®] e Coumadin[®] e a femprocumona, Marcoumar[®].

A anticoagulação oral pode ser influenciada por vários fatores capazes de alterar a ação terapêutica do fármaco, acarretando eventos adversos de natureza hemorrágica ou tromboembólica. Esses fatores podem ser relacionados às variações na ingestão de alimentos contendo vitamina K e dieta rica em gorduras; à interação com outros medicamentos; à presença de alteração no estado clínico do paciente como a ocorrência de quadros virais; ao aparecimento de hepatopatias e hipotireoidismo (HIRSH; FUSTER, 1994; SULLANO; ORTIZ, 2001; PARRONDO et al., 2003; GRINBERG, 2003). A grande variabilidade na resposta de cada indivíduo à dose em uso, exames laboratoriais de difícil padronização e problemas relacionados a não adesão ao tratamento são outros fatores que devem ser considerados (ANSELL et al., 2004).

Ainda, problemas pré-analíticos como, por exemplo, erro na coleta do sangue ou na separação do plasma também são fatores a serem considerados uma vez que podem acarretar alterações do INR (SANTANA, 2006).

A presença destes inúmeros fatores que alteram o efeito dos anticoagulantes orais faz com que seja necessário um constante monitoramento dos níveis de coagulação sanguínea dos pacientes, principalmente nos primeiros meses de tratamento.

O uso de ACO pode permanecer por tempo indeterminado, dependendo da indicação. Em pacientes com episódio de trombose venosa profunda (TVP) ou tromboembolismo

pulmonar (TEP), a literatura recomenda, no mínimo, três meses de uso de ACO, sendo que tal período pode estender-se de acordo com a avaliação dos fatores causais e do risco de recorrência do quadro clínico (JONG; COPPENS; MIDDELDORP, 2012; BAUER, 2010; ANSELL et al., 2008). Outras condições clínicas apontam ao uso contínuo e indeterminado do ACO, como em pacientes com fibrilação atrial e prótese valvar cardíaca (GUIMARÃES; ZAGO, 2007).

Para monitoração da coagulação sanguínea são utilizados testes laboratoriais como o tempo de tromboplastina parcial (TTP), o TP e, em alguns casos, o tempo de trombina (TT) ou o nível de fibrinogênio. Para obter uma calibração da tromboplastina usada para testar o tempo de protrombina em relação a um padrão internacionalmente determinado, por convenção, o TP é relatado, atualmente, com a Razão Normalizada Internacional (RNI), mais conhecida pela expressão em inglês *International Normalized Ratio* (INR), ou seja, a razão do tempo de protrombina de controle, elevado a uma potência do Índice Internacional de Sensibilidade (ISI) (ROMANO; PINHEIRO JR; BARBOSA, 2006).

As condutas clínicas para a dosagem prescrita e o controle do INR têm sido frequentemente revisadas. As recomendações mais recentes da *American Heart Association* estabelecem que a moderada intensidade da anticoagulação, ou seja, valores de INR entre 2,0 e 3,0 é efetiva para a maioria dos indivíduos e indicações (GUYATT et al., 2008). As diretrizes do *British Committee for Standards in Haematology* (BCSH) já se referem ao INR alvo e não mais a faixa-alvo, no que tange às recomendações do valor ideal de INR de acordo com as indicações para uso do ACO. Para a maioria das indicações, o INR alvo recomendado é 2,5 (KELLING et al., 2011).

Contraindicações absolutas à TAO não se apresentam tão bem definidas na literatura quando comparadas às indicações (PARTINGTON et al., 2007) e estão mais relacionadas aos fatores de risco associados à TAO, apresentados pelos pacientes. Hamerschlak e Rosenfeld (1996) apontaram, dentre as principais contraindicações para o uso de anticoagulantes, trauma ou hemorragia recente do sistema nervoso central, coagulopatia grave (congenita ou adquirida), hipertensão grave refratária ao tratamento, sangramento digestivo recente, plaquetopenia grave ($<100.000/\text{mm}^3$) e idade avançada. Além dos aspectos anteriormente citados, a recusa do paciente e a não-adesão à monitorização do INR contraindica o uso do ACO (ANSELL, 2004).

Em 2007, no Reino Unido, foram emitidas, pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence*, diretrizes enfatizando a importância da avaliação do risco de sangramento como parte da avaliação clínica para trombotoprofilaxia, com especial atenção às

seguintes características dos pacientes: idade superior a 75 anos; uso de medicamentos antiplaquetários ou múltiplos medicamentos; hipertensão arterial sistêmica (HAS) não controlada; história prévia de sangramento e história de controle inadequado da terapia de anticoagulação (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2007).

A complexidade da TAO tem resultado no comprometimento da segurança do paciente (PENNSYLVANIA PATIENT SAFETY ADVISORY, 2008). Por isso, tal terapêutica tem uma especificidade que é a exigência de um controle rigoroso da dose utilizada dos anticoagulantes orais, a fim de manter o INR dentro de uma estreita faixa considerada terapêutica, para que o nível de coagulação sanguínea não exponha o paciente ao risco de complicações, sejam elas hemorrágicas ou tromboembólicas (SANTOS et al., 2006; SANTANA, 2006).

A frequência ideal de monitoração do INR, em longo prazo, é influenciada por diversos fatores tais como: adesão do paciente; flutuações passageiras na gravidade de situações de comorbidades; acréscimo ou interrupção de outros fármacos; mudanças na dieta; qualidade do ajuste da dose do medicamento e estabilidade da resposta do paciente de acordo com a dose (ANSELL et al., 2008).

Rose et al. (2011) enfatizam que vários aspectos da terapia de anticoagulação oral, dentre eles o intervalo ideal para a realização do exame laboratorial, são regidos pela tradição e não por evidências científicas. Na ausência destas evidências, diversas diretrizes recomendam diferentes intervalos para a realização do TP.

O *American College of Chest Physicians* recomenda um intervalo entre quatro e seis semanas para pacientes mantendo estabilidade do INR (AGENO et al., 2012). As diretrizes do *American College of Cardiology*, *American Heart Association* e *European Society of Cardiology* permitem um intervalo máximo de até 42 dias para pacientes que já atingiram um controle ideal (FUSTER et al., 2006). Para o *British Society of Haematology* esse intervalo pode chegar até 90 dias para pacientes com bom controle da terapia (BAGLING; KEELING; WATSON, 2006). Quando o ajuste de dose do ACO se faz necessário devido à alteração no INR, o intervalo para realização do TP deve ser reduzido até que seja obtida nova estabilidade do INR (AGENO et al., 2012).

Tais divergências não se relacionam apenas ao tempo dos intervalos para a realização dos exames, mas também, à finalidade dessas avaliações. Os pesquisadores têm questionado se os exames frequentes realmente identificam mudanças importantes do INR ou apenas

breves alterações que acabam levando a excessivos e desnecessários ajustes da dose do ACO (ROSE et al., 2009).

Apesar das divergências e questionamentos entre pesquisadores e clínicos, o controle da terapia por meio da obtenção do INR em intervalos pré-determinados e dos devidos ajustes da dose do ACO tem sido recomendado para manter a estabilidade da terapia minimizando, assim, a ocorrência de complicações relacionadas à TAO.

O risco de complicações aumenta quando há inadequações na dosagem prescrita, quando o paciente não segue a prescrição médica corretamente, pelo uso de medicamentos que potencializam o efeito dos anticoagulantes orais ou por falta de monitorização sanguínea regular (HAMERSCHLAK; ROSENFELD, 1996). Segundo Hamerschlak e Rosenfeld (1996), a hemorragia é a mais frequente complicação relacionada ao uso dos anticoagulantes orais e, na maioria das vezes, está associada a doses elevadas do medicamento.

De acordo com Hylek et al. (2003) e Levine et al. (2004), o risco de um evento hemorrágico torna-se aumentado quando os valores de INR encontram-se acima de 3,0 e há risco de complicações tromboembólicas com valores de INR abaixo de 2,0. Se os valores de INR se mantiverem na faixa terapêutica mencionada (entre 2,0 e 3,0) um em cada quatro eventos hemorrágicos e um em cada 10 eventos tromboembólicos, podem ser evitados (VAN WALRAVEN et al., 2007).

Nos Estados Unidos, entre pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, a varfarina é o fármaco mais comumente relacionado a internações de urgência devido a complicações (BUDNITZ et al., 2011).

Os médicos envolvidos na prescrição e acompanhamento da TAO buscam estimar ou prever o risco individual de cada paciente para desenvolver sangramentos, por meio de julgamento clínico. Para auxiliar tal julgamento clínico, pesquisadores têm desenvolvido instrumentos para avaliar os fatores de risco para sangramento, relacionados ao uso de anticoagulantes orais (ASPINALL et al., 2005, BEYTH; QUINN; LANDEFELD, 1998).

Beyth, Quinn e Landefeld (1998) desenvolveram e validaram o instrumento *The Outpatient Bleeding Risk Index* (OBRI), com o objetivo de classificar pacientes em uso de ACO quanto ao risco para sangramentos graves em três níveis: baixo risco, risco intermediário e alto risco. Os pacientes classificados como de baixo risco são aqueles que não apresentam qualquer fator de risco, os pacientes de risco intermediário apresentam um ou dois fatores de risco e aqueles classificados como de alto risco apresentam três ou quatro fatores de risco.

Dentre os fatores de risco, relacionados a complicações hemorrágicas, e avaliados pelos autores, estão: idade igual ou superior a 65 anos, sangramento gastrointestinal prévio, AVE prévio e a presença de uma ou mais comorbidades específicas (infarto agudo do miocárdio recente, níveis séricos de creatinina acima de 1,5 mg/dl, hematócrito inferior a 0,30 ou Diabetes *mellitus*) (BEYTH; QUINN; LANDEFELD, 1998).

Dentre outros instrumentos criados para avaliar o risco de sangramento, o OBRI é o mais utilizado pela população médica devido a sua facilidade de aplicação e por ter sido validado por seus autores (BEYTH; QUINN; LANDEFELD, 1998). Tais autores afirmam que sangramentos graves podem ser prevenidos em muitos pacientes classificados como de alto risco por meio de um manejo mais cuidadoso da terapia.

Ainda, o uso de tais instrumentos capazes de estimar o risco de sangramentos relacionados ao uso de ACO pode otimizar a utilização do medicamento por tornar possível a identificação de pacientes em quem os benefícios da terapia superam os riscos envolvidos (BEYTH; QUINN; LANDEFELD, 1998). Sendo assim, a utilização de tais instrumentos pode influenciar com mais acurácia a decisão pela terapia de anticoagulação oral, considerando os riscos e os benefícios envolvidos (ASPINALL et al., 2005).

Além da monitoração terapêutica, imprescindível para um tratamento seguro, a educação dos pacientes ambulatoriais deve ser considerada como um fator de destaque para o reconhecimento da importância do tratamento e para que se possam identificar precocemente possíveis sinais de complicações. Para os profissionais da saúde, o acompanhamento em clínicas ambulatoriais especializadas permite identificar as dificuldades dos pacientes em relação à manutenção de um INR desejável e também orientá-los para uma melhor adesão ao tratamento de modo a evitar ou minimizar a incidência de efeitos indesejáveis relacionados à TAO (HENN et al., 2008).

As mais recentes recomendações para o uso de anticoagulantes orais estão centradas na defesa de um manejo adequado da terapêutica o qual deve estar pautado nos seguintes aspectos: profissionais da saúde com conhecimento atualizado e profundo da terapêutica; sistema organizado para o acompanhamento dos pacientes; monitoração confiável do INR, bem como, um sistema de comunicação e de educação eficientes, voltado aos usuários do medicamento (ANSELL et al., 2008). A maioria desses itens precisa estar presente em um ambulatório especializado em TAO.

As clínicas de anticoagulação têm evoluído nos últimos 20 a 30 anos. (NUTESCU, 2003). O objetivo de tais clínicas é oferecer ao paciente um acompanhamento organizado e sistemático da terapia (GARCIA et al., 2008; NUTESCU, 2003).

Barreira et al. (2004) pontuam outros objetivos dessas clínicas, tais como: assegurar a educação do paciente por meio de um programa estruturado voltado ao seu preparo para o uso do ACO e monitorar a terapia a partir da realização de exames laboratoriais e ajustes na dose do medicamento.

Assim, cada vez mais têm sido reconhecidos os benefícios de serviços de controle de anticoagulação nos cenários ambulatoriais. Tais benefícios incluem a redução das taxas de mortalidade e complicações hemorrágicas, um melhor controle dos efeitos adversos do medicamento, incluindo erros de medicação e diminuição do tempo das internações hospitalares resultando, assim, em uma assistência mais segura aos pacientes (PENNSYLVANIA PATIENT SAFETY, 2008).

Melhores resultados no controle da anticoagulação oral têm sido alcançados entre pacientes acompanhados em clínicas de anticoagulação, quando comparados àqueles submetidos ao atendimento tradicional (WILSON et al., 2003; GADISSEUR et al., 2003).

Em estudo randomizado controlado, os investigadores compararam os resultados do manejo da terapia de anticoagulação realizado em clínicas especializadas com o realizado da maneira convencional (consultório médico). Durante o acompanhamento constataram que os pacientes atendidos em clínicas especializadas mantiveram o INR dentro da faixa terapêutica em 86% do tempo, enquanto no grupo em acompanhamento convencional essa porcentagem foi de 77%. A diferença mais significativa entre os dois grupos foi que pacientes acompanhados nas clínicas especializadas obtiveram com menor frequência valores de INR considerados como de alto risco (abaixo de 1,5 e acima de 5). Diferenças quanto à ocorrência de eventos hemorrágicos, tromboembólicos e taxas de mortalidade não foram significativas. A satisfação dos pacientes acompanhados nas clínicas especializadas também foi muito maior do que entre aqueles que faziam o seguimento convencional (WILSON et al., 2003).

Em outro estudo observou-se que o grupo, em acompanhamento em clínicas especializadas, obteve melhor controle da anticoagulação sanguínea e menor frequência de variações na faixa terapêutica do que aqueles seguidos em ambulatórios gerais. Os momentos de realização dos testes sanguíneos eram tidos como uma oportunidade de acompanhamento do cuidado e incluía a educação ao paciente (CHAMBERLAIN; SAGESER; RUIZ, 2001).

O atendimento aos pacientes pode ser realizado por médicos ou por outros profissionais que compõem a equipe multidisciplinar como, farmacêuticos e enfermeiros devidamente orientados por um protocolo pré-estabelecido, sendo o médico o profissional responsável pela equipe (CHIQUELLE; AMATO; BUSSEY, 1998).

Pesquisadores ressaltam que o atendimento realizado por farmacêuticos, quando comparado ao atendimento médico tradicional, promove melhor controle da anticoagulação e redução de eventos hemorrágicos e tromboembólicos, além da redução dos custos anuais por paciente (WILT et al., 1995; WITT et al., 2005).

Kim et al. (2009) justificam a implementação de um serviço especializado de anticoagulação onde detalhes rotineiros da gestão do serviço são delegados, de médicos, geralmente bastante ocupados, para um gerente do serviço de anticoagulação (geralmente um farmacêutico ou enfermeiro), que torna-se responsável por mudanças na dosagem do ACO, práticas educativas aos pacientes, dentre outros aspectos da gestão no manejo da anticoagulação.

Segundo Nutescu (2010), embora existam diversos estudos documentando as vantagens relacionadas ao impacto e custos da terapia em clínicas cujo atendimento é realizado por farmacêuticos, os dados obtidos ainda são insuficientes para compará-los efetivamente aos resultados do atendimento realizado por outros profissionais.

Oliveira et al. (2012) relatam que em setembro de 2011 foi implantada no Ambulatório de Anticoagulação do Hemocentro de Campinas a padronização do atendimento de enfermagem, com ênfase na assistência qualificada, integral e individualizada a pacientes em uso de anticoagulantes orais, resultando em expressiva melhora da qualidade do controle da anticoagulação oral neste serviço. Nesse contexto, o atendimento realizado pelo enfermeiro ocupa um papel fundamental, orientando o paciente sobre a importância da anticoagulação e seus efeitos adversos, favorecendo uma melhor adesão ao tratamento e a prevenção de possíveis complicações.

Embora a literatura internacional reporte as vantagens das clínicas especializadas em anticoagulação, incluindo outros profissionais no atendimento aos pacientes em uso de ACO, poucos são os estudos nacionais que relatam dinâmica semelhante. A participação de enfermeiros em clínicas especializadas em anticoagulação oral ainda é prática incipiente no Brasil (CARVALHO et al., 2013). Informalmente, é de conhecimento da pesquisadora a existência de ambulatórios de anticoagulação em que farmacêuticos ou enfermeiros conduzem o atendimento aos pacientes, porém, não há registros e nem divulgação dessas práticas, tornando-se, portanto, inviável a comparação entre condutas e resultados.

1.2.2 Adesão ao anticoagulante oral e fatores associados

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a definição de adesão às terapias de longo prazo, como sendo a medida ou grau, em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão do medicamento, pelo seguimento da dieta e pelas mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com o prestador de cuidados de saúde. Enfatiza ainda, que a adesão requer a concordância do paciente às recomendações e que os mesmos sejam parceiros ativos em seus próprios cuidados de saúde (WHO, 2003).

Delgado e Lima (2001) definem adesão como sendo o grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados de saúde e o comportamento do indivíduo frente ao regime terapêutico proposto.

A adesão do paciente ao tratamento tem sido uma das preocupações dos profissionais envolvidos com a terapia de anticoagulação oral, visto que a não adesão ou baixa adesão à TAO pode levar a significativas alterações nos valores do INR e consequente aumento do risco de complicações tromboembólicas ou hemorrágicas (COHEN; MAILLARDET; YAVIN, 2009). De acordo com Cruess et al. (2010), a estreita faixa terapêutica relacionada ao uso do ACO requer uma adesão ideal à terapia para que o paciente obtenha efeitos mais favoráveis.

Estudos têm obtido dados contraditórios no que se refere à associação entre adesão ao ACO e controle da anticoagulação, como pode ser observado a seguir.

Kim et al. (2011) investigaram os fatores capazes de interferir na adesão ao ACO e as relações desses fatores com o controle da anticoagulação. Os autores observaram que 27,5% dos pacientes eram aderentes ao medicamento, sendo o conhecimento sobre a terapia e a autoeficácia, fatores considerados capazes de exercer influência na adesão ao tratamento. Porém, nesse estudo, a adesão ao medicamento não foi associada ao melhor controle da terapia.

Grimberg (2004) e Davis et al. (2005) afirmam que a adesão do paciente à TAO tem sido baixa, sendo que, não mais do que 50% a 55% dos pacientes com indicação de uso de anticoagulantes orais encontram-se na faixa recomendada de anticoagulação. Ainda, a baixa adesão ao tratamento está na origem da anticoagulação insuficiente chegando a ser associada a 72,7% dos resultados subterapêuticos, com prognóstico clínico desfavorável (KIMMEL et al.; 2007). A baixa adesão à TAO foi o principal fator da ineficiente anticoagulação. Ressalta-

se que os pacientes eram acompanhados em clínicas especializadas, onde a importância da adesão à terapia foi constantemente enfatizada, segundo Kimmel et al. (2007).

Entretanto para outros autores a adesão ao tratamento pode não ter efeito significativo na estabilidade da anticoagulação (LAPORTE et al., 2003).

Diversos fatores são vistos como capazes de influenciar na adesão aos anticoagulantes, tais como aspectos relacionados à doença (sintomas, duração do tratamento, comorbidades), ao medicamento (efeitos adversos, frequência do uso, dose, custo, uso de outros medicamentos), ao paciente (falta de apoio social, falta de conhecimento sobre a doença e tratamento, crenças acerca do tratamento, dificuldades em compreender as recomendações da equipe de saúde, incapacidade de aderir às restrições exigidas), ao seguimento ambulatorial (falta de tempo, retornos em intervalos curtos, custos relacionados), ao sistema de saúde (relação médico-paciente, falta de instalações adequadas) dentre outros (COHEN; MILLARDET; YAVI, 2009; INGELGARD et al., 2006).

Ao longo dos anos, em diversos ramos da área da saúde, inúmeros estudos vêm sendo conduzidos a fim de avaliar a relação entre fatores psicossociais e a adesão a diversas terapias medicamentosas.

Nas décadas de 80 e 90, estudos abordando diversas condições crônicas já sugeriam que fatores psicológicos e emocionais eram capazes de prever o comportamento de adesão ao tratamento mais do que outros fatores (CUMMINGS et al., 1981; MEYER; LEVENTHAL; GUTMAN, 1985; HORNE; WEINMAN, 1999). Em tempos atuais, autores identificam fatores psicossociais como tendo impacto relevante na adesão aos medicamentos de pacientes com diversas doenças crônicas (CRUESS et al., 2010). Podemos ver em alguns estudos que a presença de sintomas depressivos, assim como sua gravidade, diminui a adesão dos pacientes à terapia anti-hipertensiva (WANG et al., 2002; BANE; HUGHES; McELNAY, 2006).

Em estudo que avaliou a relação entre depressão e a não adesão à terapia de anticoagulação oral após cirurgia para implante de prótese valvar, os autores concluíram que pacientes sem depressão apresentaram maior adesão ao tratamento do que aqueles com depressão, sendo a adesão inversamente correlacionada à pontuação obtida na escala de depressão (EL-GATIT; HAW, 2003).

Ainda são poucos os estudos avaliando a presença de depressão e de ansiedade em pacientes em uso de anticoagulantes orais e o impacto de aspectos psicossociais na adesão dos pacientes à terapia de anticoagulação oral (CRUESS et al., 2010).

Outras variáveis relacionadas à adesão têm sido observadas, entre elas, a qualidade de vida e o nível cognitivo dos pacientes. A relação causa e efeito entre as variáveis ainda é contraditória, conforme observamos em alguns dos estudos revisados.

Segundo Platt et al. (2008), quadros com pior comprometimento cognitivo e pior avaliação no componente saúde mental, avaliado pelo Medical Outcomes Study 36-item Short-Form (MOS SF-36) podem interferir na adesão à terapia de anticoagulação oral, enquanto, os componentes do SF-36, capacidade funcional e estado geral de saúde, não foram associados à adesão. Para outros autores, entretanto, a adesão ao tratamento também pode interferir na qualidade de vida dos usuários de anticoagulantes orais (KIMMEL et al., 2007; DAVIS et al., 2005; BARCELONA et al., 2000).

Dado que um fator é capaz de influenciar o outro, é importante a proposição de estratégias capazes de interromper tal processo, de modo a otimizar a terapia de anticoagulação oral, aumentando assim, a segurança do paciente e melhorando sua qualidade de vida e/ou sua percepção sobre seu estado geral de saúde.

1.2.3 Estado geral de saúde

Sabe-se que a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos pacientes em uso de ACO pode ser influenciada pela adesão ao tratamento (DELGADO; LIMA, 2001) e pelo controle da anticoagulação, o qual apresenta forte relação com o conhecimento sobre os anticoagulantes orais (KIMMEL et al., 2007; DAVIS et al., 2005; KHAN et al. 2004; VOLLER et al. 2004; TANG et al., 2003; BARCELONA et al., 2000).

O uso crônico do ACO requer cuidados que demandam mudanças no estilo de vida do indivíduo, tais como: alterações no hábito alimentar, alterações no padrão de consumo de bebidas alcoólicas e cuidados quanto à realização de algumas atividades físicas que podem oferecer maiores riscos aos pacientes (CASAIS et al, 2005; LANCASTER et al, 1991).

Ainda, a inserção de novas atividades na rotina do paciente em uso de ACO, como o uso diário da medicação, a necessidade de coleta de sangue e consultas médicas frequentes para o controle da terapia, podem influenciar na percepção da qualidade de vida e do estado de saúde de seus usuários (MCCAHERON et al., 2011). Essas mudanças, relacionadas ao uso do ACO, são agravadas pelo fato de que esses indivíduos são submetidos a um tratamento cujos

benefícios não são percebidos pelos mesmos e que os expõe a riscos bem definidos (ALMEIDA et al., 2011).

A expressão “estado de saúde percebido” (*Perceived Health Status*) tem sido utilizada como sinônimo de outros constructos tais como Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (*Health-related Quality of Life*) (FAYERS; HAYS, 2005; FAYERS; MACHIN, 2007).

Qualidade de vida relacionada à saúde está relacionada à percepção que o indivíduo tem de seu estado de saúde, os efeitos da doença sobre sua vida, envolvendo tanto aspectos físicos quanto funcionais, emocionais e sociais. Ainda, por se tratar de algo subjetivo, tal percepção é vivenciada de formas diferentes por cada indivíduo (VANHEUSDEN et al., 2007).

Para se mensurar um constructo como o estado de saúde percebido ou QVRS, escalas e questionários têm sido utilizados.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em uso de ACO tem sido investigada por meio de instrumentos desenvolvidos e validados em diversas culturas, sendo alguns genéricos e outros específicos para avaliação de pacientes em uso de ACO. Como exemplo de instrumento genérico temos, o amplamente utilizado SF-36 desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e validado no Brasil por Ciconelli et al. (1999), abordando aspectos genéricos em seus oito domínios, podendo citar: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Dentre os instrumentos específicos podemos encontrar o *Duke Satisfaction Anticoagulation Scale* (DASS), composto por questões que abordam aspectos importantes da anticoagulação oral (limitação, tarefa e sobrecarga e impacto psicológico) (SAMSA et al., 2004). A versão original foi adaptada culturalmente e testada em pacientes na Espanha (CARROBLES et al., 2006) e no Brasil (PELEGRINO et al., 2011), confirmando as adequadas propriedades psicométricas da versão original.

Em estudo realizado em uma cidade do interior de São Paulo com objetivo de avaliar a QVRS de pacientes ambulatoriais em uso de ACO, autores identificaram melhor avaliação para aspectos sociais e pior para aspectos físicos, sendo que ao comparar a QVRS com as variáveis sociodemográficas e clínicas foram verificadas pior avaliação entre mulheres, idosos, indivíduos com menos de um ano em uso de ACO e portadores de fibrilação atrial (CORBI et al; 2011). Carvalho et al. (2013), em estudo que teve por objetivo comparar a qualidade de vida de pacientes no início e seis meses após o uso de ACO, também observaram uma melhor avaliação baseada no SF-36 para o domínio aspectos sociais. As autoras

concluíram que após seis meses do início da TAO, a QVRS dos pacientes apresentou melhora em todos os oito domínios, com diferença estatisticamente significativa, exceto para o domínio saúde mental (CARVALHO et al., 2013).

Em estudo que teve por objetivo avaliar a influência do uso crônico do ACO na QVRS dos indivíduos, por meio da utilização do SF-36 e DASS, seus autores identificaram uma percepção positiva pelos pacientes em uso de ACO acerca de sua qualidade de vida, sendo que tal percepção apresentou-se de modo diferenciado com relação a algumas variáveis sociodemográficas e clínicas (ALMEIDA et al., 2011). Pacientes com mais de um ano em TAO e aqueles com menor nível educativo apresentaram uma percepção positiva de sua qualidade de vida (avaliada pelo DASS), enquanto pacientes com complicação hemorrágica prévia, comorbidades e baixo nível educativo apresentaram uma pior percepção de sua qualidade de vida, quando avaliada pelo SF-36.

Concordamos com Corbi et al. (2011), quando os mesmos apontam que, ao se conhecer a qualidade de vida relacionada à saúde, de pacientes em terapia de anticoagulação oral, podemos nortear ações e condutas da equipe de enfermagem voltadas àqueles indivíduos com pior avaliação, por meio de planejamento de cuidados que possibilitem a amenização dos efeitos da terapia, tornando-a menos penosa para seus usuários.

1.3 Questão do estudo

Considerando a proposta de um atendimento diferenciado ao paciente em uso de anticoagulantes orais, este estudo visa responder à seguinte questão: *Qual a evolução dos pacientes atendidos em um ambulatório especializado de anticoagulação oral no que se refere à adequação terapêutica, adesão ao tratamento medicamentoso, estado geral de saúde e presença de sintomas de ansiedade e sintomas de depressão, dois meses após a alta hospitalar?*

Objetivos

2 OBJETIVOS

1) Caracterizar os pacientes segundo a terapêutica de anticoagulação oral durante a hospitalização (indicação para o uso de ACO, motivo da internação, início ou não de anticoagulação durante a internação, comorbidades, medicamentos em uso);

2) Acompanhar a evolução clínica dos pacientes nos dois primeiros meses após a alta hospitalar no que se refere: ao número de retornos no ambulatório especializado, ao motivo dos retornos (agendamentos regulares ou devido às complicações relacionadas à terapia), adequação terapêutica de anticoagulação oral (avaliada pela manutenção do INR na faixa terapêutica e ausência de efeitos adversos), tipos de complicações apresentadas, mudanças na terapêutica de anticoagulação oral (dosagem, suspensão), alterações nos demais medicamentos em uso, valores do INR, novos quadros clínicos;

3) Avaliar a adesão ao tratamento de anticoagulação oral de pacientes atendidos em um ambulatório especializado de anticoagulação, dois meses após a alta hospitalar;

4) Comparar o estado geral de saúde de pacientes atendidos em um ambulatório especializado de anticoagulação, durante a internação e dois meses após a alta hospitalar;

5) Comparar a presença de sintomas de ansiedade e sintomas de depressão destes pacientes, durante a internação e dois meses após a alta hospitalar;

6) Comparar o estado geral de saúde segundo a presença de sintomas de ansiedade e sintomas de depressão e o tempo de seguimento (na internação e dois meses após a alta hospitalar).

Material e Método

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo e proteção aos sujeitos

Trata-se de estudo exploratório, de delineamento longitudinal para avaliar a evolução clínica e a adesão farmacológica de pacientes acompanhados em ambulatório especializado de anticoagulação e avaliação do estado geral de saúde e da presença de sintomas de ansiedade e sintomas de depressão durante sua internação e dois meses após a alta hospitalar.

Esse projeto foi inicialmente apresentado e discutido com os profissionais responsáveis pelo serviço onde o estudo foi conduzido, sendo aprovada a proposta. Com a concordância desses profissionais, o projeto foi encaminhado para apreciação pelos membros do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP – USP, tendo sido aprovado (Nº 2150/2010) (Anexo A).

Os potenciais participantes foram convidados pela pesquisadora para fazerem parte do estudo. Neste momento foram apresentados os objetivos do estudo, verbalmente e por escrito. Após a devida concordância do indivíduo em participar, foi solicitada sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), em duas vias, sendo que uma cópia foi entregue ao participante e outra ficou em posse da pesquisadora, conforme as regulamentações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A cada participante foi esclarecido sobre a manutenção de sua privacidade na pesquisa, sendo garantido o anonimato e o direito de desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízos ao seu atendimento e tratamento na instituição hospitalar em questão.

3.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Estadual de Ribeirão Preto - HERP (enfermaria e ambulatório especializado de anticoagulação), entre abril de 2011 e setembro de 2012.

O HERP conta com duas alas de enfermarias, com 25 leitos cada, para internação e tratamento de condições clínicas de pequena e média complexidade. Também há leitos

destinados à recuperação pós-operatória de pacientes submetidos a pequenas cirurgias realizadas no próprio serviço.

O ambulatório especializado de anticoagulação foi criado em novembro de 2009 e desde seu início apresentou duas modalidades. Em um período da semana eram atendidos os pacientes que estiveram internados no HERP e iniciaram ou já faziam uso de ACO. É importante salientar que esses pacientes, em sua maioria, são residentes em cidades próximas ao município de Ribeirão Preto. Durante o seguimento ambulatorial, os pacientes chegavam ao serviço pela manhã, para coleta de sangue e realização do TP e aguardavam pelo resultado até o início da tarde, quando eram atendidos pelos enfermeiros. Em outros dois períodos eram atendidos os pacientes que faziam seguimento prévio de anticoagulação no HCFMRP e que foram encaminhados para dar continuidade ao acompanhamento no HERP. Tais pacientes, todos residentes em Ribeirão Preto, faziam a coleta do sangue no dia anterior à consulta no próprio HCFMRP e no dia seguinte compareciam ao HERP para verificação do resultado e conduta terapêutica. Em outubro de 2011 o hospital optou por inserir um dispositivo portátil para a realização do TP (CoaguChek[®]), alterando significativamente a dinâmica de atendimento dos pacientes que outrora coletavam o sangue em um período e aguardavam a verificação do INR no outro período. Tal fato pode ter repercutido em algumas das variáveis avaliadas neste estudo, uma vez que beneficiou o paciente no condizente ao tempo de permanência no hospital, podendo ter refletido em sua percepção acerca da assistência prestada.

3.3 População do estudo

A população potencial do estudo foi constituída de pacientes em uso de anticoagulantes orais que estiveram internados no HERP no período de abril de 2011 a julho de 2012, por motivos relacionados ou não ao uso do ACO.

Devido ao caráter exploratório do estudo, não foi realizado o cálculo do tamanho amostral uma vez que não tínhamos medidas anteriores de estado de saúde e adesão ao tratamento na população que foi investigada, ou seja, pacientes anticoagulados atendidos em uma clínica especializada de TAO. O tamanho da amostra foi determinado pela disponibilidade de recursos humanos e de tempo para a conclusão da investigação.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, com condições cognitivas para responderem aos instrumentos de

coleta de dados, avaliadas por meio da aplicação do instrumento Mini-exame do Estado Mental (BERTOLUCCI et al., 1994) (Anexo B). Dentre os critérios de exclusão podemos citar: a) pacientes com sequelas físicas ou mentais decorrentes de AVE, uma vez que tal condição poderia dificultar ou mesmo impossibilitar sua participação ativa e sua interação com a pesquisadora; b) pacientes submetidos à cirurgia de prótese cardíaca valvar nos últimos seis meses, uma vez que tais pacientes podem apresentar peculiaridades com potencial para interferir na avaliação da QVRS nos primeiros meses após a cirurgia (GOIS, 2009); c) pacientes que estavam participando de um programa educativo voltado ao autocuidado, sendo objeto de investigação de dois estudos em andamento na instituição no período determinado (PELEGRINO et al., 2012).

A identificação dos possíveis participantes foi feita por meio de busca ativa diária dos registros de dispensação do ACO pela farmácia hospitalar, para as enfermarias do HERP, de acordo com as prescrições médicas. Essa busca foi feita em sistema informatizado que o hospital utiliza e, após identificação das prescrições, os pacientes eram contatados nas enfermarias onde se encontravam internados e, em seguida, convidados a participar da pesquisa, conforme os critérios de inclusão mencionados.

Um total de 99 pacientes participou da primeira avaliação (durante a internação), sendo que, destes, somente 81 finalizaram a pesquisa, completando a segunda avaliação. Houve, portanto, a perda de 18 pacientes, devido aos seguintes motivos: sete pacientes não compareceram ao retorno ambulatorial agendado, excedendo o prazo máximo permitido para a segunda avaliação; quatro pacientes tiveram suspenso o uso do ACO; três pacientes faleceram; dois pacientes solicitaram a sua exclusão do estudo; um paciente não compareceu aos retornos agendados e um paciente, após alta do HERP, reinternou diversas vezes neste mesmo serviço, no período de dois meses, quando deveria ser realizada a segunda avaliação. Tal decisão foi tomada considerando que esta situação poderia constituir em viés para o estudo, uma vez que este paciente não atendeu aos critérios de seguimento no estudo como os demais, em relação aos retornos ambulatoriais.

3.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, independente de estar o participante apto a responder aos instrumentos de forma autoaplicável, evitando-se assim que

informações importantes pudessem ser perdidas. Os dados clínicos foram obtidos por meio de consulta aos prontuários dos pacientes e pelo relato dos participantes ao responderem aos instrumentos da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos: durante a internação do paciente e dois meses após a alta hospitalar. O período de dois meses para nova avaliação foi determinado considerando a literatura sobre a duração da TAO, em que casos de TVP e TEP podem ser tratados com o uso do ACO por um período que pode variar de três a 12 meses a depender dos fatores de risco apresentados pelos pacientes quanto à possibilidade de recorrência do evento (JONG; COPPENS; MIDDELDORP, 2012; BAUER, 2010, BOUNAMEAUX; PERRIER, 2008). Portanto, a fim de se evitar perdas relacionadas à suspensão do ACO em pacientes sob TAO, devido a tais quadros clínicos, optamos pela adoção de determinado período de tempo, considerando ainda um intervalo de tolerância para possíveis faltas aos retornos ambulatoriais.

Durante a internação: foi realizado o primeiro contato com o paciente, mediante a apresentação do projeto e obtenção da assinatura do TCLE confirmando o consentimento à participação na pesquisa. Em seguida, foi realizada a entrevista utilizando instrumentos para caracterização dos aspectos sociodemográficos, clínicos, estado geral de saúde e presença de sintomas de ansiedade e/ou de depressão dos pacientes.

Dois meses após a alta hospitalar: Ao sair de alta hospitalar, o paciente já tinha seu retorno agendado no ambulatório especializado de anticoagulação pela equipe médica que o assistiu durante a internação. O período entre a alta hospitalar e o primeiro retorno agendado variou de uma a três semanas. Os pacientes eram contatados no dia do retorno ao ambulatório de anticoagulação, sendo novamente avaliados os aspectos clínicos, o estado geral de saúde e a presença de sintomas de ansiedade e/ou de depressão dos pacientes. Nesse momento também foi avaliada a adesão à TAO.

Durante o período compreendido entre a alta hospitalar e a coleta de dados final (dois meses após a alta), os pacientes permaneceram em seguimento neste ambulatório especializado para o controle da terapia de anticoagulação oral. Sendo assim, tiveram a oportunidade de participar das atividades educativas (palestras) relacionadas a essa terapia, oferecidas pelo hospital. As palestras aconteceram semanalmente, antes do início do atendimento aos pacientes e eram ministradas por um profissional da equipe multidisciplinar, enfocando aspectos específicos da terapia (dieta recomendada, interações medicamentosas, complicações relacionadas à terapia, dentre outros). Importante salientar que os pacientes eram convidados a participar das palestras, podendo haver recusa por parte dos mesmos.

Porém, a participação era incentivada pelos profissionais do ambulatório sempre que compareciam à consulta.

Durante todas as etapas da coleta de dados, os participantes tiveram oportunidade de esclarecer suas dúvidas, assim como seus familiares, cuidadores ou acompanhantes. Os pacientes foram incentivados a apresentarem comportamentos adequados com relação à terapia de anticoagulação oral, e orientados quanto à adesão ao tratamento.

Além da coleta realizada dois meses após a alta hospitalar, toda vez que o paciente retornava em consulta no ambulatório especializado de anticoagulação do HERP, eram coletados os seguintes dados: mudanças clínicas em sua condição de saúde (ocorrência de novas doenças ou alterações em seu quadro clínico); motivo dos retornos (regular ou devido às complicações relacionadas à terapia); mudanças na terapia (alterações da dose do ACO); outros medicamentos em uso e resultados do INR. Também foi considerado o número total de retornos ao ambulatório especializado em até dois meses após a alta hospitalar.

Foi estabelecido um intervalo mínimo e máximo para a segunda avaliação, uma vez que, nem sempre os retornos ambulatoriais coincidem com o dia exato que completava dois meses após a alta, e após tal período de tolerância o paciente era excluído do estudo. Portanto, a segunda avaliação poderia ocorrer uma semana antes de completar dois meses após a alta hospitalar ou até duas semanas após esse período. Tal intervalo de tolerância possibilitou à pesquisadora contatar os pacientes confirmando o retorno agendado e, caso o paciente não pudesse comparecer na data agendada, havia a possibilidade de reagendamento neste intervalo permitido, evitando assim perdas relacionadas às faltas dos pacientes.

3.5 Instrumentos

Para avaliação das variáveis de interesse do estudo, na Figura 1 estão apresentados os instrumentos utilizados durante a internação e na Figura 2 estão apresentados os instrumentos utilizados dois meses após a alta hospitalar.

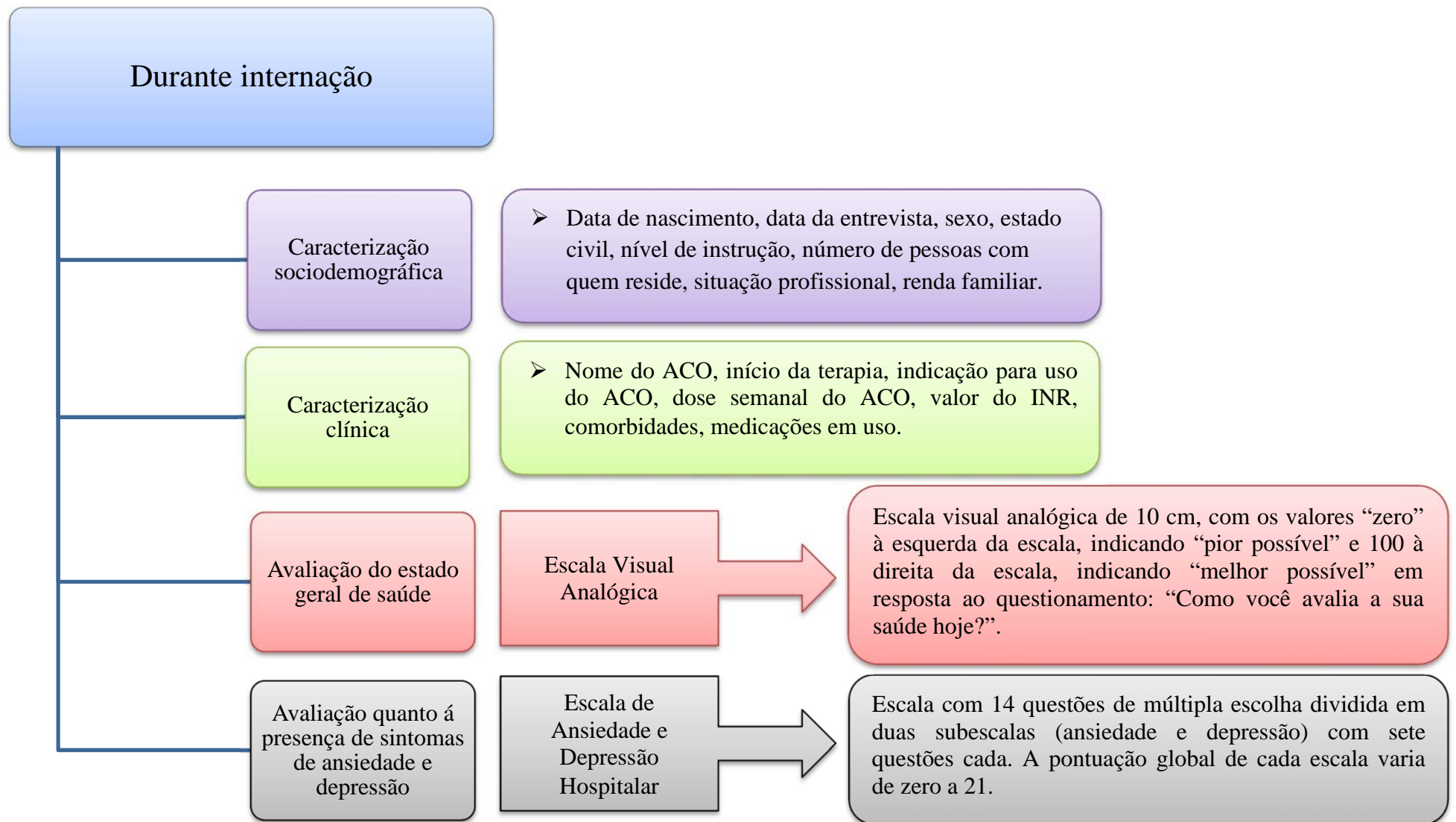


Figura 1: Modelo de medidas utilizadas no estudo na primeira avaliação (durante a internação).

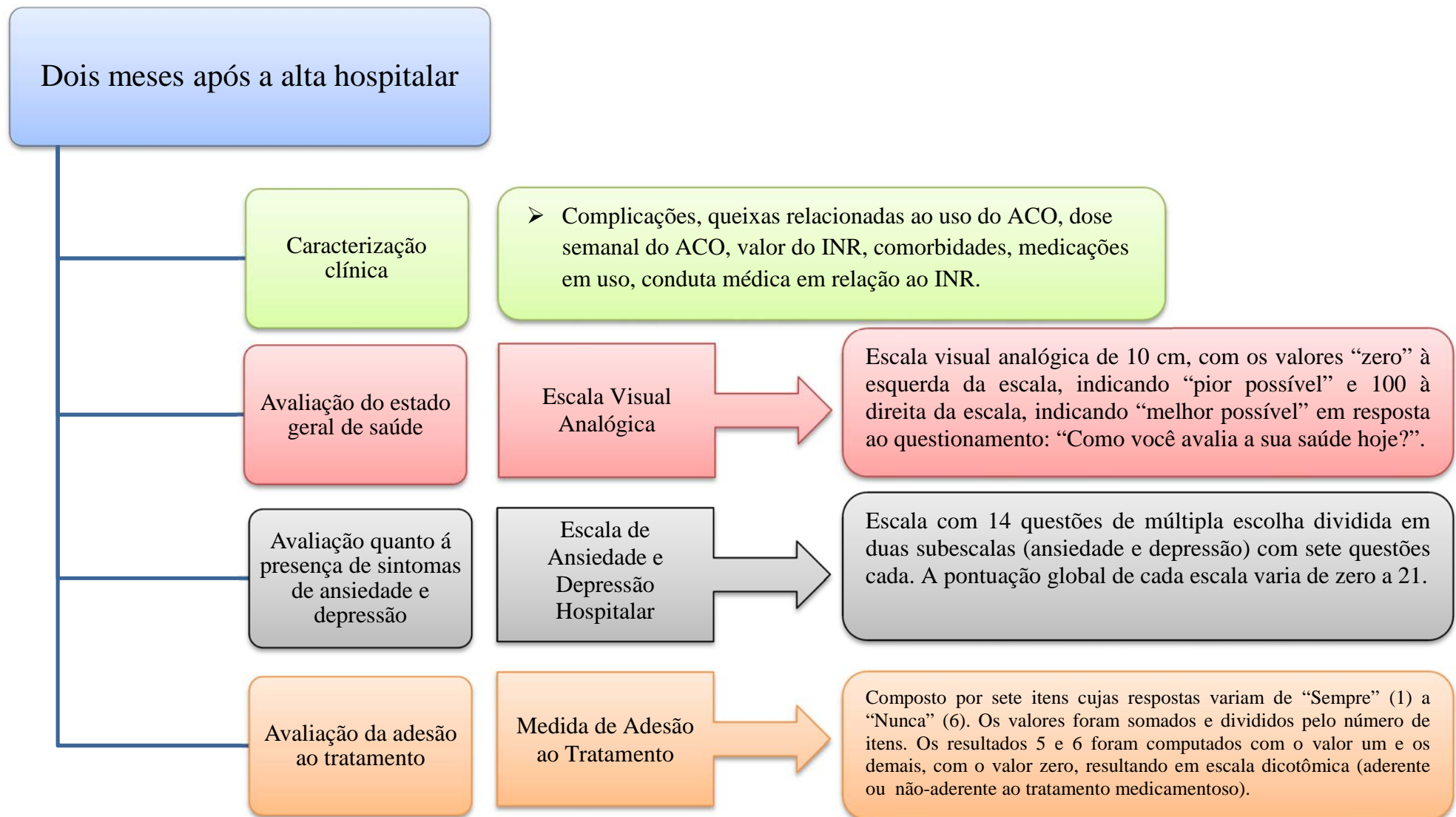


Figura 2: Modelo de medidas utilizadas no estudo na segunda avaliação (dois meses após a alta hospitalar).

3.5.1 Caracterização sociodemográfica

Para a caracterização sociodemográfica foram coletados os seguintes dados dos pacientes: data de nascimento e data da entrevista durante a internação (para posterior cálculo da idade dos participantes), sexo, estado civil, nível de instrução (quantos anos frequentou o ensino formal), procedência, número de pessoas com quem residia, situação profissional (ativo ou inativo. Se ativo, qual o tipo de atividade ocupacional era exercida) e renda familiar (mensal, em reais) (Apêndice B).

3.5.2 Caracterização clínica

Durante a internação, os dados clínicos investigados foram: anticoagulante oral utilizado, data do início da TAO, indicação para o uso do ACO, dose do ACO (em mg/semana), valor do último INR registrado no prontuário, outras comorbidades apresentadas pelo paciente, outros medicamentos em uso pelo mesmo (Apêndice B).

Durante os retornos ambulatoriais e dois meses após a alta hospitalar os dados clínicos investigados foram: presença ou não de complicações hemorrágicas e/ou tromboembólicas, dose atual do ACO, valor do INR no dia do retorno, outras comorbidades identificadas após a alta hospitalar, uso de outros medicamentos prescritos após a alta hospitalar (por profissional de outro serviço em que o paciente possa ter sido avaliado) e conduta médica mediante o INR apresentado (Apêndice C).

Os instrumentos para caracterização sociodemográfica e clínica e para avaliação de sinais e sintomas foram submetidos à validação de face e conteúdo por um comitê formado por cinco especialistas no cuidado ao paciente em uso de ACO: dois médicos cardiologistas e três enfermeiras, com residência na área de Cardiologia e/ou Hematologia, sendo as enfermeiras, pós-graduandas da EERP-USP. Esses juízes não eram membros da equipe de pesquisadores responsáveis pelo estudo.

3.5.3 Adesão ao tratamento medicamentoso

Para avaliação da adesão à TAO foi utilizado o instrumento denominado Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), composto por sete itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos, por meio das respostas obtidas por uma escala ordinal que varia de *Sempre* (1) a *Nunca* (6). Os valores obtidos com as respostas aos sete itens foram somados e divididos pelo número de itens, variando de 1 a 6. Posteriormente, os valores 5 e 6 foram computados com o valor um (o que na escala original corresponde a aderente) e os demais, com o valor zero (não aderentes na escala original), obtendo-se uma escala dicotômica tipo Sim/Não (Aderente/Não aderente) (DELGADO; LIMA, 2001). Utilizamos a versão adaptada no Brasil para uso em pacientes anticoagulados (CARVALHO et al., 2010) (Anexo C).

3.5.4 Estado geral de saúde

Para o presente estudo optou-se pela utilização de uma escala visual analógica (EVA) para avaliar o estado de saúde global dos participantes.

Tal escala é composta por um único item, sendo solicitado ao participante que marque um X ao longo de uma linha contínua no lugar que melhor representar sua característica, sendo que as palavras-chave em cada extremidade descrevam os valores extremos do item de interesse (CUMMINGS; HULLEY, 2008). Tal instrumento tem sido bastante utilizado como medida de estado de saúde e qualidade de vida, sendo considerado válido, confiável e com bom custo-efetividade (BOER et al., 2004; HARRISON et al., 2009). A mesma técnica de mensuração já havia sido utilizada em estudo com pacientes anticoagulados no Brasil (CARVALHO, 2010).

Ao paciente era indagado sobre como ele percebia o seu estado de saúde, por meio da pergunta “Como você avalia a sua saúde hoje?”. Era solicitado ao mesmo que marcasse com um “X” ao longo de uma linha contínua no local que melhor representasse a sua resposta ao questionamento realizado. Em uma das extremidades (valor zero) havia a indicação “melhor possível” e na extremidade oposta (valor 100) “pior possível” (Apêndice D).

3.5.5 Presença de sintomas de ansiedade e sintomas de depressão

Inúmeros instrumentos têm sido utilizados para avaliar a ocorrência de ansiedade e de depressão em pacientes hospitalizados, dentre eles o *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (KRUMMENACHER et al., 2011; TULLY; BAKER; KNIGHT, 2008; MARCOLINO et al., 2007; ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Para avaliação da presença de sintomas de ansiedade e de depressão entre os participantes deste estudo foi utilizada a escala HADS em sua versão validada para o Brasil (BOTEGA et al., 1995) (Anexo D).

A escala HADS apresenta bom desempenho na avaliação da gravidade de transtornos de ansiedade e de depressão, consistindo em um método simples para seu reconhecimento nos serviços de saúde, tanto no ambiente hospitalar, quanto na atenção primária (SNAITH, 2003).

Trata-se de uma escala composta por 14 itens, subdividida em duas subescalas com sete itens cada, sendo que cada item pode pontuar de zero (ausência de sintomas) a três (presença de sintomas graves). Uma pontuação total maior do que sete em cada subescala indica a presença de sinais de ansiedade ou de depressão, a depender da escala pontuada (BJELLAND et al., 2002; HERRMANN, 1997).

A interpretação dos resultados obtidos em cada subescala, considerando o intervalo possível de zero a 21, tem os maiores valores indicando maior presença de sintomas. Os valores podem ser categorizados em não casos (0-7); casos duvidosos (8-10) e casos (11 ou mais). O ponto de corte no valor oito pode ser utilizado em pesquisas as quais requerem a inclusão de pacientes/indivíduos que podem ou não sofrer de distúrbios de humor (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

No presente estudo foi utilizada a avaliação do escore obtido em duas categorias: de zero a sete (sem sintomas) e oito ou mais (com sintomas) em cada uma das subescalas, sendo tal decisão embasada em estudo de revisão sobre a escala HADS, o qual apresenta os diferentes pontos de corte a serem utilizados, dependendo da população a ser investigada (BJELLAND et al., 2002).

3.6 Processamento e Análise dos dados

Os dados foram processados e analisados por meio do programa estatístico IBM *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21.0 para *Windows*. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para as variáveis categóricas (por exemplo: sexo, estado civil, situação profissional, procedência, ACO em uso) e de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis numéricas discretas ou contínuas (idade, anos de estudo, número de pessoas com quem reside, renda familiar, valor do INR e dose semanal do ACO em uso).

Para comparar as médias do estado geral de saúde e das medidas das subescalas de ansiedade (HADS-Ansiedade) e de depressão (HADS-Depressão) nos dois momentos avaliados, foi utilizado o Teste *t* de *Student* pareado.

Para analisar possíveis associações entre as variáveis “presença de sintomas de ansiedade” e “presença de sintomas de depressão” e o tempo de avaliação no estudo foi utilizado o Teste de Qui-quadrado.

Para analisarmos o estado geral de saúde segundo a presença de sintomas de ansiedade e de depressão e o tempo de seguimento no estudo foram feitas comparações através de contrastes ortogonais utilizando o Modelo Linear de Efeitos Mistos (efeitos aleatórios e fixos). Este modelo é utilizado na análise de dados quando as respostas de um mesmo indivíduo estão agrupadas e a suposição de independência entre as observações num mesmo grupo não é adequada (SCHALL, 1991). Para a utilização deste modelo, é preciso que seus resíduos tenham distribuição normal com média zero e variância constante. O ajuste do modelo foi feito por meio do procedimento *PROC MIXED* do software SAS[®] 9.1.

O nível de significância adotado para o estudo foi 0,05.

Resultados

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 81 pacientes em uso de ACO que estiveram internados no HERP entre abril de 2011 e julho de 2012 e foram acompanhados no ambulatório especializado de anticoagulação por, no mínimo, dois meses.

Avaliando os dados sociodemográficos coletados, observamos que 54,3% dos participantes eram do sexo feminino, com média de idade de 59,5 anos (D.P. = 15,5), variando de 23 a 90 anos, procedentes de Ribeirão Preto (64,2%). Quanto ao estado civil, 54,3% eram casados ou mantinham união consensual. Entre os participantes 72,8% encontravam-se inativos no período do estudo e a renda familiar média foi de 1485 reais (D.P. = 912,74), variando de 480 a 6500 reais. O nível médio de instrução entre os sujeitos do estudo foi de 5,1 anos (D.P.=4,4) (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos 81 participantes. Ribeirão Preto, 2011-2012.

Variáveis	n (%)	Mediana	Amplitude	Média (D.P.)
Sexo				
Feminino	44 (54,3)			
Masculino	37 (45,7)			
Idade (anos)				
Inferior a 40 anos	10 (12,3)	60,1	23 - 90	59,5 (15,5)
40-59 anos	30 (37)			
Superior a 60 anos	41 (50,6)			
Estado civil				
Casado/União consensual	44 (54,3)			
Viúvo	15 (18,5)			
Separado	11 (13,6)			
Solteiro	11 (13,6)			
Situação profissional*				
Inativo	59 (72,8)			
Ativo	21 (25,9)			
Procedência				
Ribeirão Preto	52 (64,2)			
Outras cidades (SP)	27 (33,3)			
Cidades de outros estados	2 (2,5)			
Anos de estudo (n=78)**				
Analfabeto	10 (12,8)	4	0 - 16	5,1 (4,4)
1 - 4	36 (46,2)			
5 - 8	15 (20,0)			
9 - 11	9 (12,0)			
Acima de 11	7 (9,0)			
Nº pessoas com quem reside				
		2	0 - 10	2,8 (1,9)
Renda familiar (em reais)				
		1400	480 - 6500	1484,95 (912,74)

* Um paciente não informou este dado

** Três pacientes não informaram este dado.

Em relação aos dados clínicos, constatamos que 72 pacientes (88,9%) apresentavam outras comorbidades além daquela responsável pela indicação da TAO. As mais frequentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (51; 63%) e Diabetes *melittus* (22; 27,2%). Diante disso, 98,8% dos pacientes faziam uso de outros medicamentos além do ACO, sendo que os mais frequentemente utilizados foram os anti-hipertensivos (80,2%) e os protetores gástricos (70,4%) (Tabela 2).

Considerando a indicação clínica para o uso do ACO, constatamos que a formação de trombos (TVP ou TEP) foi a principal causa (34,6%), seguida por casos de Fibrilação Atrial (28,4%) e prótese valvar cardíaca metálica (13,6%) (Tabela 3).

O ACO mais utilizado foi a varfarina (79; 97,5%). Durante o período de internação a dose média semanal de ACO foi 35,5 mg (D.P. = 12,8), variando de 6,25 mg a 90 mg e o valor médio do INR foi 1,8 (D.P. = 0,9), variando de 0,9 a 5,6 (Tabela 3).

Entre os 81 participantes, 41 (50,6%) foram internados com condições clínicas que indicavam o início da terapia de anticoagulação oral durante a hospitalização. Os outros 40 participantes (49,4%) foram internados por outros motivos e já faziam uso dessa terapia.

Dentre os 40 participantes que foram internados por outros motivos, que não o início da terapia, 20 (50%) internaram para ajuste do INR por apresentarem valores fora da faixa terapêutica indicada, porém, sem manifestação de qualquer sinal de complicação relacionada à terapia. Quatro participantes (10%) internaram com algum sinal de complicação, sendo todas hemorrágicas e 16 participantes (40%) internaram por outros motivos não relacionados à terapia de ACO como, por exemplo, para o tratamento de doenças infecciosas agudas ou compensação de condições crônicas de saúde. Dentre os pacientes que utilizavam o ACO previamente à internação, o tempo médio de uso do ACO foi 6,6 anos (D.P.=5,9), variando de dois meses a 24 anos.

Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis clínicas dos 81 participantes durante a internação. Ribeirão Preto, 2011-2012.

Variáveis	n	(%)
Presença comorbidades (Sim)	72	88,9
Hipertensão Arterial Sistêmica	51	63
Diabetes <i>mellitus</i>	22	27,2
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	15	18,5
Insuficiência Cardíaca	15	18,5
Tabagismo	8	9,9
Infecção	4	4,9
Outras	53	65,4
Uso medicamentos (Sim)	80	98,8
Anti-hipertensivos	65	80,2
Protetores gástricos	57	70,4
Enoxaparina	35	43,2
Ácido Acetil Salicílico	20	24,7
Hipoglicemiantes orais	13	16
Digitálicos	13	16

Tabela 3 – Caracterização do uso do ACO pelos 81 participantes durante a internação. Ribeirão Preto, 2011-2012.

Variáveis	n (%)	Mediana	Amplitude	Média (D.P.)
Indicação para uso de ACO				
TVP / TEP *	28 (34,6)			
Fibrilação Atrial	23 (28,4)			
Prótese valvar cardíaca metálica	11 (13,6)			
Acidente Vascular Encefálico	10 (12,3)			
Outras indicações	9 (11,1)			
ACO mais utilizado				
Varfarina	79 (97,5)			
Femprocumona	2 (2,5)			
Início ACO				
Durante internação atual	41 (50,6)			
Antes da internação	40 (49,4)			
Valor do INR durante a internação		1,5	0,9 - 5,6	1,8 (0,9)
Dose do ACO (mg/semana)		35	6,25 - 90	35,5 (12,8)

* Trombose Venosa Profunda / Tromboembolismo Pulmonar

Todos os participantes do estudo mantiveram seguimento ambulatorial no HERP para controle da terapia de anticoagulação oral por, no mínimo, dois meses para que a terapia pudesse ser avaliada quanto à adesão dos pacientes à TAO, após a alta hospitalar, bem como a sua adequação terapêutica, caracterizada pela manutenção do INR dentro da faixa terapêutica indicada.

Considerando alguns fatores capazes de interferir na manutenção do INR desejável no período entre a alta hospitalar e dois meses após, os participantes foram questionados quanto ao surgimento de outras condições clínicas e uso de outros medicamentos além daqueles utilizados durante a hospitalização. Nesse sentido, oito participantes (9,0%) apresentaram outras comorbidades após a alta, sendo que dois deles tiveram infecção do trato urinário (ITU), dois apresentaram HAS (recém-diagnosticada) e os demais apresentaram outras condições clínicas isoladas tais como pneumonia e outras.

Apesar da baixa ocorrência de outras comorbidades após a alta hospitalar, foi considerável o número de medicamentos iniciados pelos pacientes após esse período. Dentre os 81 participantes do estudo, 24 pacientes (29,6%) fizeram uso ou iniciaram uso contínuo de outros medicamentos após a alta hospitalar, sendo que os mais utilizados por esses pacientes foram antibióticos (8; 33,3%) e anti-hipertensivos (3; 12,5%).

Considerando o seguimento ambulatorial para controle da anticoagulação, a média dos retornos ambulatoriais foi de 2,7 (D.P. = 1,6), variando de um a seis retornos no período de dois meses após a alta hospitalar. Todos os retornos foram eletivos, previamente agendados para a verificação rotineira do INR após alteração ou manutenção da dose do ACO. Não houve retorno devido a intercorrências ou complicações relacionadas ao uso do ACO. Constatamos que 31 pacientes (38,3%) tiveram um único retorno agendado neste ambulatório no período estudado, 11 pacientes (13,6%) tiveram dois retornos, 10 pacientes (12,3%) tiveram três retornos, 17 pacientes (21%) tiveram quatro retornos, oito pacientes (9,9%) tiveram cinco retornos e apenas quatro pacientes (4,9%) tiveram seis retornos.

Em relação à adequação terapêutica dos participantes, apenas 34 deles (42%) mantiveram o INR na faixa terapêutica, no período de dois meses após a alta hospitalar.

Na Tabela 4 podemos observar as variações das medidas dos valores do INR e da dosagem terapêutica do ACO segundo os retornos dos pacientes. No período do estudo a variação dos resultados do INR dos pacientes nos diferentes retornos foi de 1,0 a 12,5, sendo que no quinto retorno a média do INR foi a mais elevada (4,16; D.P.=2,96). Em relação à dose semanal do ACO utilizada pelos pacientes no período do estudo, houve uma variação de

3,75 mg/semana a 90 mg/semana. O valor médio mais elevado da dose semanal foi identificado no sexto retorno (40,5; D.P.=19,4).

Tabela 4 – Estatística descritiva dos valores do INR e da dose semanal do ACO, segundo os retornos ambulatoriais. Ribeirão Preto, 2011-2012.

Variáveis	Mediana	Amplitude	Média (D.P.)
1º retorno (81 pacientes)			
INR*	2,8	1,0 - 7,6	2,85 (1,14)
Dose ACO (mg/semana)	35	3,75 - 90	38,95 (16,91)
2º retorno (50 pacientes)			
INR	2,9	1,3 - 8,1	3,1 (1,29)
Dose ACO (mg/semana)	35	12,5 - 85	38,81 (15,98)
3º retorno (39 pacientes)			
INR	3,1	1,1 - 6,4	3,1 (1,27)
Dose ACO (mg/semana)	35	12,5 - 85	36,74 (16,97)
4º retorno (29 pacientes)			
INR	2,3	1,0 - 4,6	2,55 (0,95)
Dose ACO (mg/semana)	35	12,5 - 85	36,82 (17,02)
5º retorno (12 pacientes)			
INR	3,1	1,6 - 12,5	4,16 (2,96)
Dose ACO (mg/semana)	30,25	15 - 55	33,37 (14,64)
6º retorno (4 pacientes)			
INR	1,9	1,4 - 2,4	1,9 (0,41)
Dose ACO (mg/semana)	47,5	12 - 55	40,5 (19,43)

*INR = International Normalized Ratio

A conduta médica relacionada aos valores de INR apresentados pelos 81 pacientes, em cada retorno, encontra-se descrita na Tabela 5. Podemos observar que, a conduta mais frequente foi a manutenção da dose em uso, uma vez que, nem sempre, quando um paciente apresentava alguma alteração no INR, a dose do ACO era modificada, pois eram avaliados os possíveis fatores que poderiam ter interferido na terapia (por exemplo, uso de outros medicamentos, alteração no padrão alimentar com maior consumo de alimentos ricos em vitamina K, dentre outros). Apenas em um único caso foi necessária a suspensão da terapia, considerando os riscos relacionados ao uso simultâneo do ACO e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

Tabela 5 – Distribuição dos 81 participantes segundo o retorno e as condutas médicas adotadas no ambulatório especializado de anticoagulação. Ribeirão Preto, 2011-2012.

	Condutas			
	Manutenção dose n (%)	Alteração dose n (%)	Internação n (%)	Suspensão ACO n (%)
1º retorno (81)	45 (55,6)	35 (43,2)	1 (1,2)	0
2º retorno (50)	30 (60)	19 (38)	1 (2)	0
3º retorno (39)	26 (66,7)	13 (33,3)	0	0
4º retorno (29)	19 (65,5)	9 (31)	0	1 (3,4)
5º retorno (12)	7 (58,3)	3 (25)	2 (16,7)	0
6º retorno (4)	3 (75)	1 (25)	0	0

Dentre os 81 pacientes acompanhados nos dois primeiros meses após a alta hospitalar, 15 (18,5%) apresentaram complicações relacionadas ao uso do ACO, relatadas nos retornos ambulatoriais. Entre tais pacientes, as condutas médicas adotadas encontram-se descritas na Tabela 6.

Nenhum paciente relatou ter apresentado complicação em mais de um retorno. As complicações foram relatadas em sua maioria nos dois primeiros retornos, no entanto, tal fato não coincide com os retornos em que foram observadas as maiores médias de valores do INR ou dose semanal do ACO em uso (Tabela 4).

Tabela 6 – Distribuição dos 15 participantes que apresentaram complicações segundo o retorno e as condutas médicas. Ribeirão Preto, 2011-2012.

	Condutas			
	Manutenção dose n	Alteração dose n	Internação n	Suspensão ACO n
1º retorno (5)	2	3	0	0
2º retorno (6)	4	2	0	0
3º retorno (1)	1	0	0	0
4º retorno (1)	1	0	0	0
5º retorno (2)	1	0	1	0

Com relação à adesão ao tratamento, todos os pacientes foram classificados como aderentes ao medicamento, de acordo com a avaliação realizada pelo instrumento MAT. A distribuição das respostas aos sete itens do MAT, as quais englobam as categorias “sempre”, “quase sempre”, “com frequência”, “algumas vezes”, “raramente” e “nunca”, está apresentada na Tabela 7.

Considerando as respostas aos itens do MAT podemos afirmar que: 51 participantes *nunca* se esqueceram de tomar o ACO (63%); 33 fizeram uso do ACO *algumas vezes* fora do horário (40,7%); 79 participantes *nunca* deixaram de fazer uso do ACO por sentirem-se melhor ou pior (97,5%); 78 participantes *nunca* fizeram uso de mais de um comprimido de ACO por conta própria, por sentirem-se pior (96,3%); 71 *nunca* interromperam o tratamento devido à falta do ACO (87,7%) e 75 *nunca* deixaram de usar o ACO por outra razão que não fosse por indicação médica (92,6%). Sendo assim, observamos que em cinco, dos sete itens, a opção pela resposta “nunca” esteve presente em mais de 87% das respostas (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das respostas aos itens do instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos. Ribeirão Preto, 2011-2012.

Itens MAT	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Algumas vezes	Raramente	Nunca
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Item 1 - (...) esqueceu de tomar o ACO?	0	0	0	12 (14,8)	18 (22,2)	51 (63)
Item 2 - (...) tomou o ACO fora do horário?	0	0	1 (1,2)	33 (40,7)	19 (23,5)	28 (34,6)
Item 3 - (...) deixou de tomar o ACO por sentir-se melhor?	0	0	0	0	2 (2,5)	79 (97,5)
Item 4 - (...) deixou de tomar o ACO por sentir-se pior?	0	0	0	0	2 (2,5)	79 (97,5)
Item 5 - (...) tomou mais de um comprimido do ACO por sentir-se pior?	0	0	0	1 (1,2)	2 (2,5)	78 (96,3)
Item 6 - (...) interrompeu o tratamento por falta do ACO?	0	0	0	1 (1,2)	5 (6,2)	71 (87,7)
Item 7 - (...) deixou de usar o ACO por outra razão?	0	0	0	1 (1,2)	5 (6,2)	75 (92,6)

Na Tabela 8, seguem os resultados relacionados às medidas das variáveis “estado geral de saúde”, “sintomas de ansiedade” e “sintomas de depressão” dos participantes nos dois momentos de avaliação, ou seja, durante a internação e dois meses após a alta hospitalar.

Tabela 8 - Comparação das médias das medidas das variáveis estado geral de saúde atual, ansiedade e depressão dos participantes, segundo o momento da avaliação (internação e dois meses após a alta). Ribeirão Preto, 2011-2012.

Variáveis	Internação Média (D.P.)	Dois meses após a alta Média (D.P.)	p-valor[§]
Estado geral de saúde*	75,3 (24,1)	76,4 (25)	0,78
Ansiedade**	6,56 (4,35)	7,03 (4,18)	0,27
Depressão***	5,14 (3,88)	4,79 (3,90)	0,40

* Avaliada pela escala visual analógica

** Avaliada pela *The Hospital Anxiety and Depression Scale* – subescala Ansiedade

*** Avaliada pela *The Hospital Anxiety and Depression Scale* – subescala Depressão

§ Valor de *p* proveniente do Teste *t de Student* Pareado

As médias do estado geral de saúde avaliado por meio da escala visual analógica foram de 75,3 e 76,4, respectivamente, na internação e dois meses após a alta hospitalar, não sendo a diferença entre elas estatisticamente significativa ($p = 0,78$) (Tabela 8).

A medida de sintomas de ansiedade e depressão obtida pela HADS varia de 0 a 21, com maiores valores indicando maior presença de sintomas na subescala utilizada. Observamos na Tabela 8 que as diferenças entre as médias para a subescala de Ansiedade e Depressão não foram estatisticamente significantes ($p=0,27$ e $p=0,40$, respectivamente), entretanto, ao compararmos as médias obtidas nas duas avaliações, constatamos que, a média para a medida de ansiedade aumentou (de 6,56 para 7,03), enquanto a média para depressão diminuiu, considerando o período de dois meses após a alta (de 5,14 para 4,79),

Ao classificarmos os pacientes em dois grupos, sendo eles “com” e “sem” presença de sintomas de ansiedade e depressão, encontramos os resultados apresentados nas Tabelas 9 e 10, respectivamente.

Com relação à distribuição dos 81 participantes segundo a presença de sintomas de ansiedade ao longo do estudo, observamos que 38 (46,9%) foram classificados na categoria “sem sintomas” e 22 (27,1%) foram classificados na categoria “com sintomas”, considerando os dois momentos da avaliação. A associação entre a presença de sintomas de ansiedade e o período da entrevista mostrou-se estatisticamente significativa ($p<0,001$) (Tabela 9).

No que se refere à depressão, observamos que a maioria (55; 67,9%) foi classificada na categoria “sem sintomas” e 11 deles (13,6%) na categoria “com sintomas”, considerando os dois momentos da avaliação. A associação entre as duas variáveis também se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 10).

Tabela 9 – Resultados do teste de associação entre as variáveis presença de sintomas de ansiedade e o tempo de seguimento. Ribeirão Preto, 2011-2012.

Durante a internação	Dois meses após a alta		<i>p</i> -valor*
	n (%)	n (%)	
	Sem sintomas	Com sintomas	
Sem sintomas	38 (46,9)	15 (18,5)	<0,001
Com sintomas	6 (7,4)	22 (27,1)	

* Valor de *p* proveniente do Teste de Qui-quadrado

Tabela 10 – Resultados do teste de associação entre as variáveis presença de sintomas de depressão e o tempo de seguimento. Ribeirão Preto, 2011-2012.

Durante a internação	Dois meses após a alta		<i>p</i> -valor*
	n (%)	n (%)	
	Sem sintomas	Com sintomas	
Sem sintomas	55 (67,9)	7 (8,6)	<0,001
Com sintomas	8 (9,8)	11 (13,6)	

* Valor de *p* proveniente do Teste de Qui-quadrado

Foi realizada análise por Modelo Linear de Efeitos Mistos na intenção de respondermos ao objetivo de comparar o estado geral de saúde segundo a presença de sintomas de ansiedade e de depressão, bem como o tempo de seguimento no estudo, conforme descrito anteriormente. Este modelo é utilizado na análise de dados quando as respostas de um mesmo indivíduo estão agrupadas e a suposição de independência entre essas observações num mesmo grupo não é adequada. Os resultados obtidos estão apresentados nas Tabelas 11 e 12.

Tabela 11. Resultados do Modelo Linear de Efeitos Mistos considerando as variáveis estado geral de saúde, ansiedade, depressão e tempo de seguimento. Ribeirão Preto, 2011-2012.

Variável	Tempo*	N. Obs.	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	CV	IC 95%		
									LI	LS	
Sintomas Ansiedade	não	T1	53	75,9	24,29	0	80	100	32,01	69,17	82,56
	sim		28	74,3	24,35	10	80	100	32,76	64,88	83,76
	não	T2	44	79,1	24,09	0	82,5	100	30,45	71,77	86,41
	sim		37	73,2	26,19	16	80	100	35,77	64,36	82,08
Sintomas Depressão	não	T1	62	75,3	24,11	0	80	100	32,01	69,2	81,45
	sim		19	75,4	25,02	10	80	100	33,19	63,31	87,43
	não	T2	63	80,5	23,46	0	89	100	29,14	74,54	86,46
	sim		18	62,5	26,07	16	67,5	100	41,72	49,53	75,47

*Tempo de avaliação: T1 para internação e T2 para dois meses após a alta

Tabela 12. Comparações entre os grupos, segundo o tempo do estudo, ansiedade, depressão e médias das diferenças das medidas de estado geral de saúde. Ribeirão Preto, 2011-2012.

Variável	Comparações	Estimativa da diferença entre as médias	p-valor	IC 95%	
				LI	LS
Ansiedade	(SS - CS) [#] T1*	0,875	0,86	-9,674	11,423
	(SS - CS) T2	4,028	0,43	-6,112	14,169
	(T1 - T2) SS	-2,485	0,52	-10,256	5,286
	(T1 - T2) CS	0,669	0,89	-9,084	10,421
Depressão	(SS - CS) T1	-3,971	0,49	-15,538	7,595
	(SS - CS) T2	13,961	0,021	2,156	25,766
	(T1 - T2) SS	-5,052	0,13	-11,636	1,531
	(T1 - T2) CS	12,880	0,046	0,254	25,506

[#] Categorias para depressão ou ansiedade: Com Sintomas (CS) e Sem Sintomas (SS)

*Tempo de avaliação: T1 para internação e T2 para dois meses após a alta

Comparando-se as médias apresentadas para a medida do estado geral de saúde quanto à presença de sintomas de ansiedade constatamos que, durante a internação, os valores obtidos foram 75,9 e 74,3, respectivamente, para os grupos sem e com sintomas ($p=0,86$); e dois meses após a alta, o grupo sem sintomas obteve média de 79,1 e o grupo com sintomas, 73,2 ($p=0,43$). Ao compararmos os valores médios de cada grupo considerando a internação e dois meses após a alta, respectivamente, no grupo sem sintomas, as médias foram de 75,9 e 79,1 ($p=0,52$) e, no grupo com sintomas, 74,3 e 73,2 ($p=0,89$) (Tabelas 11 e 12).

As comparações das médias apresentadas para a medida do estado geral de saúde quanto à presença de sintomas de depressão indicaram que, durante a internação, os valores obtidos foram 75,3 e 75,4 ($p=0,49$), respectivamente, para os grupos sem e com sintomas;

dois meses após a alta, o grupo sem sintomas teve média de 80,5 e o grupo com sintomas, obteve média de 62,5 ($p=0,021$). Ao compararmos os valores médios de cada grupo, considerando a internação e dois meses após a alta, respectivamente, no grupo sem sintomas, as médias foram de 75,3 e 80,5 ($p=0,13$) e, no grupo com sintomas, 75,4 e 62,5 ($p=0,046$) (Tabelas 11 e 12).

Discussão

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar os pacientes que foram internados no serviço de saúde previamente mencionado, segundo a terapia de anticoagulação oral e acompanhar sua evolução clínica nos dois primeiros meses de seguimento em ambulatório especializado de anticoagulação. Ainda, houve a motivação em identificar a adesão dos pacientes à TAO, assim como, avaliar o estado geral de saúde e a presença de sintomas de ansiedade e de depressão em tais pacientes no período mencionado.

Com relação às características sociodemográficas dos 81 participantes, 44 (54,3%) eram mulheres indicando uma distribuição quase homogênea entre os sexos, em acordo com outros estudos (CARVALHO et al., 2013; ESMERIO et al., 2009). Em contrapartida, algumas publicações trazem maiores porcentagens de mulheres em uso de ACO (CORBI et al., 2011; ALMEIDA et al., 2011; PELEGRINO et al., 2011; NOCHOWITZ et al., 2009; DAVIS et al., 2005; ABDELHAFIZ; WHEELDON, 2004), enquanto em outros estudos, houve maiores porcentagens de pacientes do sexo masculino (ROSE et al., 2011; KRUMMENACHER et al., 2011; AVILA et al., 2011; CRUESS et al., 2010; LEIRIA et al., 2010; PLATT et al., 2008; WILSON et al., 2003).

A média de idade foi de 59,5 anos, variando de 23 a 90 anos, sendo 50,6% considerados idosos, o que corrobora os achados de outros estudos (AVILA et al., 2011; CORBI et al., 2011; LEIRIA et al., 2010; CARVALHO et al., 2013; CRUESS et al., 2010; PLATT et al., 2008; KAKKAR; KAUR; JOHN, 2005; WILSON et al., 2003). Barreira et al. (2004) obtiveram, em um estudo com pacientes atendidos em clínica de anticoagulação oral, uma média um pouco maior, de 63,3 anos (32 - 80 anos) enquanto uma média menor (50,9 anos) foi obtida por Davis et al. (2005).

O significativo número de idosos neste e em outros estudos, pode ser justificado pela possibilidade de maior ocorrência de condições clínicas que indicam o uso do ACO entre eles, uma vez que a prevalência de condições médicas com maiores riscos de trombose venosa ou arterial aumenta gradualmente com a idade (ROBERT-EBADI; RIGHINI, 2010).

Quanto ao estado civil, 54,3% dos participantes eram casados ou mantinham união consensual, assim como em outros estudos realizados com pacientes anticoagulados, na mesma cidade (CORBI et al., 2011; PELEGRINO, 2009). Houve, ainda, estudo em que o número de participantes casados foi bastante superior (76,9%) (AVILA et al., 2011). Embora não tenhamos investigado uma relação entre o estado civil e os aspectos relacionados à TAO,

observamos que muitos participantes compareciam aos retornos ambulatoriais sempre acompanhados de seus cônjuges, e que os mesmos os auxiliavam com a terapia. Os parceiros respondiam com frequência às questões indagadas pelos profissionais, levando-nos a inferir que muitos pacientes contam com a ajuda de seus companheiros, podendo ser este um fator importante no controle da terapia. Costa et al. (2012) identificaram em seu estudo, o suporte familiar, como importante preditor para obtenção da anticoagulação oral de alta qualidade.

Entre os participantes, 72,8% encontravam-se inativos, ou seja, não desenvolviam atividades remuneradas no período do estudo, aproximando-se ao estudo de Ávila et al. (2011), em que verificou-se que 77,6% dos pacientes encontravam-se inativos no mercado de trabalho. Outros autores também obtiveram porcentagens maiores de 50% de participantes inativos em seus estudos (CRUESS et al., 2010; DAVIS et al., 2005). No estudo de Corbi et al. (2011), entre os inativos, 36,9% eram aposentados e Campanili e Ayoub (2008) obtiveram taxa de 31,6% de aposentados.

No presente estudo, a renda familiar média foi de 1485 reais (D.P. = 912,74), variando de 480 a 6500 reais. Tal média foi semelhante à obtida por Carvalho et al. (2013). Outros pesquisadores nacionais evidenciaram renda média inferior á encontrada entre os participantes (PELEGRINO, 2009; ESMERIO, 2009). Em estudo realizado por Campanili e Ayoub (2008), observou-se que 34% dos participantes possuíam renda familiar mensal inferior a 1000 reais, no entanto, a porcentagem de pacientes que não forneceu tal informação foi considerada significativa (37%), talvez pelo fato de temerem que tal informação pudesse interferir em seu atendimento, tem em vista que se tratava de serviço público de saúde.

Com relação à escolaridade, o tempo médio de estudo foi de 5,1 anos (D.P.=4,38) e 12,8% eram analfabetos, corroborando com os resultados de outros pesquisadores nacionais (CORBI, 2009; PELEGRINO, 2009; CAMPANILI; AYOUB 2008). Carvalho et al. (2010) identificaram 70,8% dos participantes com primeiro grau incompleto e Almeida et al. (2011) obtiveram 45,8% dos pacientes avaliados com nível primário incompleto. Ávila et al. (2011) obtiveram resultados semelhantes, com os participantes de sua pesquisa apresentando apenas de um a quatro anos de estudo. Em contrapartida, foram encontrados, em outras investigações, resultados que apontavam um maior nível de instrução, em anos de estudo, entre seus participantes (KRUMMENACHER et al., 2011; CRUESS et al., 2010).

Em relação aos dados clínicos, constatamos que 72 pacientes (88,9%) apresentavam outras comorbidades além daquela responsável pela indicação da anticoagulação. Almeida et al. (2011) também obtiveram alta taxa de pacientes com outras comorbidades (59,7%).

Em nosso estudo, as comorbidades mais frequentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (51; 63%) e Diabetes *melittus* (22; 27,2%). Outros autores também identificaram a HAS como a comorbidade mais frequente dentre aquelas apresentadas pelos pacientes avaliados (ROSE et al., 2011; CORBI et al., 2011; ESMERIO et al., 2009; DAVIS et al., 2005). Tendo em vista as comorbidades presentes entre os participantes do estudo, 98,8% dos pacientes faziam uso de outros medicamentos, além do ACO, em concordância com dados obtidos na literatura (ALMEIDA et al., 2011). Davis et al. (2005) constataram que 80% dos sujeitos em seu estudo faziam uso de mais de três medicamentos, além do ACO, entre eles, os mais frequentemente utilizados foram os anti-hipertensivos (80,2%), assim como os dados obtidos nos estudos de Corbi et al. (2011), Carvalho (2010) e Nochowitz et al. (2009). O segundo medicamento mais utilizado entre os participantes deste estudo foi o protetor gástrico (70,4%), situação considerada habitual, tendo em vista a agressão gástrica que alguns desses medicamentos podem causar, ou até mesmo, frente à associação entre eles, considerando a polifármacia.

Dentre as possíveis indicações existentes para o uso do ACO, constatamos que a formação de trombos (TVP ou TEP) foi a principal delas (34,6%), seguida de Fibrilação Atrial (28,4%) e prótese valvar cardíaca metálica (13,6%). O estudo de Nochowitz et al. (2009) também identificou como principal indicação os casos de TVP/TEP (69%), assim como o estudo de Carvalho et al. (2013), que obteve 38% dos pacientes em uso de ACO devido a TVP/TEP. Ávila et al. (2001) obtiveram como principal indicação a FA (34,2%). Cruess et al. (2010) identificaram como principais indicações as arritmias (40% entre FA ou flutter atrial) seguidas de TVP/TEP (40%), assim como Platt et al. (2008) que obteve predomínio das mesmas indicações para uso do ACO. Já no estudo de Davis et al. (2005) houve predomínio de pacientes anticoagulados devido à presença de prótese valvar cardíaca metálica (37%).

Com relação à TAO, o ACO mais utilizado foi a varfarina (n=79; 97,5%) assim como em inúmeros estudos encontrados na literatura (CORBI et al., 2011; ALMEIDA et al., 2011; AVILA et al., 2011; CARVALHO, 2010; KIMELL et al., 2007; SANTANA, 2006).

Durante o período de hospitalização a dose média semanal de ACO prescrita aos pacientes foi 35,5 mg, variando de 6,25 mg a 90 mg e o valor médio do INR foi 1,79, variando de 0,9 a 5,6. É compreensível a obtenção do valor médio de INR abaixo da faixa terapêutica, neste momento da avaliação (internação), uma vez que alguns pacientes internaram com condições clínicas que exigiam o início da TAO. Ainda, aqueles pacientes que internaram por outras razões que não o início da terapia, poderiam ter seus valores de INR

alterados mediante a necessidade do uso de outros medicamentos indicados para tratar a condição clínica responsável pela hospitalização e com potencial para interferir na ação do ACO. Em adição a isso, podem-se citar os fatores de interferência individual dos sujeitos, que poderiam ter respostas diferentes ao ACO, o que é considerado um das limitações desse medicamento.

Dentre os pacientes que utilizavam o ACO previamente à internação, o tempo médio de uso do ACO foi 6,6 anos (em torno de 79,2 meses), variando de dois meses a 24 anos, resultado semelhante ao encontrado por Pelegrino et al. (2011). Ávila et al. (2011) obtiveram em seu estudo a mediana de 27,5 meses, variando de 10 a 52 meses.

Ao analisarmos o seguimento, em um ambulatório especializado de anticoagulação, após a alta hospitalar, nosso objetivo foi avaliar o controle, a adesão e a adequação terapêutica dos pacientes inseridos no estudo. Considerando o fato de que, fora do ambiente hospitalar, o paciente está mais exposto a fatores capazes de interferir na adequada anticoagulação (alimentação inadequada, uso de bebidas alcoólicas, uso de outros medicamentos sem prescrição médica) e que, durante a internação, esses fatores podem ser minimizados, procuramos identificar as situações ocorridas no grupo investigado no acompanhamento dos dois primeiros meses após a alta.

Observamos no presente estudo a alta frequência de outras comorbidades apresentadas pelos pacientes durante a internação. Após a alta hospitalar outras condições clínicas também foram identificadas, embora em número substancialmente menor (dois pacientes tiveram ITU, outros dois apresentaram HAS recém-diagnosticada e outros quatro apresentaram outras condições clínicas isoladas, por exemplo, pneumonia).

Em estudo realizado em outro município do interior paulista, durante os retornos de pacientes acompanhados em ambulatório especializado de anticoagulação, também foi relatada a ocorrência de outras condições clínicas entre os pacientes estudados, sendo que oito apresentaram intercorrências não relacionadas ao uso de anticoagulante oral, tais como no presente estudo. Dentre tais condições clínicas, foram citadas a ocorrência de doença de Chagas, bronquite, Diabetes *mellitus*, pneumonia e outras (SANTOS et al., 2006).

Sendo assim, o uso de outros medicamentos, além do anticoagulante oral, foi observado nos dois momentos avaliados, com destaque ao considerável número de pacientes que iniciaram uso de outros medicamentos após a alta hospitalar (29,6%, n=24), quer seja devido à prescrição médica por profissionais de outras unidades de saúde, mediante a ocorrência de situações clínicas, quer seja por meio do uso sem prescrição, conforme julgamento do próprio paciente.

Diferenças individuais no metabolismo de fármacos, presença de comorbidades e uso de medicamentos com potencial capacidade de interação com o ACO são aspectos que podem influenciar significativamente a intensidade do efeito anticoagulante e o risco de complicações hemorrágicas (LEVINE et al., 2004).

Embora as orientações realizadas pelos profissionais desse ambulatório especializado sejam rotineiras quanto à possibilidade de interação do ACO com outros medicamentos, ainda são frequentes os relatos de pacientes, quanto ao uso de analgésicos ou até outros fármacos, sem prescrição médica, o que aponta para a necessidade de ações educativas que possam sensibilizar e conscientizar esse grupo para uma mudança de hábitos.

É importante que a equipe de saúde que assiste à pacientes ambulatoriais em uso de ACO conheça o histórico de saúde desses indivíduos com relação a todos os medicamentos em uso. Em adição a isso, conscientizar esses indivíduos sobre os riscos de fazerem uso de medicamentos sem prescrição médica, na intenção de evitar a interação de medicamentos com o ACO e sua consequente influência no controle da anticoagulação.

Considerando as possíveis complicações inerentes à terapia de anticoagulação oral, faz-se necessário o acompanhamento dos pacientes em uso de ACO, com a realização periódica de exames de sangue e os devidos ajustes na dose desse medicamento. Ao avaliarmos o perfil de funcionamento deste ambulatório especializado, todos os pacientes em acompanhamento têm, no mínimo, um retorno a cada 30 dias, podendo haver adequações nesse período de acordo com as oscilações dos resultados de INR. Tal perfil está de acordo com as recomendações internacionais que sugerem que mesmo os pacientes que mantêm estabilidade dos níveis terapêuticos de anticoagulação devem ser submetidos à avaliação do INR a cada quatro semanas, sendo que aspectos individuais, tais como mudanças de medicamento, doença concomitante ou instabilidade inexplicável do INR, ditarão outros intervalos entre os retornos e novas avaliações (AGENO et al., 2012; ANSELL et al., 2004).

A média dos retornos ambulatoriais foi de 2,7 (D.P. = 1,6), variando de um a seis retornos no período de dois meses após a alta hospitalar. Não houve retorno devido a complicações apresentadas pelos pacientes, apenas retornos eletivos. Dentre os participantes do estudo, pouco mais da metade dos pacientes (42) tiveram de um a dois retornos agendados no ambulatório especializado, sinalizando que, possivelmente esses pacientes mantinham melhor estabilidade da terapia, não sendo necessários agendamentos em período inferior aos 30 dias preconizados. Os outros participantes tiveram mais do que dois retornos agendados nesse ambulatório, de três até seis retornos. É possível que tais pacientes obtivessem em cada retorno valores de INR fora da faixa terapêutica recomendada, sendo necessário, então,

agendamentos em intervalos mais curtos de tempo, para maior segurança do paciente. Tal conduta está de acordo com as principais recomendações internacionais sobre o tempo de realização do TP mediante alteração do INR (AGENO et al., 2012).

Pelegriño (2009) verificou entre os participantes de seu estudo, uma mediana de duas coletas de TP no período de três meses, variando de zero a seis coletas, o que significa zero a seis retornos ambulatoriais no período de três meses. Nesse caso, podemos supor que o tempo entre os retornos, quando o paciente mantinha o INR na faixa terapêutica, possivelmente excedia 30 dias, o que poderia ser explicado pelo grande volume de atendimentos do ambulatório em questão, mencionado pela pesquisadora, o que protelaria os agendamentos.

Ao avaliar a adequação terapêutica dos participantes durante o período estudado, isto é, a estabilidade da terapia, apenas 34 participantes (42%) mantiveram o INR na faixa terapêutica no período de dois meses após a alta hospitalar, ou seja, um número considerado baixo, o que corrobora com os resultados obtidos por outros pesquisadores. Davis et al. (2005) identificaram que em um período de 60 dias, apenas 14% dos pacientes estudados atenderam ao critério estipulado para serem considerados com adequado controle da terapia, ou seja, somente 14% dos pacientes obtiveram o INR na faixa terapêutica, em pelo menos 70% das vezes em que foram realizados os exames. Campos, Andrade e Silva (2010) identificaram que em apenas um terço dos pacientes, o INR foi mantido na faixa terapêutica indicada, em mais de 50% das consultas. Ávila et al. (2011) avaliaram a estabilidade da anticoagulação dividindo o número total de INRs realizados pelo paciente, pelo número de INRs na faixa terapêutica. Obteve-se, assim, uma taxa de apenas 25% dos pacientes avaliados com estabilidade de 75% ou mais. O mesmo estudo realizado com uma população de maior nível educacional obteve baixo valor de estabilidade da terapia (SCHMITT; SPECKMAN; ANSELL, 2003).

Embora neste estudo não tenha sido de interesse computar o número total de INRs fora da faixa terapêutica recomendada, diante do fato de apenas 42% dos participantes terem mantido os valores de INR adequados no decorrer do estudo, é possível afirmar que parte significativa dos resultados esteve fora da faixa recomendada. De acordo com Clark et al. (2008), apesar do manejo da terapia em clínicas especializadas, é possível que 40 a 50% dos valores de INR estejam fora da faixa terapêutica, geralmente com valores inferiores aos indicados.

Ao avaliarmos as variações das medidas dos valores do INR dos 81 participantes em cada retorno ambulatorial, constatamos uma amplitude de 1,0 a 12,5, sendo que, os valores médios durante os retornos variaram de 1,9 (média no sexto retorno) a 4,16 (média no quinto

retorno). Nos demais retornos, que concentraram maior número de pacientes (primeiro ao quarto retorno), os valores médios do INR mantiveram-se entre 2,55 e 3,1. Analisando estudos com pacientes ambulatoriais em uso de ACO, encontramos valores médios de INR similares aos obtidos neste estudo. Corbi et al. (2011), em estudo transversal, obtiveram valor médio do INR, 2,4; Carvalho (2010), em investigação longitudinal, obteve valores médios de INR de 2,43 a 2,5 na primeira e segunda avaliação, respectivamente, com dois e seis meses de tratamento.

A dose semanal do ACO utilizada pelos pacientes variou de 3,75 mg/semana a 90 mg/semana no decorrer do estudo, sendo que as doses semanais médias variaram de 33,3 mg/semana a 40,5 mg/semana, no quinto e sexto retornos, respectivamente. Naqueles retornos em que se concentraram maior número de pacientes, essa média manteve-se entre 36,7 mg/semana (terceiro retorno) e 38,95 mg/semana (primeiro retorno). Corbi et al. (2011) identificaram uma dose semanal média do ACO semelhante à encontrada neste estudo (33,6 mg/semana). Ávila et al. (2011) classificaram a dose em mg/mês obtendo dose máxima de 93 mg/mês, inferior aos valores encontrados em nosso estudo, se considerarmos a dose média no período de um mês. Carvalho (2010) obteve dose média do ACO de 28,5 mg/semana dois meses após o início da TAO entre os participantes de seu estudo e, após seis meses, 31 mg/semana.

A manutenção da dose do ACO foi a conduta médica mais frequente diante dos valores de INR apresentados. Mesmo em situações em que o paciente apresentava valores fora da faixa terapêutica, nem sempre a dose do ACO era modificada, uma vez que eram avaliadas possíveis situações e fatores que poderiam ter conduzido a tal alteração do INR.

O uso de outros medicamentos no intervalo entre os retornos ambulatoriais, alterações no padrão alimentar, o consumo de bebidas alcoólicas e o esquecimento com relação ao uso do medicamento eram alguns dos fatores questionados pela equipe com o objetivo de identificar a causa da alteração do INR; em adição a isso, podemos comentar os fatores intrínsecos de cada sujeito, relacionado ao metabolismo do medicamento. Dessa forma, ao intervir diretamente no fator causador da alteração, a equipe acreditava na possibilidade da regularização do INR na faixa recomendada, sem que fosse necessária a alteração na dose do ACO. Apenas em um caso foi necessária a suspensão da TAO considerando os riscos relacionados ao uso simultâneo do ACO e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Em estudo que analisou registros de prontuários de pacientes em TAO, Kakkar, Kaur e John (2005) observaram alteração na dosagem do ACO em 76,8% dos casos, havendo interrupção

da terapia em 51 pacientes que apresentaram INR elevado e redução na dosagem do ACO em 19 pacientes.

Durante os dois meses de acompanhamento, 15 (18,5%) pacientes apresentaram complicações relacionadas ao uso do ACO, sendo todas do tipo hemorrágicas, em consonância aos estudos de Carvalho (2010) e Esmerio *et al.* (2009) que não constataram ocorrência de complicações tromboembólicas.

Diante das complicações, a conduta médica tomada em cada retorno considerou a gravidade do sangramento e o valor atual do INR, uma vez que os pacientes, não necessariamente compareciam à consulta no ambulatório apresentando a complicação. Os episódios de sangramento foram relatados por eles nos retornos ambulatoriais, entretanto, na maioria dos casos, houve resolução espontânea e o paciente apresentava INR na faixa terapêutica.

Em seu estudo, Ávila *et al.* (2011) obtiveram altas taxas de complicações, sendo as hemorrágicas, mais prevalentes (26,1% dos pacientes apresentaram sangramentos leves e 11% apresentaram sangramentos graves). Kakkar, Kaur e John (2005) constataram, por meio de análise em prontuários e registros médicos, a ocorrência de complicações em 16 pacientes (19,5%), sendo que nove foram complicações tromboembólicas e sete hemorrágicas. Considerando-se as complicações hemorrágicas, não houve necessidade alguma de internação, diferentemente do estudo de Carvalho (2010), em que apenas um paciente, entre os oito que apresentaram complicação hemorrágica na primeira avaliação, não necessitou de internação. No entanto, na segunda avaliação desse mesmo estudo (CARVALHO, 2010), dos nove pacientes que apresentaram complicação hemorrágica, apenas em dois casos foi indicada internação, em um período de seis meses de anticoagulação.

Em estudo que teve por objetivo avaliar complicações e controle da TAO em pacientes com FA e em uso recente de ACO, Abdelhafiz e Wheeldon (2004) identificaram que, entre os 402 participantes do estudo, 100 (24,8%) apresentaram complicações hemorrágicas, sendo que 55 pacientes tiveram o ACO suspenso devido à presença de sangramento. Leiria *et al.* (2010) identificaram sangramento em 29% dos pacientes. As taxas de complicações relacionadas à TAO encontradas na literatura são variadas, no entanto, a ocorrência de complicações, mesmo de pequena intensidade, pode fazer com que o paciente venha a temer novos episódios, podendo afetar diretamente sua adesão e controle da TAO, impactando negativamente em sua qualidade de vida.

Outro aspecto avaliado neste estudo foi a adesão dos pacientes à TAO, considerada como um fator capaz de interferir no controle da terapia (PLATT *et al.*, 2008; KIMMEL *et al.*,

2007; DAVIS et al., 2005), no entanto, tal relação não é considerada unânime por estudiosos das áreas afins (LAPORTE et al., 2003).

Importante ressaltar que na literatura sobre o tema, a avaliação do paciente quanto à adesão ao uso do ACO foi realizada por meio de diversas medidas, desde a aplicação de questionários validados (ÁVILA et al., 2011; VAN DAMME et al., 2010; DAVIS et al., 2005), até o monitoramento eletrônico da abertura do recipiente que contém o medicamento (PLATT et al., 2010; CRUESS et al., 2010; KIMMEL et al., 2007).

No presente estudo todos os pacientes (100%) foram classificados como aderentes ao tratamento, de acordo com a avaliação realizada pelo instrumento MAT. As questões do instrumento foram respondidas, predominantemente, com a resposta “nunca”, sinalizando que a maioria dos pacientes não se esquecia de tomar o ACO, não deixava de tomar o ACO por sentir-se melhor ou pior ou interrompia o tratamento por deixar acabar o ACO ou por outro motivo. Somente quando questionados sobre o atraso em tomar o medicamento, houve uma melhor distribuição das respostas entre os itens “algumas vezes” (40,7%), “raramente” (23,5%) e “nunca” (34,6%).

Considerando que a recomendação de tomar os medicamentos sempre no mesmo horário contribui não só para uma adequada concentração sanguínea do fármaco, mas também para evitar esquecimentos no seu uso, o atraso em tomar o medicamento pode ter pouca influência direta na alteração do INR, ou seja, contanto que o paciente se lembre de tomar o ACO no dia, mesmo que o faça sob atraso, o valor do INR pode não sofrer alteração, já que a dose diária está sendo administrada. Tal fato pode ter contribuído para que os pacientes escolhessem outras respostas sobre esse questionamento, uma vez que mesmo atrasando o horário, não deixaram de tomar o medicamento.

Outros estudos também obtiveram valores elevados quanto à adesão à TAO. Carvalho (2010) obteve a taxa de 97,4% dos pacientes avaliados em seu estudo realizado no interior do estado do Paraná, aderentes à TAO e com predomínio da resposta “nunca” aos itens do MAT, seis meses após o início da terapia. Ávila et al. (2011) identificaram 90% dos pacientes em seu estudo com média a alta adesão, avaliada pela escala de adesão de Morisky, enquanto Davis et al. (2005) obtiveram apenas 50% dos pacientes como aderentes, também avaliados por meio da escala de adesão de Morisky (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Em outro estudo, realizado no interior do estado de São Paulo, foi observado que 97,2% dos pacientes eram aderentes à TAO, segundo avaliação do MAT (CARVALHO et al., 2010).

No entanto, outros estudos obtiveram resultados diferentes dos nossos, em relação à adesão ao ACO. Kimmel et al. (2007), cuja proposta foi avaliar a adesão ao ACO e sua

influência no controle da anticoagulação, por meio de contagem eletrônica da abertura do frasco contendo o medicamento, evidenciou baixa adesão dos pacientes, com apenas 40% dos pacientes aderentes ao tratamento. Kim et al. (2011) também obtiveram baixas taxas, com apenas 27,5% dos pacientes aderentes ao ACO, em estudo que teve por objetivo identificar fatores com potencial para afetar a adesão ao medicamento e o controle da anticoagulação. A não adesão foi evidenciada no estudo de Cruess et al. (2010), e Platt et al. (2008) mencionaram não adesão em 21% dos dias avaliados.

No presente estudo a adesão ao uso do ACO foi elevada, mesmo diante de características apresentadas pelos pacientes, consideradas por alguns autores como capazes de influenciar negativamente na adesão ao tratamento, tais como, baixa renda (DAVIS et al., 2005) e baixo nível de instrução (KIM et al., 2011). Além das dificuldades de compreensão dos fatores relacionados aos pacientes, que podem ajudar a explicar o comportamento de não adesão, também há pouca informação disponível na literatura sobre níveis objetivos de adesão de pacientes em uso de varfarina (CRUESS et al., 2010). Outros autores também consideram a dificuldade em quantificar a adesão, relacionada ao fato dos pacientes, muitas vezes, superestimarem sua adesão ao medicamento (PARKER et al., 2007; URQUHART, 2005) o que pode ter ocorrido no presente estudo. O uso de medidas subjetivas de adesão ao tratamento, embora seja uma estratégia importante, precisa ser considerado com alguns cuidados. A associação de medidas dessa natureza com parâmetros mais objetivos tem sido recomendada.

Ainda, os pacientes podem ter apresentado respostas consideradas mais aceitáveis ou aprovadas socialmente quando questionados sobre os comportamentos de adesão ao tratamento, com receio de que tal informação pudesse ser desaprovada pela equipe de saúde que o acompanha. Tal fato é conhecido por deseabilidade social, entendida como uma propensão por parte de participantes de pesquisas psicológicas a responderem de forma tendenciosa a perguntas apresentadas, por exemplo, em escalas de atitude ou em inventários de personalidade. Os participantes tenderiam a negar sua associação pessoal com opiniões e comportamentos que seriam desaprovados socialmente (RIBAS JR; MOURA; HUTZ, 2004; ANASTASI; URBINA, 2000).

Na avaliação realizada, a média do estado geral de saúde variou de 7,53 na internação a 7,64, dois meses após a alta hospitalar. Embora não tenha sido constatada significância estatística em tal variação, as médias obtidas levaram-nos a concluir que os pacientes, em sua maioria, obtiveram percepção global positiva de seu estado de saúde atual, apesar da TAO e dos aspectos relacionados à mesma.

A TAO engloba diversos aspectos capazes de induzir a insatisfação dos pacientes quanto ao tratamento, reduzindo, assim, sua qualidade de vida. Dentre tais aspectos, pode-se citar a necessidade de testes de sangue regulares, as alterações e limitações no estilo de vida dos pacientes, como por exemplo, as restrições de dieta e atividades e a preocupação sobre possíveis complicações (SAMSA et al., 2004).

Em estudo que teve por objetivo avaliar a qualidade de vida de indivíduos com exposição recente e tratamento de TVP proximal, Hedner et al. (2004) identificaram significativa correlação entre os itens de seu instrumento e os domínios saúde geral e saúde mental do SF-36, indicando que a obrigatoriedade de visitas às clínicas de anticoagulação para realização de exames laboratoriais refletem na avaliação do estado geral de saúde dos pacientes, assim como em seu sofrimento emocional.

Entretanto, a terapia de anticoagulação oral também pode apresentar efeitos positivos aos pacientes, como a possibilidade de um tratamento eficaz e com menor ocorrência de complicações quando associada à qualidade do acompanhamento ambulatorial, participação colaborativa e adequada adesão à terapia.

Em estudo com pacientes ambulatoriais em uso de ACO no município de Cascavel – PR, Carvalho (2010) também obteve média elevada do estado geral de saúde por meio de avaliação com a escala visual analógica, sendo 74 na primeira avaliação e 83 na segunda avaliação (seis meses após o início da terapia). Tal autora sugeriu que, possivelmente, os sujeitos obtiveram melhor percepção global de sua saúde no decorrer do tratamento. Este fato pode estar relacionado à maior segurança vivenciada pelos pacientes quanto ao uso do ACO no decorrer do tempo.

No presente estudo, o período de dois meses entre as avaliações pode não ter sido suficiente para captar tal alteração. A segurança do paciente quanto à terapia pode ser construída e fortificada por meio de sua relação com a equipe de saúde que o assiste, o que, muitas vezes, demanda tempo para acontecer.

Ainda, o uso isolado da EVA, por se tratar de instrumento não específico, pode ter limitado o presente estudo quanto a real avaliação do estado geral de saúde pelos pacientes em uso de ACO neste ambulatório especializado, nos dois momentos.

Alguns autores sugerem que a escala visual analógica não adiciona nenhuma informação, além da capacidade em classificar os dados de estado de saúde (MCCABE; STEVENS, 2004; BRAZIER; MCCABE, 2007). Outros argumentam que as escalas visuais analógicas, embora imperfeitas, podem resultar em vantagens consideráveis sobre medidas

mais complexas devido a sua simplicidade, viabilidade e confiabilidade, fornecendo alternativas úteis no que concerne ao seu custo-efetividade (PARKIN; DEVLIN, 2006).

Não foram encontrados outros estudos para comparação do estado geral de saúde de pacientes em uso de ACO, por meio da avaliação pela EVA.

De acordo com Samsa et al. (2004), são poucas as escalas que avaliam a qualidade de vida e satisfação do paciente com a TAO. Os autores sugerem que é importante a adoção de uma escala específica para respaldar estudos destinados a determinar qual a melhor abordagem na condução da terapia. Na prática clínica, mensurar a qualidade de vida e a satisfação dos pacientes quanto à terapia pode auxiliar na criação de propostas de intervenção capazes de melhorar a estabilidade da anticoagulação e diminuição na ocorrência de eventos tromboembólicos ou hemorrágicos (SAMSA et al., 2004).

Estudos têm sugerido que fatores psicológicos e emocionais são capazes de prever o comportamento de não adesão ao tratamento (BANE; HUGHES; MCELNAY, 2006; DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000). Sendo assim, o presente estudo preocupou-se em identificar a presença de sintomas de ansiedade e de depressão nos pacientes em seguimento, utilizando-se a escala HADS, comparando os resultados de sua aplicação durante a internação e dois meses após a alta.

A escala HADS é autoaplicável e tem demonstrado ser um instrumento confiável na identificação de estados de depressão e de ansiedade no contexto de instituições de saúde. Alguns autores observaram que a introdução de tal escala em hospitais gerais pode facilitar a detecção e manejo de desordens emocionais de pacientes sob tratamento e compreender melhor sua experiência de sofrimento em tal contexto (SNAITH, 2003; HERRMANN, 1997; ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Na literatura, a validade da escala HADS pode ser verificada nos achados de Bjelland et al. (2002), apresentando desempenho adequado na avaliação da gravidade dos sintomas de ansiedade e de depressão tanto em pacientes com desordens somáticas, psiquiátricas, em cuidados primários e na população em geral.

Ao avaliar a ocorrência de sintomas de ansiedade e de depressão entre os participantes no decorrer deste estudo, as médias obtidas não revelaram significância estatística. No entanto, a associação entre a presença de sintomas na internação e dois meses após a alta foi estatisticamente significativa para ambos (ansiedade e depressão) ($p < 0,001$).

Sobre os pacientes que passaram a apresentar sintomas de ansiedade somente após a alta hospitalar (18,5%), podemos estimar que isto possa estar relacionado ao fato de que ao receber alta hospitalar o paciente passa a ser o responsável direto por seu tratamento e

evolução clínica, podendo gerar maior ansiedade do que durante a internação, em que o paciente pode contar com toda a equipe dando suporte ao seu tratamento. Ainda, o fato de o paciente estar em uso de um medicamento que apresenta riscos de complicações inerentes ao tratamento, sendo necessárias algumas mudanças de hábitos por parte dos mesmos, também constitui fator gerador de ansiedade, após a alta hospitalar.

Quanto à depressão, foi discretamente maior o número de pacientes que apresentavam sintomas depressivos durante a internação e que evoluíram assintomáticos após a alta hospitalar (9,8%) do que aqueles que não tinham sintomas na primeira avaliação e passaram a apresentar após a alta (8,6%).

Embora não tenha sido possível investigar a relação depressão e adesão entre os participantes, pois todos os sujeitos foram classificados como aderentes, segundo a avaliação por meio do instrumento MAT, outros estudos apresentaram tal avaliação entre essas variáveis.

Ao avaliar o efeito da depressão na adesão à TAO em pacientes submetidos à substituição de valva cardíaca, El-Gatit e Haw (2003) identificaram em 35,5% dos pacientes a presença de sintomas depressivos. Quando comparados aos pacientes sem sintomas de depressão, apresentaram pior adesão ao regime medicamentoso proposto e também aos seguimentos nas clínicas de anticoagulação, sendo tais diferenças estatisticamente significantes. Diferenças semelhantes foram observadas quanto à ansiedade, sendo que, quanto mais sintomas de ansiedade, menor a adesão dos pacientes à terapia proposta.

Cabe ressaltar que no estudo de El-Gatit e Haw (2003) o número de pacientes com sintomas depressivos foi bastante superior ao encontrado em nosso estudo, fato que pode ser justificado pela pesquisa ter sido conduzida exclusivamente com pacientes submetidos à substituição de valva cardíaca nos últimos 18 meses, fato capaz de impactar sobremaneira o estado emocional de um indivíduo.

Considerando que o paciente hospitalizado para tratamento de qualquer condição clínica, nos dias atuais, ainda tende a permanecer em situação de passividade e submissão à equipe de saúde, em diferentes proporções, uma maior reclusão do mesmo pode ocorrer durante a internação, associada a outros aspectos, tais como: afastamento do convívio familiar, perda da autonomia, perda das funções sociais que exerce no núcleo familiar. Tais aspectos podem contribuir para o surgimento de sintomas depressivos em situações de internação hospitalar e podem ser amenizados após a alta com a retomada de suas atividades rotineiras. Tal fato pode justificar os resultados encontrados nesse estudo, no que se refere à diminuição dos sintomas depressivos em 9,8% dos pacientes após a alta hospitalar.

Em revisão sistemática sobre a incidência de depressão em pacientes com insuficiência cardíaca, Delville e McDougall (2008) apontaram que o medo de que problemas de saúde adicionais, levando a resultados indesejáveis, tais como hospitalização prolongada, a perda da independência ou mesmo mudanças nas condições de vida, podem levar os pacientes idosos internados a tornarem-se relutantes em admitir tais dificuldades. Por isso, consideram necessária uma avaliação completa capaz de identificar problemas relacionados à depressão ou outras comorbidades, para que medidas sejam tomadas para minimizar tais problemas.

Estudos têm sugerido que a depressão pode influenciar a adesão dos pacientes aos medicamentos, podendo também, exercer efeitos negativos na aquisição e manutenção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000; CARNEY et al., 1995; FREELAND et al., 1991).

Rieckmann et al. (2006) sugerem que melhoras nos sintomas depressivos dos indivíduos com síndrome coronariana aguda estão associadas à consequente melhora nas taxas de adesão ao tratamento, em curto intervalo de tempo. Embora tal estudo tenha se reportado a um grupo específico de pacientes, têm-se observado semelhanças quanto aos efeitos da ansiedade e depressão na adesão ao tratamento de pacientes com condições crônicas, em geral (KATON; LIN; KROENKE, 2007).

Neste estudo, ao analisar as médias de estado geral de saúde, segundo a presença de sintomas de ansiedade nos dois momentos avaliados, percebemos um aumento das médias, comparando os dois momentos, entre pacientes sem sintomas, bem como diminuição das médias entre os pacientes com sintomas, embora não tenha sido apresentada diferença estatisticamente significativa ($p=0,52$ e $p=0,89$). Ou seja, houve melhor avaliação do EGS entre os pacientes assintomáticos, dois meses após a alta hospitalar.

Quanto aos pacientes com sintomas de depressão, os mesmos tiveram pior avaliação do EGS dois meses após a alta hospitalar, quando comparados à primeira avaliação (internação). Analisando apenas as médias do EGS obtidas na segunda avaliação (dois meses após a alta), observamos uma melhor avaliação entre os pacientes sem sintomas de depressão do que entre aqueles com sintomas.

Estudos apontam que transtornos depressivos e de ansiedade têm forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos (VAN WEEL-BAUNGARTEN et al., 2000; MENDLOWICZ; STEIN, 2000), estando associados à menor qualidade de vida relacionada à saúde (SHERBOURNE; WELLS; JUDD, 1996).

Não foram encontrados na literatura outros estudos analisando o impacto da presença de sintomas de ansiedade e de depressão na avaliação do estado geral de saúde entre pacientes em uso de anticoagulantes orais.

Considerando que a depressão, quando não diagnosticada e tratada, pode afetar diretamente a adesão dos pacientes ao tratamento, repercutindo na eficácia da terapia e consequentemente em sua qualidade de vida, torna-se de extrema importância que a equipe de saúde de um ambulatório especializado de anticoagulação oral esteja apta a identificar a presença de tais sintomas entre os pacientes em seguimento a fim de intervir prontamente, evitando com isso que a TAO possa ser prejudicada e o paciente exposto a riscos de complicações.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

Considerando os objetivos propostos e os resultados obtidos neste estudo com 81 pacientes em uso de ACO que ficaram internados e foram acompanhados em ambulatório especializado de anticoagulação oral dois meses após a alta hospitalar, pudemos concluir que:

- A maioria dos participantes fazia uso de varfarina (97,5%), sendo a principal indicação TVP/TEP (34,6%), seguida de Fibrilação Atrial (28,4%) e prótese valvar cardíaca metálica (13,6%). Entre os participantes, 50,6% foram internados com condições clínicas que indicavam o início da terapia de anticoagulação oral durante a hospitalização e os demais (49,4%) internaram por outras condições tais como ajuste do INR (50%), resolução de complicação relacionada ao uso do ACO (10%) ou tratamento de doenças infecciosas agudas ou compensação de condições crônicas de saúde (40%). O tempo médio de uso do ACO foi 6,6 anos entre aqueles que já faziam uso. Além da condição clínica que indicava o uso de ACO, 88,9% dos pacientes apresentavam outras comorbidades sendo as mais frequentes, HAS (63%) seguida de Diabetes *mellitus* (27,2%). Diante disso, além do ACO, 98,8% dos pacientes faziam uso de outros medicamentos sendo os mais frequentes, anti-hipertensivos (80,2%) e protetores gástricos (70,4%). Durante o período de hospitalização a dose média semanal de ACO foi 35,5 mg e o valor médio do INR foi 1,79;
- Ao longo do estudo, na segunda avaliação realizada, oito participantes (9,0%) relataram outras comorbidades apresentadas após a alta, tais como ITU, HAS recém-diagnosticada ou outras condições clínicas, tais como pneumonia. Dentre os participantes, 29,6% fizeram uso ou iniciaram uso contínuo de outros medicamentos após a alta hospitalar, sendo os mais utilizados, antibióticos (33,3%) e anti-hipertensivos (12,5%). A média dos retornos ambulatoriais foi de 2,7 vezes, sendo todos os retornos, eletivos. Durante o estudo, apenas 34 participantes (42%) mantiveram o INR na faixa terapêutica e dentre os 81 participantes, 18,5% apresentaram complicações relacionadas ao uso do ACO, todas hemorrágicas. A manutenção da dose de ACO em uso foi a

conduta médica mais frequente, diante dos valores de INR apresentados nos retornos. Apenas em um caso foi necessária a suspensão da terapia;

- Todos os pacientes foram classificados como aderentes ao tratamento;
- Foram obtidas médias elevadas do estado geral de saúde nos dois momentos avaliados, porém, não houve significância estatística quando comparadas em relação ao período do estudo;
- Avaliando o EGS em relação à presença de sintomas de ansiedade nos dois momentos avaliados, houve melhor avaliação entre os pacientes assintomáticos, dois meses após a alta hospitalar, porém, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa. Quanto à presença de sintomas de depressão houve pior avaliação do EGS entre pacientes com sintomas de depressão, dois meses após a alta hospitalar do que durante a internação. Ao analisar os resultados obtidos na segunda medida (dois meses após a alta hospitalar), houve melhor avaliação entre os pacientes sem sintomas de depressão do que entre aqueles com sintomas.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca por conhecer a população que manteve acompanhamento no ambulatório especializado de anticoagulação oral, dois meses após sua hospitalização, pudemos alcançar os objetivos propostos neste estudo e favorecer o surgimento de outros questionamentos relacionados à terapia de anticoagulação oral.

O acompanhamento oferecido aos pacientes neste ambulatório especializado de anticoagulação oral apresenta alguns aspectos diferenciados tais como, a oferta de palestras educativas aos pacientes sobre a TAO, maior proximidade com os profissionais responsáveis pelo atendimento, possibilitando, assim, maior vínculo com a equipe/serviço de saúde. Com isso, surgiu o interesse em compreender o motivo pelo qual a diferença na avaliação do estado geral de saúde foi mínima, quando se esperava que houvesse melhor avaliação dois meses após a alta. Quais outros aspectos podem ter influenciado essa avaliação e que não foram contemplados neste estudo?

Outro interesse que emergiu após a realização do presente estudo foi tentar compreender a razão pela qual menos da metade dos pacientes mantiveram os valores de INR na faixa terapêutica, sendo que 100% dos pacientes foram classificados como aderentes à terapia. Quais os fatores relacionados à terapia ou características dessa população que podem contribuir para o controle da TAO e de que maneira a equipe desse ambulatório pode atuar de modo a melhorar tal controle?

Consideramos o pequeno número da amostra uma limitação do estudo, que pode ser revisto em pesquisas futuras, assim como o fato da coleta de dados ter ocorrido em apenas dois momentos e em curto intervalo de tempo. Outra limitação do estudo foi a diferença quanto ao tempo de uso do ACO nessa população, visto que parte dos pacientes estava iniciando o uso e outros já utilizavam o ACO por um tempo significativo, o que poderia influenciar em alguns dos aspectos avaliados e também no melhor controle da terapia.

Especial atenção deve ser dada à avaliação da adesão do paciente à TAO, sendo que deve ser considerada a associação de medidas subjetivas com outros parâmetros mais objetivos. O uso isolado da EVA, para avaliação do estado geral de saúde dessa população é outra limitação a ser considerada, uma vez que, resultados mais específicos poderiam ter sido obtidos com a associação da EVA com outras escalas, com a mesma finalidade.

Identificar o perfil clínico dos pacientes acompanhados em um ambulatório especializado de anticoagulação oral, assim como sua adesão ao tratamento, estado geral de

saúde e a ocorrência de sintomas de ansiedade e de depressão pode fornecer subsídios à equipe, que permitam uma melhor atuação dos profissionais, que vai além do contexto clínico de acompanhamento da terapêutica, contribuindo para a assistência integral a essa população.

Como enfermeira que atua neste ambulatório especializado, permanece ainda, a motivação em tentar melhorar a assistência a esses pacientes, favorecendo maior compreensão dos mesmos sobre a TAO, levando-os a obter mais estabilidade no tratamento e que, na medida do possível, tenha seus riscos minorados frente a essa população.

Referências

REFERÊNCIAS

ABDELHAFIZ, A. H.; WHEELDON, N. M. Results of an open-label, prospective study of anticoagulant therapy for atrial fibrillation in an outpatient anticoagulant clinic. **Clin. Ther.**, Princeton, v. 26, n. 9, p. 1470-1478, 2004.

AGENO, W. et al. Oral anticoagulant therapy. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed.: American College of Chest Physicians Evidence-based Clinical Practice Guidelines. **Chest**, Park Ridge, v. 141, n. 2, p. e44S-e88S, 2012. Supplement.

ALMEIDA, G. Q. et al. Quality of life analysis of patients in chronic use of oral anticoagulant: an observational study. **Health Qual. Life Outcomes**, London, v. 9, p. 91-96, Oct. 2011. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/9/1/91>>. Acesso em: 13 jan. 2013.

ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ANSELL, J. et al. The pharmacology and management of the vitamin K antagonists: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. **Chest**, Park Ridge, v. 126, p. 204S-233S, 2004. Supplement.

ANSELL, J. et al. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th ed). **Chest**, Park Ridge, v. 133, p. 160S-98S, 2008. Supplement 6.

ASPINALL, S. L. et al. Bleeding risk index in an anticoagulation clinic: assessment by indications for care. **J. Gen. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 20, p. 1008-1013, 2005.

AVILA, C. W. et al. Adesão farmacológica ao anticoagulante oral e os fatores que influenciam na estabilidade do índice de normatização internacional. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_04.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2011.

BAGLIN, T. P.; KEELING, D. M.; WATSON, H. G. Guidelines on oral anticoagulation (warfarin): third edition - 2005 update. **Br. J. Haematol.**, Oxford, v. 132, n. 3, p. 277-285, 2006.

BANE, C.; HUGHES, C. M.; MCELNAY, J. C. The impact of depressive symptoms and psychosocial factors on medication adherence in cardiovascular disease. **Patient Educ. Couns.**, Limerick, v. 60, n. 2, p. 187-193, Feb. 2006.

BARCELONA, D. et al. The management of oral anticoagulant therapy: the patient's point of view. **J. Thromb. Haemost.**, Oxford, v. 83, n. 1, p. 49-53, 2000.

BARREIRA, R. et al. Monitorização da terapêutica com anticoagulantes orais: consulta de anticoagulação vs médico assistente. **Acta Med. Port.**, Lisboa, v. 17, p. 413-416, 2004.

BAUER, K. A. Duration of Anticoagulation: Applying the Guidelines and Beyond. **Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program**, Washington, v. 2010, n. 1, p. 210-215, Dec. 2010.

BERTOLUCCI, P. H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BJELLAND, I. et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. **J. Psychosom. Res.**, Oxford, v. 52, n. 2, p. 69-77, 2002.

BEYTH, R. J., QUINN, L. M, LANDEFELD, C. S. Prospective evaluation of an index for predicting the risk of major bleeding in outpatients treated with warfarin. **Am. J. Med.**, New York, v. 105, p. 91-99, 1998.

BLOMMEL, M. L.; BLOMMEL, A. L. Dabigatran etexilate: a novel oral direct thrombin inhibitor. **Am. J. Health System Pharm.**, Bethesda, v. 68, n. 16, p. 1506-1519, 2011.

BOER, A. G. E. M. et al. Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life? **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 13, n. 2, p. 311-320, 2004.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.

BOUNAMEAUX, H.; PERRIER, A. Duration of anticoagulation therapy for venous thromboembolism. **Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program**, p. 252-258, 2008. Disponível em: <<http://asheducationbook.hematologylibrary.org/content/2008/1/252.long>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRAZIER, J.; MCCABE, C. Is there a case for using visual analogue scale valuations in CUA' by Parkin and Devlin. A response: 'Yes there is a case, but what does it add to ordinal data?'. **Health Econ.**, Chichester, v. 16, n. 6, p. 645-647, 2007.

BUDNITZ, D. S. et al. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 365, n. 21, p. 2002-2012, 2011.

CAMPANILI, T. C. G. F.; AYOUB, A. C. Warfarina: fatores que influenciam no índice de normatização internacional. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 1066-1071, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a19.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2009.

CAMPOS, N. L. K. L.; ANDRADE, R. R.; SILVA, M. A. M. Anticoagulação oral em portadores de próteses valvares cardíacas mecânicas. Experiência de dez anos. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 457-465, 2010.

CARNEY, R. M. et al. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. **Health Psychol.**, Hillsdale, v. 14, n. 1, p. 88-90, 1995.

CARROBLES, J. A. et al. Assessment of satisfaction and quality of life in long term anticoagulated patients. **Handb. Health. Technol. Assess.**, v. 3, p. 162, 2006.

CARVALHO, A. R. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde ao tratamento de indivíduos em uso de anticoagulação oral: avaliação dos seis primeiros meses de tratamento.** 2010. 119 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

CARVALHO, A. R. S. et al. Adaptação e validação de uma medida de adesão á terapia de anticoagulação oral. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, mai./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_02.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2012.

CARVALHO, A. R. S. et al. Anticoagulação oral: impacto da terapia na qualidade de vida relacionada à saúde ao longo de seis meses. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 21, p. 105-112, jan./fev. 2013. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_14.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

CASAI, P. et al. Patients' regarding oral anticoagulation therapy and its effect on quality of life. **Curr. Med. Res. Opin.**, London, v. 21, n. 7, p. 1085-1090, 2005.

CHAMBERLAIN, M. A.; SAGESER, N. A.; RUIZ, D. Comparison of anticoagulation clinic patient outcomes from traditional care in a family medicine clinic. **J. Am. Board Fam. Med.**, Lexington, v. 14, n. 1, p. 16-21, 2001.

CHIQUETTE, E.; AMATO, M. G.; BUSSEY, H. I. Comparison of an anticoagulation clinic with usual medical care: anticoagulation control, patient outcomes, and health care costs. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 158, p. 1641-1647, 1998.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Rev. Bras. Reumatol.**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CLARK, N. P. et al. Thromboembolic consequences of subtherapeutic anticoagulation in patients stabilized on warfarin therapy: the low INR study. **Pharmacotherapy**, Carlisle, v. 28, p. 960-967, 2008.

COHEN, A. T.; MAILLARDET, L.; YAVIN, Y. Will a once-weekly anticoagulant for the treatment and secondary prevention of thromboembolism improve adherence? **Thromb. Haemost.**, Stuttgart, v. 101, n. 3, p. 422-427, Mar. 2009.

CORBI, I. S. A. **Associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde, atitudes frente ao uso de anticoagulação oral e variáveis sociodemográficas e clínicas**. 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CORBI, I. S. A. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em uso de anticoagulação oral. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 865-873, 2011.

COSTA, G. L. B. et al. Identifying potential predictors of high-quality oral anticoagulation assessed by time in therapeutic international normalized ratio range: a prospective, long-term, single-center, observational study. **Clin. Ther.**, Princeton, v. 34, n. 7, p. 1511-1520, July 2012.

CRUESS, D. G. et al. Patient attitudinal and behavioral factors associated with warfarin non-adherence at outpatient anticoagulation clinics. **Int. J. Behave. Med.**, Hillsdale, v. 17, n. 1, p. 33-42, 2010.

CUMMINGS, K. M. et al. Intervention strategies to improve medication compliance with medical regimens by ambulatory hemodialysis patients. **J. Behav. Med.**, New York, v. 4, n. 1, p. 111-127, Mar. 1981.

CUMMINGS, S. R.; HULLEY, S. B. Elaborando questionários e entrevistas. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 15, p. 259-274.

DAVIS, N. J. et al. Impact of adherence, knowledge and quality of life on anticoagulation control. **Ann. Pharmacother.**, Cincinnati, v. 39, p. 632-636, 2005.

DELGADO, A. B; LIMA, M. L. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicol. Saúde Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 81-100, 2001.

DELVILLE, C. L.; MCDUGALL, G. A systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence. **Issues Mental Health Nurs.**, Austin, v. 29, n. 9, p. 1002-1017, 2008.

DIMATTEO, M. R.; LEPPER, H. S.; CROGHAN, T. W. Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment. Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 160, n. 14, p. 2101-2107, 2000.

DITTUS, C.; ANSELL, J. The evolution of oral anticoagulant therapy. **Prim. Care**, Philadelphia, v. 40, n. 1, p. 109-134, 2013.

EL-GATIT, A. S.; HAW, M. Relationship between depression and non-adherence to anticoagulant therapy after valve replacement. **East. Mediterr. Health J.**, Alexandria, v. 9, n. 1-2, Jan./Mar. 2003.

ESMERIO, F. G. et al. Uso crônico de anticoagulante oral: implicações para o controle de níveis adequados. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 549-554, 2009.

FAYERS, P. M.; HAYS, R. **Assessing quality of life in clinical trials**. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2005.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Scores and measurements: validity, reliability and sensitivity. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation**. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

FREELAND, K. E. et al. Depression in elderly patients with congestive heart failure. **J Geriatr. Psychiat.**, v. 24, p. 59-71, 1991.

FUSTER, V. et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. **Circulation**, Dallas, v. 114, n.7, p.e257-e354, 2006.

GADISSEUR, A. P. A. et al. Comparison of the quality of oral anticoagulant therapy through patient self-management and management by specialized anticoagulation clinics in the Netherlands. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 163, n. 21, p. 2639-2646, Nov. 2003.

GARCIA, D. A. et al. Delivery of optimized anticoagulant therapy: consensus statement from the Anticoagulation Forum. **Ann. Pharmacother.**, Cincinnati, v. 42, n. 7, p. 979-988, 2008.

GOIS, C. F. L. **Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de pacientes, antes e seis meses após revascularização do miocárdio.** 2009. 94 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

GRIMBERG, M. **Anticoagulação oral:** uma abordagem bioética. Caderno de terapêutica – tradição e confiança na anticoagulação oral do Laboratório FQM – Farmoquímica S/A. Rio de Janeiro, p.5-45, maio 2003.

GRIMBERG, M. Entendo & aceito & faço: estratégia pró-adesão à anticoagulação oral. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 82, n. 4, p. 309-312, 2004.

GUIMARÃES, J.; ZAGO, A. J. Anticoagulação ambulatorial. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul.**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 30-38, 2007.

GUYATT, G. H. et al. Grades of recommendation for antithrombotic agents: American College of Chest Physicians evidence-based practice guidelines (8 ed.). **Chest**, Park Ridge, v. 133, n. 6, p. 123S-31S, June 2008. Supplement.

HAMERSCHLAK, N.; ROSENFELD, L. G. M. Utilização da heparina e dos anticoagulantes orais na prevenção e tratamento da trombose venosa profunda e da embolia pulmonar. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 67, n. 3, p. 209-213, 1996.

HARRISON, M. J. et al. Same question, different answers: a comparison of global health assessments using visual analogue scales. **Qual. Life Res.**, v. 18, n. 10, p. 1285-1292, 2009.

HEDNER, E. et al. An instrument for measuring health-related quality of life in patients with Deep Venous Thrombosis (DVT): development and validation of Deep Venous Thrombosis Quality of Life questionnaire. **Health Qual. Life Outcomes**, London, v. 23, n. 2, p. 30-37, 2004.

HENN, C. B. et al. Conhecimento dos pacientes sobre anticoagulação oral crônica acompanhados em ambulatório especializado. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 207-218, 2008.

HERRMANN, C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. **J. Psychosom. Res.**, Oxford, v. 42, n. 1, p. 17-41, 1997.

HIRSH, J.; FUSTER, V. Guide to anticoagulant therapy. Part 2: Oral anticoagulants. **Circulation**, Dallas, v. 89, p. 1469-1480, 1994.

HORNE, R.; WEINMAN, J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. **J. Psychosom. Res.**, Oxford, v. 47, n. 6, p. 557-567, 1999.

HYLEK, E. M. et al. Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 349, p. 1019-1026, 2003.

INGELGARD, A. et al. What are the barriers to warfarin use in atrial fibrillation? Development of a questionnaire. **J. Thromb. Thrombolysis**, Dordrecht, v. 21, n. 3, p. 257-265, 2006.

JONG, P. G.; COPPENS, M.; MIDDELDORP, S. Duration of anticoagulant therapy for venous thromboembolism: balancing benefits and harms on the long term. **Br. J. Haematol.**, Oxford, v. 158, p. 433-441, 2012.

KAKKAR, N.; KAUR, R.; JOHN, M. Outpatient oral anticoagulant management: an audit of 82 patients. **J. Assoc. Physicians India**, Bombay, v. 53, p. 847-52, Oct. 2005.

KATON, W.; LIN, E. H. B.; KROENKE, K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. **Gen. Hosp. Psychiatr.**, New York, v. 29, p. 147-155, 2007.

KEELING, D. et al. Guidelines on oral anticoagulation with warfarin (4 ed). **Br. J. Haematol.**, Oxford, v. 154, n. 3, p. 311-324, 2011.

KHAN, T. I. et al. The value of education and self-monitoring in the management of warfarin therapy in older patients with unstable control of anticoagulation. **Br. J. Haematol.**, Oxford, v. 126, n. 4, p. 557-564, Aug. 2004.

KIM, J. H. et al. How well does the target INR level maintain in warfarin-treated patients with non-valvular Atrial Fibrillation? **Yonsei Med. J.**, Seoul, v. 50, n. 1, p. 83-88, 2009.

KIM, J.H. et al. Factors affecting medication adherence and anticoagulation control in Korean patients taking warfarin. **J. Cardiovasc. Nurs.**, Frederick, v. 26, n. 6, p. 466-474, 2011.

KIMMEL, S.E. et al. The influence of patient adherence on anticoagulation control with warfarin: results from the International Normalized Ratio adherence and genetics (IN-RANGE) study. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 167, n. 3, p. 229-235, 2007.

KRUMMENACHER, R. et al. Relationship between psychological distress and endogenous anticoagulants in patients with a previous venous thromboembolic event. **Clin. Appl. Thromb. Hemost.**, v. 17, n. 2, p. 171-180, Apr. 2011.

LANCASTER, T. R. et al. The impact of long-term warfarin therapy on quality of life – evidence from a randomized trial. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 151, n. 10, p. 1944-1949, Oct. 1991.

LAPORTE, S. et al. Compliance and stability of INR of two oral anticoagulants with different half-lives: a randomised trial. **Thromb. Haemost.**, Stuttgart, v. 89, n. 3, p. 458-467, 2003.

LEIRIA, T. L. L. et al. Varfarina e femprocumona: experiência de um ambulatório de anticoagulação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 41-45, 2010.

LEVINE, M. N. et al. Haemorrhagic complications of anticoagulant treatment: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. **Chest**, Park Ridge, v. 126, p. 287-310, 2004. Supplement 3.

MARCOLINO, J. A. M. et al. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007.

MCCABE, C.; STEVENS, K. Visual analogue scales: Do they have a role in the measurement of preferences for health states. *Health Economics and Decision Science Discussion Paper Series*, 2004. Disponível em: <http://www.shef.ac.uk/content/1/c6/01/87/47/04_6FT.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2013.

MCCAHAON, D. et al. Does self-management of oral anticoagulation therapy improve quality of life and anxiety? **J. Fam. Pract.**, New York, v. 28, n. 2, p. 134-140, 2011.

MENDLOWICZ, M.; STEIN, M. Quality of life in individuals with anxiety disorder. **Am. J. Psychiatr.**, Arlington, v. 157, n. 5, p. 669-682, 2000.

MEYER, D.; LEVENTHAL, H.; GUTMAN, M. Common sense models of illness: the example of hypertension. **Health Psychol.**, Hillsdale, v.4, n. 2, p. 115-135, 1985.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med. Care**, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Royal College of Physicians. **Atrial fibrillation: national clinical guideline for management in primary and secondary care.** 2007. Disponível em: <www.nice.org.uk>. Acesso em: 15 jul. 2011.

NOCHOWITZ, B. et al. Effect of a warfarin adherence aid on anticoagulation control in an inner-city anticoagulation clinic population. **Ann. Pharmacother.**, Cincinnati, v. 43, n. 7, p. 1165-1172, 2009.

NUTESCU, E.A. The future of anticoagulation clinics. **J. Thromb. Thrombolysis**, Dordrecht, v. 16, n. 1-2, p. 61-63, 2003.

NUTESCU, E.A. Anticoagulation Management Services: entering a new era. **Pharmacotherapy**, v. 30, n. 4, p. 327-329, 2010.

OLIVEIRA, S. A. V. et al. Melhora da qualidade do tratamento de anticoagulação oral após a padronização do atendimento de enfermagem em ambulatório especializado. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 34, p. 62, jan. 2012. Suplemento 2.

PARKER, C. S. et al. Adherence to warfarin assessed by electronic pill caps, clinician assessment and patient reports: results from the IN-RANGE Study. **J. Gen. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 22, p. 1254-1259, 2007.

PARKIN, D.; DEVLIN, N. Is there a case for using visual analogue scale valuations in cost-utility analysis? **Health Econ.**, Chichester, v. 15, n. 7, p. 653-664, 2006.

PARRONDO, C. D. et al. Anticoagulación oral. **An. Med. Interna**, Madrid, v. 20, n. 7, p. 49-56, 2003.

PARTINGTON, S. L. et al. Pre-admission warfarin use in patients with acute ischemic stroke and atrial fibrillation: The appropriate use and barriers to oral anticoagulant therapy. **Thromb. Res.**, Elmsford, v. 120, p. 663-669, 2007.

PELEGRINO, F. M. **Adaptação cultural e validação do instrumento Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS):** uma versão para brasileiros em uso de anticoagulação oral. 2009. 168f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PELEGRINO, F. M. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 21, n. 17-18, p. 2509-2517, 2011.

PELEGRINO, F. M. et al. Protocolo para educação de pacientes em uso de anticoagulação oral. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 228, 2012.

PENNSYLVANIA PATIENT SAFETY ADVISORY. Anticoagulation Management Service: safer care, maximizing outcomes. Pennsylvania Patient Safety Authority. 2008. Disponível em: <<http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2008/Sep5%283%29/Pages/81.aspx>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

PLATT, A. B. et al. Risk factors for nonadherence to warfarin: results from the IN-RANGE study. **Pharmacoepidemiol. Drug Saf.**, Chichester, v. 17, n. 9, p. 853-860, 2008.

RIBAS JR, R. C.; MOURA, M. L. S.; HUTZ, C.S. Adaptação brasileira da escala de desejabilidade social de Marlowe-Crowne. **Aval. Psicol.**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 83-92, 2004.

RIECKMANN, N. et al. Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes: An electronic medication monitoring study. **J. Am. Coll. Cardiol.**, v. 48, n. 11, p. 2218-2222, 2006.

ROBERT-EBADI, H.; RIGHINI, M. Anticoagulation in the elderly. **Pharmaceuticals**, v. 3, n. 12, p. 3543-3569, 2010.

ROMANO, E. R.; PINHEIRO JR, J. A.; BARBOSA, M. A. O. Como iniciar a anticoagulação e sua duração. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 256-263, 2006.

ROSE, A. J. et al. Warfarin dose management affects INR control. **J. Thromb. Haemost.**, v. 7, n. 1, p. 94-101, 2009.

ROSE, A. J. et al. Reexamining the recommended follow-up interval after obtaining an in-range International Normalized Ratio value. Results from the Veterans affairs study to improve anticoagulation. **Chest**, Park Ridge, v. 140, n. 2, p. 359-365, 2011.

SAMSA, G. et al. A new instrument for measuring anticoagulation-related quality of life: development and preliminary validation. **Health Qual. Life Outcomes**, London, v. 6, n. 2, p. 22-33, 2004.

SANTANA, A. P. B. **Avaliação de pacientes ambulatoriais em uso de anticoagulantes orais**. 2006. 87f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

SANTOS, F. C. et al. Complicações da terapia anticoagulante com varfarina em pacientes com doença vascular periférica: estudo coorte prospectivo. **J. Vasc. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 194-202, 2006.

SAS Institute Inc. **SAS/STAT® user's guide**. Version 9. Cary: SAS Institute Inc., 2003.

SCHALL, R. Estimation in generalized linear models with random effects, **Biometrika**, London, v. 78, n. 4, p. 719-727, 1991.

SHERBOURNE, C. D.; WELLS, K. B.; JUDD, L. L. Functioning and well-being of patients with panic disorder. **Am. J. Psychiatr.**, Arlington, v. 153, n. 2, p. 213-218, 1996.

SCHMITT, L.; SPECKMAN, J.; ANSELL, J. Quality assessment of anticoagulation dose management: comparative evaluation of measures of time-in-therapeutic range. **J. Thromb. Thrombolysis**, Dordrecht, v. 15, n. 3, p. 213-216, 2003.

SILVESTRE, L. et al. Novos anticoagulantes orais no tromboembolismo venoso e fibrilação auricular. **Angiol. Cir. Vasc.**, v. 8, n. 1, p. 6-11, mar. 2012.

SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression. **Health Qual. Life Outcomes**, London, v. 1, p. 29, 2003.

SOFF, G. A. A new generation of oral direct anticoagulants. **Arterioscler. Thrombos. Vasc. Biol.**, Dallas, v. 32, n. 3, p. 569-674, 2012.

SULLANO, M. A.; ORTIZ, E. J. Deep vein thrombosis and anticoagulant therapy. **Nurs. Clin. North America**, Philadelphia, v. 36, n. 4, p. 645-663, 2001.

TANG, E. O. Y. L. et al. Relationship between patients' warfarin knowledge and anticoagulation control. **Ann. Pharmacother.**, Cincinnati, v. 37, n. 1, p. 34-39, 2003.

TULLY, P. J.; BAKER, R. A.; KNIGHT, J. L. Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. **J. Psychosom. Res.**, Oxford, v. 64, n. 3, p. 285-290, Mar. 2008.

URQUHART, J. Variable compliance and persistence with prescribed drug dosing regimens: implications for benefits, risks and economics of pharmacotherapy. In: STROM, B. L. (Ed.). **Pharmacoepidemiology**. 4th ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2007. p. 767-789.

VAN DAMME, S. et al. Patient knowledge of and adherence to oral anticoagulation therapy after mechanical heart-valve replacement for congenital or acquired valve defects. **Heart Lung**, St. Louis, v. 40, n. 2, p. 139-146, 2011.

VANHEUSDEN, L. M. S. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com fibrilação atrial submetidos à ablação por cateter. **Rev. SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 198-204, 2007.

VAN WALRAVEN, C. et al. Burden of potentially avoidable anticoagulant-associated hemorrhagic and thromboembolic events in the elderly. **Chest**, Park Ridge, v. 131, p. 1508-1515, 2007.

VAN WEEL-BAUMGARTEN, E. et al. Long-term follow-up of depression among patients in the community and in family practice settings: A systematic review. **J. Fam. Pract.**, New York, v. 49, n. 12, p. 1113-1120, Dec. 2000.

VOLLER, H. et al. Self-management of oral anticoagulation with the IN Ratio system: impact of a structured teaching program on patient's knowledge of medical background and procedures. **Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.**, London, v. 5, n. 11, p. 442-447, 2004.

WARE, J. E. J. R.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med. Care**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WANG, P. S. et al. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. **J. Gen. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 17, n. 7, p. 504-511, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapy**. Evidence for action. Geneva, 2003.

WILSON, S. J. et al. Comparing the quality of oral anticoagulant management by anticoagulation clinics and by family physicians: a randomized controlled trial. **CMAJ**, Ottawa, v. 169, n. 4, p. 293-298, 2003.

WILT, V. M. et al. Outcome analysis of a pharmacist-managed anticoagulation service. **Pharmacotherapy**, Carlisle, v. 15, p. 732-779, 1995.

WITT, D. M. et al. Effect of a centralized clinical pharmacy anticoagulation service on the outcomes of anticoagulation therapy. **Chest**, Park Ridge, v. 127, n. 5, p. 1515-1522, 2005.

ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatry. Scand.**, Copenhagen, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado para participar da pesquisa “Acompanhamento de pacientes atendidos em um ambulatório de anticoagulação oral: uma nova proposta de intervenção de enfermagem”. Este projeto é de responsabilidade da enfermeira Fabiana Bolela (Av. Independência, 4750 – Jd. Califórnia, telefone para contato 3602-7122) com orientação da professora Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto da participação de pacientes em um ambulatório especializado de anticoagulação oral no seguimento do seu tratamento e na sua qualidade de vida. Faremos o acompanhamento do seu tratamento durante os seis primeiros meses de seguimento no serviço.

A sua participação, caso aceite participar do estudo, consiste em responder questões sobre a sua doença, o tratamento e sua saúde física e emocional durante o seguimento ambulatorial e permitir a consulta ao seu prontuário para coletarmos dados sobre a sua doença e tratamento. Assim, o sr.(a) será entrevistado no hospital e também receberá orientações sobre a sua doença e o tratamento. Após 1 mês do início de seu seguimento no ambulatório especializado de anticoagulação oral o sr.(a) receberá uma ligação telefônica para saber como está se sentindo e se tem alguma dúvida sobre a doença ou tratamento. Se tiver dúvidas, novamente forneceremos as orientações já concedidas durante seu atendimento no ambulatório. Após 4 meses do início do seu seguimento no ambulatório especializado de anticoagulação oral, o sr.(a) receberá nova ligação telefônica para saber como está e se tem dúvidas em relação ao tratamento. Quando retornar ao ambulatório desse hospital para sua consulta, após 2 e 6 meses do início de seu seguimento, conversaremos novamente com o sr.(a) sobre como está sua saúde geral, doença, tratamento e qualidade de vida. O tempo da entrevista e as orientações fornecidas ao sr.(a) serão de aproximadamente quarenta minutos. As entrevistas, as orientações e as ligações telefônicas serão realizadas pela enfermeira Fabiana Bolela.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Garantimos que a participação do sr.(a) não trará riscos, constrangimentos e tampouco custos. Asseguramos que o sr.(a) não será identificado e os dados obtidos das entrevistas serão utilizados unicamente para fins de pesquisa. Além disso, garantimos responder a qualquer dúvida ou esclarecimentos a respeito dessa pesquisa, a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma ou prejuízo ao seu cuidado ou atendimento no Hospital Estadual de Ribeirão Preto.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Profª. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Enfa. Fabiana Bolela

Assinatura do participante

APÊNDICE B – Instrumento para caracterização sociodemográfica e clínica

Caracterização Sociodemográfica			Data: ___/___/___
Nome:	Reg.:	Nascimento:	()F ()M
Cidade:	DDD:	Telefone:	
Estado civil: () casado/união consensual () separado () viúvo () solteiro			
Nível de instrução: () anos		Reside com: () pessoas	
Situação profissional: () ativo (qual):		() inativo (motivo):	
Renda familiar: () reais			

Caracterização Clínica		
Nome do ACO: () marevam® () marcoumar® () coumadim®		
Início: ()	Indicação: ()	
Dose: () mg/semana	INR: ()	
Outras Comorbidades (prontuário):		
Medicamento em uso (prontuário):		

APÊNDICE C – Instrumento para caracterização clínica durante os retornos ambulatoriais

Caracterização Clínica (___ retorno)	Data: ___/___/___
Nome:	Reg.:
Nome do ACO: () marevam® () marcoumar® () coumadim®	
Dose: () mg/semana	INR: ()
Presença de complicações após a alta: () sim () não Se sim. Tipo: () hemorrágica () tromboembólica Especificar a complicação: Outras Comorbidades depois da alta hospitalar (prontuário):	
Medicamento em uso (prontuário):	

APÊNDICE D – Escala Visual Analógica para avaliação global do paciente sobre seu estado geral de saúde

Instruções: Nossa intenção é conhecer como está seu estado de saúde hoje. Essa régua irá nos ajudar. Ela está indicando pontos de zero a 100, sendo que zero significa o seu pior estado de saúde e 100 significa o seu melhor estado de saúde. Se você tivesse que dar uma nota para o seu estado de saúde hoje, que nota lhe daria? Você pode marcar essa nota aqui na régua.



Anexos

ANEXOS

ANEXO A – Liberação do Comitê de ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP.



Ribeirão Preto, 13 de maio de 2010

Ofício nº 1498/2010
CEP/MGV

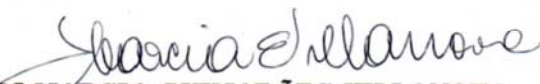
Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE ANTICOAGULAÇÃO ORAL: UMA NOVA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 307ª Reunião Ordinária realizada em 10/05/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 2150/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

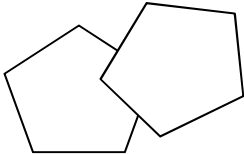
Ilustríssimas Senhoras

FABIANA BOLELA

PROFª DRª ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS (Orientadora)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO B - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

ORIENTAÇÃO TEMPORAL	PONTOS
1) Que dia é hoje? (1 ponto) _____	_____
2) Em que mês estamos? (1 ponto) _____	_____
3) Em que ano estamos? (1 ponto) _____	_____
4) Em que dia da semana estamos? (1 ponto) _____	_____
5) Qual a hora aproximada?* _____ *(considere a variação de mais ou menos 1 hora)	_____
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	
6) Em que local nós estamos?*(1 ponto) _____ *(consultório, dormitório, sala - apontando para o chão)	_____
7) Que local é este aqui?**(1 ponto) _____ **(apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa...)	_____
8) Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? (1 ponto) _____	_____
9) Em que cidade nós estamos? (1 ponto) _____	_____
10) Em que Estado nós estamos? (1 ponto) _____	_____
MEMÓRIA IMEDIATA	
11) Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: Carro (1 ponto), Vaso (1 ponto), Tijolo (1 ponto)* *(se houver erro, repetir as palavras até 3 vezes)	_____
CÁLCULO: subtração de setes seriadamente	
12) $100-7 =$ _____ (1 ponto)	13) $93-7 =$ _____ (1 ponto)
14) $86-7 =$ _____ (1 ponto)	15) $79-7 =$ _____ (1 ponto)
16) $72-7^* =$ _____ (1 ponto) *(65) (se houver erro, corrija-o e prossiga, considerar correto se o paciente se autocorrige)	_____
EVOCAÇÃO DE PALAVRAS	
17) Quais são as palavras que o Sr (a) acabou de repetir ? _____ (Carro / Vaso / Tijolo (1 ponto para cada palavra)	_____
NOMEAÇÃO	
18) Qual o nome desses objetos ? Mostrar o relógio (1 ponto) e a caneta (1 ponto)	_____
REPETIÇÃO	
19) Por favor, repita a frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá” * _____ *(1 ponto se a repetição for perfeita (1 ponto)	_____
COMANDO	
20) Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto) (não dar dica ao paciente)	_____
LEITURA	
21) FECHE OS OLHOS (mostrar a frase e pedir para o paciente o que é solicitado) (1 ponto)	_____
22) Escreva uma frase (1 ponto): _____ (alguma frase que tenha começo, meio e fim, não considerar erros gramaticais ou ortográficos)	_____
CÓPIA DO DESENHO (1 ponto)	
23) 	_____
TOTAL	_____

Fonte: BERTOLUCCI, P.H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.*, v.52, p. 1-7, 1994.

ANEXO C – Instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) versão adaptada para uso em indivíduos em uso de anticoagulação oral

1. Quantas vezes você já se esqueceu de tomar o anticoagulante (.....)?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
2. Quantas vezes você tomou o anticoagulante fora do horário?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
3. Quantas vezes você deixou de tomar o anticoagulante por estar se sentindo melhor?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
4. Quantas vezes você deixou de tomar o anticoagulante por estar se sentindo pior ou causar problemas (tais como: aumento do fluxo menstrual, manchas roxas, presença de sangue na urina ou fezes, sangramento na gengiva, etc)?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
5. Quantas vezes você mudou a dose do anticoagulante por ter se esquecido desse remédio no dia anterior?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
6. Quantas vezes você deixou de tomar o anticoagulante por falta do medicamento (em casa ou por falta de dinheiro, por ter acabado o remédio)?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação médica?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
8. Você associa a hora de tomar o anticoagulante a alguma atividade da sua vida? () Sim () Não Qual atividade?					

Fonte: CARVALHO, A. R. S. et al. Adaptação e validação de uma medida de adesão á terapia de anticoagulação oral. *Rev. Latinoam. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, mai./jun. 2010.

ANEXO D – Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na *última* semana.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito

- A** **Eu me sinto tenso ou contraído:**
 3 () A maior parte do tempo
 2 () Boa parte do tempo
 1 () De vez em quando
 0 () Nunca
- D** **Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:**
 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
 1 () Não tanto quanto antes
 2 () Só um pouco
 3 () Já não sinto mais prazer em nada
- A** **Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**
 3 () Sim, e de um jeito muito forte
 2 () Sim, mas não tão forte
 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
 0 () Não sinto nada disso
- D** **Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:**
 0 () Do mesmo jeito que antes
 1 () Atualmente um pouco menos
 2 () Atualmente bem menos
 3 () Não consigo mais
- A** **Estou com a cabeça cheia de preocupações:**
 3 () A maior parte do tempo
 2 () Boa parte do tempo
 1 () De vez em quando
 0 () Raramente
- D** **Eu me sinto alegre:**
 3 () Nunca
 2 () Poucas vezes
 1 () Muitas vezes
 0 () A maior parte do tempo
- A** **Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:**
 0 () Sim, quase sempre
 1 () Muitas vezes
 2 () Poucas vezes
 3 () Nunca
- D** **Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:**
 3 () Quase sempre
 2 () Muitas vezes
 1 () De vez em quando
 0 () Nunca
- A** **Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**
 0 () Nunca
 1 () De vez em quando
 2 () Muitas vezes
 3 () Quase sempre
- D** **Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:**
 3 () Completamente
 2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria
 1 () Talvez não me cuido tanto quanto antes
 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
- A** **Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:**
 3 () Sim, demais
 2 () Bastante
 1 () Um pouco
 0 () Não me sinto assim
- D** **Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:**
 0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Um pouco menos do que antes

2 () Bem menos do que antes

3 () Quase nunca

A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 () A quase todo momento

2 () Várias vezes

1 () De vez em quando

0 () Não sinto isso

D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

0 () Quase sempre

1 () Várias vezes

2 () Poucas vezes

3 () Quase nunca

Fonte: BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.