

Alicerces da Saúde Pública no Brasil 2

Daniela Gaspardo Folquitto
(Organizadora)

 **Atena**
Editora

Ano 2018

Daniela Gaspardo Folquitto
(Organizadora)

Alicerces da Saúde Pública no Brasil

2

Atena Editora
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

A398 Alicercers da saúde pública no Brasil 2 / Organizadora Daniela Gaspardo Folquitto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. – (Alicercers da Saúde Pública no Brasil; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-85107-19-2

DOI 10.22533/at.ed.192182708

1. Saúde pública – Brasil. I. Folquitto, Daniela Gaspardo. II. Série.
CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo do livro e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

E-mail: contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde como “situação de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade”. A Saúde Pública compreende um conjunto de medidas executadas pelo Estado para garantir o bem-estar físico, mental e social da população.

Neste contexto a busca pelo conhecimento nas diversas áreas da saúde como fisioterapia, psicologia, farmácia, enfermagem, nutrição, odontologia, meio ambiente são de grande importância para atingir o bem-estar físico, mental e social da população.

A Coletânea “Alicerces das Saúde Pública no Brasil” é um *e-book* composto por 44 artigos científicos que abordam assuntos atuais, como atenção básica, saúde mental, saúde do idoso, saúde bucal, saúde ambiental, cuidados com crianças e neonatos, atividade física, restabelecimento da movimento e capacidade funcional, nutrição, epidemiologia, cuidados de enfermagem, pesquisas com medicamentos entre outros.

Diante da importância, necessidade de atualização e de acesso a informações de qualidade, os artigos escolhidos neste *e-book* contribuirão de forma efetiva para disseminação do conhecimento a respeito das diversas áreas da Saúde Pública, proporcionando uma ampla visão sobre esta área de conhecimento.

Tenham todos uma ótima leitura!

Prof. MSc. Daniela Gaspardo Folquitto

SUMÁRIO

EIXO I - SAÚDE DO IDOSO

CAPÍTULO 1 1

ANÁLISE DA VARIÁVEL DEPENDENTE ASSOCIADA AO DIAGNOSTICADO POR DIABETES EM PACIENTES IDOSOS ENTREVISTADOS PELA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE – PNS (2013) NO RIO GRANDE DO NORTE: UM ESTUDO QUANTITATIVO

Wenderly Pinto Córdula Dionísio de Andrade
Pedro Gilson da Silva
José Vilton Costa

CAPÍTULO 2 13

MANEJO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM IDOSO HOSPITALIZADO: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

Ionara Raquel Alves Carvalho de Sousa
Eane Jucele Linhares Moraes da Silva
Rebeca de Souza Nogueira
Larissa Melo do Nascimento
Marylane Viana Veloso

CAPÍTULO 3 21

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Marina Lobo Matias
Fernando Rodrigo Correia Garcia
Polyana Sousa dos Santos
Maxwell do Nascimento Silva
Wannessa Rhégia Viégas Cunha Duailibe

EIXO II - SAÚDE COLETIVA E EPIDEMIOLOGIA

CAPÍTULO 4 32

COBERTURA VACINAL DO HPV QUADRIVALENTE D1 E D2 NA REGIÃO NORDESTE NO PERÍODO DE 2012 A 2017

Naya Thays Tavares de Santana
Mara Monize Pinheiro Mendes
Terciane Maria Soares
Maysa Aguida Lima Silva
Bruna Furtado Sena de Queiroz
Taciany Alves Batista Lemos

CAPÍTULO 5 39

DENSIDADE DEMOGRÁFICA COMO DETERMINANTE EPIDÊMICO: O CASO DA DENGUE NO ESTADO DE GOIÁS DE 2000 A 2012

Gabriela Bassani Fahl
Juliana Ramalho Barros

CAPÍTULO 6 54

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO VACINAL DE TRABALHADORES DE EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇO EM DOURADOS/MS

Christiane Benites Pontes
Cassia Barbosa Reis
Arino Sales do Amaral

CAPÍTULO 7	62
DIFUSÃO DA DENGUE NO AMAZONAS	
<i>Renato Ferreira de Souza</i>	
CAPÍTULO 8	71
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL	
<i>Tony José de Souza</i>	
<i>Juliana Fernandes Cabral</i>	
<i>Adila de Queiroz Neves</i>	
<i>José Olímpio dos Santos</i>	
CAPÍTULO 9	84
GEOGRAFIA E MEDICINA: PERSPECTIVAS DE INTERDISCIPLINARIDADES NA SAÚDE COLETIVA	
<i>Larissa Cristina Cardoso dos Anjos</i>	
<i>Adorea Rebello da Cunha Albuquerque</i>	
<i>Antonio de Padua Quirino Ramalho</i>	
<i>Rafael Esdras Brito Garganta da Silva</i>	
CAPÍTULO 10	101
PLANEJAMENTO EDUCATIVO EM SAÚDE COLETIVA: FUNDAMENTADO NO MÉTODO DIALÉTICO DE PAULO FREIRE	
<i>Andréa Kedima Diniz Cavalcanti Tenório</i>	
<i>Ladjane do Carmo de Albuquerque Araújo</i>	
CAPÍTULO 11	108
SAÚDE INDÍGENA E A INTERFACE COM AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE	
<i>Tony José de Souza</i>	
<i>Marina Atanaka</i>	
<i>José Olímpio dos Santos</i>	
CAPÍTULO 12	118
SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM O ATENDIMENTO PRESTADO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO AGRESTE PERNAMBUCANO	
<i>Rosalva Raimundo da Silva</i>	
<i>Wanessa da Silva Gomes</i>	
CAPÍTULO 13	132
SPATIAL DISTRIBUTION OF THE LUTZOMYIA (NYSSOMYIA) WHITMANI (DIPTERA: PSYCHODIDAE: PHLEBOTOMINAE) AND AMERICAN CUTANEOUS LEISHMANIASIS (ACL), IN VIEW OF ENVIRONMENTAL CHANGES IN THE STATES OF THE LEGAL AMAZON, BRAZIL	
<i>Simone Miranda da Costa</i>	
<i>Mônica Avelar Figueiredo Mafra Magalhães</i>	
<i>Elizabeth Ferreira Rangel</i>	
CAPÍTULO 14	146
ANTICOAGULAÇÃO ORAL E FIBRILAÇÃO ATRIAL: COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À TERAPIA E O IMPACTO PARA A SAÚDE	
<i>Ariana Rodrigues da Silva Carvalho</i>	
<i>Alcirley de Almeida Luiz</i>	
<i>Gabriella França Pogorzelski</i>	
<i>Reginaldo dos Santos Passoni</i>	
<i>Letícia Katiane Martins</i>	
<i>Tomás Machado Lacerda</i>	

EIXO III - SAÚDE BUCAL

CAPÍTULO 15 **159**

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE MEDIASTINITE DESCENDENTE NECROSANTE POR INFECÇÃO ODONTOGÊNICA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PAÍSES DE PREVALÊNCIA DIVERGENTES

Josfran da Silva Ferreira Filho
Caio Furlan Monteiro Moura
Adjair Jairo de Souza
Breno Souza Benevides
Mariana Canuto Melo de Souza Lopes
Mário Igor Pessoa Serpa Damasceno
Isadora Cristina Rameiro da Silva
Sormani Bento Fernandes de Queiroz
Fabrcio Bitu Sousa

EIXO IV - PESQUISA

CAPÍTULO 16 **168**

GABAPENTINA REVERTE PARÂMETROS INFLAMATÓRIOS NA COLITE INDUZIDA POR ÁCIDO ACÉTICO EM CAMUNDONGOS

José Victor do Nascimento Lima
Cynthia Maria Carvalho Pereira
Diva de Aguiar Magalhães
Stefany Guimarães Sousa
Tarcisio Vieira de Brito
Jalles Arruda Batista
André Luiz dos Reis Barbosa

CAPÍTULO 17 **180**

ISOPULEGOL APRESENTA AÇÃO ANTI-INFLAMATÓRIA EM ROEDORES

Deyna Francélica Andrade Próspero
Itamara Campelo dos Santos Miranda
Camila Leyelle Sousa Neves Rocha
Everton Moraes Lopes
Rômulo Barros dos Santos
Adriana Cunha Souza
Antônio Carlos dos Reis Filho
Aline Raquel de Sousa Ibiapina
Douglas Soares da Costa
Daniele Martins de Sousa Oliveira
Fernanda Regina de Castro Almeida

CAPÍTULO 18 **192**

TOLERÂNCIA E ACEITAÇÃO DA PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Mayara Aparecida Passaura da Luz
Debora Cristina Ignácio Alves
Raíssa Ottes Vasconcelos
Maria Aparecida Andriolo Richetti

EIXO V – PSICOLOGIA

CAPÍTULO 19 **200**

GESTALT-TERAPIA E OBSTETRÍCIA: DIÁLOGOS POSSÍVEIS

Maysa Milena e Silva Almeida

*Jadir Machado Lessa
Bianca Galván Tokuo*

EIXO VI - NUTRIÇÃO ESPORTIVA

CAPÍTULO 20 218

ANÁLISE DE SÓDIO EM SUPLEMENTOS ALIMENTARES ISOLADO E COMBINADOS EM RELAÇÃO AO PERMITIDO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

*Layane dos Santos Solano
Ana Paula Gomes da Cunha
Daniele Alves de Sousa
Raimundo Nonato Cardoso Miranda Junior*

EIXO VII - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

CAPÍTULO 21 222

CISTO ÓSSEO SIMPLES: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

*Bruno da Silva Gaspar
Breno Souza Benevides
Rafael Linard Avelar*

SOBRE A ORGANIZADORA 227

ANTICOAGULAÇÃO ORAL E FIBRILAÇÃO ATRIAL: COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À TERAPIA E O IMPACTO PARA A SAÚDE

Ariana Rodrigues da Silva Carvalho

Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
Colegiado de Enfermagem, Cascavel, PR

Alcirley de Almeida Luiz

Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
Colegiado de Medicina, Cascavel, PR

Gabriella França Pogorzelski

Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
Colegiado de Medicina, Cascavel, PR

Reginaldo dos Santos Passoni

Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
Colegiado de Enfermagem, Cascavel, PR

Letícia Katiane Martins

Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
Colegiado de Enfermagem, Cascavel, PR

Tomás Machado Lacerda

Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
Colegiado de Medicina, Cascavel, PR

RESUMO: A fibrilação atrial (FA) é uma arritmia cardíaca com risco aumentado de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico e alta morbimortalidade. O anticoagulante oral (ACO) é usado comumente para prevenção de tromboembolismo. O controle dessa terapia é complicado devido às flutuações da coagulação sanguínea, necessitando controle laboratorial rigoroso, impactando na qualidade de vida e na adesão à terapia, colaborando para a ocorrência de complicações, em especial, do tipo sangramento. Objetivou-se avaliar a taxa de

hospitalização por sangramento de portadores de FA, acompanhados em ambulatório de anticoagulação oral de um hospital de ensino do Paraná. Realizou-se estudo descritivo-exploratório e transversal. Atenderam-se às normativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Dados foram coletados por entrevistas e consulta aos prontuários, analisados pelo *IBM-Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Participaram 73 portadores de FA; 46 (63%) do tipo permanente, 18 (24,7%) persistente e 9 (12,3%) paroxística. Predomínio de homens (41; 56,2%), idade média de 71,6, hipertensos (89%), especialmente. Usavam diurético (68,5%) entre outros, além da varfarina (71,2%), femprocumona (9,6%) ou rivaroxabana (4,1%). Alguns não usaram ACO (4,1%). Internaram 13 pacientes (17,8%): seis por sangramentos maiores. Não houve óbito secundário à hemorragia. Escores de risco tromboembólico, variaram, em média, $2,3 \pm 1,2$ para o CHADS₂ e $3,7 \pm DP 1,7$ para o CHA₂DS₂-VASc. A creatinina média foi 1,2. A taxa de hospitalização por hemorragia representou 46,2% das causas de internações, considerada alta. Portanto, continua sendo uma grande preocupação da equipe de saúde relacionada à anticoagulação.

PALAVRAS-CHAVE: Fibrilação atrial, Anticoagulantes; Complicações; Hemorragia.

ABSTRACT: Atrial fibrillation (AF) is a cardiac arrhythmia with an increased risk of ischemic stroke and high morbidity and mortality. Oral anticoagulant (ACO) is commonly used to prevent thromboembolism. The control of this therapy is complicated due to fluctuations in blood coagulation, necessitating rigorous laboratory control, impacting the quality of life and adherence to therapy, contributing to the occurrence of complications, especially bleeding. The objective of this study was to evaluate the rate of hospitalization for bleeding of patients with AF, followed in an outpatient anticoagulation clinic of a teaching hospital in Paraná. A descriptive-exploratory and cross-sectional study was carried out. They met the norms of Resolution 466/2012 of the National Health Council of the Ministry of Health. Data were collected through interviews and medical records, analyzed by the IBM-Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.0. 73 patients with AF participated; 46 (63%) of the permanent type, 18 (24.7%) persistent and 9 (12.3%) paroxysmal. Prevalence of men (41; 56.2%), mean age of 71.6, hypertensive (89%), especially. They used diuretics (68.5%), among others, besides warfarin (71.2%), phenprocoumon (9.6%) or rivaroxaban (4.1%). Some did not use ACO (4.1%). Thirteen patients (17.8%) were hospitalized: six due to major bleeding. There was no death secondary to bleeding. Thromboembolic risk scores varied, on average, 2.3 ± 1.2 for CHADS2 and 3.7 ± 1.7 SD for CHA2DS2-VASc. Mean creatinine was 1.2. The rate of hospitalization due to hemorrhage represented 46.2% of the causes of hospitalizations, considered high. Therefore, it remains a major concern of the healthcare team related to anticoagulation.

KEYWORDS: Atrial fibrillation, Anticoagulants; Complications; Bleeding.

INTRODUÇÃO

A Fibrilação Atrial (FA) vem despontando como um importante problema de saúde pública nas duas últimas décadas, exigindo grande quantidade de recursos em saúde, com relevante impacto na qualidade de vida do sujeito, principalmente relacionado a complicações, tais como fenômenos tromboembólicos e alterações cognitivas (MAGALHÃES et al., 2016), além de sangramento secundário à terapia com uso de anticoagulantes.

O aumento da prevalência de FA é inquestionável, sendo que alguns fatores podem explicar a ascensão dessa morbidade na saúde pública, dentre eles, as doenças cardíacas crônicas, sexo e o envelhecimento da população, que ao passo que fica mais idosa, está mais propensa a adquirir a doença. A proporção de acometimento de FA em homens e mulheres é de 2:1. Enquanto homens apresentam maior predisposição que as mulheres, elas ainda apresentam essa condição, em grande parte, devido a sua maior longevidade. No entanto, o sexo feminino tende a apresentar mais fenômenos tromboembólicos do que o masculino (RENAUX et al., 2014; MICHELENA et al., 2010).

A FA pode ser definida como uma anormalidade eletrofisiológica do músculo

cardíaco, ou seja, uma desorganização da atividade elétrica atrial, na qual a sístole do átrio não é gerada devido à inibição do nó sinusal. Essas anormalidades ocorrem por mecanismos fisiopatológicos, que tem como fatores de risco a hipertensão arterial, doenças estruturais cardíacas, diabetes, obesidade, uso de bebidas alcóolicas, exercício físico, apneia obstrutiva do sono, história familiar e fatores genéticos (MAGALHÃES et al., 2016; JANUARY et al., 2014).

Tal arritmia pode ser classificada em quatro tipos, variando conforme sua forma de apresentação, podendo citar como: *fibrilação atrial paroxística* aquela que pode ser revertida naturalmente ou com intervenção médica em até sete dias após o seu início; *fibrilação atrial persistente* aquela em que os episódios tem duração superior a sete dias; *fibrilação atrial persistente de longa duração* são os casos superiores a um ano; e por fim, *fibrilação atrial permanente* são aqueles irreversíveis, quando já não são mais utilizadas tentativas de reversão do nó sinusal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Visto que portadores de FA possuem maior predisposição a desenvolver eventos tromboembólicos, uma terapêutica associada a essa patologia é o uso de anticoagulante oral (ACO). Esses fármacos são utilizados, além da FA, para a profilaxia de eventos como o tromboembolismo pulmonar (TEP), trombose venosa profunda (TVP), valvopatias, cardiomiopatia dilatada e acidente vascular cerebral (AVC) (PRINS et al., 2009).

Contudo, o efeito da anticoagulação oral pode sofrer influência de outros fatores, fisiológicos ou não, acentuando ou reduzindo sua função terapêutica, acarretando em formação de trombos ou hemorragias. Esta última é considerada a principal complicação da terapia com ACO, correspondendo de 7 a 10% dos indivíduos anticoagulados por mais de quatro meses (PRINS et al., 2009; DAVIS et al., 2005; GRINBERG, 2003; PARRONDO, 2003).

Os sangramentos podem ser classificados em sangramento maior e sangramento menor, sendo que o primeiro é considerado mais grave, indicando necessidade de internação, suspensão do medicamento temporariamente necessidade de transfusão de hemoderivados, ou até mesmo, casos que são fatais (TERRA-FILHO; MENNA-BARRETO, 2010).

Os principais determinantes de sangramento quando o paciente está em tratamento com anticoagulantes antivitamina K (AVK) são a intensidade e a duração da anticoagulação, o uso de medicações concomitantes, bem como as características do paciente, podendo citar: idade superior a 75 anos, câncer, hipertensão arterial sistêmica, doença vascular cerebral, doença cardíaca grave, insuficiência renal, doença hepática e alcoolismo (TERRA-FILHO; MENNA-BARRETO, 2010). Desta maneira, a superdosagem, troca de fármacos e interações medicamentosas interferem ativamente nos resultados da anticoagulação, podendo resultar em hemorragias.

A fim de reduzir tal sangramento, é necessário monitorar a coagulação sanguínea através de exames laboratoriais, tais como o tempo de tromboplastina parcial (TTP),

tempo de protrombina (TP), Razão Normalizada Internacional (RNI), e tempo de trombina (TT) (CARVALHO et al., 2013).

Apesar da principal consequência da FA ser os fenômenos tromboembólicos, é necessário que haja a concomitância de diversos fatores para a formação de um trombo, dentre elas encontram-se a idade, hipertensão arterial, história prévia de acidente vascular cerebral (AVC), presença de insuficiência cardíaca, diabetes, presença de doença aterosclerótica e sexo feminino. Considerando o uso de ACO nesta terapêutica, para tornar o tratamento mais seguro, foi elaborado um escore de risco para fenômeno tromboembólico em pacientes com FA. O escore de CHADS₂ (**Figura 1**), criado em 2001, foi utilizado para avaliação do risco desses fenômenos, identificando indivíduos com alto risco e que deveriam ser tratados com ACO.

Abreviação	Critérios de risco CHADS ₂	Pontos
C	<i>Congestive failure (IC)</i>	1
H	<i>Hypertension</i> (pressão sanguínea persistentemente acima de 140/90 mmHg (ou hipertensão tratada em vigência de medicação))	1
A	<i>Age</i> (≥75 anos)	1
D	<i>Diabetes mellitus</i>	1
S₂	<i>Stroke</i> (histórico de AVC ou AIT)	2

Figura 1: Descrição do escore CHADS₂

Baseado em: II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

IC= Insuficiência Cardíaca; AVC= Acidente Vascular Cerebral; AIT= Ataque Isquêmico Transitório.

À medida que a pontuação do CHADS₂ aumenta, o risco de AVC isquêmico também aumenta.

Na atualidade, todavia, seu uso foi substituído pelo CHA₂DS₂-VASc, pois há a mesma necessidade de se identificar os pacientes que possuem baixo risco de formar coágulos, a fim de excluí-lo da terapia com ACO. Por isso, através de estudos clínicos, identificou-se alguns critérios que não estavam inclusos do CHADS₂ e que passaram a ser valorizados, tais como a presença de doença vascular periférica, idade entre 64 a 75 anos e sexo feminino. Com base nisso, criou-se o CHA₂DS₂-VASc (**Figura 2**), na qual sua principal vantagem é considerar o baixo risco, para então tratar da maneira adequada. Dessa forma, esse fato indica que todos os pacientes com FA devem ser anticoagulados, com exceção daqueles com baixo risco, identificados pelo CHA₂DS₂-VASc (MAGALHÃES, 2016).

Abreviação	Critérios de risco CHA ₂ DS ₂ -VASc	Pontos
------------	---	--------

C	Congestive heart failure/ left ventricular dysfunction (ICC/ disfunção ventricular esquerda)	1
H	Hypertension (pressão sanguínea persistentemente acima de 140/90 mmHg ou hipertensão tratada em vigência de medicação)	1
A2	Age (≥75 anos)	2
D	Diabetes mellitus	1
S₂	Stroke/ Transient ischaemic attack/TE (histórico de AVC ou AIT ou tromboembolismo)	2
V	Vascular disease (Doença vascular)	1
A	Age (65-74 anos)	1
Sc	Sex category (sexo feminino)	1

Figura 2: Descrição do escore CHA₂DS₂-VASc.

Baseado em: II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

ICC= Insuficiência Cardíaca Congestiva; AVC= Acidente Vascular Cerebral; AIT= Ataque Isquêmico Transitório; TE= Tromboembolismo.

A partir do momento da prescrição da terapia com ACO ao portador de FA, necessita-se investigar as chances que o mesmo possui de apresentar hemorragia secundária ao tratamento. Avalia-se o risco de sangramento de maneira individual. Para isso, utiliza-se o escore de HAS-BLED (**Figura 3**), que é um acrônimo para hipertensão não controlada, função renal ou hepática anormal, AVC, histórico ou predisposição para sangramento (anemia), razão normalizada internacional (RNI) lábil, idosos fármacos e álcool concomitante (LANE et al., 2012). Para atribuir o risco de hemorragia no paciente, emprega-se a pontuação maior que três (>3), indicando maior risco de hemorragia pelo ACO (MAGALHÃES, 2016). Neste caso, é inevitável que ocorra cuidados especiais a este paciente, a fim de tornar o tratamento com ACO mais seguro.

Abreviação	Critérios de risco HAS-BLED	Pontos
------------	-----------------------------	--------

H	Hypertension (pressão sanguínea persistentemente acima de 140/90 mmHg ou hipertensão tratada em vigência de medicação)	1
A	Abnormal renal or liver function (alteração da função renal ou hepática – 1 ponto cada)	1 ou 2
S	Stroke (AVC)	2
B	Bleeding (sangramento prévio)	1
L	Labile INRs (labilidade de RNI)	2
E	Elderly - age >65 anos (Idade avançada)	1
D	Drugs or alcohol (uso de drogas ou álcool – 1 ponto cada)	1 ou 2

Figura 3: Descrição do escore HAS-BLED para avaliação do risco de sangramento em portadores de fibrilação atrial em uso de anticoagulante oral.

Baseado em: II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

AVC= Acidente Vascular Cerebral; INR= *International Normalized Relation*; RNI= Razão Normalizada Internacional.

As complicações primárias ou secundárias da FA, tromboembolismo (principalmente o AVC) e hemorragias, respectivamente, correspondem a um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Além de gerar demandas de recursos em diagnóstico, tratamento e reabilitação, essas complicações resultam em algum grau de dependência, no caso do AVC (isquêmico ou hemorrágico), no primeiro ano após o acidente, 30 a 40% dos pacientes são impedidos de voltarem ao trabalho, exigindo auxílio no desempenho de atividades cotidianas básicas. Além da perda da autonomia e consequente dependência do estado, há os casos de óbito (CANEDA et al., 2006; FALCÃO et al., 2004). Quando não levam a morte, essas doenças podem causar deficiências parciais ou totais do indivíduo, com graves repercussões para o mesmo, sua família, sociedade e Estado. Esse fato já explica a necessidade de investimento na prevenção destas doenças, tanto para garantir a qualidade de vida aos indivíduos e seus familiares, quanto para se evitarem gastos com a hospitalização, que se torna progressivamente mais dispendiosa (MEDEIROS; GRAHJA; PINTO, 2013).

Assim, diante da qualidade de vida do paciente que sofre desta complicação, a equipe de saúde multidisciplinar, em especial o enfermeiro, deve planejar e implementar um plano de cuidados que contemple todas as necessidades apresentadas pelo paciente e colabore com a sua reabilitação (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Considerando que o médico será o prescritor do fármaco, deve-se enfatizar a necessidade de se utilizar os escores para estratificação de risco de tromboembolismo (CHA₂DS₂VASC) e de hemorragia (HAS-BLED). Contudo, o profissional da enfermagem deve se apropriar desses escores como forma de apoiar o seu cuidado, já que ele precisa estar atento aos sinais e sintomas do anticoagulado, identificando os riscos de tromboembolismo e sangramento, na intenção de intervir com a assistência de

enfermagem adequada, principalmente no que tange às orientações aos pacientes em tratamento domiciliar.

Diante do exposto, verifica-se a necessidade do acompanhamento contínuo ao paciente em uso de ACO, realizando a referência e contra referência, mantendo conexão entre a atenção primária e terciária, a fim de garantir integralidade da assistência ao paciente, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, torna-se imprescindível conhecer o perfil da população na área de atuação, visando uma assistência de qualidade com base nas necessidades locais, fundamentadas nas políticas públicas vigentes no sistema.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a taxa de hospitalização por sangramento de pacientes acompanhados em um ambulatório multidisciplinar de anticoagulação oral.

MÉTODO

Para que o objetivo proposto fosse atingido delineou-se um estudo descritivo-exploratório, do tipo transversal, envolvendo portadores de FA, acompanhados no Ambulatório de Anticoagulação oral de um hospital de ensino do interior do Paraná. Foram considerados critérios de inclusão no estudo: ser frequentador do ambulatório de anticoagulação em questão; de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, que não apresentassem disfunção neurológica e cognitiva registrada em prontuário, ou qualquer outra queixa auto referida que limitasse o sujeito em responder ao instrumento de coleta de dados (construído pelos pesquisadores, para uso nesse estudo). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 04459312.2.2054.0107) e solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos do estudo, seguindo todas as normativas, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi realizada em 2016, por meio de entrevistas individuais e consulta aos prontuários dos sujeitos. Foram extraídas informações sobre tipo de FA, sexo, idade, comorbidades, medicação de uso secundário (segundo a classe farmacológica), bem como dados relacionados à anticoagulação oral, taxa de hospitalização e seus motivos. Foram calculados também os escores CHADS₂ e CHADS₂-VASC. Os dados foram registrados em banco de dados no Excel® 2010 e posteriormente exportados para análise no programa IBM-*Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Foram realizadas análises descritivas para as variáveis categóricas e de tendência central (mediana e média) e de variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas.

RESULTADOS

Participaram do estudo 73 pacientes portadores de FA, sendo 46 (63,01%) do

tipo permanente, 18 (24,65%) persistente e 9 (12,32%) paroxística. Houve predomínio de homens (41; 56,16%) e a idade média dos participantes foi de 71,60 ± 10 anos. Hipertensão arterial sistêmica - HAS (n= 65; 89,04%) foi a comorbidade mais prevalente, seguida por dislipidemia (n= 25; 34,24%), acidente vascular cerebral prévio (n= 21; 28,76%), diabetes (n= 18; 24,65%), insuficiência cardíaca (n= 15; 20,54%), doença coronariana (n= 9; 12,32%), doença arterial periférica (n= 9; 12,32%) e doença pulmonar obstrutiva crônica (n= 7; 9,58%). Quanto à medicação, verificou-se que 50 (68,49%) pacientes utilizavam diurético do tipo tiazídico ou de alça, 42 (57,53%) faziam uso de betabloqueadores, 28 (38,35%) de digitálicos, 16 (21,91%) de bloqueadores dos canais de cálcio e quatro (5,47%) de antiarrítmicos.

No que tange ao uso de ACO, constatou-se que 52 (71,23%) pacientes usavam varfarina, sete (9,58%) faziam uso de femprocumona, três (4,10%) rivaroxabana e outros três (4,10%) relataram que não utilizavam ACO. Quanto aos escores de risco tromboembólico, a amostra apresentou, em média, 2,27 ± 1,23 para o CHADS₂ e 3,72 ± DP 1,65 para o CHA₂DS₂-VASc. Em relação à hospitalização, 13 (17,80%) pacientes foram internados, sendo seis (46,15%) por sangramentos maiores, mas não Acidente Vascular Cerebral do tipo Hemorrágico (AVC-H), e os demais por outras causas. Não houve óbito secundário à hemorragia.

DISCUSSÕES

O processo de transição demográfica, ocorrido primeiramente nas nações desenvolvidas e, mais recentemente, também nos países em desenvolvimento, caracterizado pelo aumento na expectativa e qualidade de vida dos indivíduos, com consequente envelhecimento populacional, trouxe consigo mudanças no padrão epidemiológico brasileiro. Doenças infectocontagiosas, que apresentavam alta prevalência no Brasil até meados do século passado, apresentam, atualmente, índices consideravelmente menores do que os observados para as doenças cardiovasculares (DCV) (ARAÚJO, 2012). As DCV são as principais causas de óbito no Brasil, corroboram sobremaneira para que haja diminuição da qualidade de vida dos indivíduos, além de acarretarem elevados dispêndio financeiro aos sistemas de saúde público e suplementar para com seu tratamento (MANSUR, FAVARATO, 2012).

Configurada como uma DCV e, apontada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e a Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC) como o tipo de arritmia crônica mais presente na prática clínica, a FA é um evento cujas repercussões negativas também vão além do contexto clínico, pois, as manifestações e complicações clínicas expressas pelo déficit cardiovascular funcional, não raro, acarretam declínio na capacidade funcional global dos indivíduos portadores. Desse modo, o conhecimento sobre a epidemiologia desta morbidade é essencial para a implementação de estratégias de intervenções em saúde com abordagem terapêutica multiprofissional (MAGALHÃES et al., 2016; JUSTO, SILVA, 2014).

No presente estudo, foram avaliadas a taxa de internação em pacientes com

FA em seguimento clínico ambulatorial. Nesse sentido, verificou-se, em primeira instância, que o perfil da população estudada é semelhante ao reportado em outras investigações, em que se observam prevalência de pacientes do sexo masculino e com idade avançada (MAGALHÃES et al., 2016; JUSTO, SILVA; 2014; HEINISCH et al., 2013). Não obstante, em investigação realizada por Santos et al. (2009) os autores verificaram predomínio de participantes do sexo feminino (51,2%), sendo que as mulheres apresentaram idade média (75 anos) mais elevada do que àquela observada entre os homens (68 anos). Nessa mesma direção, em pesquisa clínico-epidemiológica conduzida na Grécia se observou discreta prevalência de FA em mulheres (51,3%) (FARMAKIS et al., 2013).

É oportuno salientar, que a ocorrência de FA têm íntima relação com sexo e idade. No clássico estudo de *Framingham*, constatou-se que a incidência do evento sofre discretas oscilações a depender da idade dos indivíduos, mostrando-se maior entre homens de até 44 anos, entre as mulheres com idade entre 45 e 54 anos e, novamente mais prevalente na população masculina a partir dos 55 anos de idade (BENJAMIN et al., 1998). Em que pese isso, evidencia-se que a mortalidade é maior entre a população feminina (MAGALHÃES et al., 2016), cujos principais motivos foram destacados no texto introdutório.

Seguindo o disposto, verificou-se que mais da metade dos pacientes incluídos em nosso estudo apresentavam FA do tipo permanente (n= 46; 63,01%), tinham HAS (n= 65; 89,04%) e usavam diuréticos tiazídicos ou de alça (50 (68,49%). Em estudo multicêntrico e prospectivo, desenvolvido no interior do Rio de Janeiro (RJ), dos 322 pacientes avaliados durante a internação hospitalar 53 (16,46%) apresentavam a forma persistente, sendo mais frequente a apresentação sob a forma paroxística (n= 192; 59,63%). No mesmo estudo, os autores verificaram, ainda, que HAS (n= 252; 78,3%) foi a comorbidade mais prevalente e, antiarrítmico (60,9%) a classe de medicação mais utilizada no atendimento inicial (SANTOS et al., 2009).

Em Santa Catarina (SC), Heinisch et al. (2013) avaliaram 99 pacientes dos quais 48,5% (n= 48) apresentavam FA do tipo permanente, 79,8% (n= 79) apresentavam HAS e 21,2% (n= 21) usavam medicamentos antiarrítmicos para controle do ritmo sinusal. Investigações congêneres desenvolvidas no Nepal (MANDAL, MISHRA, MANDAL, 2016; GAUTAM et al., 2012) e na Grécia (FARMAKIS et al., 2013) também reportam maior frequência de pacientes com FA persistente e HAS como a principal comorbidade.

Em análise retrospectiva de prontuários de 407 pacientes, atendidos na emergência do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC-RS), Almeida et al. (2015) reconheceram diversas diferenças clínicas entre os subtipos de FA. No referido estudo, pacientes com FA permanente apresentaram idade média (69 ± 14 anos *versus* 64 ± 15 anos, *p*-valor <0,01) e frequência de HAS (n= 117, 69,6% *versus* n= 106, 56,4%; *p*-valor 0,03) significativamente mais elevada, em comparação aos portadores de FA paroxística. De igual modo, a frequência de uso de medicamentos do tipo betabloqueadores também foi significativamente maior entre pacientes com FA permanente (n= 115, 68,9% *versus* n= 94, 50%; *p*-valor <0,01).

No que tange ao uso de ACO, verificou-se 52 (71,23%) pacientes usavam varfarina. Já em relação ao escore de risco tromboembólico, os participantes do presente estudo apresentaram escore médio para CHADS₂ de 2,27 ± 1,23 pontos e para o CHADS₂-VASc de 3,72 ± 1,65 pontos. Sobre tais dados, ressaltamos que em nosso estudo não verificamos a diferença no uso de ACO segundo o tipo de FA dos pacientes, entretanto, na pesquisa realizada no IC-RS, Almeida et al. (2015) constataram que varfarina foi o tipo de ACO mais utilizado por pacientes com FA permanente e entre aqueles com *flutter*, em comparação àqueles com FA paroxística. Ainda no estudo desenvolvido com pacientes admitidos no IC-RS, verificou-se que 30% daqueles com FA paroxística e 32,3% daqueles com FA permanente apresentaram escore dois para o CHADS₂, enquanto que 21,9% dos indivíduos com FA paroxística e 26,3% dos FA permanente apresentaram três pontos para o escore CHA₂DS₂-VASc.

Considerando-se as morbidades que compõem os escores CHADS₂ e CHA₂DS₂-VASc, é razoável inferir que a pontuação apresentada por tais escores pode refletir o quão eficiente o serviço de saúde em que o paciente faz acompanhamento é no que se refere à sua capacidade dos profissionais em reconhecer a chance de ocorrência de eventos tromboembólicos (MAGALHÃES et al., 2016). Em nosso estudo, as pontuações para os escores supracitados foram semelhantes aos observados no estudo de Almeida et al. (2015). Entretanto, naquele estudo mais de 60% dos pacientes não estavam anticoagulados, ao passo que em nossa realidade apenas três (4,10%) pacientes relataram que não utilizavam ACO.

Magalhães et al. (2016, p. 4) lembram, que “quando os escores de risco para tromboembolismo e hemorragia são considerados, a terapia anticoagulante torna-se menos empírica e mais segura” e os autores ainda destacam que, recentemente, novos ACOs foram liberados para utilização na prática clínica. Contudo, a tríade “segurança, eficácia e eficiência” do tratamento disponibilizado aos portadores de FA é alcançada quando o atendimento multiprofissional proporciona ao paciente e/ou cuidados conhecimento necessário sobre a medicação em uso, tomando-o protagonista de seu próprio cuidado.

Verificamos que apenas 17,8% (n= 13) pacientes necessitaram de internação hospitalar, sendo que, do total de indivíduos hospitalizado, 46,15% (n= 6) foram por sangramentos maiores (exceto AVC-H). Outrossim, em nossa pesquisa não registramos óbitos secundários à hemorragia. Em pesquisa realizada em um hospital universitário do RJ a taxa de internações por FA em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada foi de 40%, sendo que este grupo de pacientes apresentou maior tempo de internação e taxa de mortalidade hospitalar, sendo que idade avançada, etiologia não isquêmica, disfunção ventricular direita, maior fração de ejeção e aumento do átrio esquerdo estiveram dentre os fatores de risco para óbito (MENDES et al., 2014). Todavia, não se localizou dados relativos à taxa de internação por complicações hemorrágicas em pacientes com FA.

O suporte educativo ao portador de FA é essencial para prevenção de internações por complicação hemorrágica. É preciso proceder à adequada orientação sobre os efeitos colaterais de medicamentos antiarrítmicos e dos ACOs, bem como sobre as

possíveis interações medicamentosas e interação fármaco-alimentação. Outrossim, é fundamental que sejam explicados os possíveis sinais e sintomas característicos de um episódio de FA, devendo-se, ainda, alertar os pacientes sobre a possibilidade de eventos assintomáticos. Finalmente, é igualmente importante que os pacientes sejam sensibilizados sobre a necessidade de manter a rotina terapêutica quando do tratamento com ACO, evitando-se a superdosagem, procurando o serviço de emergência hospitalar na imediata observação de quaisquer alterações e/ou sinais de sangramentos (VANHEUSDEN, SANTORO, 2006).

CONCLUSÕES

A fibrilação atrial (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais comum na prática clínica e sua importância se deve ao aumento do risco de acidente vascular cerebral isquêmico, conferindo maior morbimortalidade. Logo, a instituição da terapia para prevenção de fenômenos tromboembólicos aumenta o risco de complicações hemorrágicas. A taxa de hospitalização por complicações hemorrágicas, no grupo estudado, ainda é considerada alta e continua sendo uma das maiores preocupações das equipes multidisciplinares que prescrevem e seguem o paciente em uso de anticoagulante oral.

Reitera-se aqui, a importância do seguimento contínuo do usuário de ACO, vinculando a atenção primária e terciária em saúde, na intenção de garantir integralidade da assistência ao paciente, um dos princípios do SUS. Enfatiza-se, também, o quanto torna-se imprescindível conhecer o perfil da população na área de atuação, visando uma assistência de qualidade, personalizada, com base nas políticas públicas vigentes no sistema.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. D.; et al. Diferenças clínicas entre subtipos de fibrilação atrial e flutter: registro transversal de 407 pacientes. *Arq Bras Cardiol*, São Paulo, v. 105, n. 1, p. 3-10, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v105n1/pt_0066-782X-abc-20150049.pdf. Acesso em: 17 abr. 2018.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-38, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a02.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2018.
- BENJAMIN, E. J.; et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death – The Framingham Heart Study. *Circulation*, Massachusetts, v. 98, n. 10, p. 946-52, 1998. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/98/10/946.long>. Acesso em: 17 abr. 2018.
- CANEDA M. A. G.; FERNANDES J. G.; ALMEIDA A. G.; MUGNOL F. E. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq Neuropsiquiatr*, v.64, n. 3-A, p. 690-697, 2006.

CARVALHO, A.R.S. et al. Anticoagulação oral: impacto da terapia na qualidade de vida

relacionada à saúde ao longo de seis meses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, p. 105-112, fev. 2013. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52932/56922>>. Acesso em: 24 abr. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700014>.

CHAGAS N. R.; MONTEIRO A. R. M. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1, 2004, p. 193-204.

DAVIS, N. J. et al. Impact of adherence, knowledge, and quality of life on anticoagulation control. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 39, 632-636, 2005.

FALCÃO I. V.; CARVALHO E. M. F.; BARRETO K. M. L.; LESSA F. J. D.; LEITE V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 4, n. 1, p. 95-102, 2004.

FARMAKIS, D.; et al. Clinical profile and therapeutic management of patients with atrial fibrillation in Greece: results from the registry of atrial fibrillation to investigate new guidelines (RAFTING). *Hellenic J Cardiol, Greece*, v. 54, n. 5, p. 368-75, 2013. Disponível em: http://www.hellenicjcardiol.org/archive/full_text/2013/5/2013_5_368.pdf. Acesso em: 17 abr. 2018.

GAUTAM, M. P.; et al. A study of the clinical profile of atrial fibrillation in a tertiary care super-specialty referral centre in Central Nepal. *Journal of College of Medical Sciences-Nepal, Nepal*, v. 8, n. 3, p. 9-16, 2012. Disponível em: <https://www.nepjol.info/index.php/JCMSN/article/view/8679/7065>. Acesso em: 17 abr. 2018.

GRINBERG, M. Anticoagulação oral: Uma abordagem biótica. **Caderno de terapêutica – tradição e confiança na anticoagulação oral do laboratório de FQM – farmoquímica S/A**, Brasil, 2003, p. 5-45.

HEINISCH, R. H.; et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com fibrilação atrial. *Arq Catarin Med.*, Florianópolis, v. 42, n. 1, p. 40-49, 2013. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1211.pdf#page=1&zoom=auto,0,794>. Acesso em: 18 abr. 2018.

JANUARY, C. T.; WANN, L. S.; ALPERT JS, et al. AHA/ACC/HRS guideline 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 Heart Rhythm Society. **J Am Coll Cardiol.**, v. 64, n. 21, 2014.

JUSTO, F. A.; SILVA, A. F. G. Aspectos epidemiológicos da fibrilação atrial. **Rev Med (São Paulo)**, São Paulo, v. 93, n. 1, p. 1-13, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/86096>. Acesso em: 21 abr. 2018.

LANE, D. A.; LIP, G. Y. H. Use of the CHA2DS2-VASc and HAS-BLED Scores to Aid Decision Making for Thromboprophylaxis in Nonvalvular Atrial Fibrillation. **Circulation**, v. 126, p. 860-865, 2012.

MAGALHÃES, L. P.; et al. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 106, n. 4 (supl. 2), p. 1-22, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v106n4s2/0066-782X-abc-106-04-s2-0001.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

MAGALHÃES, L. P.; FIGUEIREDO, M. J. O.; CINTRA, F. D.; SAAD, E. B.; KUNIYOSHI, R. R.; TEIXEIRA, R. A., et al. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. **Arq Bras Cardiol**,

Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 106, n. 4, 2016.

MANDAL, R. N.; MISHRA, A. K.; MANDAL, E. L. Clinical and etiological profile of patients with atrial fibrillation (AF): analysis and implications. **Janaki Medical College Journal of Medical Sciences**, Nepal, v. 4, n. 1, p. 5-12, 2016. Disponível em: <https://www.nepjol.info/index.php/JMCJMS/article/view/16379/13294>. Acesso em: 21 abr. 2018.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 99, n. 2, p. 755-61, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05812.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

MEDEIROS, J. D.; GRAHJA, K. S. B.; PINTO, A.P. S. Avaliação do impacto do acidente vascular cerebral sobre a população acometida: revisão sistemática. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 1, n.3, p. 131-136, 2013.

MENDES, F. S. N. S.; et al. Fibrilação atrial em insuficiência cardíaca descompensada: fatores associados e evolução hospitalar. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 103, n. 4, p. 315-22, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v103n4/pt_0066-782X-abc-20140123.pdf. Acesso em: 21 abr. 2018.

MICHELENA, H. I.; POWELL, B. D.; BRADY, P. A.; FRIEDMAN, P. A.; EZEKOWITZ, M. D. Gender in atrial fibrillation: ten years later. **Gend Med**, v. 7, n. 3, p. 206-17, 2010.

PARRONDO, C. D. et al. Anticoagulation oral. **Anales de Medicina Interna**, v. 20, n. 7, p. 49-56, 2003.

PRINS, M. G. et al. Multinational development of a questionnaire assessing patient satisfaction with anticoagulant treatment: the "Perception of Anticoagulant Treatment Questionnaire" (PACT-Q). **Health and quality of life outcomes**, v. 7, n. 9, 2009.

RENOUX, C.; PATENAUDE, V.; SUISSA, S. Incidence, mortality, and sex differences of non-valvular atrial fibrillation: a population-based study. **J Am Heart Assoc.**, v. 3, n. 6, 2014.

SANTOS, E. B.; et al. Características clínicas e demográficas e perfil terapêutico de pacientes hospitalizados com fibrilação atrial: Estudo EPIFA. *Rev ROCERJ*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 9-14, 2009. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2009_01/a2009_v22_n01_a01eduarda.pdf. Acesso em: 21 abr. 2018.

TERRA-FILHO, M.; MENNA-BARRETO, S. S.; et al. Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar, **J Bras Pneumol**, v. 36, n. 1, p. S1-S68, 2010.

VANHEUSDEN, L. M. S.; SANTORO, D. C. Assistência de enfermagem a paciente com fibrilação atrial. *Esc Anna Nery R Enferm*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 47-53, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a06.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

SOBRE A ORGANIZADORA

DANIELA GASPARDO FOLQUITTO

Coordenadora do curso de farmácia das Faculdades Integradas dos Campos Gerais – CESCAGE. Docente no curso de farmácia nas disciplinas de Botânica, Farmacognosia e Estágio Supervisionado em Análises Clínicas, Bacharel em Farmácia-Bioquímica pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Especialista em Farmácia Hospitalar (IPH-SP) e Especialista em Microbiologia Clínica (PUC-PR) Mestre e Doutoranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Possui experiência com o desenvolvimento de pesquisas na área de fitoquímica.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-85107-19-2



9 788585 107192