



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PESQUISA CLÍNICA EM
DOENÇAS INFECCIOSAS**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CARDIOLOGIA E INFECÇÕES

Dissertação de Mestrado

**FATORES SUBJETIVOS E COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS:
influência na adesão à anticoagulação oral por pacientes reumáticos
portadores de prótese cardíaca valvar mecânica**

Regina Ponce da Silva

Orientadores:

Prof. Dr. Bernardo Rangel Tura

Profa. Dra. Adriana Cardoso de Oliveira e Silva

Rio de Janeiro - RJ - Brasil
2011

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

S586

Silva, Regina Ponce da.

Fatores subjetivos e comorbidades psiquiátricas: influência na adesão à anticoagulação oral por pacientes reumáticos portadores de prótese cardíaca valvar mecânica. / Regina Ponce da Silva. – Rio de Janeiro, 2011.

viii, 66 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, 2011.

Bibliografia: f. 61-66

1. Febre reumática. 2. Próteses valvulares cardíacas. 3. Anticoagulantes. 4. Adesão à medicação. 5. Psiquiatria I. Título.

CDD 616.991

**FATORES SUBJETIVOS E COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS:
influência na adesão à anticoagulação oral por pacientes reumáticos
portadores de prótese cardíaca valvar mecânica**

Regina Ponce da Silva

Dissertação submetida ao Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Vitor Manuel Pereira Azevedo
(presidente)

Prof. Dr. Antonio Egídio Nardi

Profª. Dra. Maria Cristina Caetano Kuschnir

Rio de Janeiro - RJ – Brasil
2011

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, amados e iluminados, por todo o seu amor, parceria e incentivo. Vocês são o grande presente de Deus.

AGRADECIMENTOS

Gostaria muito de agradecer:

- aos meus orientadores, Prof. Dr. Bernardo Rangel Tura e Profa. Dra. Adriana Cardoso de Oliveira e Silva, pela paciência, apoio e disponibilidade de sempre
- aos professores do curso que, tão colaboradores, ajudaram na construção do caminho
- aos colegas de salas de aula, pelo companheirismo e ótimos momentos
- a cada um dos queridos amigos e parceiros de trabalho do Serviço de Saúde Mental e Consultoria Médica do INC, cujo estímulo, apoio e escuta foram imprescindíveis
- a todos os pacientes que participaram desse estudo
- aos meus amigos Dra. Lilian Faertes Nascimento e Dr. Sérgio Freitas, pela semente há anos plantada para o desenvolvimento desta jornada
- ao caro Dr. Paulo Moreira, “padrinho” entusiasta, cujo incentivo alimentou meu desejo para essa realização
- aos colegas do Departamento de Doenças Oroalvares do INC, onde foi estimulado meu interesse pelo tema
- ao Dr. Augusto Linhares, pela marcante solicitude
- a Guilherme Kneipp, cuja colaboração no ambulatório foi tão valiosa
- ao dr. Bráulio Santos, pela prestatividade habitual
- a Marcelo Goulart, sempre pronto e resolutivo
- à Dra. Iva Pestana, pelo interesse e apoio
- a Luíz Otávio Sá, pelo espírito construtivo
- a todos que, de alguma forma, colaboraram para o desenvolvimento deste estudo
- e, principalmente, agradeço à minha família por toda a compreensão, carinho, resignação e apoio que me deram durante o longo percurso entre a concepção deste trabalho e seu produto final.

Silva RP. **Fatores subjetivos e comorbidades psiquiátricas: influência na adesão à anticoagulação oral por pacientes reumáticos portadores de prótese cardíaca valvar mecânica.** Rio de Janeiro, 2011. 66 f. Dissertação [Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas; área de concentração: Cardiologia e Infecções] – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – Instituto Nacional de Cardiologia.

RESUMO

A febre reumática pode evoluir para cardiopatia reumática crônica e levar à necessidade de implante de prótese valvar mecânica seguido de anticoagulação oral obrigatória e permanente. A adesão do paciente ao tratamento é fundamental mas nem sempre ocorre adequadamente. Transtornos psiquiátricos podem interferir na adesão. Os objetivos do estudo foram: 1) identificar fatores subjetivos de influência na adesão à anticoagulação oral pelo paciente reumático portador de prótese valvar mecânica, segundo sua própria percepção; 2) conhecer a prevalência de transtornos psiquiátricos nessa população.

Para alcançar o primeiro objetivo foi feita uma pesquisa qualitativa, fenomenológica, realizada através de entrevista semi-estruturada, na qual os pacientes falaram livremente sobre suas vivências com relação ao tratamento. Unidades de significado foram extraídas dos discursos e agrupadas em categorias de acordo com as convergências temáticas observadas. A partir do exame do material, observa-se que a anticoagulação oral é um tratamento de difícil seguimento, em que fatores relacionados principalmente ao modo de atuação da equipe e a aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais do paciente mostram influência expressiva sobre a adesão à prescrição recebida.

Para atingir o segundo objetivo foi aplicado o teste *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), em 193 pacientes. Os resultados encontrados demonstram que os transtornos ansiosos e depressivos foram os mais prevalentes no grupo estudado, tendo sido observado elevado risco de suicídio. Não foi registrada diferença estatisticamente significativa entre a prevalência dos transtornos psiquiátricos nos grupos com e sem febre reumática.

Palavras-chave: Febre reumática. Próteses valvulares cardíacas. Anticoagulantes. Adesão à medicação. Psiquiatria.

Silva RP. *Subjective factors and psychiatric comorbidities: influence on adherence to oral anticoagulation in rheumatic patients with mechanical heart valve prosthesis*. Rio de Janeiro, 2011. 66f. Master [Science dissertation in Clinic Research in Infectious Diseases; concentration area: Cardiology and Infections] – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – Instituto Nacional de Cardiologia.

ABSTRACT

Rheumatic fever can develop into rheumatic heart disease and lead to the need to implant a mechanical valve prosthesis followed by mandatory and permanent oral anticoagulation. Adherence to treatment is essential but is not always achieved. Psychiatric disorders can interfere with adherence. The study objectives were: 1) identify subjective factors influencing the adherence on oral anticoagulation in patients with rheumatic mechanical valve prosthesis, according to his own perception, 2) find the prevalence of psychiatric disorders in this population.

To achieve the first objective, we conducted phenomenological qualitative research, through semi-structured interviews, in which patients talked freely about their experiences in treatment. Signified units were extracted from speeches and grouped into categories according to thematic convergences observed. From the examination of the material, it is observed that oral anticoagulation treatment is difficult to follow. The health team performance and cognitive, emotional and behavioral aspects of patients show a significant influence on adherence to the prescription.

To achieve the second objective, we conducted quantitative research, through structured interviews by applying the test Neuropsychiatric Mini International Interview (MINI) in 193 patients. The results show that depression and anxiety disorders were the most prevalent disorders in the group studied, and there was a high risk of suicide. There was no statistically significant difference between the prevalence of psychiatric disorders in patients with and without rheumatic fever.

Keywords: *Rheumatic fever. Heart Valve Prosthesis. Anticoagulants. Medication Adherence. Psychiatry.*

LISTA DE SIGLAS

AVE	Acidente vascular encefálico
INR	<i>International Normalized Ratio</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4ª revisão</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	1
CAPÍTULO 2.....	11
CAPÍTULO 3.....	38
CONCLUSÕES.....	59
REFERÊNCIAS.....	CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO

A febre reumática, doença decorrente de uma infecção ainda prevalente em nosso país, apesar dos investimentos já realizados em saúde pública, continua vitimizando uma parcela da população frequentemente desfavorecida do ponto de vista econômico e que contribui significativamente para as estatísticas de doenças crônicas. As sequelas cardíacas decorrentes da febre reumática exigem acompanhamento permanente e a adesão ao tratamento é fator determinante para a evolução clínica de cada paciente.

1.1 – FEBRE REUMÁTICA E DOENÇA CARDÍACA REUMÁTICA

A febre reumática é uma doença inflamatória, auto-imune, que ocorre como complicação de infecção primária de orofaringe pelo estreptococo beta hemolítico do grupo A. de Lancefield¹. Nos países em desenvolvimento, é um importante problema de saúde pública, acometendo de 3 a 4% das crianças com infecção não tratada de orofaringe²; entre estas, de 30 a 45% desenvolvem cardite³ e sequela valvar⁴. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, foram registrados 5.000 novos casos de febre reumática no ano de 2002 e acredita-se que sua incidência possa chegar a 30.000 novos casos potenciais por ano⁴.

Entre as doenças graves causadas pelo Streptococcus do grupo A, como febre reumática aguda, doença cardíaca reumática, glomerulonefrite e infecções invasivas, o maior impacto mundial é devido à doença cardíaca reumática, com estimativa de prevalência mínima de 15,6 milhões de casos, incidência anual de 282.000 casos e 233.000 mortes por ano⁵.

A febre reumática atinge indivíduos geneticamente suscetíveis de ambos os sexos e é mediada por mecanismos imunopatológicos complexos⁶ que envolvem mimetismo molecular e reações cruzadas entre proteínas estreptocócicas e humanas, principalmente as do tecido

cardíaco³. Suas manifestações principais são artrite, cardite, coréia de Sydenham, eritema marginado e nódulos subcutâneos⁷, sendo a artrite e a cardite as mais frequentes dentre elas e a cardite a mais grave¹.

Considerada a causa principal de cardiopatia adquirida entre crianças e adultos jovens, a febre reumática pode evoluir cronicamente em surtos recorrentes e levar à cardiopatia reumática crônica com alterações estruturais e funcionais valvares⁸ progressivas e permanentes³, sequelas que em grande número de pacientes exigirão o uso de prótese⁸.

As próteses valvares, tanto mecânicas quanto biológicas, estão sujeitas a graves complicações relacionadas a vários fatores fisiopatológicos, entre as quais se encontra a trombose^{9,10}. A trombose de prótese valvar pode levar a fenômenos embólicos, declínio cardíaco gradual e choque cardiogênico, e o tratamento requerido para esta condição, cirúrgico ou trombolítico, também traz morbidade e mortalidade significativas¹¹. O acidente vascular encefálico é uma das mais dramáticas consequências do tromboembolismo. A formação trombótica valvar, mais frequente na prótese mecânica que na biológica¹², é influenciada por fatores diversos^{12,13}, como o material, o desenho e o sítio da prótese, a doença valvar específica, as características do fluxo sanguíneo e as condições hematológicas do paciente. Particularmente o portador de prótese mecânica está sujeito ao risco desta complicação potencialmente devastadora¹², cuja profilaxia requer anticoagulação obrigatória, regular e por longo prazo^{9,10,12-15}.

A incidência de trombose valvar varia entre 0,5% e 6% pacientes/ano nas posições aórtica e mitral¹⁶, e chega a 20% na posição tricúspide¹⁷.

Meta-análise¹³ realizada com base em registros de estudos publicados de 1970 a 1992, apresenta como incidência média de trombose valvar, de embolismo maior e de fenômenos embólicos totais, índices respectivos de 0,2%, 1,0% e 1,8% pacientes/ano na vigência de tratamento anticoagulante com cumarínico. Na ausência total de anticoagulação, foram

encontrados índices de incidência média pelo menos quatro vezes maior, sendo 1,8%, 4,0% e 8,6% para os mesmos quadros, respectivamente.

1.2 – ANTICOAGULAÇÃO

A varfarina, anticoagulante cumarínico, provoca depleção dos fatores II, VII, IX e X da coagulação através de inibição do ciclo de conversão da vitamina K¹⁵ e prolonga o tempo de protrombina. Amplamente prescrita, tem em diretrizes^{10,12} seu uso preconizado para pacientes portadores de prótese valvar mecânica, assim como em determinadas circunstâncias ou condições patológicas que podem coexistir em pacientes portadores de prótese biológica.

Essa utilização, no entanto, acompanha-se de elevado risco de sangramentos de maior ou menor proporção^{13,15}, desde discretos sangramentos gengivais ou nasais até hemorragias retroperitoneais ou intracranianas, podendo evoluir para óbito¹⁸. O risco de sangramentos, principal complicação da anticoagulação oral¹⁵, varia em função de alguns fatores, tais como a intensidade do efeito anticoagulante, o conjunto medicamentoso utilizado e a presença de determinadas condições clínicas do paciente que aumentam o risco, como endocardite e gravidez¹².

É verificada uma relação direta entre a incidência desses episódios hemorrágicos^{15,18} e o aumento do valor do *International Normalized Ratio* (INR), que é o índice padronizado mundialmente que expressa o tempo de protrombina¹⁹. O valor adequado do INR situa-se em estreita janela terapêutica, como 2,0 a 2,5, 2,0 a 3,0, 2,5 a 3,5 e 3,5 a 4,5, definida em função da condição clínica de cada paciente¹⁰.

Se por um lado a varfarina é bastante eficaz enquanto os níveis da anticoagulação estão mantidos dentro da faixa terapêutica, por outro lado a variação destes níveis acima e abaixo da faixa estabelecida é associada ao aumento substancial do risco de sangramentos e tromboembolismo, respectivamente²⁰. A segurança e a eficácia da anticoagulação oral pela

varfarina são, portanto, criticamente dependentes do alcance e da manutenção do INR dentro do alvo terapêutico¹⁵, impondo-se para isso, entre outros aspectos, a observância criteriosa pelo paciente às prescrições recebidas dos profissionais que o assistem.

A resposta à varfarina é ainda influenciável por outros fatores, como interações medicamentosas, comorbidades, características genéticas e ingestão de vitamina K^{15,21}. A orientação nutricional dada a cada paciente é parte fundamental do tratamento. Aumenta ou reduz, em seu cardápio, a quantidade de alimentos ricos em vitamina K – destacadamente verduras – em função de fatores como o quadro clínico apresentado a cada consulta.

O somatório de todos os fatores de interferência a que está sujeita faz do manejo da anticoagulação oral uma tarefa bastante delicada, que, entretanto, nem sempre é bem sucedida. É frequente constatar-se o INR fora do alvo desejado e diversas podem ser as razões para isso; dentre elas, a adesão insuficiente do paciente ao tratamento proposto. O paciente deveria manter-se implicado como protagonista fundamental no processo terapêutico, porém muitas vezes ele não segue a prescrição²⁰ e essa adesão insuficiente tem efeito negativo no benefício da anticoagulação, expondo o paciente aos riscos daí decorrentes.

1.3 – ADESÃO

Em estudo observacional²² realizado no Instituto Nacional de Cardiologia, registrou-se inadequação da terapêutica anticoagulante em 67% dos pacientes à admissão hospitalar por trombose de prótese valvar. Ainda em relação à questão da problemática de adesão ao tratamento, pesquisa realizada²³ em unidade de emergência em cardiologia encontrou, apesar de focada nas causas diversas de insuficiência cardíaca descompensada e não especificamente nas de origem valvar, má adesão/medicação inadequada em 43,4% dos pacientes, cabendo registrar o alto índice encontrado de má adesão/uso da medicação. Entre os pacientes estudados, verificou-se elevada frequência (15%) de doenças valvares como etiologia de base.

Em outro grupo estudado de pacientes em anticoagulação oral²⁴, apenas 50% a 55% situavam-se na faixa desejável de INR.

O interesse, não apenas da comunidade médica, como das diversas áreas da saúde, pela questão apresentada, pode ser percebido através de diversos trabalhos publicados na literatura científica²⁵⁻³² e que apresentam como foco de estudo a questão da adesão ao tratamento, deixando claro a relevância do tema.

A adesão ao tratamento é definida como a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa tomando medicamentos, seguindo uma dieta ou mudando seu estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com o provedor de cuidados de saúde⁴⁵.

Na literatura internacional a respeito de adesão são encontrados os termos *adherence* e *compliance*, que apresentam diferença entre si. *Adherence* pode ser entendida como o comportamento da pessoa que efetivamente faz aliança terapêutica, é partícipe verdadeira e coloca-se como protagonista em seu processo de tratamento. *Compliance* não é sinônimo e se aplica à pessoa que cumpre de forma passiva as determinações recebidas, traduzindo simples obediência.

Estudo de revisão²⁵ verificou que a adesão à medicação entre pacientes com doenças crônicas é baixa, diminuindo marcadamente após os primeiros seis meses de tratamento. Dentre as barreiras à adesão pesquisadas através de questionário, encontrou-se “esquecimento”, decisão de omitir doses, falta de informação e fatores emocionais como razões fornecidas pelos pacientes. Médicos²⁵ também contribuiriam para a baixa adesão prescrevendo regimes medicamentosos complexos, não informando suficientemente sobre a medicação prescrita, não levando em conta o custo dos medicamentos nem o estilo de vida do paciente e não mantendo uma boa relação médico-paciente.

Outras pesquisas³³ também citam, como importantes fatores de interferência, a relação médico-paciente e as crenças e atitudes do paciente a respeito de sua doença, dos medicamentos e da medicina, entre outros aspectos.

Publicações^{27,33} sobre o tema tem demonstrado sua inserção no domínio do psiquismo. Estudo³⁸ concluiu que diversas questões subjetivas interferem na relação que o paciente estabelece com o medicamento, levando a formas particulares de lidar com sua doença e com as prescrições recebidas. A adesão à terapêutica médica é frequentemente influenciada por fatores cognitivos e emocionais³³.

Transtornos psiquiátricos podem ter influência sobre a adesão ao tratamento. O índice de observância à anticoagulação oral com varfarina foi estudado em pacientes submetidos a implante de prótese valvar mecânica²⁷ mostrando-se inversamente proporcional aos escores de depressão encontrados; os pacientes que apresentavam depressão aderiram significativamente menos que aqueles não deprimidos. Esses resultados indicam o risco que a depressão pode representar para a ocorrência de fenômenos tromboembólicos após implante de prótese valvar mecânica e apontam, em paralelo, para a importância da avaliação, por profissional de Saúde Mental, do paciente com indicação de anticoagulação oral por longo prazo.

Estudos³⁷ sobre o controle, pelo próprio paciente, do tempo de protrombina através de sistemas portáteis de monitoramento, bem como pesquisas³⁰ abordando métodos de monitoramento do consumo diário de medicamentos, remetem à problemática da dificuldade de adesão às recomendações médicas.

A Organização Mundial de Saúde⁴⁵ classifica em cinco grupos, referidos como “dimensões”, os fatores associados à adesão ao tratamento. São eles: (1) fatores econômicos e sociais; (2) fatores relacionados ao sistema de saúde e à equipe; (3) fatores relacionados à

própria condição de saúde; (4) fatores relacionados à terapia; (5) fatores relacionados ao paciente.

Várias pesquisas^{30,32,33,35,36} sugerem ações profissionais no sentido do planejamento de intervenções junto ao paciente. Abordam a questão da importância da educação do paciente quanto ao uso do anticoagulante oral e relatam estratégias educacionais relacionadas à anticoagulação com o envolvimento de profissionais de diferentes áreas como médicos, enfermeiros, farmacêuticos e educadores, porém deixam ainda dúvidas³⁵ sobre a eficácia dessas estratégias.

Dados de um trabalho de revisão científica³⁰ indicam efeitos considerados, pelos autores, modestos sobre a adesão mesmo nas intervenções mais efetivas, as quais utilizam, por exemplo, combinações entre aconselhamento, informação, reforço, terapia familiar e outras formas de atenção.

Além dos potenciais danos à saúde do paciente, trazidos pelo uso inapropriado do anticoagulante oral, é também considerável o aumento acarretado dos custos de atenção à saúde. Estudo de revisão²⁵ publicado em 2005 constatou que entre todas as admissões hospitalares nos Estados Unidos relacionadas à medicação, 33% a 69% foram devidas a baixa adesão, com um custo resultante anual de aproximadamente cem bilhões de dólares. A OMS³⁴ verificou que os hospitais gastam entre 15% e 20% de seus orçamentos com complicações provocadas pelo uso incorreto de medicamentos³².

O tratamento da febre reumática, devido à necessidade de acompanhamento permanente e consultas frequentes, hospitalizações, gera elevado custo, devido à demanda de recursos para atendimento clínico e cirúrgico dessa população, envolvendo, além do espaço ambulatorial, enfermarias e unidades fechadas, com seus custos materiais e humanos^{4,39}.

O custo com medicamentos, muitas vezes distribuídos gratuitamente ao paciente em regime ambulatorial, também deve ser considerado. Além dos custos do tratamento,

acrescenta-se aqui que o sujeito com esse tipo de comprometimento orgânico pode apresentar redução de sua capacidade produtiva, além do necessário afastamento de suas funções de trabalho, dentre outras, durante períodos requeridos de internação, gerando assim também um impacto na sua produtividade social³⁹, o que configura um ponto relevante na sociedade mercantil⁴⁰.

Conforme visto anteriormente, a evolução do quadro de febre reumática para um problema valvar que demande a necessidade de implante de prótese, acaba aumentando o tempo de tratamento, gerando maior número de consultas, tempo de internação e procedimentos realizados, fora o custo do processo cirúrgico do implante propriamente dito.

Ainda, o paciente com prótese entra em um regime de prescrição medicamentosa que envolve a anticoagulação oral, que deve ser seguida criteriosamente pelo mesmo, havendo o risco de agravamento do quadro caso não seguida corretamente, podendo levar, até mesmo, à necessidade de um novo processo cirúrgico em tempo inferior ao que seria necessário caso o tratamento fosse seguido de modo adequado.

Considerando que uma cirurgia de implante valvar custa em média R\$7.000,00⁴, se realizada pelo SUS, podemos ter uma idéia do impacto financeiro gerado para o Estado pelas sequelas valvares da febre reumática que demandam esse tipo de procedimento, assim como pelas reoperações valvares por complicações relacionadas à anticoagulação oral nos pacientes reumáticos que não seguiram corretamente sua rotina de cuidados, conforme adequada orientação da equipe de saúde.

Entendemos que o investimento inicial, referente ao custo de uma primeira cirurgia, devida a um adoecimento multicausal, mostra-se inevitável, exceto pelos trabalhos de prevenção primária, o que transcende o escopo desse estudo; no entanto, uma vez realizado esse investimento, são necessárias medidas para que o mesmo possa ser justificado pelo seu sucesso, que em grande parte depende também do paciente, através de sua adesão ao

protocolo de seguimento clínico. A cirurgia não gera a cura, sendo apenas parte do tratamento, este obrigatoriamente continuado de modo a alcançar-se o efetivo controle do agravo, evitando-se comorbidades e mesmo a morte.

Se sabemos que complicações do quadro e até mesmo cirurgias subsequentes podem ser evitadas ou, ao menos, retardadas no tempo, se seguido corretamente o tratamento, coloca-se como uma obrigação e uma responsabilidade do sistema de cuidado, onde toma parte o hospital, o serviço, as equipes e naturalmente cada profissional, trabalhar no sentido de prevenir sua necessidade, atuando junto aos vetores que contribuem ou dificultam o comprometimento e a adesão do paciente a seu próprio benefício.

Diante desses fatos, mostra-se a importância do entendimento dos fatores envolvidos na questão da adesão ao tratamento, por parte desses pacientes, visando, dessa forma, estabelecer medidas de intervenção focadas nas demandas encontradas nessa população específica que facilitem essa adesão e, conseqüentemente, reduzam tanto a morbi-mortalidade que poderia ser evitada caso o protocolo clínico fosse seguido adequadamente pelo paciente, quanto os custos dela decorrentes.

Através de busca bibliográfica nas principais bases de dados (Medline, Pubmed, Scielo, Lilacs, Bireme) não foram encontrados trabalhos que contemplem em maior profundidade a questão da anticoagulação oral a partir do olhar do próprio paciente reumático portador de prótese valvar mecânica. Também não foram encontrados estudos sobre a prevalência de transtornos psiquiátricos entre esses pacientes.

Neste contexto, os objetivos deste estudo são: 1) identificar fatores subjetivos de influência na adesão à anticoagulação oral pelo portador de prótese mecânica por cardiopatia reumática crônica, de acordo com a percepção e perspectiva do próprio paciente; 2) conhecer a prevalência de transtornos psiquiátricos nessa população.

CAPÍTULO 2

Artigo 1: Adesão à anticoagulação oral por pacientes reumáticos com prótese valvar mecânica

Silva RP, Tura BR, Silva ACO. **Adesão à anticoagulação oral por pacientes reumáticos com prótese valvar mecânica.** Manuscrito pronto para ser submetido à publicação.

ADESÃO À ANTICOAGULAÇÃO ORAL POR PACIENTES REUMÁTICOS COM PRÓTESE VALVAR MECÂNICA

A febre reumática pode produzir seqüela valvar cardíaca e levar à necessidade de implante de prótese valvar mecânica. A anticoagulação oral passa então a ser obrigatória, porém nem sempre é seguida adequadamente pelo paciente. Este artigo aborda os fatores subjetivos que, segundo a percepção do paciente, influenciam sua adesão a este tratamento.

Adesão à anticoagulação oral por pacientes reumáticos com prótese valvar mecânica.

La adhesión a la anticoagulación oral en pacientes reumáticos con prótesis valvular mecánica.

Adherence to oral anticoagulation in rheumatic patients with mechanical valve prosthesis.**Resumo:**

A febre reumática pode evoluir para cardiopatia reumática e levar à necessidade de implante de prótese valvar mecânica seguido de anticoagulação oral obrigatória e permanente. A adesão do paciente ao tratamento é fundamental, mas nem sempre ocorre adequadamente. O objetivo do estudo foi identificar fatores subjetivos de influência na adesão à anticoagulação oral por esse paciente, segundo a sua própria percepção. Foi realizada pesquisa qualitativa fenomenológica, através de entrevista semi-estruturada, na qual os pacientes falaram livremente sobre suas vivências com relação ao tratamento. Unidades de significado foram extraídas dos discursos e agrupadas em categorias de acordo com as convergências temáticas observadas. A partir do exame do material, observa-se que a anticoagulação oral é um tratamento de difícil seguimento, em que fatores relacionados principalmente ao modo de atuação da equipe de saúde e a aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais do paciente mostram influência expressiva sobre a adesão à prescrição.

Palavras-chave: Cardiopatia Reumática . Próteses Valvulares Cardíacas. Anticoagulantes. Adesão à Medicação. Pesquisa Qualitativa.

Resumen:

La fiebre reumática puede convertirse en enfermedad reumática del corazón y conducir a la necesidad de implantar una prótesis valvular mecánica seguida de anticoagulación oral

obligatoria y permanente. La adhesión del paciente al tratamiento es esencial, pero no siempre sucede correctamente. El objetivo fue identificar los factores subjetivos de influencia en la adherencia a la anticoagulación oral para el paciente según su propia percepción. Investigación cualitativa fenomenológica se llevó a cabo a través de entrevista semi-estructurada, en la que los pacientes hablaron libremente sobre sus experiencias con respecto al tratamiento. Unidades de significado se extrajeron de los discursos y fueron agrupadas en categorías de acuerdo a las convergencias temáticas observadas. Del examen de la materia, se observa que el tratamiento anticoagulante oral es difícil de seguir, en los que los factores relacionados principalmente con la forma del acción del equipo de salud y aspectos cognitivos, conductuales y emocionales de los pacientes tienen una influencia significativa en la adherencia a la prescripción.

Palabras clave: Cardiopatía Reumática. Prótesis Valvulares Cardíacas. Anticoagulantes. Cumplimiento de la Medicación. Investigación Cualitativa.

Abstract:

Rheumatic fever can develop into rheumatic heart disease and lead to the need to implant a mechanical valve prosthesis followed by mandatory and permanent oral anticoagulation.

Adherence to treatment is essential but is not always achieved. The objective was to identify subjective factors of influence on adherence to oral anticoagulation for this patient, according to his own perception. We conducted phenomenological qualitative research, through semi-structured interviews, in which patients talked freely about their experiences in treatment. Signified units were extracted from speeches and grouped into categories according to thematic convergences observed. From the examination of the material, it is observed that oral anticoagulation treatment is difficult to follow-up. The health team performance and cognitive, emotional and behavioral aspects of patients show a significant influence on adherence to the prescription.

Keywords: Rheumatic Heart Disease . Heart Valve Prosthesis. Anticoagulants. Medication Adherence. Qualitative Research.

Introdução

A febre reumática, complicação de infecção primária de orofaringe pelo estreptococo beta hemolítico do grupo A (Barbosa et al., 2009) pode evoluir com surtos recorrentes e

produzir cardiopatia reumática crônica, com alterações valvares permanentes que frequentemente exigem implante de prótese valvar mecânica.

A prótese mecânica pode levar a complicações graves como fenômenos tromboembólicos, cuja profilaxia obrigatória deve ser feita através de anticoagulação oral permanente (Bonow et al., 2008), habitualmente feita com varfarina. Por sua vez, a anticoagulação muito intensa traz risco de sangramentos de porte variável. Tanto o tromboembolismo quanto a anticoagulação excessiva podem levar a quadros dramáticos como o acidente vascular encefálico (AVE).

A intensidade da anticoagulação deve ser monitorada constantemente através do *International Normalized Ratio* (INR), medida laboratorial mundialmente padronizada que deve, nesses pacientes, ser mantida em estreita janela terapêutica como, por exemplo, 2,5 a 3,5. Abaixo e acima dessa janela há grande risco de tromboembolismo e sangramentos, respectivamente, sendo a eficácia e segurança da anticoagulação oral criticamente dependentes do alcance e manutenção do INR dentro do alvo terapêutico.

A presença de vitamina K na dieta tende a reduzir o INR e a orientação nutricional faz parte do tratamento, modificando no cardápio a quantidade de alimentos ricos em vitamina K – destacadamente verduras – em função do quadro clínico-laboratorial apresentado em cada atendimento.

O somatório dos fatores de interferência a que está sujeita faz do manejo da anticoagulação oral uma tarefa delicada e nem sempre bem sucedida. É frequente constatar-se o INR fora do alvo desejado e diversas podem ser as razões para isso; dentre elas, a adesão insuficiente do paciente ao tratamento proposto. Além de sujeitar-se a mais complicações clínicas, o paciente que não segue a prescrição contribui significativamente para a elevação de custos pessoais, sociais e financeiros diretos e indiretos.

A baixa adesão é problema mundial de grande magnitude. A literatura registra que em países desenvolvidos a taxa de adesão ao tratamento de doenças crônicas na população geral fica em torno de 50% e é muito menor em países em desenvolvimento (WHO, 2003). Alguns estudos demonstram que a baixa adesão está na origem da anticoagulação insuficiente (Kimmel et al., 2007), chegando a ser associada a 72,73% dos INR não-ótimos (Weksler et al., 2004).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) define a adesão ao tratamento como a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa tomando medicamentos, seguindo uma dieta ou mudando seu estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com o provedor de cuidados de saúde. Classifica em cinco grupos, referidos como “dimensões”, os fatores associados à adesão ao tratamento. São eles: (1) fatores econômicos e sociais; (2) fatores relacionados ao sistema de saúde e à equipe; (3) fatores relacionados à própria condição de saúde; (4) fatores relacionados à terapia; (5) fatores relacionados ao paciente.

Um estudo de revisão (Reiners et al., 2008) acerca da produção bibliográfica sobre adesão ao tratamento em doenças crônicas, observa que os profissionais tendem a tratar essa questão apenas sob suas próprias perspectivas, não considerando as do paciente e assim perdendo de vista sua subjetividade, com suas razões, necessidades e dificuldades. Revela ainda que a maior parte dos fatores que contribuem para a não-adesão, citados pelos diversos autores, tem sido relacionada ao paciente, que fica assim com a maior carga de responsabilidade pela adesão e não-adesão ao tratamento. A literatura sobre a questão frequentemente traz questionários estruturados respondidos por pacientes e métodos que aferem a intensidade da adesão, sendo escassos os trabalhos que focalizam a vivência e percepção do paciente sobre o tratamento e que poderiam demonstrar aspectos importantes na questão da adesão.

A maneira como cada indivíduo percebe e vivencia os eventos da vida reflete-se em seu comportamento. Em torno do que os fenômenos da vida significam para cada um, estrutura-se a própria vida, incluindo os cuidados com a própria saúde e a adesão ao tratamento. Os significados têm, pois, uma função estruturante (Fontanella, Campos, Turato, 2006). É preciso, então, conhecer o que significa para o paciente a experiência do tratamento de anticoagulação oral. Não foram encontrados, na literatura, trabalhos qualitativos que abordem a questão da adesão à anticoagulação oral pelo paciente reumático portador de prótese valvar mecânica. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi identificar fatores subjetivos de influência na adesão à anticoagulação oral pelo paciente reumático portador de prótese valvar mecânica através da compreensão da experiência vivida e do significado que este tratamento tem para ele.

Método

Para este estudo observacional foi escolhido o método qualitativo, vertente fenomenológica, segundo o referencial de Martins e Bicudo (Bicudo, 2003). O objetivo da pesquisa fenomenológica é a descrição da essência do fenômeno experienciado. Seu alvo não é a quantificação do fenômeno, mas a compreensão do significado que o fenômeno vivido, experiência subjetiva única e intransferível, tem para o indivíduo.

A fenomenologia da vida cotidiana, desenvolvida à luz da Sociologia Compreensiva, entende que as pessoas vivem em intersubjetividade com seus semelhantes, situando-se na vida com suas angústias e preocupações. Os estudos compreensivos com desenho de tipo ideal para análise de um fenômeno devem evidenciar e sintetizar seus traços típicos e originais, tornando-o inteligível (Minayo, 2010).

Na pesquisa fenomenológica não há princípios explicativos, teorias ou definição do fenômeno a priori (Bicudo, 2003). O pesquisador busca identificar e compreender o modo da

apreensão do fenômeno pelo sujeito. Procura suspender suas próprias crenças e opiniões pré-concebidas e solicita ao sujeito que descreva como está vivendo aquela situação de vida, devendo permanecer aberto aos significados que o mesmo atribui ao fenômeno vivido.

A pesquisa é iniciada pela coleta de dados através de entrevista, quando é feita a indagação visando a descrição do fenômeno - neste estudo, a experiência da anticoagulação oral. O discurso do sujeito contém elementos estruturais das relações de significado com o fenômeno.

Na modalidade de entrevista escolhida, é necessário que o entrevistado tenha liberdade para falar sobre o assunto como ele o percebe. Assim, há um cuidado do pesquisador em não induzir respostas. A resposta inicial do entrevistado deve ser espontânea e a partir dela o pesquisador aprofunda a questão nos aspectos relevantes ao estudo.

Todas as entrevistas são gravadas e transcritas. A trajetória do estudo dos dados coletados, segundo este referencial, divide-se em dois momentos. No primeiro, é feita a análise dita ideográfica, isto é, do conteúdo emergente de cada sujeito.

Em continuação, é feita a leitura de todo o material coletado dos participantes buscando uma apreensão global dos relatos, ainda sem interpretação do conteúdo. Posteriormente as entrevistas são lidas novamente, agora buscando discriminar e interpretar unidades de significados, que são os aspectos identificados pelo pesquisador nos relatos espontâneos dos sujeitos e que se mostram significativos e influentes na relação individual com o fenômeno.

No segundo momento é feita a análise denominada nomotética, que busca a compreensão do conjunto dos relatos. O pesquisador percorre todas as unidades de significado mapeadas nas estruturas individuais e identifica entre elas as convergências temáticas; agrupa os temas convergentes em categorias mais amplas e a partir daí elabora uma síntese da estrutura geral do fenômeno estudado.

Nesta pesquisa, autorizada previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo foi realizado, a coleta de dados foi feita através de entrevista semi-estruturada, com a seguinte questão norteadora: “Como é, para você, seu tratamento de anticoagulação oral?”

Foram convidados a participar da pesquisa pacientes em tratamento no departamento de doenças orovalvares de um hospital de cardiologia. Para serem incluídos no estudo precisaram preencher os seguintes critérios: ter diagnóstico de cardiopatia reumática crônica; portar prótese valvar mecânica; ter prescrição de anticoagulante oral há pelo menos seis meses; ter idade igual ou superior a 18 anos; estar lúcido e orientado no momento da entrevista; não apresentar nenhum comprometimento que pudesse prejudicar seu livre discurso; e aceitar participar do estudo. O critério de exclusão foi presença de comorbidade que impedisse a interlocução no momento da entrevista.

Os pacientes foram informados quanto aos objetivos do estudo, seus métodos e utilização dos dados colhidos, tendo todas as suas dúvidas sido esclarecidas. Os que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foram então incluídos, tendo seus direitos sido preservados em todas as fases do estudo.

O número de pacientes não foi estipulado inicialmente. Nesse modelo de pesquisa, a inclusão de sujeitos de pesquisa e a análise dos resultados prosseguem até que se observe invariância do fenômeno, ou seja, até que surja repetitividade nos discursos, desse modo caracterizando uma amostragem por saturação (Fontanella, Ricas, Turato, 2008).

As entrevistas, individuais, foram realizadas pela coordenadora da pesquisa, em ambiente reservado, com auxílio de um gravador. Procurava-se criar uma atmosfera leve, que facilitasse ao paciente o livre discurso, sem limite de tempo para cada entrevista, trazendo o tema da conversa desde o adoecimento pela febre reumática até o tratamento nos dias atuais.

Não havia um roteiro rígido, pré-definido. Os discursos dos pacientes, gravados, foram transcritos e analisados. Todos os nomes descritos são fictícios, de modo a preservar a privacidade dos participantes.

Este estudo cumpriu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki.

Resultados e discussão

Segundo o material analisado, pode-se inferir como sentido global que a anticoagulação oral é um tratamento de difícil seguimento, em que os pacientes ainda se mostram desinformados, com dúvidas e conceitos equivocados tanto quanto ao adoecimento quanto à real necessidade do tratamento. Elementos cognitivos, comportamentais e emocionais se mostram decisivos para a adesão à prescrição recebida.

Participaram do estudo 23 pacientes, sendo 13 (56,52%) do sexo feminino e 10 (43,48%) do sexo masculino; quanto à faixa etária, 2 (8,70%) tem entre 18 e 30 anos, 5 (21,74%) entre 31 e 40 anos, 5 (21,74%) entre 41 e 50 anos, 7 (30,43%) entre 51 e 60 anos, 3 (13,04%) entre 61 e 70 anos, 1 (4,35%) entre 71 e 80 anos; quanto à escolaridade, 10 (43,48%) tem primeiro grau incompleto, 4 (17,39%) primeiro grau completo, 7 (30,43%) segundo grau completo e 2 (8,70%) terceiro grau. Em relação ao estado civil, 5 (21,74%) são solteiros, 13 (56,52%) casados, 3 (13,04%) divorciados ou separados e 2 (8,70%) viúvos; quanto ao tempo de uso da prótese, 10 (43,48%) inferior a 5 anos, 11 (47,83%) de 5 a 15 anos e 2 (8,70%) superior a 15 anos.

A partir dos relatos dos pacientes entrevistados foram identificadas as unidades de significado (em negrito no texto) que permitem verificar que eles vivenciam dificuldades que reduzem sua adesão ao tratamento de anticoagulação oral. Por outro lado, observa-se também que experimentam situações e sentimentos facilitadores da adaptação ao tratamento. Os temas emergentes puderam ser agrupados em quatro categorias principais: dificuldades relacionadas

à atuação da equipe e ao funcionamento do sistema de saúde; dificuldades relacionadas a características individuais dos pacientes; dificuldades relacionadas a características da prescrição; e fatores facilitadores da adesão. Trechos de algumas entrevistas serão citados como ilustrações dos resultados encontrados.

I) Dificuldades relacionadas à atuação da equipe e ao funcionamento do sistema de saúde:

Em seus discursos, alguns pacientes referem ou demonstram grande **desconhecimento sobre os riscos da prótese mecânica**. Não sabem o que é trombose, desconhecem o risco de embolismo e ignoram a relação possível entre prótese mecânica e acidente vascular encefálico (AVE). Assinala-se que entre os pacientes entrevistados, seis referem AVE (denominando-o “AVC” ou “derrame”) ocorrido em tempo variável após o implante da prótese.

“Sobre trombose falaram, mas não me explicaram. Eu não faço a mínima idéia da gravidade disso assim, entendeu? (Deise)

“Nunca tinha ouvido falar em sangue grosso nem em trombose. Não sei se meu derrame teve alguma coisa a ver com a válvula.” (Jorge)

“Sangue grosso” é uma forma leiga de referência à coagulabilidade aumentada do sangue, que está mais suscetível à formação trombótica em função do INR estar abaixo do alvo terapêutico; a expressão “sangue fino” é usada pelos sujeitos para falar sobre o sangue já anticoagulado pelo medicamento.

“Lá, onde operei, o médico falou que meu sangue tinha que ficar entre 2,5 e 3,5 mas eu não sabia o que era isso. Ele disse “Ah, com o tempo você vai aprendendo” e não me explicou. Aqui é que eu fui entender.”

(Maria)

Como o discurso acima mostra, algumas vezes, mesmo ao tentarem obter informações sobre seu adoecimento ou particularidades de seu tratamento, não encontram uma atitude que desejam nos profissionais que os atendem, os quais, ao manterem para si o conhecimento e não atuarem pedagogicamente com seus pacientes, não favorecem a adesão.

Alguns pacientes demonstram **desinformação sobre a utilidade do anticoagulante oral e as possíveis complicações do seu uso inadequado**, tendo também dúvidas sobre o que fazer se deixarem de tomar a dose diária. Não compreendendo e não elaborando o significado do INR, têm **entendimento errôneo sobre o manejo do anticoagulante** quando o INR está fora do alvo terapêutico.

“Quando meu INR estava 4, eu pensava “Está fino”, e então eu aumentava a dose e ficava tomando dois comprimidos de cada vez. Ficava cheia de manchas roxas.” (Ângela)

Esse desconhecimento é atribuído, pelos pacientes, à **insuficiência ou inadequação de informações recebidas da equipe assistente**. Algumas vezes, alguns profissionais levam ao paciente informações parciais, minimizando as reais dimensões do problema e favorecendo inadvertidamente o risco de baixa adesão.

“Lá na minha cidade, onde operei, não me explicaram nada, só falaram que eu teria que tomar “um remedinho”. Aqui foi que eu comecei a entender o tratamento.” (Helena)

Em outros casos, é no atendimento da complicação clínica que o paciente recebe as primeiras recomendações enfáticas sobre os riscos da prótese e a necessidade da anticoagulação rigorosa.

“O médico da emergência, quando tive o AVC, falou “Caramba, você não usa o anticoagulante? Rapaz, eu vou te explicar. Ele serve para isso, isso e isso, entendeu?” (Ricardo)

Curta duração das consultas aparece algumas vezes associada à desinformação.

“Às vezes eu ia perguntar coisas, mas a consulta é tão rápida, porque é muita gente.” (Helena)

“A consulta era correndo, ele só perguntava quais remédios eu tomava.” (Maria)

O sistema de prestação de serviços em saúde, sobrecarregado pelo grande volume de atendimentos ambulatoriais para cada profissional, contribui para a insuficiência das informações ao paciente.

A dieta que envolve uso e restrição de verduras e demais alimentos que podem interferir na anticoagulação oral, muitas vezes não é seguida pelos pacientes. A **desinformação e o entendimento equivocado sobre a relação entre verduras e anticoagulação e sobre a importância da manutenção da dieta controlada** favorecem o consumo inadequado desses alimentos.

“Eles me explicaram mais ou menos o que a verdura tem a ver com a anticoagulação, mas eu não sei se tem diferença não.” (Ondina)

“Nunca ouvi falar que verdura tem a ver com o remédio.” (Ricardo)

Alguns pacientes entendem o oposto do que é preconizado:

“Se o sangue estiver muito ralo a gente não pode comer o verde porque afina o sangue.” (Dulce)

“O médico só falava assim: “Se o INR está baixo, come verde.”
(Helena)

A desinformação sobre as questões relativas à doença e seu tratamento é um dos pilares das dificuldades para a adaptação ao regime terapêutico. Para enfrentar-se um problema é preciso conhecê-lo o melhor possível. O paciente precisa ser informado e compreender o que são a válvula cardíaca, a prótese valvar, a trombose, o

embolismo. É importante que ele entenda como se dá a relação entre AVE e prótese valvar.

O sujeito também precisa entender o que o INR representa, quais são os benefícios da anticoagulação oral e quais são as consequências potenciais do uso inadequado do anticoagulante ou de sua falta. É importante, ainda, que compreenda o papel da dieta em seu tratamento bem como de outros potenciais fatores de interferência na resposta ao medicamento.

Esses achados estão em acordo com os dados de um estudo (Esmerio et al., 2009) sobre o uso do anticoagulante oral, que observou que o nível de conhecimento acerca do tratamento e aspectos emocionais e psicológicos foram os fatores que tiveram maior impacto sobre a não-adesão ao uso do medicamento

A equipe profissional tem importante papel pedagógico junto ao paciente a cada atendimento. Em linguagem acessível, o processo de educação do paciente deve ser iniciado no momento do diagnóstico e mantido em permanente atualização. Para isso, a própria equipe precisa estar sensibilizada nesse sentido, compreendendo que conhecer o que o paciente pensa e sente quanto à sua doença e ao tratamento pode fazer toda a diferença e minimizar dificuldades. Das crenças, necessidades e expectativas do paciente surgem decisões sobre como se conduzirão no tratamento (Klein, Gonçalves, 2005).

II) Dificuldades relacionadas a características individuais dos pacientes:

A **depressão** aparece como fator determinante de não-adesão:

“Eu tive uma depressão. Eu falei ‘sabe de uma coisa, não vou tomar remédio não’. Eu não queria nem saber, achava que estava dando

muito trabalho, me sentia um inútil. Queria ficar sem o remédio para morrer.” (Roberto)

“Eu tive problema, eu não tinha vontade de me cuidar. Ficava deitada, triste, não me cuidava, parei de tomar remédio.” (Débora)

“Se a pessoa quando sai daqui não tiver um acompanhamento psicológico, ela não vai dar muita importância pro medicamento, vai beber, vai fumar, ou vai pensar em suicídio, porque a mudança é muito brusca. Eu já pensei várias vezes em suicídio.” (Carlos)

O índice de observância à anticoagulação oral com varfarina foi estudado em pacientes submetidos a implante de prótese valvar mecânica (El-Gatit, Haw, 2003) mostrando-se inversamente proporcional aos escores de depressão encontrados; os pacientes que apresentavam depressão aderiram significativamente menos que aqueles não deprimidos. Esses resultados indicam o risco que a depressão pode representar para o sucesso da anticoagulação nesses pacientes e apontam, em paralelo, para a importância da avaliação, por profissional de Saúde Mental, do paciente com indicação de anticoagulação oral por longo prazo.

A **imaturidade** pode dificultar a adaptação ao tratamento. Subentendida em outros discursos, ela é explicitada por alguns:

“Quando eu fiz a minha primeira cirurgia, fiquei dois anos sem tomar o anticoagulante. Naquela época acho que faltou um pouquinho de maturidade emocional da minha parte, entendeu?” (Edmundo)

“Era mais por causa da irresponsabilidade, porque eu era mais jovem. Você vai ficando mais velho e vai vendo que a banda não toca assim.”

(Vítor)

A falta de confiança no profissional pode levar o paciente a não acatar a prescrição. Associada à desinformação, aumenta muito a exposição do paciente aos riscos do uso inadequado do medicamento.

“Às vezes eu achava que o remédio estava muito forte e diminuía, mas aí, quando estava próximo de vir, pra médica não achar ruim, eu tomava direitinho. Agora mesmo está com 1,5 e eu estou achando muito.” (Ondina)

O tratamento com o anticoagulante oral é percebido como limitante e aprisionador.

Alguns pacientes mencionam a perda da liberdade trazida pela necessidade da anticoagulação.

“O remédio me deixa preso, se eu quiser sair. Minha irmã estava morando em outra cidade e eu queria ficar lá uns três meses, mas não deu porque lá não tem hospital que cuide do coração. Não pude ir.” (Alfredo)

“Não posso mais malhar nem jogar futebol, porque um peso pode cair no meu pé e posso levar uma bolada, e aí vou ficar sangrando.” (Carlos)

“O médico falou: “Você vai ter que tomar esse remédio e não vai poder ter filhos.” (Beth)

“Para tratar os dentes preciso esperar muito, porque não posso toda hora ficar suspendendo esse remédio.” (Violeta)

Elementos e situações que não fazem parte da rotina cotidiana favorecem o esquecimento do uso do medicamento.

Os pacientes associam o uso do medicamento a atividades de seu dia-a-dia, utilizando-as para se recordarem dos horários em que devem utilizar o fármaco. Quando essa rotina é alterada, os sujeitos ficam sem seus pontos de referência e, com isso, acabam se “esquecendo” da medicação, como fica claro no discurso de Edmundo: “Às vezes eu volto tarde de uma festa ou de um jantar e acabo esquecendo de tomar o remédio”.

O acúmulo de atividades, de forma atípica, também favorece esse esquecimento:

“Cinco horas da tarde eu saio do trabalho. O certo seria eu associar o remédio a isso, mas aí o cara fala ‘Tem mais isso pra fazer, tem mais aquilo’, aí sua cabeça fica voltada pro trabalho e você esquece.”

(Carlos)

“Um dia esqueci porque estava envolvida com uma encomenda muito grande de doces. Aí no outro dia eu falei ‘ih, ontem não tomei o remédio!’ Nem tinha percebido.” (Carmem)

“Se eu deixar para tomar o remédio na parte da tarde eu esqueço, porque trabalho á tarde fazendo biscate e preciso sair quando aparece trabalho.” (Antonio)

A **dificuldade para lembrar-se se tomou ou não o anticoagulante** leva os pacientes a tomar o dobro da dose prescrita ou a deixar de ingerir o medicamento.

“Já tomei mais de um porque esqueço se tomei ou não. O sangue ficou ralo e já fui parar grave no hospital por causa disso.” (Ricardo)

“Várias vezes eu fiquei na dúvida se tinha tomado. E o medo de tomar novamente? Achei melhor não tomar. Preciso prestar muita atenção.”

(Deise)

Esquecer de levar consigo o medicamento ao sair de casa pode impedir seu uso no horário recomendado.

“Às vezes saio de casa de emergência e esqueço de levar o remédio.

Aí só tomo mais tarde ou no outro dia.” (Rebeca)

Entende-se que o esquecimento, em algumas manifestações, pode refletir a posição hierárquica secundária atribuída ao tratamento, ainda que inconscientemente, pelo paciente que ainda não se coloca como protagonista e participe verdadeiro nesse processo.

Alguns pacientes conhecem e compreendem o papel da dieta no tratamento mas por **difficuldade de resistência ao desejo** comem mais verduras que o prescrito.

“A vontade de comer verde foi mais forte que respeitar o médico.”

(Beth)

“O que dificulta é a questão da alimentação. No verão como muitas saladas e verduras e meu INR sempre dá errado. No calor não tem jeito.” (Marcos)

“Depois que operei, passou um tempo e falei: “Ah, não estou sentindo mais nada, agora vou comer o que quero.” (Jorge)

A **alimentação fora de casa**, no caso dos pacientes que trabalham fora ou que viajam, pode gerar dificuldade no cumprimento da dieta, na medida em que muitas vezes as verduras são evitadas nessas circunstâncias.

“Fico de segunda a sexta direto no trabalho, não vou em casa, e lá não dá para comer verduras.” (Carlos)

“Às vezes fico muitos dias fora e aí não dá para manter a dieta. É isso que faz o meu INR às vezes escapar um pouquinho.” (Violeta)

III) Dificuldades relacionadas a características da prescrição:

A **complexidade da prescrição** foi referida como fator que dificulta o uso recomendado do medicamento. O tratamento com anticoagulante oral prevê, em alguns casos, que as doses diárias sejam diferentes entre si ao longo de cada semana. Alguns pacientes, por exemplo, devem utilizar doses diferentes em dias úteis e em finais de semana.

“Essa coisa de um dia ter que tomar metade do comprimido, no outro dia ter que tomar inteiro, me confundia, porque eu via aquela metade cortada lá e achava que era para tomar, mas não era.” (Jorge)

De acordo com estudo de Choudhry (Choudry, 2011), regimes medicamentosos complexos estão associados à redução da adesão à terapêutica cardiovascular.

IV) Fatores facilitadores da adesão:

A **presença de acolhimento e afetividade na relação médico-paciente** interferem sensivelmente na adesão.

“Já fazia muito tempo que eu não tomava o remédio direito nem fazia o exame. Aí o dr. X falou ‘Eu gosto muito dos meus pacientes e gosto demais de você. Você vai fazer o exame hoje! Vai fazer agora!’ Eu fiz e a partir dali comecei a controlar tudo de novo. Eu tenho loucura pelo dr. X.” (Roberto)

“Aquele médico é um grosso e ignorante. A pessoa tem que ter um afeto outra pessoa. Aí pensei: ‘Não vou levar a sério o que ele está falando’. Mas nunca deixei de tomar porque além dele eu tive outros médicos que falaram mais delicado comigo ‘Olha, não deixe de tomar o anticoagulante porque é importante.’ (Carlos)

O profissional de atitude interessada e acolhedora, que se coloca como parceiro do paciente na jornada do tratamento, favorece a formação da aliança terapêutica tão necessária. Esse pode ser o ponto inicial do processo em que o paciente se torna, como é necessário, protagonista e co-responsável em seu tratamento.

A **aplicação de atividades de grupo com finalidade educativa**, levando regularmente informações ao paciente sobre aspectos da doença e do tratamento, pode corrigir equívocos responsáveis pelo uso inadequado do medicamento.

“Eu não sabia que se esquecesse de tomar o comprimido não precisaria tomar dois depois. Aí começaram a dar palestra lá embaixo e eu aprendi.” (Alfredo)

A **participação dos familiares em relação ao tratamento proposto** exerce grande influência na adesão. Alguns pacientes referem o apoio familiar para auxiliar na lembrança do horário do uso do medicamento.

“Minha esposa me ajuda a lembrar se eu já tomei ou não o remédio, pra eu não esquecer de tomar nem tomar repetido.” (Alfredo)

“Em casa fica mãe, irmã, controlando ‘toma isso, aquilo; isso não pode agora não, só tal hora’; enquanto você está em casa, as pessoas estão te ajudando, mas quando você volta a trabalhar, aí é por sua conta, porque eu durmo direto no emprego e nem vou pra casa.” (Carlos)

“Minha filha me ajuda quando não entendo a letra do médico do TAP, porque o médico muda e cada um escreve de um jeito.” (Angela)

A **inserção planejada e organizada do medicamento nas rotinas diárias** favorece o uso adequado.

“Todo dia eu tomo o remédio às cinco da tarde. Pra mim é um horário que dá mais certo. À noite, se você tiver sono, esquece.” (Alfredo)

“Tomar o comprimido é a primeira coisa que faço quando acordo. Ele fica num vidro na estante, que é um lugar por onde tenho que passar. Pego ele, vou para a cozinha pegar água e depois vou pro banheiro tomar banho.” (Luiz)

Experiências prévias negativas relacionadas ao adoecimento, à cirurgia ou ao uso inadequado do fármaco aparecem como elemento reforçador de uma adesão adequada.

“No começo, o tratamento era desregulado e eu tinha vários sangramentos na boca. Eu ficava sem graça. Passei a fazer tudo certinho, melhorei e fui vendo que devia seguir o tratamento certo” (Edmundo)

“Hoje, depois que eu tive o AVC, estou com mais medo de esquecer o remédio” (Helena)

“Eu sei o que já passei aqui internada; o que a pessoa passa. A recuperação dessa cirurgia é muito dolorida, então não quero passar por isso de novo” (Carmem)

No presente estudo, tiveram destaque os fatores de influência na adesão classificados pela OMS como relacionados à equipe e ao paciente.

Foi possível concluir sobre a importância da função pedagógica no atendimento do paciente portador de prótese valvar mecânica em anticoagulação oral, uma vez que notamos que um grande problema na adesão se deve à falta de informações ou entendimento incorreto, seja quanto a fatores do adoecimento ou mesmo relativos ao próprio uso da medicação e seguimento da dieta.

A relação profissional de saúde-paciente se apresenta como um fator de grande importância, podendo facilitar ou dificultar a adesão do paciente ao tratamento. Em alguns casos, problemas nessa relação podem até mesmo afastar o paciente do tratamento, gerando riscos aos mesmos.

Segundo os dados coletados, grande parte das consultas realizadas são breves e não fornecem aos pacientes nem as informações e nem o acolhimento às dúvidas e angústias existentes. O paciente deixa a instituição com informações equivocadas e sem ter a quem recorrer, uma vez que não encontrou o apoio necessário no profissional que o atendeu.

Dúvidas e conhecimentos imprecisos quanto à doença e ao processo de anticoagulação levam a restrições na vida de alguns pacientes e poderiam ser trabalhadas junto aos profissionais que os atendem visando uma melhor qualidade de vida.

Nas entrevistas também ficou evidente o papel que problemas relacionados à saúde mental podem ter na adesão. Alguns pacientes mencionaram “sentir-se” deprimidos, sendo que alguns chegaram a relatar ideação suicida. Nesses casos, a interrupção do uso do fármaco pode se apresentar para eles como uma possibilidade de suicídio passiva.

A depressão é um transtorno psiquiátrico bastante conhecido pela população, e por esse motivo talvez tenha aparecido espontaneamente, porém, como nesse trabalho não foi realizada triagem para averiguação quanto à presença de diagnósticos de transtornos psiquiátricos, não é possível saber se esses pacientes que se declararam deprimidos apresentavam outros transtornos comórbidos ou mesmo se entre os demais sujeitos havia a presença de diagnósticos psiquiátricos.

A rede de apoio social é fundamental para o paciente, não apenas por ser profilática em relação à abertura de quadros psicopatológicos que, como vimos, influenciam a adequada adesão à anticoagulação, como por também oferecer auxílio direto ao sujeito, como ficou claro nos discursos referentes ao papel dos familiares no tratamento.

A questão da alimentação também se mostrou bastante importante. A literatura a respeito da adesão à anticoagulação oral, frequentemente trazendo estudos quantitativos, habitualmente focaliza o uso do medicamento propriamente dito. Entretanto, vários relatos espontâneos realçaram o risco de uma anticoagulação inadequada em função do hábito alimentar inapropriado.

A dificuldade de acesso ao medicamento não foi citada, certamente devido ao fato de a instituição onde a pesquisa foi realizada fornecer regularmente o anticoagulante oral aos pacientes que lá se tratam.

Conclusões:

Os resultados encontrados apontam para a necessidade de uma reavaliação das práticas em saúde, com sensibilização e treinamento da equipe profissional em uma formação mais reflexiva e humanizada. É necessário atingir o universo cultural e emocional do paciente, estabelecendo com ele uma efetiva comunicação (Leite, Vasconcellos, 2003) e abrindo a possibilidade da concretização do necessário trinômio “Entendo&Aceito&Faço” (Grinberg, 2004).

Também realçam a importância da implementação de estratégias de cuidados junto a pacientes e familiares, como realização de atendimentos regulares e permanentes em grupos de adesão (Silveira, Ribeiro, 2005) coordenados por profissional capacitado, trabalhando os aspectos gerais e individuais identificados como influentes na questão da adesão ao tratamento.

O estabelecimento de modelos de intervenção voltados para uma melhor adaptação à anticoagulação oral poderá contribuir para a redução da morbi-mortalidade relacionada à adesão inadequada e melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, P.J.B.; MULLER, R.E.; LATADO, A.L. et al. Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Arq Bras Cardiol** , v.93, n.4, p.1-18, 2009.

BONOW, R.O.; CARABELLO, B.A.; CHATTERJEE, K. et al. 2008 focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease). **J Am Coll Cardiol**, v.52, p.1–142, 2008.

CHOUDRY, N.K.; FISCHER, M.A.; AVORN, J. et al. **The Implications of Therapeutic Complexity on Adherence to Cardiovascular Medications**. **Arch Intern Med**. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21220644> Acesso em:20 jan. 2011.

EL-GATIT, A.S.; HAW, M. Relationship between depression and non-adherence to anticoagulant therapy after valve replacement. **East Mediterr Health J**, v.9, n.1/2, p.12-9, 2003.

ESMERIO, F.G.; SOUZA E.N.; LEIRIA, T.L. et al. Uso Crônico de Anticoagulante Oral: Implicações para o Controle de Níveis adequados. **Arq Bras Cardiol**, v.93, n.5, p.549-54, 2009.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saude Publica**, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FONTANELLA, B.J.B.; CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E.R. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. **Rev Lat Am Enfermagem**, v.14, n.5, p.812-20, 2006.

GRINBERG, M. Entendo & aceito & faço. Estratégia pró-adesão à anticoagulação oral. **Arq Bras Cardiol**, v.82, v.4, p.309-12, 2004.

KIMMEL, S.E.; ZHEN, CHEN; PRICE, M. 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**, v.167, n.3, p.229-35, 2007.

KLEIN, J.M.; GONÇALVES, A.G.A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, v.10, n.2, p.113-20, 2005.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Cien Saude Colet**, v.8, n.3, p.775-82, 2003.

MARTINS, J; BICUDO, M.A.V. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 4. ed. São Paulo: Centauro, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.81-169

REINERS, A.A.O.; AZEVEDO, R.C.S.; VIEIRA, M.A. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Cien Saude Colet**, v.13, n.2, p.2299-306, 2008.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n. 16, p.91-104, 2005.

WEKSLER, C.; GOLEBIOVSKI, W.F.; WAGNER, M. et al. Trombose de próteses valvares no INCL: um estudo observacional de 4 anos. **Editorial Laranjeiras**, v.1, n.4, p.22-4, 2004.

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

CAPÍTULO 3

Artigo 2: Prevalência de transtornos psiquiátricos em portadores de prótese valvar mecânica com e sem febre reumática

Silva RP, Tura BR, Nardi AE, Silva ACO. **Prevalência de transtornos psiquiátricos em portadores de prótese valvar mecânica com e sem febre reumática.** J Bras Psiquiatr. Manuscrito submetido à publicação.

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PORTADORES DE PRÓTESE VALVAR MECÂNICA COM E SEM FEBRE REUMÁTICA

A cardiopatia reumática pode resultar em implante de prótese valvar mecânica, que exige anticoagulação oral obrigatória, regular e permanente. A adesão do paciente é fundamental, porém pode ser influenciada por transtornos psiquiátricos. Este artigo avalia a prevalência de transtornos psiquiátricos nessa população.

Prevalência de Transtornos Psiquiátricos em Portadores de Prótese Valvar Mecânica com e sem Febre Reumática.

Resumo

Objetivos: Valvulopatias cardíacas, causadas por febre reumática e outras etiologias, podem levar ao implante de prótese valvar mecânica e anticoagulação oral obrigatória. Comorbidade psiquiátrica pode reduzir a adesão à anticoagulação. Esse estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes com prótese valvar mecânica, com e sem história de febre reumática.

Métodos: Foram avaliados 193 portadores de prótese valvar mecânica, sendo 135 com cardiopatia reumática, tendo sido utilizada a *Mini International Neuropsychiatric Interview*, versão 5.0.0, para investigação quanto à presença de transtornos psiquiátricos.

Resultados: Foram encontrados os seguintes transtornos psiquiátricos nos pacientes avaliados: transtornos de ansiedade generalizada (16,6%), agorafobia (11,9%), fobia social (10,4%), depressão (9,8%), distímia (4,1% - atual, 1% no passado), transtorno obsessivo-compulsivo (3,6%), pânico – vida inteira (1,6%), dependência ou abuso de substâncias (2%), dependência ou abuso de álcool (1%), episódio hipomaniaco (0,5% atual e 0,5% no passado) e bulimia (0,5%). O risco de suicídio detectado foi de 13,4%. Ao ser comparada a prevalência dos transtornos no grupo com e sem cardiopatia reumática, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa.

Conclusão: Foi encontrada elevada comorbidade de transtornos psiquiátricos, principalmente transtornos ansiosos e depressão, sendo também elevado o risco de suicídio nessa população.

Palavras-chave: próteses valvulares cardíacas, febre reumática, transtornos psiquiátricos, saúde mental.

Prevalence of psychiatric disorders in patients with mechanical heart valve prostheses with and without rheumatic fever

Abstract

Background: Valvular heart diseases, caused by rheumatic fever and another causes, can lead to implant of mechanical valve prosthesis and mandatory oral anticoagulation. Psychiatric comorbidity may reduce adherence to treatment. This study aimed at assessing the prevalence of psychiatric disorders in patients with mechanical heart valve prostheses, with or without history of rheumatic fever.

Methods: This study assessed 193 patients with mechanical heart valve prostheses, 135 of whom diagnosed with rheumatic heart disease. The Mini International Neuropsychiatric Interview, version 5.0.0, was used to assess the presence of psychiatric disorders.

Results: The following psychiatric disorders were found in the patients with mechanical heart valve prostheses assessed: generalized anxiety disorder (16.6%); agoraphobia (11.9%); social phobia (10.4%); depression (9.8%); dysthymia (4.1% - current; 1% - past); obsessive-compulsive disorder (3.6%); panic – lifetime (1.6%); substance dependence or abuse (2%); alcohol dependence or abuse (1%); hypomanic episode (0.5% - current; 0.5% - past); and bulimia (0.5%). A 13.4% suicide risk was detected. When comparing the prevalence of psychiatric disorders in the groups with and without rheumatic heart disease, no statistically significant difference was found.

Conclusion: High comorbidity of psychiatric disorders, mainly depression and anxiety disorders, was observed in that population, in addition to a high suicide risk.

Keywords: heart valve prostheses, rheumatic fever, psychiatric disorders, mental health.

Prevalência de transtornos psiquiátricos em portadores de prótese valvar mecânica com e sem febre reumática

Introdução

As doenças cardíacas valvares podem gerar graves complicações e sequelas permanentes. Podem ser causadas por febre reumática e outras etiologias¹, sendo a febre reumática considerada a principal causa de cardiopatia adquirida entre crianças e adultos jovens².

A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória, com manifestações auto-imunes, que ocorre como complicação de infecção primária de orofaringe pelo estreptococo beta hemolítico do grupo A³. Atinge principalmente indivíduos entre 5 e 15 anos, de ambos os sexos, dos quais 30 a 45% desenvolvem sequela valvar⁴.

As doenças valvares levam muitos pacientes ao implante de prótese valvar mecânica, que está associada a complicações como trombose local e embolismo⁵, sendo o acidente vascular encefálico uma das suas consequências. Como profilaxia destas complicações é obrigatória a anticoagulação oral regular e permanente⁵⁻⁹, habitualmente feita com varfarina, que reduz em pelo menos quatro vezes a incidência média de tromboembolismo⁷.

A anticoagulação oral, entretanto, se excessiva traz risco de sangramentos discretos ou intensos^{7,9}, de modo que o fino equilíbrio entre proteção e risco deste tratamento dependem criticamente da adesão do paciente ao mesmo, o que nem sempre ocorre. Alguns estudos demonstram que a baixa adesão está na origem da anticoagulação insuficiente, chegando a ser associada a 72,73% dos resultados terapêuticos não-ótimos, com pior prognóstico clínico¹⁰.

A adesão do paciente à terapêutica medicamentosa pode ser influenciada por comorbidade psiquiátrica¹¹. O índice de adesão à anticoagulação oral foi estudado em pacientes submetidos a implante de prótese valvar mecânica¹², mostrando-se inversamente proporcional aos escores de depressão encontrados; os pacientes que apresentavam depressão aderiram significativamente menos que aqueles não deprimidos. Esses resultados indicam o risco que a depressão pode representar para a ocorrência de fenômenos tromboembólicos após implante de prótese valvar mecânica e apontam, em paralelo, para a importância da detecção de transtornos psiquiátricos, por profissional de Saúde Mental, do paciente com indicação de anticoagulação oral por longo prazo.

Considerando o curso crônico e muitas vezes incapacitante da FR, que acomete indivíduos jovens em seus anos mais produtivos e ao longo da vida, questionou-se a possibilidade destes pacientes desenvolverem quadros psiquiátricos com prevalência diferente da do grupo dos não-reumáticos.

Não foram encontrados, na literatura, outros trabalhos sobre a ocorrência de transtornos psiquiátricos em portadores de prótese cardíaca valvar mecânica. Este estudo pretendeu conhecer a prevalência destes transtornos nesta população, buscando ainda verificar se havia associação entre os mesmos e história de FR.

Método

Realizou-se um estudo transversal, do qual participaram todos os pacientes que foram atendidos no ambulatório de doenças orovalvares do Instituto Nacional de Cardiologia, no Rio de Janeiro, e que aceitaram participar e preencheram os critérios de pesquisa, entre maio e novembro de 2010, em um total de 193 indivíduos.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: 1) ser portador de prótese valvar mecânica; 2) ter idade igual ou superior a dezoito anos completos; 3) mínimo de seis meses desde a primeira prescrição de anticoagulante oral; 4) aceitar participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: 1) presença de qualquer comprometimento que pudesse prejudicar a comunicação do paciente e o livre discurso; 2) desejar retirar-se do estudo. Nenhum indivíduo preencheu critério de exclusão.

Para avaliação dos dados referentes à saúde mental, foi utilizada a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI)¹³, versão brasileira 5.0.0¹⁴, entrevista estruturada desenvolvida para detectar a existência de transtornos psiquiátricos seguindo os critérios do DSM-IV. Foi aplicada por psiquiatra com treinamento para esse fim, cego no momento da entrevista quanto à presença ou ausência de doença reumática.

Foi utilizado questionário elaborado visando manter a padronização das informações colhidas sobre o paciente quanto a seus dados clínicos (presença de prótese mecânica, diagnóstico de doença valvar e tempo de anticoagulação oral) e características de inserção sócio-demográfica. Os dados foram obtidos através de inquérito ao paciente e por meio de informações do prontuário médico.

Para análise da tabela de contingências foram utilizados os testes qui-quadrado e teste exato de Fisher. O teste de normalidade usado foi o de Shapiro-Wilk. Para diferença entre as médias de idades foi utilizado o teste t-student. Foi adotado nível de significância estatística $p < 0,05$.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que foi conduzido. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, seus métodos e utilização dos dados colhidos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determinação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A população estudada apresentou características sócio-demográficas conforme apresentação na tabela 1.

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos da amostra total.

Sexo (%)	Homens 79 (40,9)	Mulheres 114 (59,1)	Total 193			
Idade (SD)	Homens 52,91(±13,12)	Mulheres 53,02(±11,13)	Total 53,97(±11,95)			
Estado Civil (%)	Casados 125 (64,8)	Separados 18 (9,3)	Solteiros 28 (14,5)	Viúvos 22 (11,4)		
Etnia (%)	Branco 129 (66,8)	Pardo 51 (26,4)	Negro 13 (6,7)			
Ocupação Atual (%)	Empregados 62 (32,1)	Aposentados 68 (35,2)	Do lar 46 (23,8)	Licença 12 (6,2)	Estudantes 3 (1,6)	Sem emprego 2 (1,0)
Religião(%)	Católica 88 (45,6)	Evangélica 73 (37,8)	Outras 15 (7,8)	Nenhuma 17 (8,8)		

A prevalência de transtornos mentais detectados na amostra total está apresentada na tabela 2.

Tabela 2 – Prevalência de transtornos psiquiátricos na amostra total.

Transtorno	n	(%)
Transtorno de Ansiedade Generalizada	32	16,6
Risco de Suicídio	26	13,4
Agorafobia	23	11,9
Fobia Social	20	10,4
Depressão	19	9,8
Distimia	8	4,1
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	7	3,6
Dependência/ Abuso Substâncias	4	2,0
Transtorno de Pânico Vida Inteira	3	1,6
Distimia Passado	2	1,0
Dependência/ Abuso de Álcool	2	1,0
Episódio Hipomaniaco	1	0,5
Bulimia	1	0,5

Dos 193 pacientes que participaram do estudo, 79 pacientes (40,3%) preencheram os critérios para ao menos um transtorno psiquiátrico, tendo sido encontrada elevada prevalência de transtornos ansiosos (transtorno de ansiedade generalizada, agorafobia, fobia social e transtorno obsessivo-compulsivo) e do humor (depressão e distimia). Destes 79 pacientes, 39 (49,3%) apresentaram apenas 1 diagnóstico psiquiátrico; 18 (22,8%) apresentaram 2

transtornos; 10 (12,6%) pacientes foram identificados com 3 transtornos; 5 (6,3%) pacientes com 4 diagnósticos psiquiátricos e 7 (8,9%) sujeitos apresentaram 5 diagnósticos combinados.

Depressão atual esteve presente na avaliação de 19 pacientes, sendo não recorrente em oito pacientes e recorrente em onze respondentes. O risco de suicídio encontrado foi de 13,4%. Entre os pacientes sem diagnóstico de FR, 2 (3,4%) apresentavam alto risco e 5 (8,6%) baixo risco, totalizando 7 (12%) de pacientes em risco. Já entre os pacientes do grupo com FR, no total 18 (13,4%) estão em risco, sendo que 4 (3%) apresentaram alto risco e 14 (10,4%) baixo risco.

O único caso de transtorno hipomaniaco foi encontrado entre os pacientes com FR, com história passada e presente. Também apenas um sujeito apresentou bulimia, no mesmo grupo. Apesar da contraindicação de consumo alcoólico por pacientes em tratamento com anticoagulante oral, dois pacientes apresentaram dependência/ abuso de álcool.

Quanto ao diagnóstico de pânico para vida inteira, apresentado por 3 pacientes, foram encontradas as seguintes comorbidades psiquiátricas: agorafobia, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e dependência alcoólica em um paciente; agorafobia e TAG em outro paciente e depressão atual e recorrente no terceiro sujeito.

A tabela 3 compara a prevalência de transtornos mentais nos grupos com e sem FR.

Tabela 3 – Comparação entre pacientes com e sem febre reumática para presença de transtornos psiquiátricos.

	Com febre reumática (%)	Sem febre reumática (%)	p
Episódio depressivo maior atual	11,9	5,2	0,1533
Episódio depressivo maior recorrente	6,7	3,4	0,3766
Episódio depressivo maior com características melancólicas	2,2	0,0	0,2525
Distímia atual	3,0	6,9	0,2088
Distímia passado	0,0	1,7	0,1261
Risco de suicídio alto	21,1	28,6	0,6865
Risco de suicídio baixo	78,9	71,4	0,6865
Episódio maníaco atual	0,7	0,0	0,5111
Transtorno de pânico vida inteira	1,5	1,7	0,9006
Agorafobia	11,1	13,8	0,598
Fobia social	11,1	8,6	0,6027
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	4,4	1,7	0,3540
Dependência/ Abuso de álcool	0,7	1,7	0,5362
Dependência/ Abuso de substâncias	1,5	3,4	0,3792
Bulimia	0,7	0,0	0,5111
Transtorno de Ansiedade Generalizada	17,0	15,5	0,7946

Dos 193 pacientes entrevistados, 135 tinham história de FR. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de nenhum dos transtornos

psiquiátricos investigados nos grupos com e sem FR. Entretanto, observou-se que a maior parte dos pacientes com depressão, risco de suicídio, TOC ou TAG, bem como os que apresentaram 5 diagnósticos associados, tinham história de FR. Não se pode descartar a possibilidade de que um estudo com amostra maior mostre valor de p significativo na comparação entre os dois grupos.

Com respeito à relação entre presença de transtornos mentais na amostra total estudada e variáveis sócio-demográficas, algumas observações foram feitas.

Na relação entre presença de transtornos mentais e sexo, foi observada uma maior prevalência de depressão em mulheres (8,8%) do que em homens (1,3%), com $p = 0,027$. No transtorno de ansiedade generalizada (TAG) a prevalência no sexo feminino também foi maior que no masculino (21,1% contra 10,1%, $p = 0,045$). As demais associações não alcançaram significância estatística.

Em relação à etnia, foi observada uma diferença significativa para episódio depressivo maior com características melancólicas ($p = 0,014$) com predomínio em pardos e para TAG ($p = 0,048$) com predomínio em brancos.

Quanto à religião, registrou-se diferença significativa para risco de suicídio ($p = 0,030$), sendo todos os casos classificados como alto risco presentes em sujeitos evangélicos, que tiveram também 5 registros de baixo risco; entre católicos foi detectado risco de suicídio classificado como baixo em 11 pacientes.

Quanto à idade, observou-se diferença significativa em relação à dependência/abuso de substâncias não alcoólicas, com ($p = 0,015$), tendo média etária 67,25 os pacientes que se enquadraram nessa categoria, enquanto os demais apresentaram média de 52,67 anos.

A tabela 4 mostra a comparação entre os grupos de pacientes com e sem FR para algumas variáveis sócio-demográficas.

Tabela 4 – Comparação entre pacientes com e sem febre reumática para variáveis sócio-econômicas e culturais.

	Com Febre Reumática	Sem Febre Reumática
Sexo (p < 0,0001)		
Feminino	97 (71,85%)	17 (29,31%)
Masculino	38 (28,15%)	41 (70,69%)
Idade (p < 0,001)	52,45 (± 12,07) Mínimo= 18; Máximo= 80	54,19 (±11,68) Mínimo=23; máximo= 80
Estado Civil (p = 0,5507)		
Casado	83 (61,5%)	42 (72,4%)
Divorciado / Separado / Desquitado	14 (16,6%)	4 (6,8%)
Solteiro	22 (16,3%)	6 (10,3%)
Viúvo	16 (11,9%)	6 (10,3%)
Ocupação (p = 0,0021)		
Desempregado	1 (0,7%)	1 (1,7%)
Do lar	41 (30,4%)	5 (8,6%)
Aposentado	38 (28,1%)	30 (51,7%)
Estudante	3 (2,2%)	0 (0,0%)
Empregado	44 (32,5%)	18 (31,0%)
Licença	8 (5,9%)	4 (6,9%)
Etnia (p = 0,9006)		
Branços	89 (65,9%)	40 (69%)
Pardos	36 (26,7%)	15 (25,9%)
Negros	10 (7,4%)	3 (5,2%)
Religião (p = 0,5493)		
Católica	63 (46,7%)	25 (43,1%)
Evangélica	52 (38,5%)	21 (36,2%)
Outras	8 (5,8%)	7 (12%)
Não tem religião	12 (8,9%)	5 (8,6%)
Escolaridade (p = 0,3767)		
Sem educação formal	4 (3%)	0 (0,0%)
Primeiro Grau	91 (67,4%)	45 (77,6%)
Segundo Grau	34 (25,2%)	10 (17,2%)
Superior	6 (4,4%)	3 (5,2%)
Tempo de Anticoagulação (p = 0,6415)		
Menos de 1 ano	8 (5,9%)	7 (12,1%)
1 a 5 anos	67 (49,6%)	27 (46,6%)
6 a 10 anos	34 (25,2%)	17 (29,3%)
11 a 15 anos	12 (8,9%)	4 (6,9%)
16 a 20 anos	6 (4,4%)	1 (1,7%)
Mais de 20 anos	8 (5,9%)	2 (3,4%)

Para o estudo da relação entre presença ou ausência de diagnóstico de FR e as variáveis, foram utilizados os testes de qui-quadrado para as variáveis sexo, etnia e tempo de anticoagulação; para as variáveis estado civil, ocupação atual, religião e escolaridade foi usado o teste exato de Fisher. Para a variável idade foi aplicado o t-student. Observou-se significância estatística para as variáveis sexo, idade e ocupação atual, sendo os grupos comparáveis.

Discussão

A predominância de transtornos encontrados neste trabalho está em acordo com estudo multicêntrico¹⁵ que verificou maior prevalência de transtornos de ansiedade na população estudada, seguidos por transtornos fóbicos. Em nossa pesquisa, o TAG teve a mais alta prevalência na amostra total, também em acordo com os resultados encontrados em revisão sistemática de 1997 a 2009¹⁶, na qual o transtorno de ansiedade apareceu em primeiro lugar na população adulta brasileira, seguido dos estados fóbicos e depressivos.

Os episódios de depressão maior ocorreram em 9,8% da amostra total, resultado congruente com estudos¹⁷ que registram prevalência anual na população geral com variação entre 3% e 11%. Entretanto, se analisados em conjunto com os casos de distímia, os quais, segundo literatura¹⁷, trazem maior prejuízo funcional que episódios de depressão maior, alcançam prevalência de 13,98%, índice elevado de transtornos de humor que pode favorecer a baixa adesão à anticoagulação oral por esta população. O histórico individual de cardiopatia crônica, cursando com hospitalizações, limitações da vida diária e contato muitas vezes próximo com a percepção de finitude, poderia estar relacionado ao índice elevado destes transtornos no grupo estudado.

Na amostra estudada, a prevalência do risco de suicídio foi bastante superior à da população geral, estimada entre 1,8% e 3,6%¹⁸.

A prevalência de TOC encontrada em nosso estudo foi de 3,6% na amostra total, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem FR. Estudo anterior¹⁹ indicou maior prevalência de TOC entre os indivíduos com história de FR. Esta diferença entre os resultados dos dois estudos pode estar relacionada ao fato da MINI pesquisar apenas o TOC e não abordar os sintomas obsessivo-compulsivos nem tiques, que foram incluídos no estudo dos outros autores.

Sobre a fobia social (quarto transtorno mais prevalente no grupo estudado, afetando 10,4% dos pacientes), apesar de não existirem na literatura estudos específicos sobre sua presença em portadores de prótese valvar, sabe-se que em coronariopatas o isolamento social, característicos de sujeitos que apresentam esse quadro psiquiátrico, apresenta relação com menor sobrevivência²⁰.

Quanto ao espectro de pânico, foram encontrados 23 casos de agorafobia sem história de transtorno de pânico atual (11,9%) e apenas três casos de transtorno de pânico de vida inteira. Não foi encontrado qualquer caso de transtorno de pânico atual. Tal fenômeno poderia encontrar explicação em uma variante do transtorno de pânico caracterizada pelos ataques sem associação de medo. Pacientes que apresentam transtorno de pânico sem medo^{21,22} (TPSM), responderiam por 32 a 41% dos pacientes com transtorno de pânico que buscam tratamento médico em decorrência de episódios de dor torácica²¹.

A MINI tem, como foco inicial para o diagnóstico de transtorno de pânico, a ansiedade, o desconforto e o medo. Apenas os pacientes que respondem positivamente a esse critério passam para os itens seguintes, que apresentam os sinais e sintomas físicos característicos do ataque de pânico. Desse modo, pacientes que se enquadrem na categoria TPSM teriam um resultado negativo para presença de pânico.

Pacientes TPSM, segundo estudo comparativo realizado com pacientes com diagnóstico de transtorno de pânico e sem transtorno de pânico²³, na comparação com o segundo grupo, apesar de apresentarem escores inferiores para presença de dor torácica no último mês (50% x 60%) e busca por serviços de emergência (27% x 47%), tiveram maior índice de hospitalização (35% x 30%). Desses pacientes, 31% TPSM percebiam a causa de seu desconforto como de origem cardíaca, enquanto apenas 7% dos pacientes TP o faziam.

Futuros estudos devem ser realizados com utilização de outros instrumentos, que sejam capazes de identificar a presença dessa categoria específica de pânico, dado sua importância e a ainda presente controvérsia quanto à associação entre transtorno de pânico e valvulopatias²⁴, nessa população específica.

Apesar de terem sido registrados 4 casos na categoria “dependência/ abuso de substâncias”, ao se avaliar quais substâncias haviam sido utilizadas encontrou-se, como resposta, diazepam para dois pacientes e midazolam e lorazepam para os outros dois. Deve-se considerar que tais fármacos foram introduzidos na rotina desses pacientes mediante prescrição médica e fazem parte do plano terapêutico desses pacientes. Isso justifica a resposta sim ao item “(...) durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma dessas substâncias para se sentir melhor (...)” assim como o fato de serem psicofármacos colabora para a afirmativa “(...) para mudar seu estado de humor”. Como a MINI não busca esclarecer se o aumento do consumo da substância ocorreu por iniciativa do paciente ou se atendeu a orientação médica de aumento da dose, o termo “dependência/ abuso” pode não se adequar ao consumo de fármacos realizado por esses pacientes.

As taxas de prevalência encontradas neste estudo poderiam ser ainda maiores se considerados conjuntos de sinais e sintomas, ou até mesmo síndromes ansiosas ou depressivas. Através do instrumento adotado nesse estudo, no entanto, foi avaliada apenas a existência de transtornos, sendo necessárias investigações futuras para complementar os dados

aqui encontrados, principalmente visando políticas de profilaxia em saúde mental, intervindo nos casos em que são detectados problemas de saúde mental em suas manifestações iniciais.

Outras limitações do estudo foram a ausência de avaliação de sintomas sub-clínicos, não considerados no método utilizado, bem como o pequeno tamanho amostral e a transversalidade da pesquisa.

A alta prevalência de transtornos psiquiátricos nessa população gera questionamento quanto a estarem ou não recebendo atendimento adequado para essa demanda. Cabe informar que aos pacientes que preencheram critérios para diagnóstico de algum transtorno, foi oferecido, logo após a entrevista, encaminhamento para tratamento psiquiátrico.

Conclusão

A pesquisa de transtornos psiquiátricos em portadores de prótese valvar mecânica revelou elevada prevalência de transtornos ansiosos, depressão e risco de suicídio, realçando a importância da detecção e tratamento dos transtornos mentais nesta população.

A presença de FR não alterou significativamente os valores encontrados para prevalência dos diversos transtornos mentais nesses pacientes.

Sugerimos novos estudos, mais detalhados quanto a sintomas sub-clínicos e quanto à comorbidade apresentada entre os diversos transtornos mentais encontrados, assim como avaliação da correlação entre quadros psiquiátricos e variáveis como sítio e número de próteses, tempo de uso do anticoagulante, uso de outros medicamentos, história de acidente vascular encefálico e história de coreia de Sydenham.

Referências:

1. Guglielmi L, Kalil J. Febre reumática:conhecimento atual da etiopatogenia. In: Timerman A, Machado César LA, Ferreira JFM, Bertolami MC. Manual de Cardiologia; SOCESP. São Paulo: Atheneu. 2000:265-70.
2. Organização Mundial de Saúde. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 29 October - 1 November 2001.(WHO Technical Report Series; 923).
3. Terreri MTRA, Caldas AM, Len CA, Ultchak F, Hilário MOE. Características clínicas e demográficas de 193 pacientes com febre reumática. Rev.Bras.Reumatol. 2006;46:385-90.
4. Lima ABR, Barros M, Santos M. Descrição dos indicadores sociais em adolescentes portadores de febre reumática. Revista da SOCERJ 2005;18:30-5.
5. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr., Faxon DP, Freed MD, et al. 2008 focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease). J Am Coll Cardiol 2008;52:e1-142.

6. Salem DN, Stein PD, Al-Ahmad A, Bussey HI, Horstkotte D, Miller N, et al. Antithrombotic Therapy in Valvular Heart Disease—Native and Prosthetic—The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004;126:457-82.
7. Cannegieter SC, Rosendaal FR, Briet E. Thromboembolic and bleeding complications in patients with mechanical heart valve prostheses. *Circulation* 1994;89:635-41.
8. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, et al. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke. *Stroke*. 2006;37:577-617.
9. Hirsh J, Fuster V, Ansell J, Halperin JL. American Heart Association/American College of Cardiology Foundation Guide to Warfarin Therapy. *Circulation* 2003;107:1692-1711.
10. Kimmel SE, Zhen Chen, Price M, Parker CS, Metlay JP, Christie JD, 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* 2007;167(3):229-235.
11. Organização Mundial de Saúde. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: WHO;2003.

12. El-Gatit AS, Haw M. Relationship between depression and non-adherence to anticoagulant therapy after valve replacement. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2003;9:1-2.
13. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:22-33.
14. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.
15. Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre:Artmed. 2007.
16. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):238-46.
17. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Supl I):S7-17.

18. Botega NJ, Barros MBA, Oliveira HB, Dalgarrondo P, Marin-León L. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(1):45-53.
19. Alvarenga PG, Hounie AG, Diniz JB, Salem M, Spina G, Miguel EC. Obsessive-Compulsive Symptoms in Heart Disease Patients With and Without History of Rheumatic Fever. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences.* 2006;18:405-8.
20. Brummet BH, Barefoot JC, Siegler IC, Clapp-Channing NE, Lytle BL, Bosworth HB, Willians RB Jr, Mark DB. Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosom Med* 2001;63:267-72.
21. Beitman BD, Basha I, Flaker G, et al. Non-fearful panic disorder: panic attacks without fear. *Behav Res Ther.* 1987;25:487-92.
22. Beitman BD, Kusher M, Lamberti JW, et al. Panic Disorder without fear in patients with angiographically normal coronary arteries. *J Nerv Ment Dis.* 1990;178:307-12.
23. Fleet RP, Martel JP, Lavoie KL, Dupuis G, Beitman BD. Non-fearful Panic Disorder: a variant of panic in medical patients? *Psychosomatics.* 2000;41:311-20.
24. Santos-Filho A, Maciel BC, Matin-Santos R, Romano MMD, Crippa JA. Does de Association Between Mitral Valve Prolapse and Panic Disorder Really Exist? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2008;10:38-47.

CONCLUSÕES

O estudo permitiu observar que a anticoagulação oral é, para os pacientes, uma terapêutica de difícil seguimento. Características do modo de funcionamento da equipe profissional, bem como particularidades da prescrição e dos próprios pacientes, interferem no sucesso deste tratamento.

Grupos de suporte à adesão talvez possam ser benéficos a estes pacientes, permitindo que compartilhem experiências positivas e negativas, juntos buscando alternativas para resolução de seus problemas. O trabalho da equipe também junto à rede de apoio social, formada por familiares ou amigos, pode facilitar o correto seguimento das recomendações terapêuticas, tanto em prescrições medicamentosas, alimentares e de controle laboratorial, quanto em mudanças no estilo de vida.

Também é fundamental o treinamento das equipes que atuam com esses pacientes para uma postura mais pedagógica, visando a sensibilização das mesmas quanto aos fatores que interferem na adesão de seus pacientes ao tratamento, como a afetividade, a transmissão de informações corretas em linguagem acessível e a valorização das prioridades existenciais dos pacientes e de sua capacidade de adequação às novas rotinas exigidas pela terapêutica em suas vidas.

A elevada prevalência de transtornos ansiosos, do humor e de risco de suicídio torna evidente a necessidade de maior acesso desses pacientes a atendimentos com profissionais de saúde mental para detecção e tratamento de quadros psicopatológicos que podem tanto dificultar o processo de adesão ao tratamento.

São necessários estudos futuros, com delineamentos que permitam a generalização dos resultados, para avaliação do real impacto de cada uma das diferentes variáveis relatadas

pelos pacientes como influentes na adesão ao tratamento, de modo a fornecer maior base para a elaboração de protocolos de atuação junto a essa população, visando auxiliá-los na aquisição dos novos comportamentos necessários para a adequada adesão.

Também sugerimos novos estudos mais detalhados quanto à comorbidade apresentada entre os diversos transtornos mentais encontrados nesses pacientes, assim como avaliação da influência que variáveis como número de próteses e tempo de uso do anticoagulante podem ter sobre a instalação e evolução de quadros psiquiátricos.

Ainda, estudo longitudinal pesquisando a presença de problemas psiquiátricos nos pacientes à época do primeiro implante de prótese valvar mecânica e em avaliações periódicas posteriores poderia contribuir para o melhor entendimento sobre a incidência de transtornos psiquiátricos nessa população.

REFERÊNCIAS

1. Terreri MTRA, Caldas AM, Len CA, Ultchak F, Hilário MOE. Características clínicas e demográficas de 193 pacientes com febre reumática. *Rev.Bras.Reumatol.* 2006;46:385-90.
2. Guglielmi L, Kalil J. Febre reumática:conhecimento atual da etiopatogenia. In: Timerman A, Machado César LA, Ferreira JFM, Bertolami MC. *Manual de Cardiologia; SOCESP.* São Paulo: Atheneu;2000. p.265-70.
3. Guilherme L, Ramasawmy R, Kalil J. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: genetics and pathogenesis. *Scand J Immunol.* 2007;66:199-207.
4. Lima ABR, Barros M, Santos M. Descrição dos indicadores sociais em adolescentes portadores de febre reumática. *Revista da SOCERJ* 2005;18:30-5.
5. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. *The Lancet Infectious Diseases* 2005;5:685-94.
6. Cunningham, MW. Molecular mimicry, autoimmunity and infection in the pathogenesis of rheumatic fever. *International Congress Series* 2006;1289:14-9.
7. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever. Jones Criteria, 1992 update. Special Writing Group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. *JAMA* 1992;268:2069-73.
8. Organização Mundial de Saúde. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 29 October - 1 November 2001.(WHO Technical Report Series; 923)

9. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed MD, et al. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease). *Circulation* 2006;114:84-231.
10. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr., Faxon DP, Freed MD, et al. 2008 focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease). *J Am Coll Cardiol* 2008;52:1-142.
11. Dieter RS, Dieter RA Jr, Dieter RA 3rd, Pacanowski JP Jr, Costanza MJ, Chu WW, et al. Prosthetic heart valve thrombosis; an overview. *WMJ* 2002;101(7):67-9.
12. Salem DN, Stein PD, Al-Ahmad A, Bussey HI, Horstkotte D, Miller N, et al. Antithrombotic Therapy in Valvular Heart Disease—Native and Prosthetic-The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004;126:457-82.
13. Cannegieter SC, Rosendaal FR, Briet E. Thromboembolic and bleeding complications in patients with mechanical heart valve prostheses. *Circulation* 1994;89:635-41.
14. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, et al. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke. *Stroke*. 2006;37:577-617.

15. Hirsh J, Fuster V, Ansell J, Halperin JL. American Heart Association/American College of Cardiology Foundation Guide to Warfarin Therapy. *Circulation* 2003;107:1692-1711.
16. Edmunds Jr LH. Thromboembolic complications of current cardiac valvular prostheses. *Ann Thorac Surg* 1982;34:96-106.
17. Thorburn CW, Morgan JJ, Shanahan MX, Chang VP. Long-term results of tricuspid valve replacement and the problem of prosthetic valve thrombosis. *Am J Cardiol*. 1983;51:1128-32.
18. Levine MN, Raskob G, Landefeld S, Kearon C. Hemorrhagic Complications of Anticoagulant Treatment. *Chest* 2001;119:108S-21S.
19. Horsti J, Uppa H, Vilpo JA. Poor agreement among prothrombin time international normalized ratio methods: comparison of seven commercial reagents. *Clin Chem* 2005;51:483-85.
20. Kimmel SE, Zhen Chen, Price M, Parker CS, Metlay JP, Christie JD, 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* 2007;167:229-35.
21. Herijgers P, Verhamme P. Improving the quality of anticoagulant therapy in patients with mechanical heart valves: what are we waiting for? *European Heart Journal* 2007;28:2424-26.
22. Weksler C, Golebiovski WF, Wagner M, Fucks J, Faria R, Barbeito M, et al. Trombose de próteses valvares no INCL: um estudo observacional de 4 anos. *Editorial Laranjeiras* 2004;1:22-4.

23. Mangini S, Silveira FS, Silva CP, Grativvol OS, Seguro LFBC, Ferreira SMA, et al. Insuficiência Cardíaca Descompensada na Unidade de Emergência de Hospital Especializado em Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2008; 90:433-40.
24. Grinberg M. Entendo & aceito & faço. Estratégia pró-adesão à anticoagulação oral. *Arq. Bras. Cardiol.* 2004;82:309-12.
25. Osterberg L, Blaschke T. Drug Therapy: Adherence to Medication. *NEJM* 2005;353:487-97.
26. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping Patients Follow Prescribed Treatment: Clinical Applications. *JAMA* 2002;288:2880-83.
27. El-Gatit AS, Haw M. Relationship between depression and non-adherence to anticoagulant therapy after valve replacement. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2003;9:12-9.
28. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc saúde coletiva.* 2003;8:775-82.
29. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Jr D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta paul enferm* 2008;21:59-65.
30. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication prescriptions: Scientific Review. *JAMA* 2002;288:2868-79.
31. Kripalani S, Xiaomei Yao, Haynes RB. Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions: A Systematic Review. *Arch Intern Med.* 2007;167:540-50.

32. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc. saúde coletiva* 2008;13Suppl.0:793-802.
33. Klein JM, Gonçalves AGA. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF* 2005;10:113-20.
34. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. *Rev. Saúde Pública* 2006;40:191-94.
35. Wofford JL, Wells MD, Singh S. Best strategies for patient education about anticoagulation with warfarin: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2008;8:40.
36. Mazor KM, Baril J, Dugan E, Spencer F, Burgwinkle P, Gurwitz JH. Patient education about anticoagulant medication: is narrative evidence or statistical evidence more effective? *Patient Educ Couns.* 2007;69:145-57.
37. Leiria TLL, Pellanda LC, Magalhães E, Lima GG. Controle do tempo de Protrombina em Sangue Capilar e Venoso em Pacientes com Anticoagulação oral: Correlação e Concordância. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89:1-5.
38. Pound P, Britten N, Morgan N, Yardley L, Pope C, Daker-White G, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science & Medicine* 2005;61:133-55.
39. Terreri MT, Len C, Hilário MOE, Goldenberg J, Ferraz MB. Utilização de recursos e custos de pacientes com febre reumática. *Rev Bras Reumatol* 2002 jul/ago;42:211-17.
40. Ziegler J. *Os vivos e a morte*. Rio de Janeiro: Ed Zahar; 1977.
41. Martins J, Bicudo MAV. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2003.

42. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
43. Torres TZG. Amostragem. In: Medronho, RA (et al.). Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. pp.283-294.
44. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Classificação da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351p.
45. Organização Mundial de Saúde. Adherence to long-term therapies : Evidence for action. Geneva: WHO;2003.