

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM

CAROLINE DELBONI NASCIMENTO

LAÍS DE SOUZA PEDRONI

**ANTICOAGULAÇÃO ORAL NA FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR:
IMPACTO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS INDIVIDUAIS**

VITÓRIA

2019

CAROLINE DELBONI NASCIMENTO

LAÍS DE SOUZA PEDRONI

**ANTICOAGULAÇÃO ORAL NA FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR:
IMPACTO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS INDIVIDUAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção de grau de médico.

Orientador: Prof. Roberto Ramos Barbosa

VITÓRIA

2019

CAROLINE DELBONI NASCIMENTO

LAÍS DE SOUZA PEDRONI

**ANTICOAGULAÇÃO ORAL NA FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR:
IMPACTO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS INDIVIDUAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção de grau de médico.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Roberto Ramos Barbosa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
HSCMV Orientador

Dr. Luiz Fernando Machado Barbosa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV

Dr. Renato Giestas Serpa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – HSCMV

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus pela conclusão deste trabalho e por ter guiado nossos passos durante toda faculdade.

Agradecemos ao professor Roberto Ramos Barbosa pela orientação e pela disponibilidade em compartilhar com entusiasmo todo seu conhecimento.

Agradecemos a toda equipe de Cardiologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pelo acolhimento e receptividade durante a confecção deste trabalho.

RESUMO

Fibrilação atrial constitui um grave problema de saúde pública, principalmente pela sua importante repercussão na qualidade de vida de seus portadores. Com uma prevalência estimada de 1 a 2% da população geral em países norte-americanos e europeus, representa hoje a arritmia cardíaca mais frequente na prática clínica. Sabe-se que o envelhecimento populacional tem relação importante com o incremento da prevalência de Fibrilação Atrial, e também é conhecida sua forte associação com o risco de Acidente Vascular Cerebral uma vez que se trata da principal fonte emboligênica de origem cardíaca. Dessa forma, o uso de anticoagulantes orais se faz imperioso nesses pacientes.

Essas informações traduzem o importante impacto dessa doença na população brasileira e no sistema de saúde devido ao seu custo, além das repercussões psicossociais e financeiras nos pacientes submetidos ao tratamento com anticoagulantes, uma vez que é de longa duração e, por vezes, necessita de controle médico vigoroso devido ao risco de sangramentos.

Nesse contexto, destaca-se a importância de estudos que possam caracterizar os portadores da doença, para que seja possível traçar ações em prol de sua qualidade de vida e da prevenção de complicações. A caracterização dos fatores socioeconômicos relacionados aos portadores de Fibrilação Atrial em uso de anticoagulação oral pode indicar fatores a serem abordados de forma diferenciada para uma intervenção mais efetiva no problema.

Neste trabalho de conclusão de curso de Medicina, buscou-se, por meio de artigo original a ser apresentado à Revista Médica de Minas Gerais, verificar o impacto das características socioeconômicas individuais na anticoagulação oral de portadores de Fibrilação Atrial não-valvar. Na presente monografia, não estão apresentados os documentos de caráter administrativo requisitados para submissão do artigo.

SUMÁRIO

1 RESUMO E DESCRITORES	7
2 ABSTRACT AND KEYWORDS.....	8
3 INTRODUÇÃO.....	9
4 MÉTODOS.....	11
5 RESULTADOS	13
6 DISCUSSÃO.....	15
7 CONCLUSÕES.....	18
8 CONFLITOS DE INTERESSE	19
9 FONTES DE FINANCIAMENTO.....	20
10 VINCULAÇÃO ACADÊMICA	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS.....	24
TABELA 1	25
TABELA 2	26
ANEXO A: INSTRUÇÕES AOS AUTORES.....	27
ANEXO B: PARECER DO CEP EMESCAM	31

1 RESUMO E DESCRITORES

Introdução: A fibrilação atrial (FA) aumenta expressivamente o risco de acidente vascular encefálico (AVE), sendo a anticoagulação fortemente recomendada. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), diversas barreiras são encontradas pelos profissionais de saúde no seguimento desses pacientes.

Objetivo: Avaliar as características socioeconômicas de pacientes com FA não valvar utilizando anticoagulantes, e seus impactos na decisão sobre o tipo de medicação.

Métodos: Estudo transversal que avaliou pacientes portadores de FA não valvar em uso de anticoagulante, acompanhados em um serviço ambulatorial de um hospital de ensino no Espírito Santo, incluídos entre outubro/2017 e janeiro/2018. Dados clínicos e socioeconômicos foram obtidos através de entrevistas e prontuários. Foram utilizados teste do qui-quadrado, teste de Fisher e teste t de student, adotando-se nível de significância de 5%.

Resultados: Dos 44 pacientes incluídos, 28 (63,6%) estavam em uso de varfarina e 16 (36,3%) em uso de novos anticoagulantes orais (NACO). Não houve diferença entre os grupos varfarina e NACO em relação a características clínicas basais e ao escore CHA₂DS₂-VASc. O escore HAS-BLED médio em cada grupo foi 1,9 ±1,1 e 1,1 ±0,9 pontos (p=0,014). Observou-se preferência à escolha de NACO para pacientes com renda familiar bruta = dois salários mínimos (p=0,02), número de habitantes na residência > dois indivíduos (p=0,04) e escolaridade com ensino fundamental completo ou acima (p=0,02).

Conclusões: Fatores socioeconômicos particulares de cada paciente podem impactar as decisões terapêuticas na FA não valvar e devem ser individualmente avaliados, visando adequar suas necessidades na busca pela adesão e consequente sucesso terapêutico.

Palavras-chave: Fibrilação Atrial. Sistema Único de Saúde. Anticoagulantes. Acidente Vascular Cerebral.

2 ABSTRACT AND KEYWORDS

Background: Atrial fibrillation (AF) significantly increases the risk of stroke, which makes anticoagulation strongly recommended. In Brazil's public health system, many barriers are faced by health professionals in the follow-up of these patients.

Objectives: To assess the socioeconomic characteristics of patients with non-valvular AF using oral anticoagulants, and their impact on the decision about the type of medication.

Methods: Cross-sectional study that evaluated patients with non-valvular AF using oral anticoagulants, attended in an ambulatory service of a teaching-hospital in the state of Espírito Santo, included from October 2017 to January 2018. Clinical and socioeconomic data were obtained through interviews and medical registers. We used the Chi-Square test, the Fisher test and the t-student test, with a 5% significance level.

Results: From 44 included patients, 28 (63.6%) were on warfarin and 16 (36.3%) were on novel oral anticoagulants (NOAC). No differences were found among groups warfarin and NOAC as related to baseline clinical features and CHA₂DS₂-VASc score. Average HAS-BLED score was 1.9 ±1.1 and 1.1 ±0.9 points (p=0.014). We observed preference for choosing NOAC for patients with gross family income = two minimum wages (p=0.02), number of inhabitants at residence > two individuals (p=0.04) and schooling level corresponding to complete primary education or higher (p=0.02).

Conclusions: Particular socioeconomic factors for each patient can impact on therapeutical decisions in non-valvular AF and must be individually assessed, aiming to adjust for their necessities on the search for therapeutical adherence and success as a consequence.

Keywords: Atrial Fibrillation. Stroke. Anticoagulants. Public Health

3 INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial (FA) é a arritmia cardíaca mais frequente na prática clínica, com uma prevalência estimada de 1 a 2% da população geral em países norte-americanos e europeus.¹ Na América Latina, essa prevalência é em grande parte desconhecida devido à escassez de pesquisas nesta região.² Como resultado do incremento das doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, estima-se que a FA seja um problema importante, afetando um número médio de 1,5 milhões de pacientes no Brasil.^{1,2} A FA representa um importante preditor de acidente vascular encefálico (AVE), prontamente identificável e potencialmente evitável.³ Tendo em vista que a incidência de FA crônica aumenta acentuadamente acima de 60 anos de idade, é possível afirmar que a proporção crescente de AVE que ocorre com o avanço da idade está intimamente relacionada a essa arritmia.

A taxa de AVE isquêmico em pacientes com FA não-valvar, isto é, não precipitada por cardiopatias orovalvares, é de cerca de 5% ao ano, sendo cinco a sete vezes maior que a de pacientes sem FA. Ainda, a FA associa-se de forma independente a aumento da mortalidade por todas as causas.⁴ Portanto, a anticoagulação é imprescindível nesses pacientes, devido às graves complicações tromboembólicas possíveis.^{5,7} Além dos antagonistas de vitamina K (AVK), como a varfarina e femprocumona, várias terapias e associações de medicamentos para realizar a anticoagulação adequada foram testadas ao longo dos anos, sendo que os novos anticoagulantes orais (NACO) obtiveram grande êxito e mudaram a rotina da prevenção de AVE em pacientes com FA não valvar.⁸⁻¹²

As II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial, reforça dados positivos de eficácia e segurança dos NACO na FA e sua aprovação para a prática clínica no Brasil.¹³ Entretanto, excetuando-se o cenário de insuficiência renal avançada, não há clareza sobre preferência de AVK ou NACO, ficando a escolha da medicação a cargo da equipe médica. O *Guideline* da *American Heart Association*, por sua vez, salienta que, apesar da incontestável eficácia e benefícios obtidos ao longo dos anos com uso dos AVK, inúmeras limitações e dificuldades em seu manejo indicam que existe uma tendência mundial à sua subutilização e sua substituição pelos NACO.⁶

Após a introdução dos NACO na prática clínica, opções interessantes aos AVK passaram a ser disponíveis, porém, um dos impedimentos é seu custo ainda elevado. Como a realidade do Brasil e do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à anticoagulação na FA ainda é pouco conhecida, analisar os resultados de mundo real, comparando AVK e NACO, é fundamental para a otimização das políticas de saúde aqui praticadas, visando redução de morbimortalidade e aumento da custo-efetividade deste tratamento.

4 MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal observacional, com análise de dados de 45 pacientes que fazem acompanhamento no Ambulatório do serviço de Cardiologia de um hospital de ensino em Vitória, ES, que atende exclusivamente pacientes do SUS.

Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos acompanhados ambulatorialmente e que tinham diagnóstico de FA não valvar paroxística, persistente ou permanente, na presença ou não de cardiopatia estrutural. Para o diagnóstico de FA paroxística, foi necessária a ocorrência de no mínimo dois episódios de FA documentados nos últimos seis meses. Foram excluídos pacientes sem FA claramente diagnosticada, pacientes com FA de etiologia valvar (presença de prótese valvar mecânica ou de estenose mitral reumática moderada ou grave), os sem acompanhamento regular no serviço e os que não estavam em terapia anticoagulante por qualquer motivo.

Os pacientes incluídos no estudo foram avaliados através de entrevista e análise de prontuários, e foram avaliados os anticoagulantes em uso – AVK ou NACO. As variáveis socioeconômicas analisadas foram renda familiar bruta, número de habitantes na residência, renda familiar *per capita*, estado civil e escolaridade dos pacientes. Além disso, foram coletadas informações que permitiram o cálculo dos escores CHA²DS²VASc e HAS-BLED, como a presença de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença vascular, insuficiência renal ou hepática, história de acidente vascular encefálico ou ataque isquêmico transitório, história de sangramento, razão normalizada internacional (RNI) lábil, uso de drogas e/ou uso de álcool, idade e sexo do paciente.

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o número de CAAE 79624717.0.0000.5065 antes do seu início. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e tiveram seus dados coletados e analisados de forma anônima e agregada, sem identificação nominal, mantendo-se o sigilo e confidencialidade das informações médicas. Foram respeitados todos os preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a Declaração de Helsinque.

Para análise estatística, foram utilizados teste do qui-quadrado, teste de Fisher e teste t de student, utilizando-se para isso o programa SPSS versão 20.0 e adotando-se nível de significância de 0,05.

5 RESULTADOS

Foram recrutados 45 pacientes, sendo um excluído (2,2%) por não estar em uso de anticoagulante oral. Assim, um total de 44 pacientes foram incluídos consecutivamente no estudo, no período entre outubro de 2017 e janeiro de 2018, sendo que 28 (63,6%) estavam em uso de AVK (varfarina) e 16 (36,3%) em uso de NACO (31,8% dabigatrana e 4,5% rivaroxabana). A TABELA 1 evidencia o perfil clínico comparativo entre pacientes em uso de varfarina e os pacientes em uso de algum NACO.

TABELA 1 Características clínicas basais de pacientes com fibrilação atrial em anticoagulação

Variável	AVK (n=28)	NACO (n=16)	p
Idade, média \pm DP	67,8 \pm 12	66,4 \pm 13	0,7
Sexo masculino, n (%)	15 (53,5%)	11 (68,7%)	0,32
Hipertensão arterial, n (%)	22 (78,6%)	13 (81,2%)	0,83
Diabete melito, n (%)	3 (10,7%)	3 (18,7%)	0,45
Insuficiência cardíaca, n (%)	17 (60,7%)	10 (62,5%)	0,9
Dislipidemia, n (%)	3 (10,7%)	6 (37,5)	0,07
Acidente vascular encefálico prévio, n (%)	5 (17,8%)	3 (18,7%)	0,94
Sangramento prévio	10 (35,7%)	4 (25,0%)	0,46

* DP=desvio-padrão.

O escore CHA²DS²VASc médio nos grupos foi, respectivamente, 3,4 \pm 1,6 e 3,1 \pm 1,5 pontos (p=0,4). O grupo AVK apresentou, em comparação com o grupo NACO, maior escore HAS-BLED (1,9 \pm 1,1 vs 1,1 \pm 0,9 pontos, p=0,014) e maior número de consultas no último ano (8,8 \pm 5,2 vs 3,7 \pm 1,8 consultas, p=0,0002).

Na análise relativa às características socioeconômicas, houve maior taxa de prescrição e uso de NACO em pacientes com renda familiar bruta \geq dois salários mínimos, número de habitantes na residência $>$ dois indivíduos e ensino fundamental completo como escolaridade mínima (TABELA 2). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à renda per capita e ao estado civil na prescrição e uso de AVK ou NACO.

TABELA 2 Características socioeconômicas relacionadas à anticoagulação

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS	AVK (n=28)	NACO (n=16)	p
Renda familiar bruta			0,02
< dois salários mínimos (n=18), n (%)	15 (83,3%)	3 (16,7%)	
\geq dois salários mínimos (n=26), n (%)	13 (50%)	13 (50%)	
Número de habitantes na residência			0,04
\leq dois indivíduos (n=19), n (%)	15 (78,9%)	4 (21,1%)	
$>$ dois indivíduos (n=25), n (%)	13 (52,0%)	12 (48,0%)	
Renda per capita			0,23
< um salário mínimo/habitante (n=26), n (%)	16 (61,5%)	10 (38,5%)	
\geq um salário mínimo/habitante (n=18), n (%)	12 (66,7%)	6 (33,3%)	
Escolaridade			0,02
Analfabeto ou fundamental incompleto (n=31), n (%)	23 (74,2%)	8 (25,8%)	
Fundamental completo ou acima (n=13), n (%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)	
Estado civil			0,2
Casado(a) ou união estável (n=22), n (%)	13 (59,1%)	9 (40,9%)	
Solteiro(a), divorciado(a) ou viúvo(a) (n=22), n (%)	15 (68,2%)	7 (31,8%)	

6 DISCUSSÃO

Em nossa análise relativa às características socioeconômicas e à prescrição e uso de anticoagulantes em FA, a renda familiar bruta \geq dois salários mínimos, o número de habitantes na residência $>$ dois indivíduos o ensino fundamental completo ou escolaridade maior associaram-se a maior taxa de uso de NACO, em detrimento da escolha por AVK. Além disso, não foram observadas diferenças clínicas significativas entre os grupos AVK e NACO.

Os trabalhos mais recentes sobre os NACO evidenciam cada vez mais a superioridade em alguns aspectos em relação à varfarina, principalmente no tocante a desfechos de segurança e adesão ao tratamento.¹⁴ Entretanto, em nível de saúde pública e frente ao custo mais elevado destas medicações, as taxas de sucesso, de adesão terapêutica e de complicações relacionadas à anticoagulação na FA devem ser exploradas e acompanhadas regionalmente, conforme as características e disponibilidades de cada localidade.

Apesar de a Constituição Federal brasileira garantir tratamento médico adequado a todos os cidadãos, inúmeras barreiras são encontradas na prática. Ainda, há o retardo considerado normal na incorporação de novas medicações ou tratamentos, em função de lacunas científicas ou ausência de dados científicos robustos de superioridade sobre o tratamento já padronizado. Isto acontece com os NACO,^{15,16} especialmente em função de grandes ensaios clínicos terem sido desenhados com a intenção de avaliar não-inferioridade na comparação com a varfarina.¹⁰⁻¹³

A FA e a necessidade de anticoagulação são agravos prevalentes e prioritários da atenção básica de saúde. Neste cenário, a varfarina é consolidada há muitos anos como terapia padrão, e é disponibilizada no SUS,¹⁵ apesar de inconvenientes como interações medicamentosas múltiplas, necessidade de controle laboratorial e dificuldades de adesão por inúmeros motivos. O advento dos NACO mudou a prática clínica, de forma a adicionar conforto e segurança a uma terapia sabidamente eficaz, que é a anticoagulação para a prevenção de AVE na FA não valvar.^{17,18} Entretanto, no SUS, dabigatrana, rivaroxabana e apixabana são consideradas medicações de dispensação excepcional e de alto custo, e sua distribuição

depende da disponibilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Apesar desta posição contrária às tendências mundiais de uso dos NACO, usuários do SUS recebem cada vez mais prescrições destas, porém as variáveis atreladas a isso são desconhecidas.

É evidente a emergência da FA não-valvar como doença altamente prevalente e em ascensão em nosso meio,¹⁹ e as evidências científicas são concretas quanto à não-inferioridade e maior segurança com o uso dos NACO.¹⁴ Contudo, é importante ressaltar que a varfarina é mandatória em casos com contra-indicação aos NACO, como pacientes com insuficiência renal avançada, portadores de prótese valvar mecânica ou estenose mitral reumática moderada a grave.^{20,21}

De modo geral, este estudo evidenciou elevada taxa de anticoagulação nos pacientes com FA não valvar em nosso serviço, sendo predominante o uso de AVK, porém com uma expressiva taxa de mais de um terço dos pacientes em uso de algum NACO. Esta taxa de prescrição de anticoagulantes de 97,8% é bem superior à encontrada em grandes estudos multicêntricos mais antigos, nos quais a taxa foi de aproximadamente 60 a 70%.²⁰⁻²² Por se tratar de um centro terciário de atenção à saúde e de um hospital de ensino, a ênfase no tratamento adequado e embasado em evidências pode justificar a consistência no manejo clínico da FA em nosso serviço. Tais fatos explicam também o número proporcionalmente elevado de pacientes em uso de NACO, de forma a aumentar a adesão ou aumentar a segurança em pacientes selecionados.

Sabido que entre os pacientes com FA em anticoagulação, nível socioeconômico mais baixo é fator de risco para hemorragias e mortalidade relacionada à hemorragia.²³ Este e outros fatores devem ser cuidadosamente considerados ao se iniciar e monitorar a terapia com varfarina.²³⁻²⁴ No âmbito do SUS, muitas vezes a limitação financeira acarretará em maior impacto nas decisões, e a relação médico-paciente deve ser saudável a ponto de contemplar características clínicas, socioeconômicas e psicossociais. Infelizmente, ainda observa-se com frequência a perda de oportunidades terapêuticas, com desfechos graves e evitáveis em pacientes com FA. No estado do Espírito Santo, é notório o sucesso na distribuição dos NACO dabigatrana e rivaroxabana em nível de SUS através da confecção de

Laudo de Medicamento Especializado pelo cardiologista assistente, o que amplia as oportunidades terapêuticas.

Nosso estudo não explica claramente a preferência à escolha de NACO para pacientes com renda familiar bruta mais alta, maior número de habitantes na residência e escolaridade mais alta. As hipóteses para isso são a maior chance de adesão, de compreensão da doença e de apoio familiar para aquisição da medicação por estes pacientes. Características particulares de cada paciente podem impactar sobremaneira as decisões terapêuticas na FA não valvar e devem ser individualmente avaliados, visando adequar as necessidades individuais de cada um na busca pela adesão ao tratamento e consequente sucesso terapêutico.

Limitações

Apesar de relevante, nosso estudo apresenta algumas limitações, a saber: amostra pequena para a análise e inclusão de pacientes de um único serviço de saúde, o que pode não refletir a realidade local no âmbito do SUS.

7 CONCLUSÕES

Houve elevada taxa de prescrição de anticoagulação para pacientes em FA, sendo o AVK a terapia predominantemente escolhida. Notou-se preferência à escolha de algum NACO para pacientes com renda familiar bruta \geq dois salários mínimos, número de habitantes na residência $>$ dois indivíduos e escolaridade com ensino fundamental completo ou acima.

Estudos locais acerca de adesão, acesso e práticas clínicas envolvendo o SUS são necessários para o conhecimento e aprimoramento de terapias preventivas reconhecidamente eficazes, promovendo políticas de saúde pública de qualidade.

8 CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesses pertinentes.

9 FONTES DE FINANCIAMENTO

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

10 VINCULAÇÃO ACADÊMICA

O presente estudo está vinculado ao Trabalho de Conclusão de Curso de medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

REFERÊNCIAS

1. Lip GYH, Lane DA. Stroke prevention in atrial fibrillation: a systematic review. *JAMA*. 2015;314(8):837-47.
2. Soriano MA, Leyva-Bravo V, González-Rojas GL, Medina-Farina M, Duarte MA. Treatment costs of ischemic stroke prevention and management in patients with atrial fibrillation (AF) in Latin America: Argentina, Brazil, Chile, and Venezuela. *Value Health*. 2013;16(7):A705.
3. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial Fibrillation: A major contributor to stroke in the elderly. The Framingham study. *Arch Intern Med*. 1987;147(9):1561-1564.
4. Stewart S, Murphy N, Walker A, McGuire A, McMurray JJ. Cost of an emerging epidemic: an economic analysis of atrial fibrillation in the UK. *Heart* 2004; 90:286-92.
5. Flegel KM, Shipley MJ, Rose G. Risk of stroke in non-rheumatic atrial fibrillation [published erratum appears in *Lancet* 1987;1:878]. *Lancet* 1987;1:526 -9.
6. January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cleveland JC, Cigarroa JE, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2014;130:e199-e267.
7. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, et al. European Heart Rhythm Association practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace*. 2013;15(5):625-51.
8. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy

- to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 1999;131:492-501.
9. ACTIVE Writing Group of the ACTIVE Investigators, Connolly S, Pogue J, Hart L, Pfeffer M, Hohnloser S, Chrolavicius S, et al. Clopidogrel plus aspirin versus oral anticoagulation for atrial fibrillation in the Atrial fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for prevention of Vascular Events (ACTIVE W): a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;367:1903-12.
 10. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139-51.
 11. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011 Sep 8;365(10):883-91.
 12. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJV, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:981-92.
 13. Magalhães LP, Figueiredo MJO, Cintra FD, Saad EB, Kuniyishi RR, Teixeira RA, et al. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 106(4Supl.2):1-22.
 14. Yao X, Abraham NS, Sangaralingham LR, Bellolio MF, McBane RD, Shah ND, et al. Effectiveness and safety of dabigatran, rivaroxaban, and apixaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *J Am Heart Assoc*. 2016;5(6).
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório Nº 195 Fevereiro/2016 CONITEC - Apixabana, rivoraxabana e dabigratana em pacientes com fibrilação atrial não valvar.
 17. Spence JD. Cardioembolic stroke: everything has changed. *Stroke and*

18. Schwill S, Krug K, Peters-Klimm F, Lieshout JV, Laux G, Szecsenyi J, et al. BMC Family Practice (2018) 19:115 Novel oral anticoagulants in primary care in patients with atrial fibrillation: a cross-sectional comparison before and after their introduction. BMC Family Practice. 2018; 19:115.
19. Ball J, Carrington MJ, McMurray JJ, Stewart S. Atrial fibrillation: profile and burden of an evolving epidemic in the 21st century. Int J Cardiol 2013;167:1807–24.
20. Ten Cate V, Ten Cate H, Verheugt FW. The Global Anticoagulant Registry in the FIELD-Atrial Fibrillation (GARFIELD-AF): exploring the changes in anticoagulant practice in patients with non-valvular atrial fibrillation in the Netherlands. Neth Heart J. 2016 Oct;24(10):574-80.
21. Nieuwlaat R, Capucci A, Camm AJ, Olsson SB, Andresen D, Davies DW, et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. Eur Heart J. 2005 Nov;26(22):2422-34.
22. Nabauer M, Gerth A, Limbourg T, Schneider S, Oeff M, Kirchhof P, et al.
et al. The Registry of the German Competence NETWORK on Atrial Fibrillation: patient characteristics and initial management. Europace. 2009;11(4):423-34.
23. Cressman AM, Macdonald EM, Yao Z, Austin PC, Gomes T, Paterson JM, et al. Socioeconomic status and risk of hemorrhage during warfarin therapy for atrial fibrillation: A population-based study. Am Heart J. 2015 Jul;170(1):133-40, 140.e1-3.
24. Olah ME, Gaisano G, Hwang SW. The effect of socioeconomic status on access to primary care: an audit study. CMAJ. 2013;185(6):E263–9.

ANEXOS**TABELA 1** Características clínicas basais de pacientes com fibrilação atrial em anticoagulação

Variável	AVK (n=28)	NACO (n=16)	p
Idade, média \pm DP	67,8 \pm 12	66,4 \pm 13	0,7
Sexo masculino, n (%)	15 (53,5%)	11 (68,7%)	0,32
Hipertensão arterial, n (%)	22 (78,6%)	13 (81,2%)	0,83
Diabete melito, n (%)	3 (10,7%)	3 (18,7%)	0,45
Insuficiência cardíaca, n (%)	17 (60,7%)	10 (62,5%)	0,9
Dislipidemia, n (%)	3 (10,7%)	6 (37,5)	0,07
Acidente vascular encefálico prévio, n (%)	5 (17,8%)	3 (18,7%)	0,94
Sangramento prévio	10 (35,7%)	4 (25,0%)	0,46

* DP=desvio-padrão.

TABELA 2 Características socioeconômicas relacionadas à anticoagulação

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS	AVK (n=28)	NACO (n=16)	p
Renda familiar bruta			0,02
< dois salários mínimos (n=18), n (%)	15 (83,3%)	3 (16,7%)	
≥ dois salários mínimos (n=26), n (%)	13 (50%)	13 (50%)	
Número de habitantes na residência			0,04
≤ dois indivíduos (n=19), n (%)	15 (78,9%)	4 (21,1%)	
> dois indivíduos (n=25), n (%)	13 (52,0%)	12 (48,0%)	
Renda <i>per capita</i>			0,23
< um salário mínimo/habitante (n=26), n (%)	16 (61,5%)	10 (38,5%)	
≥ um salário mínimo/habitante (n=18), n (%)	12 (66,7%)	6 (33,3%)	
Escolaridade			0,02
Analfabeto ou fundamental incompleto (n=31), n (%)	23 (74,2%)	8 (25,8%)	
Fundamental completo ou acima (n=13), n (%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)	
Estado civil			0,2
Casado(a) ou união estável (n=22), n (%)	13 (59,1%)	9 (40,9%)	
Solteiro(a), divorciado(a) ou viúvo(a) (n=22), n (%)	15 (68,2%)	7 (31,8%)	

ANEXO A - INSTRUÇÕES AOS AUTORES



Orientações aos Autores

Os manuscritos para publicação nas seções “Artigo Original”, “Artigo de Revisão”, “Atualização Terapêutica”, “Educação Médica” e “História da Medicina” devem ter até 16 laudas (1500 caracteres sem espaço), incluindo as referências que devem limitar-se até 30 e excluindo ilustrações. Os artigos das seções “Relato de Caso”, “Comentários ou Ponto de Vista” devem ter até 8 laudas, incluindo ilustrações e referências que devem limitar-se até 15. A Seção de “Imagem” deve ter até 3 laudas, incluindo a figura e as referências que devem limitar-se até 5; Carta aos editores: Recomenda-se o tamanho máximo de 4000 caracteres (com espaço), Para os comunicados das instituições mantenedoras recomenda-se o tamanho máximo de 8000 caracteres (com espaço). A RMMG reserva-se o direito de recusar artigos acima desses limites.

Para os trabalhos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia do parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS/466/2012, e para os manuscritos que envolveram apoio financeiro, este deve estar explícito claramente no texto e declarados na carta de submissão a ausência de qualquer interesse pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro na publicação do mesmo.

Os manuscritos são submetidos por meio do SGP-Sistema de Gestão de Periódicos, no site da RMMG www.rmmg.org inserindo o original e suas respectivas ilustrações, anexos e apêndices; Parecer do Comitê de Ética, quando houver; e carta de submissão do manuscrito ([Copyright](#)), indicando a sua originalidade, a não submissão a outras revistas, as responsabilidades de autoria, a transferência dos direitos autorais para a revista em caso de aceitação e declaração de que não foi omitido qualquer ligação ou acordo de financiamento entre o(s) autor(es) e companhias que possam ter interesse na publicação do artigo. O Copyright deverá ser assinado por todo(s) autor(es) digitalizado (arquivo pdf) e inserido no SGP.

Os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem:

- Nome(s) completo do(s) autor(es) acompanhado(s) de sua(s) respectivas(s) afiliação(ões), indicação da instituição onde o trabalho foi realizado, autor correspondente: nome e endereço eletrônico;

Obs. A instituição deverá ser indicada com até 3 níveis hierárquicos – do maior para o menor, e a indicação cidade, estado e país.

Ex.:

Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Faculdade de Medicina,
Departamento de Cirurgia. Belo Horizonte, MG – Brasil.

- Título em português e inglês;
- Indicação da seção na qual o trabalho deverá ser publicado;
- Palavras-chave e Keywords (três a dez), de acordo com Descritores em Ciências da Saúde-DECS da BIREME/OPAS/OMS versão do Medical Subject Headings (MeSH) do PUBMED) da National Library of Medicine, (<http://decs.bvs.br/>);
- Resumo (em formato semi-estruturado para os artigos originais) do trabalho em português, sem exceder o limite de 250 palavras. O resumo no formato semi-estruturado deverá ser adotado para os artigos da categoria “artigos originais”, compreendendo, obrigatoriamente, as seguintes partes, cada uma das quais devidamente indicada pelo subtítulo respectivo: Introdução; Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões.
- Abstract (resumo em língua inglesa), consistindo na correta versão do resumo para aquela língua;
- TEXTO estruturado de acordo com a tipologia do trabalho:
 - Artigo Original: Introdução e literatura, Material ou Casuística, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões;
 - Artigos de Revisão: Introdução, revisão da literatura, discussão ou comentários, conclusão;
 - Atualização Terapêutica: Introdução, revisão da literatura, discussão ou comentários, conclusão;
 - Relato de Caso: Introdução, descrição do caso, discussão, conclusão;
 - Educação Médica: Introdução, desenvolvimento livre, conclusão;
 - História da Medicina: Introdução, desenvolvimento livre; conclusão;
 - Comentários , Ponto de Vista: Introdução, desenvolvimento livre; conclusão;
 - Imagem: Apresentação da imagem, breve descrição e discussão do registro.
- **Agradecimentos** (opcional);
- **Referências** (de acordo com os “*Uniform Requirements for Manuscripts (URM)* do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*- Estilo Vancouver, disponível em:

português: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>
espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>
inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>;

29

• **Ilustrações:** Tabelas e Figuras (conforme orientações do sistema de submissão SGP)

Para efeito de normalização adota-se o “*Uniform Requirements for Manuscripts (URM)* do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*- Estilo Vancouver - disponível em: <<http://www.icmje.org/>>, em português: <http://www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese_1999.pdf>

As referências citadas no texto são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez, mediante número arábico, sobrescrito, após a pontuação, quando for o caso, correspondendo às referências listadas no final do artigo, sem parênteses. As referências devem ser apresentadas de acordo com as normas [“Citing Medicine: the NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers, 2007](#), disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>>; versão em português disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html#pseis>>.

Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o “Journals Database” do PUBMED, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> ou no Portal de Revistas Científicas da BVS, BIREME/OPAS/OMS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>

As abreviaturas dos títulos só têm ponto após a última palavra.
Exs. Rev Med Minas Gerais.; N Engl J Med.;

As ilustrações são denominadas: TABELA (tabelas e quadros) e FIGURA (fotografias, gráficos e outras ilustrações). Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (Tabela 1, Figura 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da tabela ou figura. Ex: (Tabela 1, Figura 1). As fotografias deverão ser enviadas conforme as instruções do sistema e não devem ser incorporadas no editor de texto; podem ser em cores e deverão estar no formato JPG, em alta resolução (300 dpi) e medir, no mínimo, 10cm de largura (para uma coluna) e 20cm de largura (para duas colunas). Devem ser nomeadas, possuir legendas e indicação de sua localização no texto.

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas em graus Celsius. Os valores de pressão arterial em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum.

Lista de checagem: recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem abaixo para certificarem-se de que toda a documentação está sendo enviada:

- Copyright - carta de submissão assinada (assinatura digital) por todos os autores;
- Declaração Conflito de interesses;
- Declaração de aprovação de pesquisa pelo Comitê de Ética;

30

- Autores e afiliações;
- Resumo em português e palavras chaves;
- Abstract e Keywords;
- Texto (com citações numeradas por ordem de aparecimento indicadas por algarismos arábicos);
- Referências no estilo Vancouver numeradas em ordem de aparecimento das citações no texto;
- Ilustrações numeradas por tipo e ordem de aparecimento;

Os manuscritos devem ser enviados para: < www.rmmg.org >

Submissão de Manuscritos

< <http://www.sgponline.com.br/rmmg/sgp/?idioma=Portugu%EAs>>

ANEXO B - Parecer do CEP da EMESCAM

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Eficácia e segurança da anticoagulação em pacientes com fibrilação atrial: comparação entre antagonistas de vitamina K e novos anticoagulantes orais

Pesquisador: roberto.rbcardiol.br

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79624717.0.0000.5065

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.433.004

Apresentação do Projeto:

Refere-se a um estudo prospectivo observacional unicêntrico do tipo coorte, a ser realizado por meio de análise de prontuários, aplicação de questionários e avaliação clínica em pacientes inseridos na Clínica de Insuficiência Cardíaca e no ambulatório de Cardiologia Geral do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Este trabalho tem como finalidade analisar os desfechos de eficácia e segurança associados ao uso de terapia anticoagulante, comparando os resultados de acordo com a terapia utilizada: antagonistas da vitamina K (varfarina e femprocumona) vs. novos anticoagulantes orais (dabigatrana, rivaroxabana e apixabana).

Critérios de inclusão: Pacientes maiores de 18 anos acompanhados ambulatorialmente e que tenham diagnóstico de FA não-valvar paroxística, persistente ou permanente, na presença ou não de cardiopatia estrutural e independentemente do tratamento prescrito ou vislumbrado.

Critérios de exclusão: - Pacientes sem FA diagnosticada.

- Pacientes com FA de etiologia valvar (presença de prótese valvar mecânica ou de estenose mitral reumática moderada ou grave).

- Pacientes sem acompanhamento regular no HSCMV.

- Pacientes que não aceitem participar do estudo ou que não aceitem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa será realizada por meio de análise de prontuários e seguimento clínico com

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**


Continuação do Parecer: 2.433.004

questionário que será realizado em três momentos: admissão, após seis meses e após 12 meses. As avaliações com aplicação dos questionários serão realizadas no ambiente do ambulatório da SCMV, antes ou após as consultas de rotina. Todos os pacientes incluídos no estudo serão entrevistados quando avaliados pela primeira vez (ANEXO 1), e, no seguimento clínico de seis e 12 meses, será aplicado outro questionário (ANEXO 2).

A amostra total será composta por 270 pacientes, obtida pela soma de 110 no grupo AVK, 110 no grupo NOAC e 50 no grupo sem anticoagulação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Comparar os resultados da anticoagulação com AVK e NOAC em população portadora de FA.

Objetivos secundários:

- Comparar os resultados da anticoagulação com quaisquer agentes com a administração de fármacos alternativos, como AAS ou outros antiplaquetários, e com a não-realização de anticoagulação.
- Comparar os AVK com cada um dos NOAC – dabigatrana, rivaroxabana e apixabana.
- Avaliar os níveis de INR dos pacientes em uso de AVK.
- Avaliar a adesão terapêutica aos fármacos receitados ambulatorialmente.
- Avaliar os motivos da má-adesão terapêutica.
- Avaliar a adesão ao tratamento anticoagulante conforme a renda familiar per capita e o grau de escolaridade do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios:

Como benefícios, o presente estudo poderá esclarecer dados sobre eficácia e segurança de AVK e NOAC numa população de mundo real. Os resultados terão o potencial de identificar os agentes mais apropriados em situações distintas, gerando hipóteses que poderão nortear estudos maiores futuramente.

Riscos:

Os riscos contidos no estudo limitam-se aos de natureza psíquica, espiritual ou moral dos indivíduos incluídos e à divulgação dos resultados da pesquisa. Apesar da quebra de confidencialidade a partir do prontuário médico, o pesquisador se compromete a manter a autonomia dos participantes e o sigilo dos dados obtidos, utilizando-os exclusivamente para a

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa			
Bairro: Bairro Santa Luiza		CEP: 29.045-402	
UF: ES	Município: VITORIA		
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586	E-mail: comite.etica@emescam.br	

**ESCOLA SUPERIOR DE
 CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
 MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**


Continuação do Parecer: 2.433.004

pesquisa científica, minimizando assim os riscos mencionados. Riscos físicos atrelados ao uso de anticoagulantes ou a outros fatores não estarão presentes nesta pesquisa, uma vez que nenhuma intervenção médica será realizada além daquelas já propostas no acompanhamento ambulatorial rotineiro da instituição, dentro da assistência de saúde já realizada nos participantes de pesquisa. Reforça-se o fato de que a escolha da terapia não será definida pelo pesquisador ou pela pesquisa em si, somente serão avaliados os resultados clínicos conforme a terapia adotada pela equipe médica do serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Recomendações do último parecer:

1) Explicar os critérios de inclusão no grupo de 50 pacientes sem anticoagulante.

"Poderão ser incluídos pacientes em uso de anticoagulantes (AVK ou NOAC) ou não (em uso de AAS ou nenhuma terapia), desde que haja uma contraindicação clínica clara e documentada para a anticoagulação nestes últimos."

2) Revisar TCLE conforme o item considerações sobre os termos de apresentação obrigatória deste parecer.

"Caso as consultas de acompanhamento não sejam realizadas por qualquer motivo, o pesquisador irá lhe telefonar para buscar as informações e aplicar o questionário sobre sua saúde, com o(a) Sr.(a) ou um familiar."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO - ADEQUADA

CARTA DE ANUENCIA - ADEQUADA

TCLE - ADEQUADO

CRONOGRAMA - ADEQUADO

Recomendações:

NENHUMA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.433.004

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1009797.pdf	05/12/2017 09:01:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoACOFA301117.docx	30/11/2017 16:35:41	roberto.rbcdiol.br	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEACOFACORRETO20171.docx	30/11/2017 16:35:17	roberto.rbcdiol.br	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	10/10/2017 19:29:07	roberto.rbcdiol.br	Aceito
Outros	CartaAnuenciaAssinada.pdf	10/10/2017 19:28:49	roberto.rbcdiol.br	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 12 de Dezembro de 2017

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

CAROLINE DELBONI NASCIMENTO

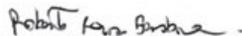
LAÍS DE SOUZA PEDRONI

**ANTICOAGULAÇÃO ORAL NA FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR:
IMPACTO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS INDIVIDUAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção de grau de médico.

Aprovada em 29 de março de 2019.

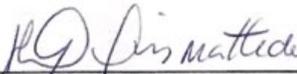
BANCA EXAMINADORA



Dr. Roberto Ramos Barbosa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
HSCMV Orientador



Dr. Luiz Fernando Machado Barbosa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV



Dr. Renato Giestas Serpa

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – HSCMV