

ENTENDIMENTO DE PACIENTES SOBRE PARTICIPAÇÃO EM OFICINAS EDUCACIONAIS EM UM AMBULATÓRIO DE ANTICOAGULAÇÃO

Patients understanding in educational workshops participation in a anticoagulation clinic

Ingrid Silva Bremer de Toledo¹, Josiane Moreira Costa², Caio Batista Fontes³, Maryellen Martins de Souza⁴, Ronara Camila de Souza Groia⁵, Carla Jorge Machado⁶, Ciomara Maria Pérez Nunes⁷

RESUMO

A varfarina é um anticoagulante comumente utilizado na prática clínica para tratamento e prevenção do tromboembolismo. Devido à grande variabilidade de resposta, faixa terapêutica estreita e possibilidade de interação com outros fármacos, é necessária uma constante monitorização da Relação Normalizada Internacional (RNI). A implementação de Clínicas Especializadas em Anticoagulação (CA) é uma importante estratégia para promover maior segurança no tratamento dos pacientes, manejo da dose do fármaco e orientações quanto à posologia, interações e efeitos adversos. Foram realizadas oficinas educacionais em um ambulatório de anticoagulação de Belo Horizonte (MG), com o intuito de orientar pacientes e acompanhantes acerca do tratamento. O objetivo deste artigo é identificar o entendimento dos pacientes com maior e menor tempo de tratamento em uma clínica de anticoagulação, em relação aos aspectos abordados em oficinas educacionais. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado em um hospital público geral, referência em Minas Gerais. Após o oferecimento das oficinas, foi aplicado um questionário semiaberto não validado para avaliar a compreensão dos pacientes. Participaram 76 pessoas, das quais 35 compunham o grupo 01, com menos de 01 ano de acompanhamento na clínica, e 29, o grupo 02, com tempo de acompanhamento superior a 01 ano. Os resultados do presente artigo sugerem que as oficinas contribuem para maior entendimento das temáticas abordadas, culminando em mudanças no tratamento, maior segurança e compreensão da necessidade de acompanhamento no ambulatório. Verificou-se que o grupo em acompanha-

ABSTRACT

Warfarin is an anticoagulant commonly used in clinical practice for treatment and prevention of thromboembolism. Due to the great response variability, narrow therapeutic range and possibility of interaction with other drugs, constant monitoring of the international normalized ratio (INR) is needed. Implementation of specialized clinics in anticoagulation (CA) is an important strategy to promote greater safety in the treatment of patients, drug dose management and guidance as the dosage, interactions and adverse effects. Educational workshops were held in an anticoagulation clinic Belo Horizonte (MG), in order to guide patients and caregivers about the treatment. The purpose of this article is to identify the experience of such patients in the workshops. It is a cross-sectional, descriptive study in a general public hospital, a reference in Minas Gerais. A half-open questionnaire non-validated was applied to assess comprehension of these patients about the workshops. 76 people participated, of which 35 made up the group 01 and 29 the group 02. The results of this article suggest that the workshops contribute to greater understanding of the subjects addressed, culminating in changes in treatment, greater security and understanding of the need of monitoring in the clinic. It was found that the group followed up for a longer time has a higher prevalence of understanding, compared to the group with a shorter time. However, the observation of doubt accounting both groups suggest the need of continuous realization of educational practices. In this case, the workshops can be presented as an important learning strategy, questions and

¹ Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: ingridtoledo_4@hotmail.com

² Universidade Federal de Minas Gerais.

³ Universidade Federal de Minas Gerais.

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais.

⁵ Universidade Federal de Minas Gerais.

⁶ Universidade Federal de Minas Gerais.

⁷ Universidade Federal de Minas Gerais.

mento há mais tempo possui uma maior prevalência de entendimento, quando comparado ao grupo acompanhado há menos tempo. No entanto, a observação de relatos de dúvidas em ambos os grupos sugere a necessidade da realização contínua de práticas educacionais. Nesse caso, as oficinas podem apresentar-se como uma importante estratégia de aprendizado, compartilhamento de dúvidas e vivências, principalmente para pacientes com menor tempo de acompanhamento ambulatorial.

PALAVRAS-CHAVE: Varfarina; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A varfarina é o anticoagulante mais comumente prescrito para a prevenção e tratamento de eventos tromboembólicos.¹ Dentre os principais fatores de risco para os eventos tromboembólicos, destaca-se a fibrilação atrial, que é uma das arritmias mais comuns em pessoas idosas.² Ao identificar um aumento da perspectiva de vida e consequente aumento da população idosa nos últimos anos, e ao considerar que 75,7% dos usuários de medicamentos anticoagulantes são idosos,^{3,4} espera-se um aumento no número de indivíduos em uso dessa terapia nos próximos anos. Ressalta-se que a varfarina é recomendada pelo American College of Chest Physicians como terapia profilática para pacientes em risco tromboembólico,⁵ e que mais de um milhão de prescrições de varfarina são dispensadas anualmente nos Estados Unidos, ficando essa substância entre as 15 drogas mais prescritas, em termos de quantidade.⁴

Apesar dos benefícios alcançados com o uso da varfarina,⁶ entendem-se como principais desvantagens do tratamento a estreita faixa terapêutica, a grande variabilidade na dose-resposta e a propensão a interações com muitos fármacos e alimentos ricos em vitamina K.^{6,7} Como consequência, a monitorização laboratorial periódica da atividade da protrombina, expressa pela Relação Normalizada Internacional (RNI), se faz necessária para auxiliar no manejo da dose e prevenir eventos adversos representados por eventos tromboembólicos ou hemorrágicos, mas principalmente hemorrágicos.⁶

Segundo o Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos (ISPM), os medicamentos potencialmente perigosos são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência da falha no processo de utilização. Os erros que ocor-

rem com esses medicamentos podem não ser os mais frequentes, porém suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou morte.⁷ A varfarina é classificada como um medicamento potencialmente perigoso, sendo que o ISMP recomenda critérios para acompanhamento e garantia da segurança durante o uso desse medicamento pelos pacientes.⁷

Uma das estratégias para promoção da segurança dos pacientes em uso da varfarina é a implementação de Clínicas Especializadas em Anticoagulação (CA), com atendimento multidisciplinar voltado para o manejo da dose do medicamento e para orientações sobre indicação, posologia, riscos de interações e eventos adversos, bem como o estímulo ao autocuidado. Esse serviço de saúde tem como principal objetivo a redução de complicações da anticoagulação que incluem os sangramentos, bem como os eventos tromboembólicos advindos da anticoagulação insuficiente.⁸

KEYWORDS: Warfarin; Health Education; Primary Health Care.

Estudos têm mostrado que as atitudes de concordância dos pacientes com a terapia de anticoagulação afetam na automonitorização dos mesmos o que resulta na melhora do controle da anticoagulação.⁹ Para isso, com o intuito de orientar não só os pacientes, mas também seus respectivos acompanhantes sobre o uso correto da varfarina, foram realizadas oficinas educacionais em um ambulatório de anticoagulação em Belo Horizonte.

O espaço das oficinas torna-se importante por propiciar uma maior troca de experiências e dúvidas, muitas das quais não são abordadas durante as consultas devido à limitação de tempo. Entende-se que esse processo também aprimora as relações paciente - paciente, e profissional - pacientes.¹⁰ O presente artigo possui o objetivo de identificar o entendimento dos pacientes com maior e menor tempo de acompanhamento ambulatorial sobre as temáticas abordadas nas oficinas, a partir da aplicação de

um questionário semiaberto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado no período de 30 de junho de 2014 a 12 de setembro de 2014.

Local de estudo

O estudo foi realizado em um hospital público geral, referência para a rede de atenção à urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais. Atualmente, esse hospital é composto por um total de 368 leitos divididos no Pronto Socorro (PS) e nas Linhas de Cuidado Clínico (LCCL), Cirúrgico (LCCI), Materno-Infantil (LCMI) e Intensivo (LCI).

O hospital do estudo pactuou com a prefeitura municipal a abertura da CA, constituindo-se em uma das referências no município e responsabilizando-se pelo atendimento dos pacientes egressos da instituição e dos usuários do SUS residentes na região norte da capital mineira, com indicação de uso da varfarina.

O ambulatório é composto por uma equipe de cinco profissionais, sendo um médico com regime de trabalho de 40 horas semanais, um farmacêutico e um enfermeiro trabalhando por 30 horas semanais, um auxiliar administrativo por 20 horas semanais e um técnico de enfermagem por 10 horas semanais. A monitorização laboratorial do tratamento com varfarina é realizada pelo laboratório de análises clínicas da instituição.

O atendimento se inicia com a coleta de sangue para mensuração do RNI. Após a liberação do resultado, a conduta é discutida por equipe multiprofissional, composta pelo médico, enfermeiro e farmacêutico, que realizam atendimentos individualizados de acordo com as necessidades de cada paciente. Todos os procedimentos se baseiam no protocolo adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH). Nesse atendimento, o paciente recebe informações sobre o resultado do exame, a necessidade de ajuste de dose e outras orientações educacionais pertinentes ao caso.

Em relação ao retorno ao ambulatório, pacientes que apresentam mensurações do RNI fora da faixa são agendados para retorno em 07 dias e, a cada RNI na faixa, é fornecido um acréscimo de 07 dias de retorno, sendo que os agendamentos normalmente possuem prazos de 07, 14, 21 e 28 dias, sendo esse o prazo máximo.

Todos os atendimentos são registrados em prontuário informatizado específico, desenvolvido no sistema informatizado de gestão da instituição em estudo.

Em relação às oficinas, essas eram oferecidas durante o período de espera por atendimento, que correspondia ao intervalo de tempo entre a coleta da amostra e o início do atendimento no ambulatório.

Realização das oficinas

Com o intuito de promover melhor compreensão do tratamento por parte dos pacientes, utilizando-se a construção do aprendizado por meio da troca de vivências, optou-se pela realização das oficinas educacionais durante o período de espera do paciente pelo atendimento.

A identificação dos temas abordados ocorreu por meio da realização de grupos focais. Essa é uma técnica que pode ser utilizada para redirecionar ações educacionais e identificar necessidades dos pacientes em relação à terapia anticoagulante.¹¹ Para isso foram realizados dois grupos focais e ocorreu a participação de cerca de 10 pacientes em cada grupo. Uma pesquisadora com experiência prévia na realização de grupos focais foi responsável pela moderação, sendo que a mesma também foi responsável pela capacitação dos residentes multiprofissionais que trabalharam como observadores.

Durante a realização dos grupos, os profissionais assumiram os papéis de moderador e observadores, conforme recomendado na literatura.¹²

Nos grupos, os participantes foram convidados a relatar percepções sobre a experiência do tratamento e sobre a necessidade de recebimento de orientações educacionais. Esses encontros foram gravados, as falas foram codificadas e, a partir delas, se aplicou a análise de conteúdo.^{13,14} Com base nessa análise, identificaram-se quatro tópicos prioritários a serem abordados nas oficinas: “Conhecendo o problema de saúde”, “Como utilizar a varfarina”, “Alimentação e anticoagulação” e “Conhecendo o corpo”.

Cada oficina foi composta pelos momentos de aquecimento, apresentação do tema, elaboração do aprendizado e construção do produto “Cartilha Feliz”. A partir da realização do aquecimento e apresentação da temática, realizavam-se discussões em que os participantes relatavam suas experiências, propunham soluções e desenvolviam um novo olhar sobre a farmacoterapia da anticoagulação. Também foi confeccionado um boneco que era apresentado ao grupo como um “paciente especial” do ambulatório de anticoagulação. Esse boneco sempre era utilizado na apresentação das temáticas e estava presente em todas as oficinas.

Em relação ao produto “Cartilha Feliz”, esse foi considerado uma síntese do aprendizado, e consistia da elaboração de uma cartilha para o boneco que sempre participava dos encontros.

Durante a elaboração da cartilha, os participantes eram convidados a informar ao boneco sobre os principais aprendizados do dia, consideradas as principais informações a serem levadas para casa.

Coleta e análise dos dados

Para a identificação do entendimento dos pacientes em relação aos aspectos abordados nas oficinas, utilizou-se um questionário semiaberto não validado, aplicado após a participação.

As principais perguntas consistiram em o que o participante entendeu do tema abordado na oficina, se esse tema era relatado pelo paciente como algo novo e, nos casos de respostas afirmativas, solicitou-se uma justificativa do paciente. Cada paciente também foi questionado sobre se a oficina poderia mudar algo no tratamento e, em caso afirmativo, solicitava-se uma justificativa. As respostas foram agrupadas conforme os assuntos relatados pelos pacientes, registradas em planilhas informatizadas, analisadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) e apresentadas como “subtemáticas” dos tópicos abordados. Também se calculou a razão de prevalência entre os grupos, com o intuito de identificar diferenças de entendimento conforme o tempo de acompanhamento no ambulatório.

Em caso de impossibilidade de o paciente participar do estudo devido a comprometimentos cognitivos, os acompanhantes foram convidados a responderem ao questionário. Para uniformizar a aplicação e propiciar a participação de pacientes e ou acompanhantes com analfabetismo, optou-se pela realização de perguntas pelos entrevistadores. Esses foram acadêmicos de um Programa de Educação Tutorial (PET) previamente treinados. Também se realizou consulta em prontuário eletrônico para identificação do perfil dos pacientes incluídos no estudo.

Para identificação do perfil, foram considerados as variáveis idade, gênero, motivo da anticoagulação, tempo previsto de anticoagulação, tempo de acompanhamento em ambulatório e classificação CHADS2. O escore CHADS2 é um método de avaliação do risco cardiovascular por meio de um sistema de pontuação que integra um conjunto de fatores de risco individualizados. Assim atribui-se um ponto por qualquer das seguintes condições: C - insuficiência cardíaca congestiva; H - hipertensão arterial sistêmica; A - idade maior ou igual a 75 anos; D - diabetes melito; S - AVC prévio ou Acidente Isquêmico Transitório (AIT). Esse escore tem sido utilizado como marco para a prescrição de terapia com Varfarina.¹⁵ Os dados foram registrados em planilha do programa Microsoft Excel, e os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo 01,

pacientes com período de acompanhamento ambulatorial menor que 1 ano e Grupo 02, pacientes com período de acompanhamento ambulatorial maior que 1 ano. O tempo de um ano foi escolhido visto que se trata do prazo máximo de anticoagulação para os pacientes com indicação de interrupção do tratamento, sendo que aqueles com período superior a esse possuem indicação de tratamento contínuo. Essa subdivisão ocorreu considerando-se estudos^{16,17} que afirmam que o risco de complicações depende do tempo de uso do medicamento e da seriedade e rigor com que o controle do INR é realizado.

Todos os participantes foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo critérios da Resolução 196/96.

Foi realizado um total de quatro ciclos compostos por 13 oficinas, com 100% de adesão dos participantes à pesquisa. A primeira oficina foi considerada piloto, para adequação da aplicação do questionário. Seguidamente foram oferecidas 12 oficinas, sendo que cada ciclo era composto por 04 oficinas e cada uma abordava uma temática central; cada ciclo foi realizado 03 vezes. Os critérios para inclusão no estudo foram participar em pelo menos uma das oficinas, aceitar participar da pesquisa e concordar com o TCLE. Dentre os critérios de exclusão do estudo estavam a não participação em pelo menos uma das oficinas e a não assinatura do TCLE. Não houve pacientes excluídos do estudo.

O ambulatório possui cerca de 500 pacientes em acompanhamento, sendo que a amostra foi selecionada por conveniência, ao considerar o tempo disponível dos acadêmicos do programa PET em participarem das oficinas.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa da Instituição em estudo, recebendo o Parecer 17/2012.

RESULTADOS

Participaram 64 pacientes, sendo que 4 tiveram seus questionários preenchidos pelos seus acompanhantes devido a suas limitações cognitivas. Dos 64 participantes, 35 compunham o Grupo 01 e 29, o Grupo 02. Os acompanhantes foram alocados nos grupos correspondentes ao tempo de tratamento dos pacientes que eles acompanhavam. A média de participantes por oficina foi de 9,97, dos quais 8,2 eram pacientes e 2,77 acompanhantes. Dentre a população de pacientes, estavam 33 homens (51%) e 31 mulheres (49%), cujo tempo médio de terapia anticoagulante foi de 12,18 meses.

A idade média dos pacientes foi de 64,8 anos, sendo o mais jovem de 40 anos e mais velho de 88 anos. No

Grupo 01, a média de idade foi de 65,11 anos e, no Grupo 02, de 64,55 anos. Dentre os principais motivos para a anticoagulação, destacam-se a Fibrilação Atrial, 27 pacientes (42,0%), Trombose Venosa Profunda, 17 pacientes (26,6%) e Acidente Vascular Encefálico Isquêmico + Fibrilação Atrial, 07 pacientes (11,0%), Valvulopatias, 06 pacientes (9,4%), Outros eventos tromboembólicos, 04 pacientes (6,3%) e Tromboembolismo pulmonar, 03 pacientes (4,7%). Ressalta-se que 05 pacientes dos que apresentavam FA também tinham Doença de Chagas.

Quanto ao tempo indicado para anticoagulação, 5 pacientes (7,8%) possuíam indicação de até 6 meses, 2 (3,20%) de 6 meses até 1 ano, 51 (79,6%) indicação contínua e 6 (9,4%) indicação indefinida.

O Grupo 01 foi composto pelos 5 indivíduos com indicação de até 6 meses, 26 com indicação contínua e 4 com indicação indefinida, sendo que todos possuíam um período de tratamento no ambulatório de até 01 ano. Já

no Grupo 02, 2 indivíduos possuíam indicação de tempo de tratamento com anticoagulante de 1 ano, 25 deles com indicação contínua e 2 com indicação indefinida.

Dentre os pacientes acompanhados neste estudo, 44 (68,75%) apresentaram CHADS2 maior ou igual a 2.

Ao analisar as perguntas “O que o senhor(a) entendeu?” e “A oficina abordou algo que o(a) senhor(a) não sabia sobre o seu tratamento?”, identificou-se um maior número de relatos de entendimento por ambos os grupos em relação às “subtemáticas” “uso correto da varfarina” e “abordagem sobre alimentação”. Quando abordados sobre se a oficina apresentou alguma novidade, os participantes relataram que essas subtemáticas foram apresentadas nas oficinas com novas informações.

O melhor detalhamento dessas respostas assim como o cálculo da Razão de Prevalência (RP) estão apresentados no Quadro 01.

Quadro 01 - Agrupamento das “subtemáticas” que especificam o que os participantes entenderam das oficinas e o que foi considerado como novidade.

“Subtemática”	Grupo 1 (n=35)		Grupo 2 (n=29)		Razão de Prevalência (G2/G1)		Intervalos de confiança	
	Relatados que entenderam	Relatos de que a temática apresentou novidades	Relatados que entenderam	Relatos de que a temática apresentou novidades	Relatados que entenderam	Relatos de que a temática apresentou novidades	Relatados que entenderam	Relatos de que a temática apresentou novidades
Uso correto da varfarina	21 ; 60%	13 ; 37,1%	16 ; 55,2%	7 ; 24,1%	0,92	0,65	(0,6 ; 1,416)	(0,29 ; 1,44)
Importância do acompanhamento ambulatorial	1 ; 2,9%	0,5 ; 1,43% **	3 ; 10,3%	0,5 ; 1,72% **	3,55	1,2	(0,33 ; 38,47)	(0,02 ; 70,95)
Melhor entendimento sobre a ação da varfarina	1 ; 2,9%	4 ; 11,4%	3 ; 10,3%	0,5 ; 1,72% **	3,55	0,15	(0,33 ; 38,47)	(0,008 ; 2,8)
Melhor controle da alimentação	13 ; 37,1%	12 ; 34,3%	15 ; 51,7%	13 ; 44,8%	1,39	1,31	(0,847 ; 2,28)	(1,45 ; 2,49)

“Subtemática”	Grupo 1 (n=35)		Grupo 2 (n=29)		Razão de Prevalência (G2/G1)		Intervalos de confiança	
	Relatos que entenderam	Relatos de que a temática apresentou novidades	Relatos que entenderam	Relatos de que a temática apresentou novidades	Relatos que entenderam	Relatos de que a temática apresentou novidades	Relatos que entenderam	Relatos de que a temática apresentou novidades
*Eu já sabia tudo	1 ; 2,9%	NA	4 ; 13,8%	NA	4,76	NA	(0,47 ; 47,85)	NA
Identificação de sinais e/ou sintomas de sangramento	2 ; 5,7%	1 ; 2,9%	5 ; 17,2%	4 ; 13,8%	3,02	4,76	(0,56 ; 16,2)	(0,473 ; 47,7)
Melhor conhecimento do problema de saúde	3 ; 8,6%	2 ; 5,7%	2 ; 6,9%	2 ; 6,9%	0,8	1,21	(0,134 ; 4,787)	(0,16 ; 8,93)
***Ainda existem muitas dúvidas	2 ; 5,7%	2 ; 5,7%	1 ; 3,4%	1 ; 3,4%	0,6	0,6	(0,05 ; 6,82)	(0,053 ; 6,8)
Que eu necessito de mais conhecimento	1 ; 2,9%	0,5 ; 1,43% **	2 ; 6,9%	0,5 ; 1,72% **	2,38	1,2	(0,195 ; 29)	(0,02 ; 70,95)
Outros	2 ; 5,7%	0,5 ; 1,43% **	2 ; 6,9%	0,5 ; 1,72% **	1,21	1,2	(0,164 ; 8,93)	(0,02 ; 70,95)

* Apesar de essa expressão não ser considerada propriamente uma “subtemática”, optou-se por considerá-la ao identificar que essa resposta poderia interferir nas demais.

** Nesse caso, considera-se a ausência de relatos, entretanto foram aproximados para 0,5 para que pudesse ser feito o cálculo do intervalo de confiança.

*** Nesses casos, os participantes não souberam relatar o que foi abordado nas oficinas, assim como o que ocorreu de novidade, relatando apenas que ainda existiam muitas dúvidas.

Fonte: dados da pesquisa.

Outra questão apresentada pelo questionário era a possibilidade da incorporação de novas práticas discutidas na oficina no dia a dia do tratamento, por meio da justificativa das respostas afirmativas à pergunta “Você acha

que mudará algo em seu tratamento após a oficina?”. Os dados obtidos nessa pergunta também foram escalonados e compilados no Quadro 02.

Quadro 02 - Relato dos participantes em relação ao questionamento se a oficina contribuirá para algo diferente no tratamento.

Temática	Grupo 1 (n=35)		Grupo 2 (n=29)		Razão de Prevalência (G2/G1)	Intervalo de Confiança
	Nº	Exemplos de relatos	Nº	Exemplos de relatos		
As oficinas contribuíram para a sensação de maior segurança sobre o tratamento	12 ; 34,3%	"Porque vou ficar mais segura"	6 ; 17,1%	"Acho que sim, pois a oficina pode ensinar a gente a fazer coisas boas pra gente"	0,5	(0,209 ; 1,196)
Melhor entendimento sobre a alimentação	16 ; 45,7%	"Tem coisas que a gente não pode comer, porque faz mal"	13 ; 37,1%	"Muda tudo, pois se eu não fazer o acompanhamento dos pontos dos alimentos, eu não vou ter melhora"	0,81	(0,460 ; 1,426)
Melhor entendimento sobre o uso da varfarina	0 (0,5 ; 1,43%)**	*	6 ; 17,1%	"A responsabilidade de tomar os medicamentos nos horários"	11,95	(0,538 ; 265,07)
Entendimento sobre necessidade de vir ao ambulatório	1 ; 2,9%	"Para melhorar tem 4 (quatro) anos que eu faço controle com o médico"	2 ; 5,7%	"Observar mais as orientações médicas"	1,96	(6,265 ; 24,064)
Melhor entendimento sobre o problema de saúde	5 ; 14,3%	"A gente fica mais atento. O tratamento é importante"	2 ; 5,7%	"Vou andar mais regular em tudo, até mesmo na alimentação"	0,4	(0,08 ; 1,996)
Melhor autopercepção das possíveis mudanças corporais que envolvem o tratamento	1 ; 2,9%	"A gente tem que controlar os efeitos do remédio"	2 ; 5,7%	"Vou ficar de olho no corpo"	1,96	(6,265 ; 24,064)
A oficina traz positivismo	4 ; 11,4%	"Vai mudar o jeito de conviver com a varfarina"	0 (0,5 ; 1,72%)**	"Vai mudar o jeito de eu conviver com a varfarina"	0,15	(0,008 ; 2,8)

** Esses valores foram aproximados para 0,5 para que pudesse ser feito o cálculo do intervalo de confiança.

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A idade média dos pacientes acompanhados (64,8 anos) indica uma prevalência de pacientes idosos como participantes das oficinas, o que é esperado devido ao aumento da ocorrência de FA e eventos tromboembólicos com o avançar da idade.²

Ao considerar que os pacientes em acompanhamento ambulatorial utilizam outros medicamentos além da varfarina, e que esses, quando mal utilizados, podem comprometer o tratamento pela interação com a varfarina, entende-se que seja importante a implementação de estratégias que orientem os pacientes a identificarem possíveis reações adversas e a seguirem corretamente o tratamento.^{3,18}

Os principais motivos para a anticoagulação identificados foram Fibrilação Atrial, 27 pacientes (42,0%), Trombose Venosa Profunda, 17 pacientes (26,6%), e Acidente Vascular Encefálico Isquêmico + Fibrilação Atrial, 07 pacientes (11,0%), sendo que 5 pacientes apresentavam histórico de Doença de Chagas. A maior prevalência de FA corrobora com resultados de outros estudos¹⁹⁻²² em que o uso da varfarina torna-se importante para prevenção de complicações clínicas. Em relação à Doença de Chagas, encontra-se na literatura²³ a indicação ao tratamento com varfarina devido à possibilidade de ocorrência de AVC isquêmico em pacientes com miocardiopatia chagásica. Nesse mesmo estudo, 58,3% dos pacientes infectados com *Trypanosoma cruzi* apresentavam Fibrilação Atrial e 34,5% apresentavam Acidente Vascular Encefálico. Tais dados se assemelham aos encontrados no presente estudo. Porém, a falta de detalhamento dos prontuários informatizados dificulta o entendimento quanto ao motivo por que os pacientes chagásicos foram submetidos à terapia com varfarina.

Em relação à classificação CHADS, a identificação de um maior número de pacientes com classificação maior do que 02 indica um considerável número de indivíduos com maior risco de ocorrência de eventos tromboembólicos,^{15,24} o que fortalece a realização de estratégias que estimulem o uso correto dos medicamentos, como as atividades educacionais, além de exigir constante monitoramento desses pacientes.

O tempo em tratamento anticoagulante deve ser sempre individualizado, de acordo com o contexto do paciente. Identifica-se que alguns pacientes possuem indicação de tratamento por tempo indefinido. Essa pode ser uma opção para pacientes com um primeiro episódio de trombose endovenosa sem causa aparente, e que possuem baixo risco de sangramento.²⁵ Também identificou-se um percentual de pacientes com indicação de tratamento por período inferior a um ano, no grupo em

acompanhamento superior a esse período. Dificuldades de adesão ao tratamento e de manter um RNI dentro da faixa normal podem se constituir em obstáculos para que o paciente receba alta do tratamento no ambulatório e, portanto, são responsáveis pelo prolongamento do tratamento de anticoagulação.²⁶ Entretanto, isso também pode ter ocorrido por deficiências no monitoramento sobre o período em que a alta ambulatorial deveria ser realizada.

De acordo com a literatura,²⁷ observa-se que o ineficaz entendimento do tratamento com anticoagulação é o principal fator desencadeante da desistência e baixa eficácia do mesmo. Isso pode ser evidenciado analisando-se o tema “Uso correto da Varfarina”, que demonstra que 37,1% (13) do Grupo 01 considerava essa temática como novidade, enquanto, no Grupo 02, o mesmo foi afirmado por 24,1% (7) dos pacientes, ou seja, uma razão de prevalência de 65%. A existência de 13 respostas afirmativas no Grupo 01 sugere que aspectos importantes do tratamento provavelmente não eram transmitidos de forma satisfatória para os pacientes durante as consultas, principalmente no grupo com menor tempo de acompanhamento ambulatorial, o que reforça a necessidade de uma abordagem contínua aos pacientes atendidos. A menor quantidade de respostas afirmativas de pacientes do Grupo 02 indica que o grupo com maior tempo de acompanhamento ambulatorial provavelmente recebeu um maior número de informações sobre o tratamento, identificando-se menos relatos de novidades em relação à temática, como na literatura.²⁸ Também ressalta-se que a baixa aderência ao tratamento associa-se à carência e falhas nos protocolos existentes e à inexistência de equipes de saúde especializadas para realização de programas educacionais,^{29,30} considerando-se as ações educacionais de importância para conhecimento do paciente sobre o tratamento e melhoria da adesão.

Identificaram-se 2,9% (1) dos pacientes do Grupo 01 e 10,3% (3) dos pacientes do Grupo 02 que relataram entendimento sobre a temática “Melhor entendimento sobre a ação da Varfarina”, o que corresponde a uma razão de prevalência 3,55 vezes maior no Grupo 02, quando comparado ao Grupo 01. Isso reforça a sugestão de um maior entendimento do tratamento pelos participantes com mais tempo de acompanhamento no ambulatório, e maior identificação de novidades nas oficinas pelos participantes com menor tempo de acompanhamento, o que é justificado pelo fato de que essa mesma temática é vista como novidade para 11,4% (4) do Grupo 01, não sendo relatada como novidade pelo grupo de maior tempo em acompanhamento ambulatorial.

Observa-se uma razão de prevalência G2/G1 de

355%, também, nos relatados de que entenderam em relação à temática “Importância do acompanhamento ambulatorial”, o que sugere que esse tema não é comumente explorado nas abordagens dos profissionais do ambulatório. Identifica-se a necessidade de fortalecer a importância do acompanhamento aos pacientes com maior tempo de tratamento, principalmente ao se considerar que a estabilização do RNI e menor número de necessidade de retornos poderiam, em alguns pacientes, alimentar uma falsa impressão sobre a não necessidade do comparecimento ambulatorial.

Com relação à temática “Identificação de sinais e ou sintomas de sangramento”, houve também maior prevalência do Grupo 02 em relação ao Grupo 01, com uma razão de 3,02 de relatados que entenderam e de 4,76 que relatam que a temática apresentou novidades. Conforme aconteceu em outras temáticas, entende-se que o maior tempo de acompanhamento possa contribuir para maior familiarização com o tratamento, o que contribui para o aprendizado. Entretanto, o registro de que alguns pacientes relataram a temática como novidade revela a necessidade de fortalecimento do fornecimento dessas informações durante o atendimento. Durante as consultas, os profissionais normalmente questionam os pacientes sobre a ocorrência de sangramentos na urina, fezes e sobre o aparecimento de hematomas, mas normalmente não é explicado que essas seriam possíveis complicações decorrentes do tratamento com a varfarina. Entende-se que uma maior apropriação dos pacientes sobre as reações adversas do tratamento anticoagulante poderia contribuir para rápida identificação e procura pelos serviços de saúde caso essas ocorram, pois um constante acompanhamento ambulatorial contribui para maior eficácia do tratamento e melhor reconhecimento de sintomas característicos de possíveis eventos hemorrágicos advindos do tratamento.⁹

Observando-se a Tabela 02, que apresenta resultados associados a possíveis modificações no tratamento que poderão ser ocasionadas pelas oficinas, verifica-se que 34,3% dos pacientes do Grupo 01 e 17,1% dos pacientes do Grupo 02 consideraram que “As oficinas contribuíram para a sensação de maior segurança sobre o tratamento”, com uma razão de prevalência de 0,5. Identifica-se a existência de possíveis inseguranças quanto ao uso de terapia anticoagulante por uma parcela significativa dos pacientes acompanhados, principalmente em relação aos que estão em acompanhamento ambulatorial por um menor tempo, e a realização das estratégias educacionais por meio das oficinas pode contribuir para uma sensação de maior segurança, a partir do momento em que os pacientes possam trocar experiências entre si e obter um maior número

de informações sobre o tratamento. Entretanto, apesar da maior prevalência de relatos de insegurança no Grupo 01, ambos os grupos fizeram esse relato, o que sugere o oferecimento de um espaço reflexivo sobre o tratamento e esclarecimento de possíveis dúvidas de forma constante. Entende-se que a oficina possa apresentar-se como interessante estratégia de aprendizado, principalmente para pacientes com menor tempo de acompanhamento ambulatorial, quando as principais dúvidas e vivências podem ser compartilhadas e reconstruídas.³¹⁻³³

Em relação à alimentação, 45,7% dos pacientes do grupo 01 afirmam ter adquirido maior entendimento, enquanto, no Grupo 02, esse valor correspondeu a 37,1% dos entrevistados. Isso pode estar associado ao fato de que a demanda sobre orientações educacionais sobre alimentação é contínua, associada à inexistência de um nutricionista na equipe responsável pelo atendimento ambulatorial.

“Melhor entendimento sobre o problema de saúde” foi relatado com uma razão de prevalência G2/G1 de 0,4. Já as temáticas “Melhor autopercepção das possíveis mudanças corporais que envolvem o tratamento” e “Entendimento sobre a necessidade de vir ao ambulatório” apresentam razão de prevalência 1,96, sugerindo que a oficina revela-se como um fator motivacional sobre o retorno ambulatorial, principalmente no grupo de pacientes com maior tempo de acompanhamento. A participação nas oficinas permite, portanto, maior entendimento sobre fatores considerados essenciais para que a terapia anticoagulante seja segura e efetiva, o que se encontra de acordo com a literatura.¹⁰

Os relatos “Ainda ficaram muitas dúvidas”, da Tabela 01, observados em ambos os grupos, indicam que, mesmo após a participação nas oficinas, alguns participantes relataram incertezas sobre o tratamento. Entende-se que as oficinas não devem, portanto, ser implementadas como estratégia educacional única, sendo necessárias outras abordagens educacionais para facilitar a compreensão dos pacientes que apresentam baixo entendimento sobre as oficinas.

O presente estudo é baseado na coleta de dados em prontuários, cuja principal limitação se deve ao registro incompleto de dados pelos profissionais responsáveis pelo atendimento. O tamanho reduzido da amostra analisada também é um fator limitante, pois permite considerar os resultados encontrados apenas para os pacientes em questão. Essa amostra reduzida é responsável, também, pela maior diferença entre os extremos dos intervalos de confiança encontrados no estudo. Além disso, a impossibilidade de melhor explorar o processo da coleta de dados por meio da realização de entrevistas individualizadas

junto aos pacientes também se coloca como limitação do estudo.

Sugere-se uma aplicação de métodos avaliativos das oficinas em um momento posterior, para que os pacientes sejam avaliados quanto ao real aprendizado adquirido e quanto à mudança de hábitos e melhorias no tratamento resultantes da participação nas oficinas.

CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que as oficinas contribuem para maior apropriação das temáticas abordadas pelos participantes, e revelam que, para esses, essa técnica contribui para possíveis mudanças no tratamento, como sensação de maior segurança e entendimento do motivo de acompanhamento ambulatorial. O grupo com maior tempo de acompanhamento ambulatorial apresentou maior prevalência de relatos de entendimento, quando comparado ao grupo com menor tempo de acompanhamento. Entretanto, sugere-se a implementação de outros estudos que permitam avaliar se a interpretação dos pacientes em relação à temática é correta. Além disso, identificam-se dúvidas e necessidades específicas em ambos os grupos, o que sugere a necessidade contínua da realização de práticas educacionais. A necessidade de informações sobre alimentação foi identificada com considerável prevalência em ambos os grupos, sugerindo a complexidade desse tema.

REFERÊNCIAS

1. Platt AB et al. Risk factors for nonadherence to warfarin: results from the in-range study. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2008. p.1-8. DOI 10.1002/pds.1556.
2. Go AS et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA*. 2001 May 9;285(18):2370-5.
3. Wittkowsky AK, Boccuzzi SJ, Wogen J, Wygant G, Patel P, Hauch O. Frequency of concurrent use of warfarin with potentially interacting drugs. *Pharmacotherapy*. 2004; 24(12):1668-74.
4. Feldstein AC, Smith DH, Perrin N, Yang X, Simon SR, Krall M, et al. Reducing warfarin medication interactions: an interrupted time series evaluation. *Arch Intern Med*. 2006; 166(9):1009-15.
5. Hirsh J, Guyatt G, Albers GW, Schünemann HJ. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: evidence-based guidelines. *Chest*. 2004; 126:172S-3S.
6. Martins MAP, Carlos PPS, Ribeiro DD, Nobre VA, César CC, Rocha MOC, Ribeiro ALP. Warfarin drug interactions: a comparative evaluation of the lists provided by five information sources. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011; 67:1301-1308;
7. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. [Acesso em 2014 dez. 10]. Disponível em: <http://www.ismpbrasil.org/faq/medicamentos_potencialmente_perigosos.php>.
8. Oake N et al. Effect of study setting on anticoagulation control: a systematic review and meta regression; 2006; 129:1155-1166. DOI 10.1378/chest.129.5.1155.
9. Khan TI. The value of education and self-monitoring in the management of warfarin therapy in older patients with unstable control of anticoagulation. *Br J Haematol*. 2004 Aug; 126(4):557-64.
10. Wyness M. Evaluation of an educational programme for patients taking warfarin. *J Adv Nurs*. 1990; 15:1052-63.
11. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):319-325.
12. Ávila CW et al. Adesão farmacológica ao anticoagulante oral e os fatores que influenciam na estabilidade do índice de normatização internacional. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2011 jan./fev.; 19(1):8 telas.
13. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*. 2011; 35(4):438-442.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
15. Solomon MD, Ullal AJ, Hoang DD, Freeman JV, Heidenreich P, Turakhia MP. Cost effectiveness of pharmacologic and invasive therapies for stroke prophylaxis in atrial fibrillation. *J Cardiovasc Med*. 2012; 13:86-96.
16. Sawicki PT. A structured teaching and self-management program for patients for receiving oral anticoagu-

- lation: a randomized controlled trial. Working Group for the Study of Patient Self-Management of Oral Anticoagulation. *JAMA*. 1999; 281(2):145-50.
17. Newall F, Monagle P, Johnston L. Home INR monitoring of oral anticoagulant therapy in children using the CoaguCheck TM S point-of-care monitor and a robust education program. *Thromb Res*. 2006; 118(5):587-93.
18. Narum S, Solhaug V, Myhr K, Johansen PW, Brørs O, Kringen MK. Warfarin-associated bleeding events and concomitant use of potentially interacting medicines reported to the Norwegian spontaneous reporting system. *Br J Clin Pharmacol*. 2011; 71(2):254-262.
19. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 1994; 154:1449-1457.
20. Laupacis A, Albers G, Dalen J, Dunn M, Feinberg W, Jacobson A. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest*. 1995; 108:352S-359S.
21. Petersen P, Boysen G, Godtfredsen J, Andersen ED, Andersen B. Placebo-controlled, randomised trial of warfarin and aspirin for prevention of thromboembolic complications in chronic atrial fibrillation. The Copenhagen AFASAK study. *Lancet*. 1989; 1:175-179.
22. Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Go AS, Halperin JL, Manning WJ. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*. 2004; 126:429S-456S.
23. Martins MA, Ribeiro DD, Nobre VA, et al. Agreement among four drug information sources for the occurrence of warfarin drug interactions in Brazilian heart disease patients with a high prevalence of *Trypanosoma cruzi* infection. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013 Apr.; 69(4):919-28.
24. Champion S, Lefort Y, Gaüzère BA, et al. CHADS2 and CHA2DS2-VASc scores can predict thromboembolic events after supraventricular arrhythmia in the critically ill patients. *Journal of Critical Care*. 2014; 5(29):854-858.
25. Kearon C. Duration of therapy for acute venous thromboembolism. *Clin Chest Med*. 2003; 24(1):63-72.
26. Holbrook A, Schulman S, Witt DM, et al. Evidence-based management of anticoagulant therapy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. 9th ed. Chest. 2012; 141:e152S.
27. Grinberg M. Entendo, aceito, faço: estratégia pró-adesão à anticoagulação oral. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 82(4):309-12.
28. Esmerio FG, Souza EN, Lunelli R, Moraes MA. Constant use of oral anticoagulants: implications in the control of their adequate levels. *Arq Bras Cardiol*. 2009 nov; 5(93).
29. Yermiahu T, Arbelle JE, Shwartz D, Levy Y, Tractinsky N, Porath A. Quality assessment of oral anticoagulant treatment in Beer-Sheba district. *Int J Qual Health Care*. 2001; 13(3):209-13.
30. Duarte PS, Ciconelli RM. Instrumento para avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: Diniz DP, Schor N. Guia de qualidade de vida. São Paulo: Manole; 2006. p.11-8.
31. Rivière EP. O processo grupal. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
32. Torres HC. Programa educativo através de jogos para grupos operativos [Projeto de Extensão]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
33. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. A constituição do sujeito à produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

Submissão: maio de 2015

Aprovação: janeiro de 2016
