

MANEJO DA ANTICOAGULAÇÃO EM PACIENTES PORTADORES DE FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ANTICOAGULATION TREATMENT IN PATIENTS WITH PERMANENT NON-VALVAR ATRIAL FIBRILLATION IN PRIMARY HEALTH CARE

Vanessa de Souza Bastos¹
Martim Elviro de Medeiros Junior²
Maria Sheila Guimarães Rocha³

- 1 Médica formada pela Faculdade Santa Marcelina FASM.
- 2 Prof. Dr. Coordenador do Módulo de Atenção Primária e Orientador.
- 3 Profa. Dra. Coordenadora do Módulo em Saúde do Adulto Idoso – Especialidades Clínicas da Faculdade Santa Marcelina.

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina apresentado à Faculdade Santa Marcelina de Itaquera.
Recebido para publicação: 2022
Aprovado pelo COPEFASM – Comitê de orientação a Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina P028/2019

Endereço para correspondência:
msrocha@uol.com.br

RESUMO

A Fibrilação Atrial (FA) tornou-se um importante problema de saúde pública, com grande consumo de recursos em saúde. Apresenta importante repercussão na qualidade de vida, em especial devido a suas consequências clínicas, fenômenos tromboembólicos e alterações cognitivas. Uma vez diagnosticada a FA, ela pode ser classificada como: paroxística, persistente e permanente, tendo como critérios para tais designações a duração do evento. A maioria dos casos são classificados como permanentes, tendo uma conduta para ser seguida de acordo com cada classificação. O principal tratamento na maioria dos casos com diagnóstico de permanente é o controle da frequência cardíaca e o padrão outro à anticoagulação, para assim se evitem eventos tromboembólicos.^{1,4} Nem todos os pacientes com FA evoluem com tromboembolismo sistêmico, indicando que outros fatores estão presentes nessa condição e que sua identificação pode facilitar a indicação e tornar menos empírico o tratamento com anticoagulantes orais nos pacientes acometidos. Para uma melhor estratificação, tem sido usado o score CHA₂DS₂VASC, os critérios são os seguintes: cardiopatia, hipertensão, idade acima de 75 anos, AVE ou AIT prévio, diabetes, idade acima de 65 anos, doença vascular e sexo feminino. Cada critério pontua¹, exceto idade acima de 75 anos e AVE ou AIT prévio. Esses pacientes, muitas vezes, são diagnosticados na atenção primária à saúde (APS) ou, mesmo após o diagnóstico na atenção secundária (cardiologia, por exemplo), são referenciados de volta para a APS, e não existe um protocolo próprio, baseado nos principais guidelines para que esses pacientes sejam manejados no ambiente da atenção primária; o controle destes é feito de acordo com os moldes que o médico responsável dita, não havendo uma padronização. O objetivo deste trabalho é avaliar o conhecimento sobre FA dos médicos da APS e como eles conduzem os casos; ademais, pretende-se averiguar a aplicação de scores como CHA₂DS₂VASC e HAS BLED no manejo da anticoagulação na APS. Metodologicamente, foram entrevistados 43 médicos Responsáveis Técnicos (RT) por Unidades Básicas de Saúde (UBS) durante reunião de RTs da Atenção Primária à Saúde (APS) no prédio da central da APS localizado na Rua Harry Dannenberg, 276 – Itaquera, São Paulo-SP, 08270-010, para reciclagem desses profissionais. A

pesquisa ocorreu durante dois dias, 26 e 27 de novembro. Como resultado, por meio deste trabalho, foi possível constatar, pelas respostas ao questionário feito para a amostra de médicos da APS estudada, que eles não se sentem confortáveis com o tema anticoagulação e não possuem conhecimentos suficientes para tal (a grande maioria). Em suma, apesar de não se sentirem seguros com o manejo da anticoagulação, mostraram-se receptivos ao darem sugestões como capacitação ("precisamos de aulas sobre o tema", "oficina sobre o tema" e "criação de protocolo para APS").

PALAVRAS-CHAVE: anticoagulação, APS e FA.

ABSTRACT

Atrial Fibrillation (AF) has become an important public health problem, with large consumption of health resources. It has an important impact on quality of life, especially due to its clinical consequences, thromboembolic phenomena and cognitive changes. Once AF is diagnosed, it can be classified as: paroxysmal, persistent and permanent, with the duration of the event as criteria for such designations. Most cases are classified as permanent, with a course to be followed according to each classification. The main treatment in most cases with permanent diagnosis is the control of heart rate, and another standard is anticoagulation, to avoid thromboembolic events.^{1,4} Not all patients with AF evolve with systemic thromboembolism, indicating that other factors are present in this condition, and that their identification may facilitate the indication and make treatment with oral anticoagulants less affected in the affected patients. For a better stratification, the CHA₂DS₂VASC score has been used, and the criteria are the following: Heart Disease, Hypertension, age above 75 years, previous stroke or TIA, diabetes, age above 65 years, vascular disease and female gender. Each criterion scores 1, except age above 75 years and previous AVE or AIT. These patients are often diagnosed in primary health care (PHC), or even after diagnosis in secondary care (cardiology, for example); they are referred back to PHC, and there is no specific protocol, based on the main guidelines for these patients to be managed in the primary care environment, their control is done according to the molds that the responsible doctor dictates, there being no standardization. The aim of this work is not only assessing PHC doctors' knowledge of AF and how they handle cases, but also investigating the application of scores, such as CHA₂DS₂VASC and HAS BLED in the management of anticoagulation in PHC. Methodologically, 43 medical responsible technicians for basic health units (UBS) were interviewed during a meeting of Primary Health Care (PHC) RTs in the PHC central building located at 276, Harry Dannenberg, St., Itaquera,

São Paulo-SP, 08270-010, for recycling these professionals. The search took place over 2 days, 26 and 27 November. As a result, through this work it was possible to verify, by the answers to the questionnaire made for the sample of PHC physicians studied, that they do not feel comfortable with the anticoagulation theme and do not have sufficient knowledge for this (the vast majority). In sum, although they do not feel safe with the management of anticoagulation, they were receptive when giving suggestions such as "training" ("we need a lesson on the theme", "workshop on the theme" and "creation of a protocol for PHC").

KEYWORDS: anticoagulation. AF and PHC.

INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, a Fibrilação Atrial (FA) tornou-se um importante problema de saúde pública, com grande consumo de recursos em saúde. Tem apresentado importante repercussão na qualidade de vida, em especial devido a suas consequências clínicas, fenômenos tromboembólicos e alterações cognitivas. A FA é a arritmia sustentada mais comum na prática médica, tornando-se cada mais conhecida como a arritmia dos clínicos.¹

Essa arritmia ocorre devido a um processo de condução eletrofisiológica aberrante das câmaras atriais que desencadeiam frequências extremamente altas, podendo chegar a 300 disparos por minuto e, em consequência disso, não conseguem realizar uma contração eficaz, precipitando a chamada fibrilação atrial.

Uma estrutura cardíaca localizada entre os átrios e os ventrículos chamada nó atrioventricular não permite que todos esses disparos passem, fazendo o papel de filtro³, e assim a frequência ventricular mantém-se no padrão de normalidade, por isso, na maioria das vezes, a FA é assintomática; contudo, se for analisada a tríade de Virchow, composta por estase sanguínea, hipercoagulabilidade e lesão endotelial, na FA ocorre a estase sanguínea nos átrios devido à não contratilidade, somada ao artefato anatômico do apêndice atrial que pode causar mais estase sanguínea. Há uma chance grande de formar coágulos e de cursar com complicações tromboembólicas.^{1, 2, 3}

A prevalência de FA tornou-se maior à medida que houve inversão dos padrões da pirâmide etária populacional, que passou a ter o ápice mais largo, demonstrando aumento da expectativa de vida, fazendo com que a curva de incidência segue o padrão do incremento no ápice da pirâmide etária. Segundo dados da II Diretriz de Fibrilação Atrial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, estudos populacionais revelaram que, em pacientes com menos de 60 anos, a prevalência foi inferior a 0,1%, ao passo que, em pacientes acima dos 80 anos, ocorreu um aumento substancial, com a prevalência chegando a 8%, fazendo com que o envelhecimento por si só fosse considerado um importante fator de risco.^{1, 2, 3, 4.}

Além do envelhecimento, a melhora nos padrões de diagnósticos e tratamentos de doenças

cardíacas que passaram a ser crônicas tornaram os indivíduos mais suscetíveis a desenvolverem FA; outro fator importante a ser considerado é a prevalência ser 1.2:1 para homens em relação as mulheres, porém a quantidade de mulheres diagnósticas é maior do que a de homens, devido à maior sobrevivência destas.^{1, 2}

Uma vez diagnosticada a FA, ela pode ser classificada como: paroxística, persistente e permanente, e o critério para tais designações é o seguinte: a duração do evento.^{1,2} A maioria dos casos são classificados como permanentes e têm uma conduta para ser seguida de acordo com cada classificação. O principal tratamento, na maioria dos casos com diagnóstico permanente, é o controle da frequência cardíaca e padrão outro à anticoagulação, para assim se diminuir o risco de eventos tromboembólicos.^{1,4}

Nem todos os pacientes com FA evoluem com tromboembolismo sistêmico, o que indica que outros fatores estão presentes nessa condição e que sua identificação pode facilitar a indicação e tornar menos empírico o tratamento com anticoagulantes orais nos pacientes acometidos. Estudos realizados em décadas passadas apontaram a presença de fatores de risco comuns aos pacientes com FA, associada ao tromboembolismo sistêmico. Nesses estudos, idade (acima de 75 anos), história prévia de AVC, presença de IC, diabetes e sexo feminino eram os fatores mais frequentemente presentes; assim, em 2001, foi possível a primeira descrição de um escore de risco para fenômeno tromboembólico em pacientes com FA, o que incluiu a maioria desses fatores para ser aplicada em pacientes ambulatoriais.^{1,5, 6}

Critérios de risco CHADS2	Pontuação
Cardiac failure (IC)	1
Hypertension (Hipertensão)	1
Age \geq 75 (idade \geq 75 anos)	1
Diabetes mellitus (Diabetes melito)	1
Stroke or TIA (histórico de AVC ou AIT)	2

Figura 1: Escore de CHADS2 utilizado para avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos em pacientes portadores de fibrilação atrial. Conforme Diretriz de Fibrilação atrial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, as seguintes reduções devem ser lidas como: IC: Insuficiência Cardíaca; AVC: Acidente Vascular Cerebral; AIT: Ataque Isquêmico Transitório.

Para cada condição que o paciente possua dentro do score CHADS2, ele pontua, ou seja, a cardiopatia pontua com 1, hipertensão arterial pontua com 1, idade acima de 75 anos pontua com 1 ponto, diabetes pontua com 1 ponto e evento tromboembólico prévio pontua com 2 pontos. À medida que a pontuação aumentava, era possível determinar que o risco de AVC também aumentava.

Passou-se a indicar a anticoagulação para pacientes com escore CHADS2 \geq 2 (risco elevado), enquanto pacientes com escores entre zero e 1, apesar de apresentarem algum risco (por volta de 2,8 a 4% ao ano), não tinham a anticoagulação contemplada. O escore CHADS2, portanto, identificava particularmente indivíduos de alto risco, ou seja, aqueles que realmente deveriam ser tratados.^{1,5,7}

Devido ao maior risco de paciente com FA apresentarem eventos tromboembólicos, independente de outros fatores, tornou-se clara a necessidade de se identificarem os pacientes que fato apresentavam uma probabilidade maior de apresentarem o quadro antes de anticoagularem; a partir daí foram acrescentados novos parâmetros no score CHADS2: os fatores de risco incorporados a essa nova proposta incluíam sexo feminino, doença vascular periférica e idade entre 64 e 75 anos; no entanto, mais importante ainda foi a valorização da idade acima de 75 anos (2 pontos). Com essas informações, foi criado o escore CHA2DS2VASC.^{1,2,5,6}

A grande vantagem de sua utilização é que pacientes com escore zero não necessitam de anticoagulação, pois o risco de complicação trombótica, neste caso, é muito baixo.^{1,9}

CHA2DS2VASC	PONTU ÃO
Congestive heart failure/left ventricular dysfunction (ICC/ disfunção ventricular esquerda)	1
Hypertension (Hipertensão)	1
Age \geq 75 (idade \geq 75 anos)	2
Diabetes mellitus (Diabetes melito)	1
Stroke or TIA (histórico de AVC ou AIT)	2
Vascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease or aortic plaque) (Doença Vascular)	1
Age 65–74 yrs (Idade)	1
Sex category (i.e. female gender) (Sexo feminino)	1

Figura 2: Escore de CHA2DS2-VASc utilizado para avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos em pacientes portadores de fibrilação atrial. Conforme Diretriz de Fibrilação atrial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, as seguintes reduções devem ser lidas como: ICC: Insuficiência Cardíaca Congênita; AVC: Acidente Vascular Cerebral.

Com o acréscimo desses critérios, os pacientes a serem anticoagulados ficaram mais selecionados, não instaurando este tratamento sem os devidos critérios para serem preenchidos.⁹

Pacientes portadores de FA possuem um maior risco de hemorragia, em contrapartida do tratamento com anticoagulação: apresentam gístória de sangramento, disfunção renal ou hepática, bem como a hipertensão arterial não controlada.

Outro ponto importante a se destacar é que, no Sistema único de saúde (SUS), grande parte dos pacientes não possuem acesso a todas as terapêuticas disponíveis para o tratamento e acabam sendo tratados, de maneira geral, por um antagonista da vitamina K, conhecido como varfarina, uma vez que a ação da vitamina K está diminuída, os fatores de coagulação dela dependentes (II, VII, IX e X) não conseguem exercer suas funções e o tempo para a coagulação aumenta. Para se fazer um controle de como a medicação está agindo no corpo e se o paciente está realmente anticoagulado, faz-se um coagulograma, que analisará principalmente o tempo de sangramento, o tempo de protrombina (TAP) – RNI (labilidade da taxa de Razão Normalizada Internacional) e o TTPA (Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada) ^{1, 5,9}

O RNI para pacientes que usam varfarina é fundamental, por isso o tempo deve ser dosado com certa frequência: pacientes com RNI entre 2-38 estão dentro do valores considerados como faixa terapêutica; um paciente que excede esse valor já possui uma boa probabilidade de sofrer hemorragia; abaixo desse valor, não estão considerados como anticoagulados.^{1,5,8}

Para prever a chance de um paciente em uso de ACO de ter uma hemorragia, há o score ARCHIVES OF MEDICINE, HEALTH AND EDUCATION. 2023. v.1 n.1, p.78-98

HAS-BLED, muito empregado na atualidade. Pacientes que pontuam acima de 3 pontos já estão em risco de sangramento, contudo isso não contraindica a anticoagulação, apenas demonstra a necessidade de mais cuidados com esse paciente.^{1, 8, 12}

RISCO HAS-BLED	PONTUAÇÃO
Hypertension (hipertensão)	1
Abnormal renal or liver function (1 point each) (alteração da função renal ou hepática)	1 ou 2
Stroke (AVC)	1
Bleeding (sangramento prévio)	1
Labile INRs (labilidade de RNI)	1
Elderly (e.g. age>65 years) (idade avançada)	1
Drugs or alcohol (1 point each) (uso de drogas ou álcool)	1 ou 2

Figura 3: Escore para prever risco de hemorragia pelos anticoagulantes orais incluídos no escore HAS-BLED. Conforme Diretriz de Fibrilação Atrial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, as seguintes reduções devem ser lidas como: AVC: Acidente Vascular Cerebral; RNI: Razão Normalizada Internacional.

São usados também os novos anticoagulantes orais, que agem em sítios diferentes da cascata de coagulação, não necessitando de um controle rigoroso de RNI, pois são mais estáveis e com menos probabilidade de causar sangramentos. Um dos mais aceitos na prática médica é a Rivaroxabana, um inibidor do fator Xa, que se tem mostrado muito eficaz na anticoagulação de pacientes com fibrilação atrial permanente não valvar. Isso não se aplica a pacientes que, além da FA, possuam lesões em valvas, já que correm risco maior de evento tromboembólico tomando Ribaroxabana: para este perfil de paciente, esta medicação está proscrita. Há também a Apixabana e Endoxabana que agem no fator Xa; a Dabigatrana age na formação de trombina, além de muitos outros, porém o que todos possuem em comum é o fato de serem medicações consideradas caras para tratamento de maior parte da população SUS, tendo assim que se utilizar da varfarina.^{1,6,9}

Esses pacientes, muitas vezes, são diagnosticados na Atenção Primária à Saúde (APS) ou, mesmo após o diagnóstico na atenção secundária (cardiologia por exemplo), são referenciados de volta para a APS, e não existe um protocolo próprio, baseado nos principais guidelines para que esses pacientes sejam manejados no ambiente da atenção primária. O controle deles é feito de acordo com os moldes que o médico responsável dita, não havendo uma padronização.

OBJETIVO

- Avaliar o conhecimento sobre FA dos médicos da APS e como eles conduzem os casos;
- Averiguar a aplicação de Scores como CHA2DS2VASC e HAS BLED no manejo da anticoagulação na APS.

MÉTODOS

Foram entrevistados 43 médicos responsáveis técnicos (RT) por Unidades Básicas de Saúde (UBS) durante reunião de RTs da Atenção Primária à Saúde (APS) no prédio da central da APS localizado na Rua Harry Dannenberg, 276, Itaquera, São Paulo-SP, 08270-010, para reciclagem desses profissionais. A pesquisa ocorreu durante 2 dias, 26 e 27 de novembro de 2019. Os critérios de inclusão foram: médicos da Atenção Primária à Saúde da rede Santa Marcelina, desde preceptores até residentes e médicos que concordem em participar da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). É critério de exclusão: médicos que não queiram participar do projeto de pesquisa ou que não queiram assinar o TCLE.

Trata-se de um estudo observacional prospectivo com enfoque qualitativo. Foi realizado no molde de entrevistas. Aos participantes da pesquisa foi aplicado um questionário (anexo A), que englobava questões no âmbito do diagnóstico de FA, estratificação para anticoagulação, opções para fármacos, o que fazer em caso de intoxicação, além de se pedirem sugestões dos médicos sobre como melhorar e o que lhes parecia útil ser feito para que o processo de anticoagulação acontecesse.

Os médicos foram abordados durante 2 reuniões de RTs, nos dias 26 e 27 de novembro de 2019. O intuito do trabalho foi explicado por uma pequena apresentação de sensibilização, e os TCLE foram distribuídos. O questionário foi mandado por meio dos grupos de divisão da zona leste da APS, pelo aplicativo de mensagens Whatsapp, com as perguntas salvas no Google Forms; deste modo as respostas foram mandadas em tempo real, à medida que finalizavam o questionário para o site, lugar por onde tais respostas foram analisadas.

Após análise, as variáveis estatisticamente relacionadas foram associadas em uma análise multivariada de regressão logística na busca de relação de probabilidade de significância, de exclusão e de ajuste de covariáveis e da probabilidade de associação (odds ratio).

O trabalho foi submetido e aceito após avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Casa de Saúde Santa Marcelina e pelo Comitê de Pesquisa (COPE) da Faculdade Santa Marcelina.

RESULTADOS

Foram entrevistados 43 médicos da atenção básica à saúde durante reunião de RTs. Essas entrevistas foram compostas de 14 perguntas, sendo 10 com alternativas e 4 abertas. As respostas foram transformadas em gráficos e porcentagens. A seguir, veem-se os resultados das perguntas com alternativas:

1) No ambiente da atenção primária, você ausculta um paciente e detecta uma arritmia a que ele se refere não ter conhecimento, qual a sua primeira conduta?

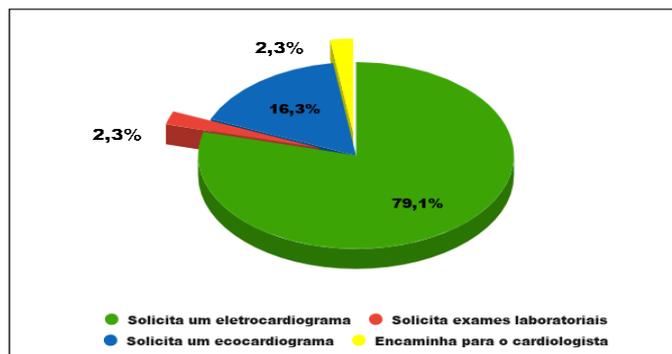


Figura 4: resultados da pergunta 1 da pesquisa

A resposta mais correta para essa pergunta seria “solicitar um eletrocardiograma”. Uma vez auscultada alguma arritmia dentro do ambiente da UBS, o exame que mais pode ajudar, antes de tomar qualquer conduta, e que está disponível para uso médico em qualquer momento é o eletrocardiograma (ECG).¹

2) Você atende um paciente que veio encaminhado do pronto-socorro para seguimento ambulatorial de fibrilação atrial permanente não valvar, qual a sua primeira conduta?

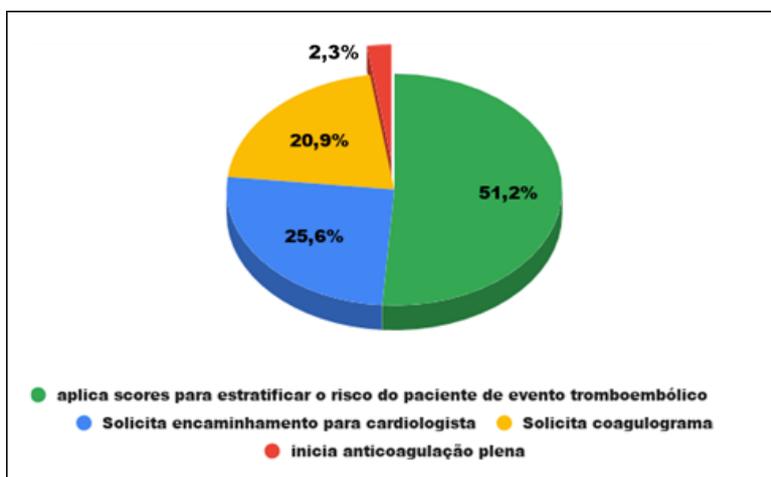


Figura 5: resultados da pergunta 2 da pesquisa.

A resposta correta é “aplicar scores para estratificar o risco do paciente de evento tromboembólico”, podendo ser usado o Score CHA2DS2VASc, que vai dizer prever a real necessidade de anticoagulação ou não.^{1, 3, 4}

3) São alguns critérios avaliados pelo score CHA2DS2VASC:

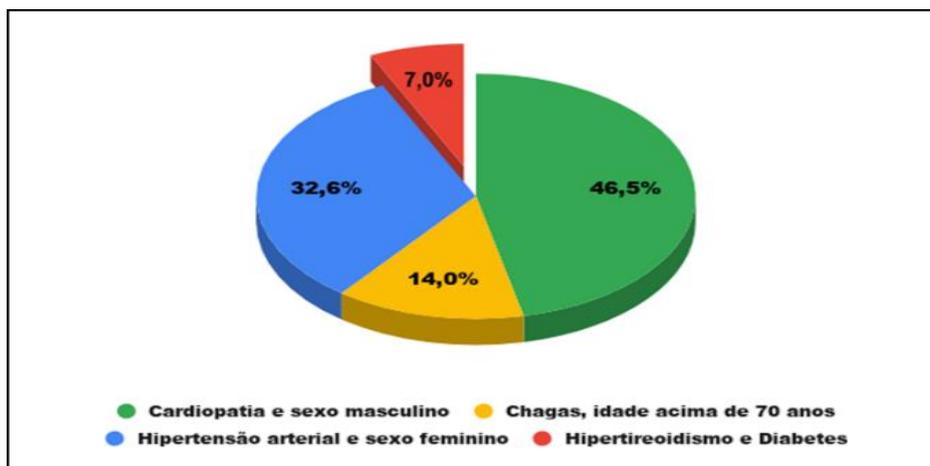


Figura 6: resultados da pergunta 4 da pesquisa.

A resposta correta é hipertensão arterial e sexo feminino. As seguintes reduções são lidas como: C: cardiopatía; H: hipertensão arterial; A: idade acima de 75 anos; D: Diabetes; S: Stroke (AVC ou AIT); Vasc: doença vascular; S: sexo feminino.^{1, 9, 13}

4) É avaliado através do Score HAS BLED:

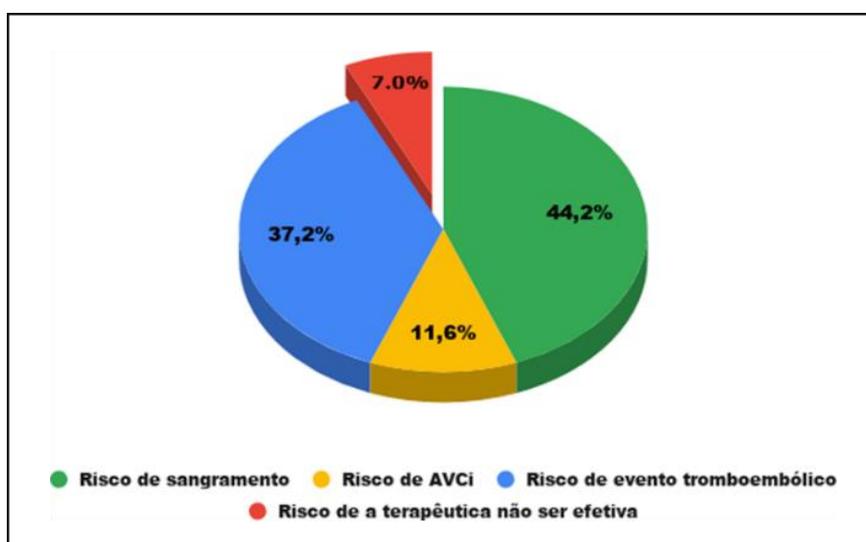


Figura 7: resultados da pergunta 5 da pesquisa.

Através do score HAS BLED é avaliada a chance de um evento hemorrágico com o uso da anticoagulação; com isso, devem ser tomados alguns cuidados a mais com o paciente.¹³

5) Qual é a pontuação máxima que um paciente pode fazer pelo HAS BLED preenchendo todos os critérios?

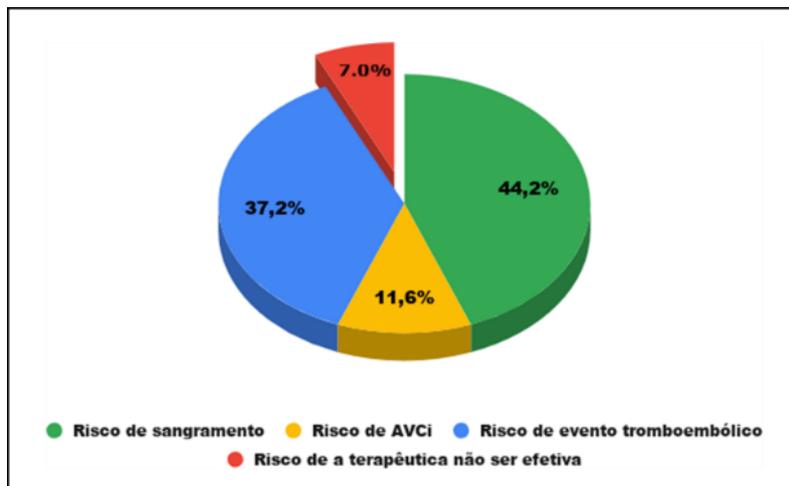


Figura 8: resultados da pergunta 6 da pesquisa.

Se um paciente pontuar em todos os critérios do HAS BLED, ele irá somar 9 pontos. Esses critérios são: hipertensão, alteração da função renal, alteração da função hepática, AVE prévio, tendência a sangramento, labilidade do RNI e idade acima de 65 anos.¹³

6) Qual das assertivas a seguir constitui uma conduta a ser tomada em paciente intoxicado com @Marevan?

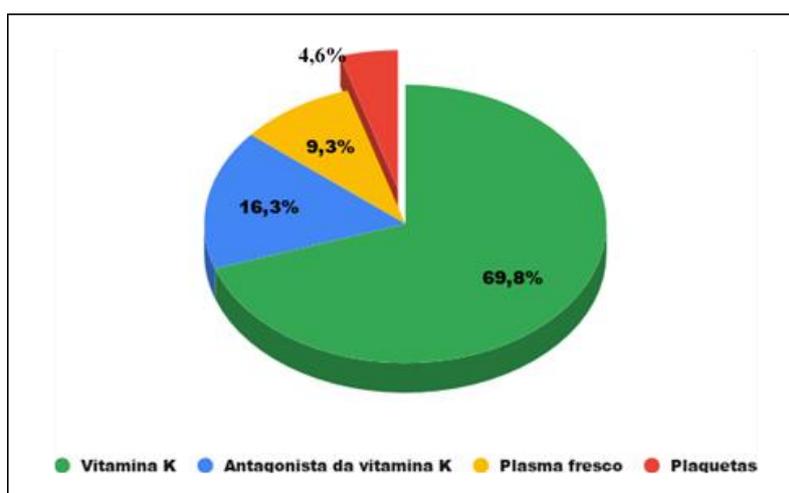


Figura 9: resultados da pergunta 7 da pesquisa.

O paciente que toma @Marevan está tomando um medicamento que antagoniza a ação da vitamina K, a qual, por sua vez, é responsável por alguns fatores de coagulação, quais sejam: II, VII,

IX e X. Para cessar o efeito da medicação, deve-se apenas administrar vitamina K.^{1,9,13}

7) Dos fármacos citados a seguir, qual está proscrito para pacientes com FA valvar?

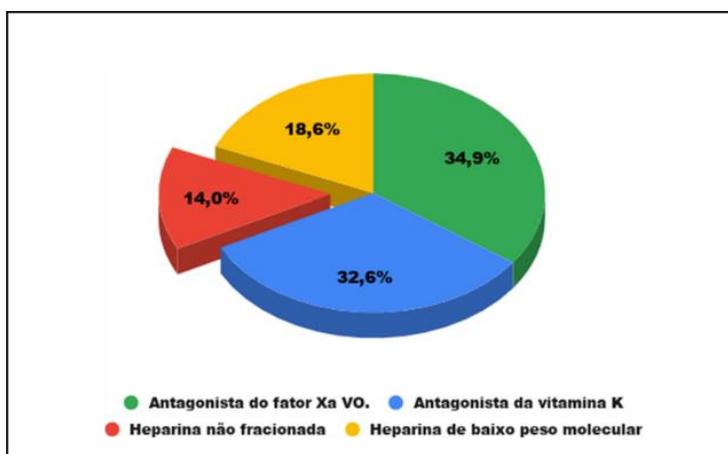


Figura 10: resultados da pergunta 8 da pesquisa.

Heparina de baixo peso molecular e heparina não fracionada podem e devem ser utilizadas em ambiente hospitalar independentemente de doenças valvares. O antagonista da vitamina K também pode ser utilizado, pois há evidências científicas de sua eficácia, e hoje é o mais utilizado; o antagonista do fator X, a chamada Rivaroxabana, durante os estudos, demonstrou não ter eficácia em pacientes com FA e doença valvar, e alguns pacientes tiveram eventos tromboembólicos; o estudo teve que ser interrompido, e a medicação está proscrita para pacientes que se enquadram nesse perfil.¹

8) Em caso de pacientes anticoagulados com antagonistas da vitamina K, quais os valores de RNI são considerados como dentro da faixa terapêutica?

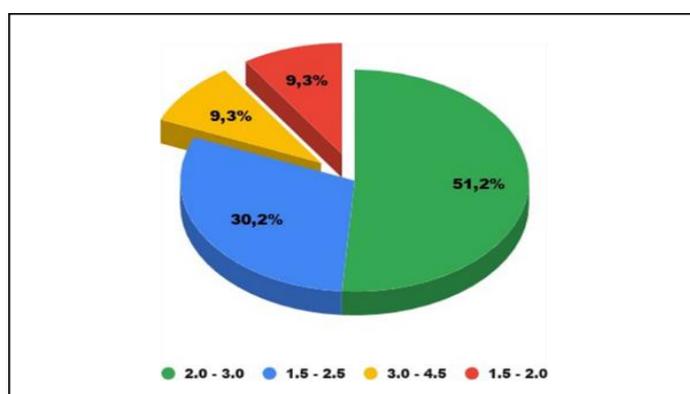


Figura 11: resultados da pergunta 11 da pesquisa.

RNI: labilidade da taxa de Razão Normalizada Internacional, coloca como padrão para considerar anticoagulados e seguros os pacientes que apresentam RNI entre ^{2-3,9,13}

9) Você acha que, se houvesse um protocolo para padronizar o atendimento de pacientes com FA não valvar, facilitaria seu atendimento?

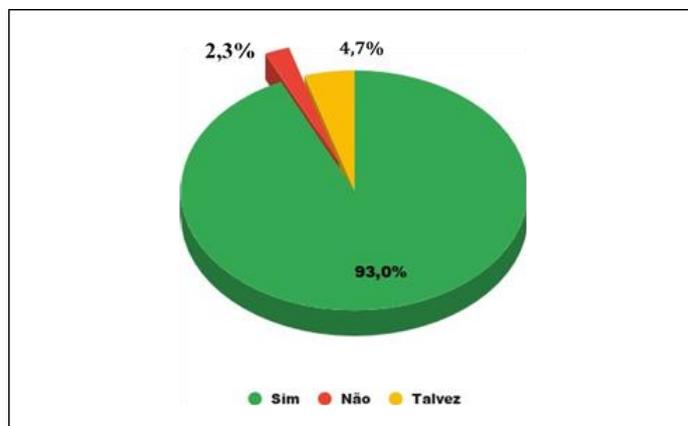


Figura 12: resultados da pergunta 12 da pesquisa.

A grande maioria dos entrevistados acredita que, tendo um protocolo, isso facilitaria o manejo dos pacientes que necessitam de anticoagulação.

10) Você acha que o seu ambiente de trabalho (APS) fornece os recursos necessários para anticoagulação?

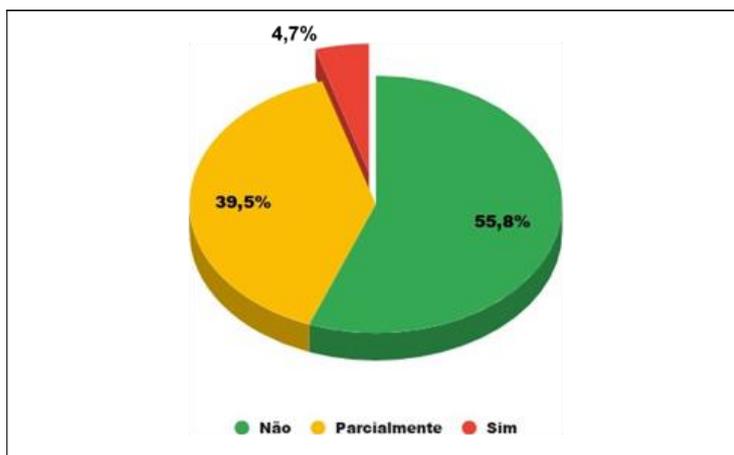


Figura 13: resultados da pergunta 13 da pesquisa.

A maioria dos médicos acredita que a APS não oferece os recursos para que o tratamento de anticoagulação seja feito a nível de atenção básica.

As perguntas abertas trouxeram respostas variadas, desde respostas corretas até abstenções da resposta.

Para a pergunta de número 3 ("Como estratificar o risco de um paciente com FA persistente não valvar de sofrer um evento tromboembólico através do score CHA2DS2VASC?"), 11 pessoas não tentaram responder, 1 pessoa explicou o score completo, e o restante tentou respostas que não se aplicam.

A pergunta de número 7 ("Cite 3 contraindicações para anti coagulação") foi feita justamente por ser muito ampla e generalista, e a maioria dos entrevistados acertaram pelo menos 1 critério.

A pergunta de número 10 ("Cite 2 terapêuticas que podem ser oferecidas para pacientes com FA persistente NÃO valvar") tinha como intenção avaliar se o médico entrevistado sabia o que fazer diante de um paciente com fibrilação atrial permanente não valvar, e o "NÃO" foi colado em destaque de forma proposital, para que os novos ACO fossem considerados também. 8 médicos não responderam; alguns deram respostas como "@marevan", "@pradaxa", "@xarelto", "Heparina e Enoxaparina"; além dessas, deram respostas como "ablação", "@AAS", "clopidogrel". Algumas respostas nem se enquadravam no perfil citado.

DISCUSSÃO

Mediante os dados obtidos com a pesquisa, pode-se concluir que, no geral, o conhecimento sobre anticoagulação não está adequado para o manejo desta na atenção primária à saúde.

A primeira pergunta referia-se ao fato de o médico auscultar o paciente no ambiente da atenção primária e detectar uma arritmia e ao que ele faria nesse contexto. A resposta era solicitar um ECG.

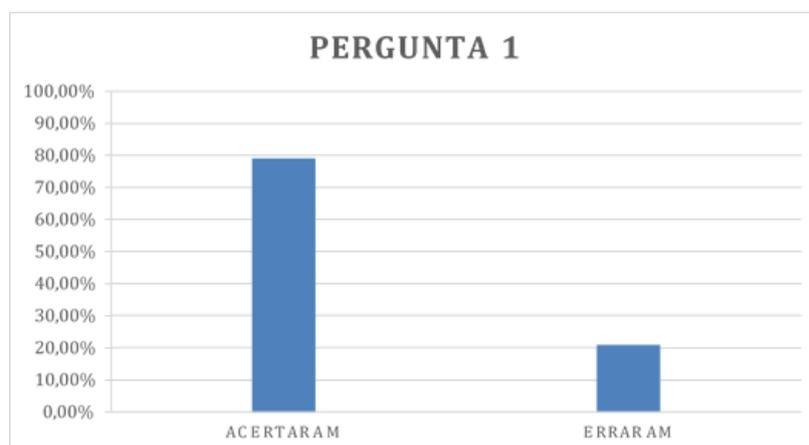


Figura 14: porcentagem geral de acertos da primeira pergunta.

Pode-se analisar que a maioria, ou seja, que 79,10% dos entrevistados estavam aptos para lidar com essa situação. No que diz respeito à FA, isso é muito importante, pois um diagnóstico correto e precoce pode evitar desfechos com prognósticos reservados.

A segunda pergunta veio para avaliar como seria o segmento desses pacientes, uma vez que chegam para um médico da atenção primária, se estes conhecem os escores para manejo da anticoagulação e se sabem aplicá-los.

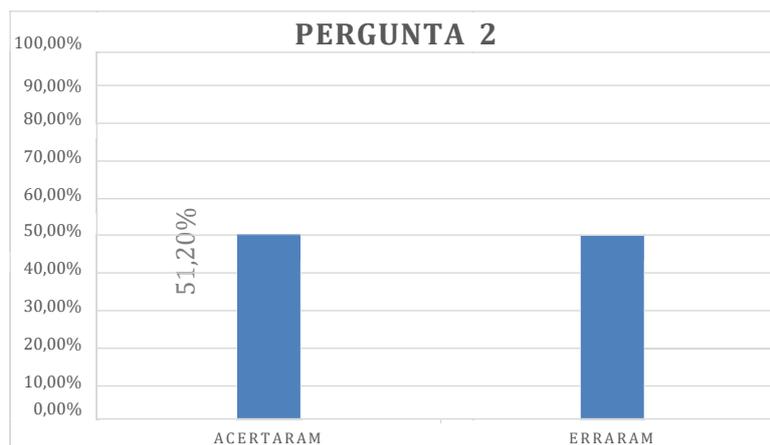


Figura 15: porcentagem geral de acertos da pergunta 2.

Dentre todas as opções dadas, a correta era aplicar os escores. Analisando os dados, é possível notar que pouco mais da metade dos entrevistados (51,20%) sabiam a resposta, já 48,80% ficaram diluídos entre as outras alternativas consideradas erradas.

Na pergunta 3, a intenção era saber como fazer a estratificação de risco através do score CHA2DS2VASC, a fim de que, através dele, se predissesse o risco de evento tromboembólico e a necessidade de anticoagulação plena. Alguns dos entrevistados não sabiam ou não quiseram responder. Apenas respostas se aproximaram da correta:

- "Através de parâmetros como presença de has/dm2, idade, se há sinais de congestão cardíaca, sexo e doenças vasculares."
- "Congestive heart, hypertension, diabetes, vasc disease, sex, idade".
- "Observar insuficiência cardíaca, HAS, maior de 75 anos, DM e AVC prévio".
- "IC, idade, doença vascular, diabetes, AVE".

O score CHA2DS2VASC é muito importante, pois, como pontua a II Diretriz de Fibrilação Atrial, ele vem tornando-se cada mais conhecida como a arritmia dos clínicos. Dos 43 entrevistados, somente 4 sabiam do que se tratava e responderam a pergunta. Isso equivale a uma porcentagem de 90,69% dos entrevistados que desconheciam o score, e 9,31% que de fato sabiam.

Ainda avaliando a questão do score CHA2DS2VASC, a pergunta queria saber se realmente sabiam quais os fatores que o compunham.

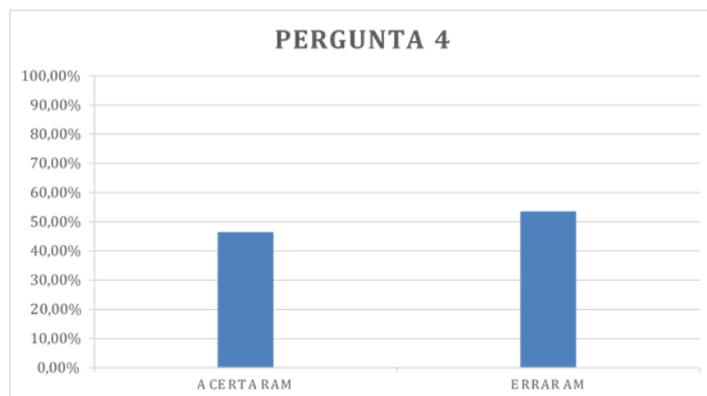


Figura 16: porcentagem geral de acertos da pergunta 4.

Nesta pergunta, a maioria dos entrevistados erraram, contudo a porcentagem de acertos foi significativa, não ficando tão longe uma da outra.

Uma vez que é feito o score CHA2DS2VASC em paciente com fibrilação atrial, é necessário aplicar o score HAS BLED^{9,13}, para se avaliar o risco de sangramento, que, mesmo existindo, não implica não anticoagular, mas sim tomar cuidados a mais com aquele paciente, acompanhá-lo mais de perto¹. A pergunta 5 foi realizada para saber se os entrevistados conheciam o score HAS BLED.

Ainda avaliando os conhecimentos sobre o HAS BLED, a pergunta número 6 foi feita com o intuito de se avaliar se os entrevistados sabiam o que cada componente do HAS BLED significava, por isso demandava-se acerca de quantos pontos um paciente que preenche TODOS os critérios vai fazer.

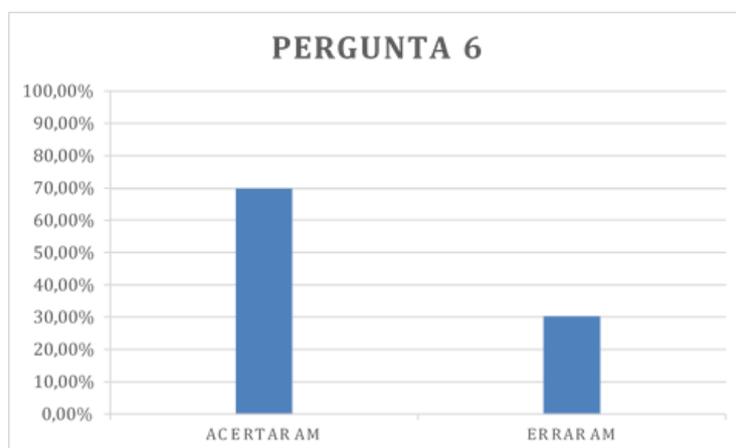


Figura 18: porcentagem geral de acertos da pergunta 6.

Contrapondo a questão anterior, nessa 69,80% acertaram, a maioria, e há talvez um viés sobre como a pergunta foi formulada, visto que, se a maioria não sabe que o score avalia risco de sangramento, é mais difícil saberem a pontuação máxima.

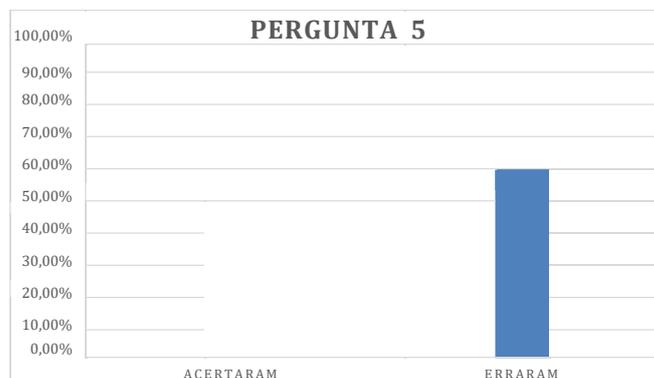


Figura 17: porcentagem geral de acertos da pergunta 5.

A maioria não conhecia o score e não sabia que ele serve para se avaliar a probabilidade de sangramento.

A pergunta número 7 foi aberta e constituída para avaliar se os entrevistados sabiam quais os critérios que contraindicavam a anticoagulação; a gama de respostas que poderiam ser dadas ficou grande, contudo só foram pedidos 3. Entre as respostas dadas, 12 foram na linha de raciocínio para se contraindicar com segurança, mas vale a pena destacar que a idade foi citada por alguns entrevistados, e esta não é motivo para não se iniciar o tratamento.^{1,2,3,5}

Para continuar avaliando questões relativas ao tratamento, foi feita uma pergunta que questionava sobre a intoxicação com @Marevan, o que se deveria ser feito.

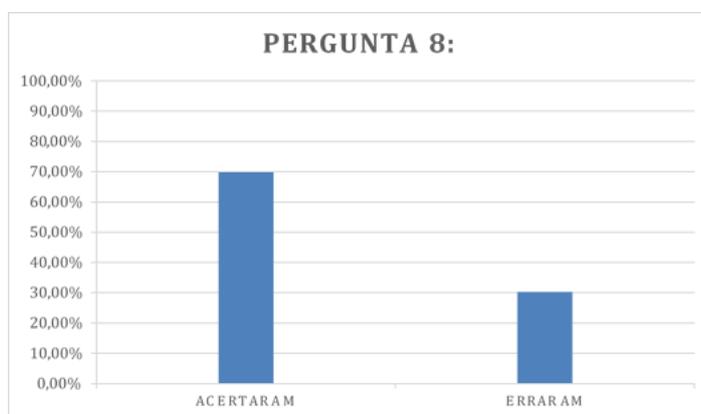


Figura 19: porcentagem geral de acertos da pergunta 8.

Essa pergunta a maioria acertou (69,80), demonstrando que, sim, a maioria dos entrevistados sabem que, ao se deparar com um paciente intoxicado por varfarina, o tratamento é dar vitamina K.¹⁶

Quanto à pergunta de número 9, a temática de fibrilação atrial é relacionada com o tratamento, contudo é citada uma condição em específico: paciente que possui fibrilação atrial e também alterações valvares. Nessa condição, está proscrito o uso de anticoagulantes antagonistas do fator Xa da cascata de coagulação, pois, durante estudos realizados para se avaliar a eficácia dos novos anticoagulantes, vários pacientes tiveram eventos tromboembólicos, tornando-se proscrita a prescrição desses fármacos para pacientes com fibrilação atrial valvar.¹

ARCHIVES OF MEDICINE, HEALTH AND EDUCATION. 2023. v.1 n.1, p.78-98

A pergunta de número 10 foi aberta e com variedade de respostas que poderiam ser dadas: “Cite 2 terapêuticas que podem ser oferecidas para pacientes com FA persistente NÃO valvar” era a pergunta. Nesse caso, os novos anticoagulantes não estavam excluídos, poderiam ser uma opção citada; o antagonista da vitamina K também seria uma opção. Analisando as respostas dadas, pode-se dizer que 8 entrevistadas não souberam ou não quiseram responder. Algumas respostas dadas são citadas a seguir:

<i>-Xarelto e marevan”.</i>
<i>“Varfarina e rivaroxabana”</i>
<i>“Anticoagulação se risco tromboembólico, betabloqueador”.</i>
<i>“Varfarina, dabigatrana”</i>
<i>“Varfarina e rivaroxabana xarelto”.</i>
<i>“Antiarrítmicos Betabloqueadores, anticoagulante</i>
<i>“ Antagonista do fator Xa VO, heparina de baixo peso molecular”.</i>

Figura 21: respostas dadas para a pergunta número 10

A varfarina e o antagonista do fator Xa VO foram os mais citados pelos entrevistados, e está correto: ambos podem ser opções para tratamento de paciente com FA não valvar que precisam ser anticoagulados de forma perene. A varfarina é o que há no SUS e que precisa do controle de TP e TTPA, como já citado, e os valores do TP não podem estar fora da faixa de 2-3 (RNI), então costuma-se ser um processo mais complicado de se fazer, comparado com a opção dos novos anticoagulantes em que simplesmente o paciente toma o remédio e não faz esses controles. O comitê nacional de incorporação de tecnologias no SUS lançou um manual que cita os novos anticoagulantes como terapia segura e eficaz para anticoagulação de paciente com FA não valvar.

Foi dada como resposta a cardioversão, e esta está errada, pois, quando um paciente é portador de FA não valvar permanente, não há benefício em cardioverter, porque a taxa de recorrência da arritmia é muito alta, logo isso não é feito na boa prática médica.¹ A heparina de baixo peso molecular só pode ser feita em ambiente hospitalar, e, geralmente, é usada como “ponte” para outro anticoagulante definitivo, mas é uma resposta que pode ser considerada, apesar de não ser o tratamento final do paciente.^{1,5,6,9,13}

Ainda abordando o tratamento, a pergunta de número 10 foi para avaliar se os entrevistados sabiam que era RNI e o valor considerado dentro da faixa terapêutica.

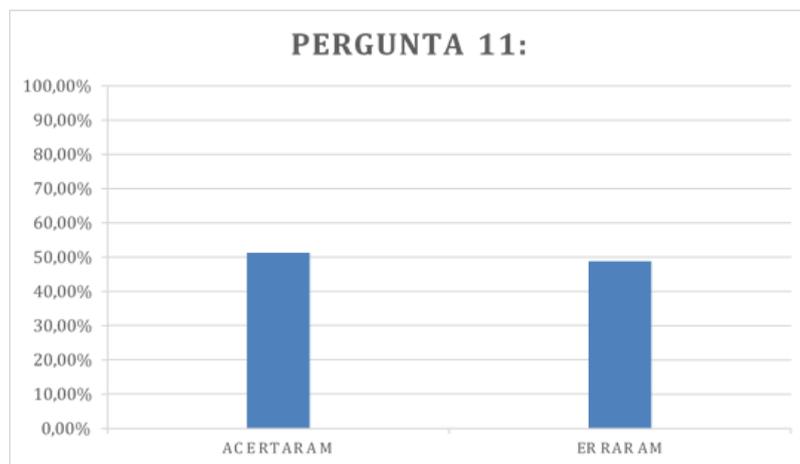


Figura 22: respostas dadas para a pergunta número 11.

Os números de acertos e erros não ficaram distantes: a maioria acertou, soube dizer que a faixa terapêutica do RNI é de 2-3, visto que, abaixo deste valor, o paciente não está anticoagulado e, acima deste valor, se aumenta o risco de sangramento.^{1,13}

Neste momento do trabalho, estão as perguntas mais importantes para a pesquisa na APS: “Você acha que, se houvesse uma protocolo para padronizar o atendimento de pacientes com FA não valvar, facilitaria seu atendimento?”.

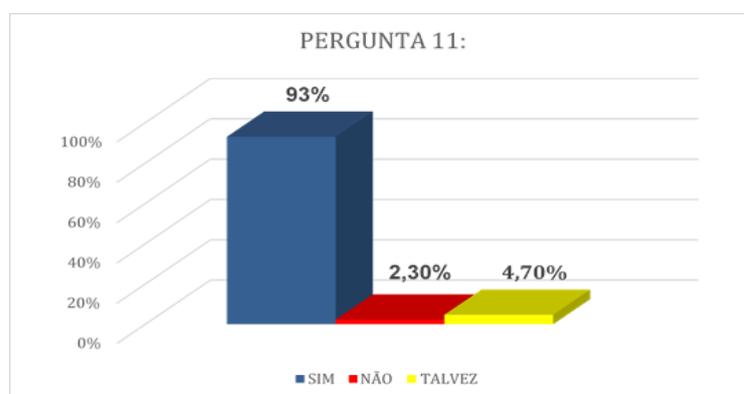


Figura 23: respostas dadas para a pergunta número 11.

O intuito maior deste trabalho foi saber, do ponto de vista dos médicos, como está a anticoagulação na atenção primária e como eles se sentem sobre isso. Nessa pergunta, foi de grande interesse saber se, na opinião deles, ter um protocolo que ajude no processo de anticoagulação facilitaria o atendimento, e 93% dos entrevistados disseram que sim, 4,60% disseram que talvez e apenas 2,30% assinalaram que não. A porcentagem de entrevistados que são favoráveis à ideia de um protocolo é muito significativa.

Outro ponto forte do propósito deste trabalho foi saber como os médicos enxergavam o ambiente de trabalho e os recursos que possuíam e se com estes conseguiam manejar a anticoagulação: “Você acha que o seu ambiente de trabalho (APS) fornece os recursos necessários para anticoagulação?”.

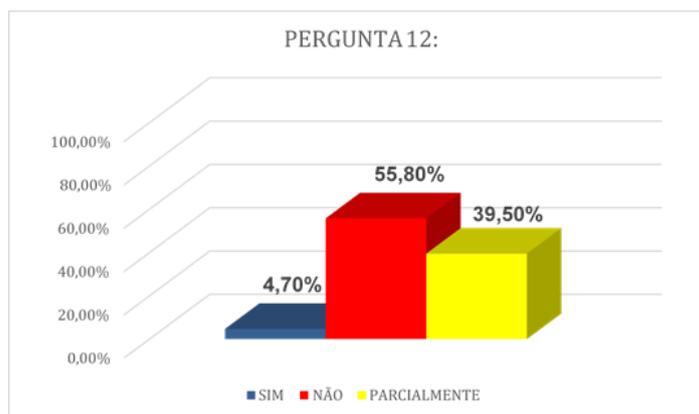


Figura 24: Respostas dadas para a pergunta número 12

A maioria dos entrevistados acreditam não receberem todos os recursos necessários para manejarem a anticoagulação a nível de APS; já 39,50% dos entrevistados alegam que há parcialmente.

No final do questionário havia uma pergunta facultativa para saber se eles tinham sugestões referentes ao tema, e estas estão pontuadas a seguir em forma de opiniões:

<i>"Capacitação".</i>
<i>"Acesso mais rápido e fácil a coagulogramas permitiriam controle adequado de INR na UBS. Além de vagas reservadas para isso, podendo funcionar até mesmo como um dos grupos da unidade, com um médico responsável".</i>
<i>"A coleta de coagulograma não é realizado em todas as UBS, dificultando a adesão da terapêutica e controle do paciente."</i>
<i>"Coagulograma".</i>
<i>"Precisamos de aula sobre o tema".</i>
<i>"Criação do protocolo para APS".</i>
<i>"Oficina sobre o tema".</i>

Figura 25: respostas dadas para a pergunta aberta sobre sugestões.

CONCLUSÃO

O manejo de pacientes cardiológicos que necessitam de anticoagulação é um grande desafio na prática médica, e a fibrilação atrial em especial vem saindo da gama de patologias referenciadas somente aos cardiologistas, para passar a ser considerada "a arritmia dos clínicos" e tratada por estes também.

Por meio deste trabalho, foi possível constatar, pelas respostas ao questionário feito para a amostra de médicos da APS estudada, que eles não se sentem confortáveis com o tema anticoagulação e não possuem conhecimentos suficientes para tal (a grande maioria); porém mostraram-se receptivos ao darem sugestões como "capacitação", "precisamos de aula sobre o tema", "oficina sobre o tema", "criação de protocolo para APS".

Pode-se inferir que a criação de um protocolo em junção com aulas de capacitação sobre o tema, somado ao acesso em todas as UBS ao coagulograma, mudaria a realidade atual sobre o tema e tornaria possível o manejo da anticoagulação com segurança na APS.

REFERÊNCIAS

1. SBC. II Diretriz de Fibrilação atrial. Projeto diretrizes. 2016. Acesso em 02 mar. 2019. doi: 10.5935/abc.20160055.
2. Pistoia F, Sacco S, Tiseo C, Degan D, Ornello R, Carolei A. The Epidemiology of Atrial Fibrillation and Stroke. *Cardiol Clin.* 2016; 255-68.
3. Steensing K, Olesen K, Nielsen JC, et al. Predicting stroke in patients without atrial fibrillation. 2019; 49(6): doi: 10.1111/eci.13103.
4. Chan Y, Lee K, Kao Y, et al. The comparison of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants versus well-managed warfarin with a lower INR target of 1.5 to 2.5 in Asians patients with non-valvular atrial fibrillation. 2019; 14(3) e doi: 10.1371/journal.pone.0213517.
5. Perino A, Fan J, Keung E. et al. Practice Variation in Anticoagulation Prescription and Outcomes after Device-Detected Atrial Fibrillation: Insights from the Veterans Health Administration. 2017; 2502-2512; doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038988.
6. Gerlades M, Darze E, Rocha P. Trends and Predictors of Oral Anticoagulation in Patients with Atrial Fibrillation: A Serial Cross-Sectional Study from 2011 to 2016. *Int. J. Cardiovasc. Sci.* 2019; 33(1): <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20190083>.
7. CONITEC. Apixabana e dabigatran em pacientes com fibrilação atrial não valvar. Fev. 2016; Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatrio_Anticoagulantes_final.pdf.
8. V, Ryden LE, Cannom DS et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with atrial fibrillation – executive summary: a report of the American College of Cardiology or American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committ. *J Am Coll Cardio.* 2007; 50: 562: e257-354.
9. Mason PK, Lake DE, DiMarco JP, Ferguson JD, Mangrum JM, Bilchick K, Moorman LP MJ. Impact of CHA2DS2-VASC score on anticoagulation recommendations for atrial fibrillation. *AM J Med.* 2012; 125(6): 603: e1-6.
10. Ogilvie IM, Newton N, Weiner SA, Cowell W LG. Underuse of oral anticoagulants in atrial fibrillation: a systematic review. *Am J Med.* 2010; 123: 638-45.
11. Graham DJ, Reichman ME, Wernecke M, Zhang R, Southworth MR, Levenson M, et al. Cardiovascular, bleeding, and mortality risks in elderly medicare patients treated with dabigatran or warfarin for nonvalvular atrial fibrillation. *Circulation.* 2014; 131(2): 157-64.
12. Justo FA, Silva AFG. Aspectos epidemiológicos da fibrilação atrial. *Rev Med [Internet].* 2014; 93(1): 1. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/86096>.
13. Coimbra R, Beltrame F, Taís F, Giasson B, Luís A, Azeredo F, et al. Uso do Escore HAS-BLED em um Ambulatório de Anticoagulação de um Hospital Terciário. 2017; 30(6): 517-25. Translating claims-based CHA2DS2-VaSc and HAS BLED to ICD-10- CM: Impacts of mapping strategies. 17 February 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pds.4973>.
14. Yilmaz S, Yaylali YT, Kuyumcu MS, Relationship between CHA2DS2-VASc and CHADS2 scores with pulmonary hypertension in patients with acute pulmonary embolism. 2022 Fev; 45(2): 224-230.
15. Henninger N, Goddeau RP, Karmarkar A, Helenius J, McManus DD. Atrial Fibrillation Is Associated with a Worse 90-Day Outcome Than Other Cardioembolic Stroke Subtypes. *Stroke.* 2016; 47(6): 1486-92.
16. Cho MS, Yun JE, Park JJ, et al. Pattern and Impact of Off-label Underdosing of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients With Atrial Fibrillation Who are Indicated for Standard Dosing. *Am J Cardiol.* 2020: 1332-1338. doi: 10.1016/j.amjcard.2020.01.044.

17. Yuzawa H, Inoue H, Yamashita T. Rhythm versus rate control strategies regarding anticoagulant use in elderly non-valvular atrial fibrillation patients: Subanalysis of the ANAFIE (All Nippon AF In the Elderly) Registry. J Cardiol. 2020; 87-93. doi: 10.1016/j.jjcc.2020.01.010.
18. Chen N, Brooks MM, Hernandez I. Latent Classes of Adherence to Oral Anticoagulation Therapy Among Patients With a New Diagnosis of Atrial Fibrillation. Adv Respir Med. 2019; 87(6): 203-208. doi: 10.5603/ARM.2019.0057.

A responsabilidade de conceitos emitidos e de todos os artigos publicados caberá inteiramente aos autores. Da mesma forma os autores serão responsáveis também pelas imagens, fotos e ilustrações inclusas no trabalho a ser publicado.