

Atenção farmacêutica a pacientes com gastrite *Helicobacter pylori* positivo.

Leila Bastos Leal da SILVA
Talita Mota GONÇALVES
Juliana de Souza ALENCAR
Paula Soares NUNES
Ana Carolina de Albuquerque VASCONCELLOS
Davi Pereira de SANTANA

Farmácia Escola Carlos Drummond de Andrade, Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Pernambuco (UFP), Recife (PE), Brasil.
Autor responsável L.B.L. Silva. E-mail: leilaleal@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Helicobacter pylori (*H.pylori*), um bastonete Gram negativo, adquiriu grande importância, nas duas últimas décadas, depois de ser reconhecido como um importante patógeno que infecta cerca da metade da população mundial.¹

A infecção gástrica pelo *H. pylori* é, hoje, considerada a segunda infecção mais prevalente do homem, estando intimamente associada a um diverso espectro de distúrbios clínicos gastrintestinais, sendo este microrganismo o principal agente etiológico de mais de 95% das gastrites crônicas e úlceras duodenais, incluindo úlcera péptica, câncer gástrico e linfoma gástrico do tipo MALT (*Mucosa Associated Lymphoid Tissue*).^{5,6,8,10}

O principal reservatório deste patógeno é o estômago humano, e a transmissão, provavelmente, ocorre de pessoa a pessoa. Neste sentido, o *H. pylori* tem sido diagnosticado na saliva e até nas fezes.^{2, 3} A prevalência do *H. pylori* varia com a origem étnica, idade, localização geográfica e condições sócioeconômicas, sendo mais alta, em países em desenvolvimento, onde é tanto mais frequente, quanto mais inadequadas as condições de higiene e saúde da população, sendo esse fator o principal marcador da presença da infecção por este agente microbiano.⁸

Diante da grande incidência e da ainda insuficiente infor-

mação acerca da infecção por *H. pylori*, há um comprometimento da adesão terapêutica, sendo necessário o estabelecimento de uma relação farmacêutico-paciente que permita um trabalho conjunto, com o objetivo de prevenir, identificar e solucionar os problemas da terapia farmacológica^{7,10}.

Este baixo índice de adesão ao tratamento é, sem dúvida, o principal motivo para a falha terapêutica. Quando o paciente apresenta, por exemplo, um efeito colateral, durante o uso do medicamento, e este não foi bem esclarecido e suspende o tratamento, ocorre a situação mais comum e desastrosa: ele acaba por apresentar uma resistência àquelas mesmas drogas, seja por uso indevido ou insuficiente.¹¹

A atenção farmacêutica é definida como a oferta responsável da terapia farmacológica com a finalidade de atingir os resultados definidos na saúde que melhorem a qualidade de vida do paciente.¹³ Baseado nessa definição, implementou-se, na Farmácia Escola Carlos Drummond de Andrade/ UFPE, um projeto de atenção farmacêutica específico para pacientes que fazem uso de um esquema para erradicação do *H. pylori* com um inibidor de bomba prótica: Omeprazol 20mg ou Lanzoprazol 30mg e 2 antibióticos: Claritromicina 500mg e Amoxicilina 1000mg, normalmente, durante um período de 7 a 14 dias.

Este trabalho teve como principal objetivo sanar dúvi-

das e dar esclarecimentos acerca da forma de uso, efeitos colaterais e outras instruções relevantes ao tratamento, além de desenvolver uma educação sanitária necessária para controlar essa enfermidade.

MÉTODOS

O estudo teve início com uma vasta pesquisa bibliográfica, a fim de resgatar conceitos e idéias de atenção farmacêutica e conhecimentos acerca da patologia abordada.

A população estudada foi de pacientes infectados por *H. pylori* que buscaram tratamento medicamentoso para erradicação desta bactéria, munidos de receita médica, na Farmácia Escola Carlos Drummond de Andrade da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (FECDA).

O estudo foi desenvolvido em três etapas. Na primeira, foi elaborada uma "bula" com informações de uso referentes aos esquemas de medicamentos mais prescritos pelos médicos para orientar os pacientes sobre o tratamento utilizado (Anexo I). Na segunda etapa, elaborou-se um questionário usado para registrar e coletar dados pessoais e socioeconômicos dos pacientes e das atividades de atenção farmacêutica.

A coleta desses dados foi realizada, a partir da abordagem ao paciente, no balcão da farmácia, durante a aquisição dos medicamentos e do acompanhamento por telefone, recolhendo informações, subjetivas e objetivas, fornecidas pelos pacientes sobre o surgimento dos efeitos colaterais inerentes ao tratamento e possíveis efeitos adversos.

O questionário foi constituído de questões pré-codificadas e abertas, contendo as seguintes seções: características sócio-demográficas, onde a idade foi colhida em anos; o sexo; o estado civil (casado, solteiro e outros); a escolaridade foi computada em anos de escola completos com aprovação; as horas trabalhadas por dia; a renda familiar mensal registrada como o somatório das rendas individuais (em salários mínimos) de todas as pessoas economicamente ativas da família e a quantidade de membros da família com quem o paciente convive.

Entre as variáveis, no âmbito da atenção farmacêutica, relacionadas aos hábitos de higiene de vida, interrogou-se o paciente quanto a seus hábitos alimentares, identificando a utilização de dietas (sim ou não); número de refeições diárias; hábito de fumar (fumantes e não fumantes); uso de bebidas alcoólicas (anteriormente e/ou no momento); utilização de outros medicamentos concomitantemente ou usados anteriormente ao tratamento para gastrite; efeitos colaterais mais comuns ao tratamento, tais como: cefaléia, tontura, lábios secos, diarreia, náuseas, dores abdominais, gosto amargo, (vômitos) e efeitos adversos.

RESULTADOS

Perfil da população de pacientes estudada

Dos 117 pacientes atendidos 82 (70.09%), foram acompanhados, do início ao fim do tratamento. Os 28 (29.91%) pacientes restantes foram considerados como perdas, devido à insuficiência de dados e/ou problemas de comunicação.

A **tabela 1** mostra algumas características sociodemográficas e hábitos de higiene de vida dos pacientes estudados. O percentual de pacientes do sexo feminino foi de 63.41% com faixas etárias, variando entre 46-56 anos. Quanto ao estado civil, 52.44% dos pacientes são casados. O nível de escolaridade prevalente foi o terceiro grau completo, com um percentual de 24.39%. Entre os pacientes, 57.31% informaram trabalhar oito ou mais horas por dia; 64.63% moram com mais de três pessoas e a renda familiar mensal prevalente está entre dois e cinco salários mínimos em 25.61% dos pacientes.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes que têm infecção gástrica com presença de *Helicobacter pylori*

| Características | | Número | Porcentagem |
|-------------------------------------|----------------------|--------|-------------|
| Idade | 16 a 25 | 09 | 10.97 |
| | 26 a 35 | 11 | 13.41 |
| | 36 a 45 | 13 | 15.85 |
| | 46 a 55 | 20 | 24.39 |
| | 56 a 65 | 11 | 13.41 |
| | 66 a 75 | 07 | 8.54 |
| | 76 ou mais | 01 | 1.22 |
| | Não informou | 10 | 12.19 |
| Sexo | Masculino | 30 | 36.58 |
| | Feminino | 52 | 63.41 |
| Estado civil | Casado | 43 | 52.44 |
| | Solteiro | 26 | 31.71 |
| | Outros | 13 | 15.85 |
| Escolaridade | Analfabeto/ Primário | 07 | 8.54 |
| | 1o Grau completo | 12 | 14.63 |
| | 1o Grau incompleto | 13 | 15.85 |
| | 2o Grau completo | 19 | 23.17 |
| | 2o Grau incompleto | 07 | 8.54 |
| | 3o Grau completo | 20 | 24.39 |
| Horas trabalhadas/dia | 3o Grau incompleto | 04 | 4.88 |
| | Até 7 | 21 | 25.61 |
| | 8 ou mais | 47 | 57.31 |
| | Não informou | 04 | 4.88 |
| | Não trabalha | 10 | 12.19 |
| Renda familiar/ mês (SM) | Até 2 | 16 | 19.51 |
| | Entre 2 e 5 | 21 | 25.61 |
| | Entre 5 e 10 | 17 | 20.73 |
| | Mais de 10 | 14 | 17.07 |
| | Não informou | 14 | 17.07 |
| No de pessoas/ residência | Sozinho | 01 | 1.22 |
| | 1 - 3 | 28 | 34.15 |
| | 3 - 8 | 53 | 64.63 |
| Fumantes | Sim | 07 | 8.54 |
| | Não | 75 | 91.46 |
| Efeitos colaterais | Sim | 68 | 81.93 |
| | Não | 15 | 18.07 |
| Uso de bebida alcoólica e/ou gasosa | Sim | 29 | 35.36 |
| | Não | 53 | 64.63 |

Em relação às questões ligadas à atenção farmacêutica, a análise dos hábitos de higiene de vida dos pacientes demonstrou que metade deles não fazia dieta ou tinha restrição a qualquer tipo de alimento, no entanto, durante o tratamento, fizeram dieta sob orientação médica. Mais da metade dos pacientes fazia três refeições por dia. Menos de 10% dos pacientes são fumantes, que se abstiveram do fumo, apenas durante o tratamento; e a grande maioria nunca havia fumado.

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, mais da metade dos pacientes deste grupo (64.63%) absteve-se do uso, apenas durante o tratamento. Isto também é válido para o uso de bebidas gasosas, como refrigerantes. Já relativo ao surgimento de efeitos colaterais, durante o tratamento, 81.93% dos pacientes sentiram algum efeito indesejável, sendo mais freqüente o gosto amargo na boca.

De um modo geral, pode-se constatar que uma maior incidência do *H. pylori* ocorre em mulheres com idade entre 46-56 anos, donas de casa, casadas, que trabalham mais de oito horas por dia e moram com mais de três pessoas.

Elas possuem uma renda familiar mensal entre cinco e dez salários mínimos. Quanto aos hábitos alimentares, a maioria faz dieta sob orientação médica, alimentando-se com três refeições diárias.

DISCUSSÃO

Estudos epidemiológicos realizados, nos EUA, sobre a infecção por *H. pylori*, afirmam que sua prevalência varia com a idade.³ No presente trabalho, verificou-se que o percentual de indivíduos infectados pelo *H. pylori*, 24.39% (segundo mostra a Tabela I), está situado na faixa etária de 46-55 anos.

A maioria dos estudos demonstra ser incomum a aquisição espontânea, ou o desaparecimento da infecção no indivíduo adulto. Assim, acredita-se que a maioria das infecções seja adquirida na infância.³ A associação com a idade se deve, em grande parte, a um efeito de coorte, ou seja, pessoas que atualmente têm 60 anos de idade contraíram a infecção, quando eram crianças, de modo mais comum do que aqueles que adquiriram na idade adulta.^{6,12,15} Fato que justifica a influência de fatores secundários, como hábitos de higiene, de vida e estresse estarem atrelados à instalação e/ou agravamento dessa infecção, durante o período de latência da bactéria.⁹

Além da idade, o principal fator de risco para a infecção é a baixa renda, como verificado entre os nossos pacientes, cuja renda familiar mensal prevalente está entre dois e cinco salários mínimos, abrangendo 25,61% dos pacientes.^{2, 3, 6}

Merece destaque o alto percentual de pacientes do sexo feminino com infecção pelo *H. pylori*, casadas e morando com mais de três pessoas cujos membros da mesma família frequentemente são portadores do *H. pylori*. Supõe-se que eles adquiriram a infecção uns dos outros, ou de uma fonte comum, sendo este um ponto de partida para um novo estudo que avalie a relação existente entre o processo de contaminação e/ou de recidiva da infecção, com o número de pessoas que convivem na mesma casa.³ A bactéria pode ser transmitida por contatos próximos e parece ser mais comum em grandes famílias. A maneira exata de transmissão não é conhecida, mas na maioria dos casos a bactéria é transmitida pelas vias oral-oral e oral-fecal.^{6,9}

A prevalência da infecção é correlacionada com baixos níveis sócio-econômicos e educacionais.² No entanto, a maioria dos pacientes tratados na FECDA apresentou o terceiro grau completo. Isso representa um desvio tendencioso da amostra avaliada pelo fato da farmácia escola localizar-se na "Cidade Universitária" (campus e bairro). Portanto, a maioria dos pacientes é de funcionários e estudantes da instituição.

Grande parte dos pacientes analisados relatou trabalhar mais de oito horas por dia. Este é um fator relevante, já que o estresse interfere, de maneira importante, na instalação da úlcera, modificando as defesas da mucosa gastroduodenal. Segundo Marshall,⁴ a prevalência do *H. pylori* no estômago de pacientes com úlcera duodenal tem sido estimada entre 70 e 100% dos casos, e a maior parte dos relatos aponta índices de 90 e 95%.⁴

Em trabalho recente, publicado no *American Journal of Gastroenterology*, em maio de 2001, realizado na Dinamarca, o autor pesquisou um grupo de 276 pacientes e verificou que o percentual de úlceras *H. pylori* negativo era muito pequeno (4% dos casos).¹¹

No âmbito da atenção farmacêutica relacionado aos hábitos de higiene de vida, verificou-se, em nosso estudo, que a maioria dos pacientes não fazia dieta, antes do tratamento, fator secundário que pode ter contribuído para o agravamento da infecção. Segundo Correa,⁴ o baixo consumo de frutas e vegetais frescos, a alta ingestão de sal e substâncias ácidas irritantes são fatores adicionais de risco. Embora não haja ainda resultados definitivos, o autor acredita que os antioxidantes, como vitamina C e betacaroteno, presentes nas frutas e vegetais, diminuem os riscos de contração de úlcera e, conseqüentemente, o câncer gástrico.

No momento, a medida mais sensata com referência à dieta consiste em recomendar aos pacientes uma alimentação normal, balanceada, de acordo com seus hábitos, três a quatro vezes ao dia, evitando alimentos que, de alguma forma, lhes produzam manifestações dispépticas e desmistificar o velho conceito de que os alimentos fibrosos não fazem bem para os ulcerosos, estimulando-os a usá-los, normalmente.⁴

Quanto ao hábito de fumar, ou ingerir bebida alcoólica, apenas um pequeno número de pacientes o fazia em nosso estudo.

Porém a maioria deles parou de beber, apenas durante o tratamento. A relação desses fatores secundários com a infecção pelo *H. pylori* deve-se ao fato de o fumo prolongar o tempo de cicatrização das possíveis ulcerações causadas na mucosa gástrica e o álcool estimular a secreção gástrica, através da liberação de gastrina.

No entanto, estudos recentes mostram que a ingestão de moderadas quantidades de álcool não têm influência sobre a secreção ácida do estômago e que grandes quantidades causam, pelo contrário, uma diminuição da acidez gástrica.^{4,10} O fato é que um bom esquema medicamentoso para a erradicação do *H. pylori*, aliado a uma educação sanitária de qualidade, prestada por profissionais da saúde qualificados, deve pelo menos atingir um índice de erradicação por volta de 80% a 90%.¹¹

Os primeiros tratamentos anti-*H. pylori* foram descritos, em 1983, e constam de um esquema tríplice "clássico", onde se associa um sal de bismuto, tetraciclina (ou amoxicilina) e metronidazol. O esquema tríplice "moderno" que vem sendo utilizado, em todo o mundo, consiste na associação de um inibidor de bomba prótonica (omeprazol 20mg, Lansoprazol 30mg, pantoprazol 40mg, Rabeprazol 20mg) + amoxicilina 1000mg + claritromicina 500mg, administrados, antes do café da manhã e do jantar, por um período de sete a 14 dias.¹¹

Diante da sua grande incidência, a infecção pelo *Helicobacter pylori* é considerada um problema de saúde pública, sendo mais relevante nos países latino-americanos de baixo poder aquisitivo e conseqüente dificuldade de acesso à terapêutica.^{2,11} Assim sendo, os resultados deste trabalho mostram que há uma carência de informações básicas sobre a importância de uma alimentação saudável e do uso correto dos medicamentos prescritos para o tratamento da infecção, embora a maioria dos pacientes estudados tenha nível superior. Esta carência pode e deve ser suprida, em parte, por um judicioso programa de atenção farmacêutica em todo e qualquer estabelecimento farmacêutico ou unidade que manipule e/ou dispense medicamentos.⁷

De forma a melhor orientar o paciente, no balcão da farmácia, a primeira etapa deste trabalho foi concretizada na forma de dois folhetos informativos: um contendo informações básicas acerca de cuidados que se deve ter com o estômago (anexo II), afim de prevenir e/ou melhorar a qualidade de vida dos pacientes, e o outro (anexo I) contendo a posologia dos medicamentos, que foram elaborados com didática apropriada para atender às necessidades dos pacientes, contendo as informações mais importantes, pertinentes aos medicamentos mais utilizados para o tratamento dessa patologia. Dessa forma, esse folheto constitui um instrumento de educação mais útil que a seção de informação ao paciente, atualmente contida nas bulas dos medicamentos industrializados,¹² que não cumprem inteiramente o seu papel como fonte confiável e adequada de informações.¹⁴

Tais resultados evidenciam a necessidade da presença do farmacêutico no ato da dispensação dos medicamentos como profissional capacitado para informar, prevenir e diminuir os problemas relacionados não só ao tratamento farmacoterapêutico. Dessa forma, poderá elevar o nível de eficácia terapêutica e, ao mesmo tempo, proporcionar melhor qualidade de vida para estes pacientes, inclusive.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Suzana Tyrrasch de Almeida, gastroenterologista do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar, GR; Ayala G., Fierros-Zárata G. *Helicobacter pylori*: recent advances in the study of its pathogenicity and prevention. *Salud Publica Mex*; v. 43, p. 237-47, 2001.

2. Almeida, S. T. et al. *Helicobacter pylori* na doença gastroduodenal em Brejo da Madre de Deus- Pernambuco. *An. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb.*, Recife, v. 45,, p. 42-46, 2000.
3. Atherton, C. J.; Blaser, J. M. Infecções por *Helicobacter*. In: Harrison, T. R. *Medicina Interna*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v. 1. p. 1006-09.
4. Castro, L. de P.; Coelho, L. G. V.; Nogueira, C. E. D. Úlcera péptica Gastroduodenal. In: Dani, R.; Castro, L. de P. *Gastroenterologia Clínica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. p.509-15, 526-27.
5. Coelho, L. G. V., Castro. Gastrites. *Revista Brasileira de Medicina*. v. 57, n. 11, p. 1281-86, 2000.
6. Everhart JE. Recent developments in the epidemiology of *Helicobacter pylori*. *Gastroenterology Clinics of North America*. v.29, p. 559-78, 2000.
7. Faus, M. J.; Ronero, M. F. Atención farmacéutica en Farmacia Comunitaria: Evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para se puesta em marcha. *Pharm Car Espanã*. v. 1, p. 52-61, 1999.
8. Go M.F. Natural history and epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. *Alimentary Pharmacology e Therapeutics*. v.16, p. 3-15, 2002.
9. Kreiss C., Blum AL. Epidemiology and risk factors gastroduodenal ulcer. *Chirurg*. v.67, n. 1, p. 7-13, 1996.
10. Magalhães, A. F. N. de. Úlcera péptica. *Revista Brasileira de Medicina*. v. 57. n. 11, p. 1203-12, nov. 2000.
11. Mattos, L. A. J. de. Entrevistador: Flávia Lo Bello. *Revista Prática Hospitalar*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 61-62, 2002.
12. Nabwera HM. Logan RP. Epidemiology of *Helicobacter pylori*: transmission, translocation and extragastric reservoirs. *Journal of Physiology e Pharmacology*. v. 50, n. 5, p. 711-22, 1999.
13. Peretta, M., Ciccía, G. Atención Farmacéutica. In: Reengenharia Farmacéutica. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2000. cap. 2, p. 29-30.
14. Silva, da T., Dal-Pizzol, F., Bello, M. C., Mengue, S. S., Schenkel, P. E. Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente. *Revista de Saúde Pública*. v. 34, n. 2, p. 184-9. 2000.
15. Sipponen P. *Helicobacter pylori* gastritis-epidemiology. *J. Gastroenterol*. v. 32, n. 2, p. 273-7, 1997.