

Curso de especialização em saúde da família

TITULO:

Estratégia educativa em pacientes com gastrites para aumentar o conhecimento e diminuir as queixas

Nome: Dr Yoan Sanchez Santos

Orientadora: Carla Gianna Luppi



Cesáreo Lange 2015

INTRODUÇÃO

As gastrites como conceito é a inflamação da mucosa do estomago, independentemente da sua classificação, e tem como fator etiológico fundamental a infecção por helicobacter pylori que é uma das infecções mais comuns na espécie humana, afetando cerca da metade da população mundial. (1).

A prevalência da infecção e o mecanismo de transmissão variam entre grupos populacionais, é provável que em países desenvolvidos a transmissão direta de pessoa a pessoa seja predominante, enquanto em países em desenvolvimento a via feco-oral e água contaminada tem maior impacto. Existem muitos estudos que destaca a importância da transmissão intrafamiliar, e as condições sócio econômicas (2,3). Também foi relatado que h.pylori pode ser transmitida sexualmente via oral-anal. (4).

Existem estudos (5) que relatam que a infecção pelo helicobacter pylori inicia-se na infância principalmente nos países em desenvolvimento onde a prevalência pode ser até 40% ou mais de crianças na faixa etária dos 10 anos, onde (6) essa prevalência diminui em países desenvolvidos. Em adultos de meia idade nos países em desenvolvimento a prevalência é aproximadamente de 80% a 90% e em países desenvolvido menor que 40% (7).

Existem diversos estudos brasileiros sobre a infecção por h.pylori (8,9) encontrando-se as seguintes prevalências: 59,5% no Rio de Janeiro, 76,3% em São Paulo, em Santa Maria (RS) 83%, em Nossa Senhora do Livramento (MT) 85,18%, em Botucatu (SP) 87%, em Campinas (SP) 96%. (9)

Mesmo assim existem outros fatores etiológicos que estão relacionados com desenvolvimento das gastrites, como são: tabagismo, dieta inapropriada ou má alimentação, usa de bebidas alcólicas, medicamentos ingestão de substâncias corrosivas, estresse, septicemia, insuficiência hepática, etc. (10).

Só por citar alguns exemplos o uso crônico de bebidas alcólicas, por exemplo, pode causar eritema e erosões, sendo que as lesões que são produzidas pela ingestão do álcool resultam no rompimento da barreira da mucosa gástrica e, como consequência, a retrodifusão dos íons H⁺ (11). Os refrigerantes à base de cola diminuem a pressão sob o esfíncter esofágico inferior ocorrendo o refluxo gastroesofágico¹³. A nicotina do cigarro também diminui essa pressão facilitando o refluxo gastroesofágico, propiciando modificações no conteúdo gástrico e aumentando a resposta da secreção ácida à gastrina. Diminui também a atuação de medicamentos utilizados como antiácidos durante a noite. (12). Os alimentos interferem de forma fundamental na produção de substâncias e alterações da motilidade gástrica. Os muito quentes acarretam congestão da mucosa gástrica que eleva a secreção ácida e diminui o tempo

de evacuação. (12). Os condimentos picantes aumentam a secreção gástrica e ocasionam irritações constantes na mucosa. A pimenta vermelha e a páprica contêm uma substância irritante da mucosa, que eleva a secreção ácida e a perda de potássio, chamada capsaicina. A pimenta preta causa irritação gástrica, elevando as secreções ácidas e a dispepsia. A pimenta do chilli e mostarda causam o eritema e lesão gástrica (12).

Os fatores psicossomáticos ou de estímulos ambientais podem agir estimulando ou inibindo a motilidade gástrica (12)

Os anti-inflamatórios são muito utilizados atualmente e levam à diminuição dos fatores defensivos, principalmente a diminuição do fluxo sanguíneo submucoso causando a isquemia da mucosa. (13)

A falta de tempo atualmente é um grande fator para a dieta e digestão inadequada dos indivíduos, levando as pessoas a realizarem as refeições rapidamente e dialogarem durante o as refeições. Com isso alimentos são mal digeridos e conseqüentemente mal absorvidos, irritando a mucosa gástrica e se tornando mais um agravante para o surgimento da gastrite e, junto à pressa durante o dia, alia-se a má higienização dos alimentos, aumentando o contágio com o *H. pylori*.

A importância de trabalhar com as gastrites em minha área e baseada em que aproximadamente três de cada 10 pacientes que vão à consulta reclamam de queixas gástricas. A gastrite habitualmente e assintomática, mais se não e tratada pode desenvolver outras lesões como o câncer gástrico em sua máxima expressão. Si bem e certo que a incidência e a mortalidade do câncer gástrico estejam em queda, essa neoplasia continua sendo uma das principais causas de morte por câncer em muitas regiões do mundo, inclusive no Brasil.(14)

OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL

1. Implantar um plano de intervenção para diminuir a quantidade de pacientes com queixas gástricas na UBS Dr Mauricio do município Cesáreo Lange em 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar os pacientes portadores de gastrites pertencentes na UBS Dr Mauricio do Município Cesáreo Lange
2. Implantar uma intervenção para aumentar o conhecimento dos fatores de risco das gastrites à equipe de saúde
3. Sensibilizar a equipe da importância do agravo das gastrites
4. Capacitar a equipe para a realização de atividades educativas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo com dados de prontuário de pacientes com gastrites independentemente da sua classificação, atendidos, na UBS Dr Mauricio do município de Cesáreo Lange, SP. A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2015, com o objetivo de Implantar intervenção educativa.

Os fatores de inclusão deste estudo foram pacientes acima de 18 anos que frequentam a UBS e que apresentavam diagnóstico de gastrite após realização de endoscopia digestiva alta.

Os de exclusão foram pacientes com outras doenças do trato gastrointestinal, menores de 18 anos, e que não pertence na área de saúde antes mencionada.

O local do projeto de Intervenção foi realizado na UBS Dr Mauricio do município de Cesáreo Lange, na sala de reuniões com a participação das equipes desta unidade. Foi escolhida a quinta feira às 14.00 horas como o dia da semana onde serão as reuniões com as equipes que cumpriram o objetivo de capacitação e construção de um quadro de ações, para que cada equipe possa atuar. No processo de capacitação será necessária a presença, além do líder do projeto, a nutricionista, psicóloga, e o farmacêutico, onde serão abordados temas como hábitos alimentícios saudáveis, relação da má alimentação com a gastrite, o stress e a relação com a gastrite, o uso de anti-inflamatórios não esteroides e AAS na gastrite, tabagismo e etilismo sua relação com a gastrite, infecção por h.pylori, etc., o tempo de capacitação das equipes de saúde não deve exceder os dois meses.

Uma vez decorrido o tempo e terminada a capacitação da equipe então já estamos prontos para o desenvolvimento da estratégia, onde serão agendados encontros em horários factíveis, tanto para o pessoal da equipe como para os participantes, contando com o apoio, da psicóloga, a nutricionista, e o farmacêutico.

Elaboração de cartazes e murais, sobre os temas desenvolvidos, onde fiquem ressaltadas as atividades de promoção e prevenção, como a promoção de práticas alimentares saudáveis mudanças de estilo de vida, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Com a aplicação deste projeto de intervenção nossa equipe pretende, aumentar os conhecimentos com respeito aos fatores de risco das gastrites tanto a equipe como a população participante, diminuir a quantidade de pacientes que vão à consulta com queixas gástricas, tanto como o aparecimento de casos novos assim como mudar estilos de vida, que além de estar associados as doenças gástricas, também a outras doenças.

CRONOGRAMA

Atividades	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Elaboração do projeto	x				
Aprovação do projeto					x
Estudo do referencial teórico/Revisão bibliográfica	x	x	x		
Coleta de dados		x	x	x	
Revisão final e digitação				x	
Entrega do trabalho final				x	
Apresentação do trabalho					x

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blaser, M.J. & Berg, D.E. *Helicobacter pylori* genetic diversity and risk of human disease. *J. Clin. Invest.*, 107(7): 767-73, 2001.
4. Eslick, G. Sexual transmission of *Helicobacter pylori* via oral-anal intercourse. *Int. J. Std. Aids*, 13 (1): 7-11, 2001.
3. Moraes MM, da Silva GA. Risk factors for *Helicobacter pylori* infection in children. *J Pediatr* 2003; 79: 21-8.
2. Suerbaum S, Michetti P. *Helicobacter pylori* infection. *N Engl J Med* 2002; 347: 1175-86.
5. Gastron MM, Tinderg Y, Blennow M. Seroepidemiology of *Helicobacter pylori* infection in a cohort of children monitored from 6 months to 11 years of age. *Journal of Clinical Microbiology* 16: 247-251 1997.
6. Patel P, Mendall M, Khulusi S. *Helicobacter pylori* infection in children: risk factors and effect on growth. *British Medical Journal* 309: 119-123 1994.
7. Perez-Perez GI, Rothenbacher D, Brenner H. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter* 2004; 9(1): 1-6
8. BresCiani C, Latif I, Coser RB, Yagi O, Deutsch CR, Mucerino D, Zilberstein B, Cecconello I. Determinação histopatológica da presença do *Helicobacter pylori* em câncer gástrico. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2011; 24(1): 59-63
9. Ladeira, MSP. Biopatologia do *Helicobacter pylori*. *J Bras Patol Med Lab*, 2003; 39(4): 335-342.
10. MINCIS, M. *Gastroenterologia e Hepatologia*. São Paulo, Lemos: 1: 276-287; 1997.
11. Vergueiro CV, Cordioli R, Martucci D, Peres V, Kiyamu A, Ribeiro KCB, Chiattonne CS. Soroprevalência e fatores associados à infecção pelo *Helicobacter pylori* em doadores de medula óssea de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol São Paulo*; 2008 11(2): 196-203.
12. Reis N. *Nutrição Clínica. Sistema digestório*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2003.
13. Miszputen S. *Gastroenterologia*. São Paulo, Manole, 2007.
14. Instituto Nacional do Câncer - INCA. *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2005.