



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
Especialização em Saúde da Família: Profissionais da Atenção

**Implantação do Protocolo de Atendimento Inicial para Dispepsia na
Unidade de Saúde Básica: Porta do Sol, Mairinque - SP**

Autora: Luciana Helena Benetti
Orientador: João Peres Neto

Sorocaba, 2015

SUMÁRIO

1. .INTRODUÇÃO	03
2. OBJETIVOS	05
2.1 Geral.....	05
2.2 Específico.....	05
3. METODOLOGIA	06
3.1 Cenário da intervenção	06
3.2 Sujeitos da intervenção	06
3.3 Estratégias e ações	06
3.4 Avaliação e monitoramento	07
4. RESULTADOS ESPERADOS	08
5. CRONOGRAMA	09
6. REFERÊNCIAS.....	10
ANEXO 1	11

1 Introdução

A dispepsia acomete 25% da população adulta nos países industrializados, é um dos motivos muito frequentes das consultas médicas em geral e das especialidades, principalmente a gastroenterologia. Nos Estados Unidos, a dispepsia tem prevalência de 31,9%, excluindo-se doença do refluxo gastroesofágico, segundo os critérios de Roma, a dispepsia funcional fica responsável por 15,8% dos casos. No Brasil, identificou-se a prevalência de dispepsia, em estudo de base populacional, de 40,9%, de acordo com os critérios de Roma III, na dispepsia não diagnosticada.^{1,3, 4, 5}

Dispepsia como definição, é a presença de dor ou desconforto na região epigástrica, localizada no abdômen superior, de forma episódica ou persistente. Dentre as principais doenças relacionadas a esses sintomas, destacam-se as doenças pépticas: Refluxo gastroesofágico, ulcera péptica gastroduodenal e a dispepsia funcional. As manifestações clínicas, mais comumente encontradas são, dor epigástrica e queimação, plenitude pós-prandial, saciedade precoce, náuseas, vômitos e até mesmo eructações excessivas.^{2, 3, 4}

De acordo com Consenso de Roma III, a dispepsia é classificada de três formas: em funcional, quando seus sintomas não apresentam relação com qualquer problema de ordem orgânica, metabólica ou doença sistêmica que explique essa alteração, somados a endoscopia normal; já a dispepsia orgânica é associada a doenças como a ulcera péptica; e por fim, classifica também a dispepsia não diagnosticada, e estabelece protocolos para a sua conduta inicial.^{1, 2, 4}

Nos casos de dispepsia ainda não diagnosticada, é necessário verificar a presença de sinais de alarme: perda de peso, disfagia progressiva, hematêmese, anemia por deficiência de ferro, vômitos repetitivos, historia familiar de câncer gástrico, entre outros, pois esses sintomas não são comuns no dia-a-dia e podem ser indicativos de doenças orgânicas, necessitando o encaminhamento do paciente para o exame de Endoscopia digestiva alta no inicio do tratamento.^{2,3}

É importante, verificar também, se os sintomas são restritos ao trato digestivo alto, se não há uso de antiinflamatórios não esteroidais, antagonistas de canal de cálcio, nitratos, já que esses medicamentos podem ser a causa da dor epigástrica, deve-se também realizar diagnóstico diferencial com doença de refluxo, a idade do paciente também influencia. Excluindo os parâmetros citados, pode-se fazer uso de tratamento empírico por 3 meses.^{4, 5, 6}

Muitos estudos mostram que a infecção pelo *Helicobacter pylori*, podem estar presentes nas dispepsias, sendo fator de risco para a formação de ulcera duodenal, pois em 80-95% dos pacientes com essa patologia apresentam essa bactéria. A ação do *H.pylori* no trato gastrointestinal não é totalmente conhecido, sabe-se que ele produz urease e alcaliniza a secreção ácida do estomago, para que consiga se reproduzir e se manter vivo nesse meio. Tem alta prevalência no mundo, com índices mais elevados nos países em desenvolvimento, no Brasil a taxa é de 65% na população. O diagnóstico pode ser realizado através do teste da urease, na Endoscopia digestiva alta, é o mais comumente utilizado; o teste respiratório com uréia marcada, apresenta alto custo, mas tem alta sensibilidade e especificidade; e pode-se também realizar a sorologia de Anticorpos Anti IgG no sangue, de custo mais baixo, porem menos eficiente e especifico.^{1,4,5,8,10}

O diagnóstico das síndromes dispépticas baseiam-se nos sinais e sintomas clínicos encontrados, utilizando-se os critérios de Roma III. O exame padrão ouro é a endoscopia digestiva alta, acompanhada de teste da urease para pesquisa de *H.*

pylori, as indicações desse exame são para pacientes refratários ao tratamento, com histórico de câncer gástrico ou alta prevalência, em pacientes com sinais de alarme e idade maior de 55 anos.^{3,7,11}

O tratamento empírico da dispepsia não diagnosticada, quando não apresenta sinais de alarme, é indicada, pois a maioria desses casos são benignos e leves, além de que um estudo realizado, mostrou que 76% das endoscopias digestivas altas realizadas em dispépticos, não tiveram nenhuma alteração, reforçando a hipótese de tratamento inicial, sem ter realizado antes qualquer exame. O primeiro passo antes do tratamento, é excluir doenças biliares ou cardíacas como causa dos sintomas, posteriormente deve-se, rever os medicamentos utilizados de forma habitual pelos pacientes, já que alguns deles, como os anti-inflamatórios não esteroidais, teofilina, antagonista de canais de cálcio, nitratos, entre outros, podem ser causas da dispepsia.^{1,5,7,11}

Após descartados os diagnósticos diferenciais, os medicamentos de escolha para início do tratamento: são os inibidores da bomba de prótons, que atuam na supressão ácida, ou os antagonistas de H₂, porém o primeiro é mais amplamente utilizado e efetivo, eles são utilizados por um período de 4 a 6 semanas. O tratamento, inclui também alterações no estilo de vida, como alimentação saudável, perda peso, cessar tabagismo, a não exposição a alimentos como café, chocolate, álcool que precipitam os sintomas.^{1,2,5,6,7,11,12.}

Passado o tratamento inicial, se não houver resposta pode-se tratar também empiricamente o *H. pilory*, pois a maioria das infecções por essa bactéria são assintomáticas e se presentes no organismo aumentam o risco de ulcera gástrica, linfoma Malt e câncer gástrico. Se a resposta ainda for negativa, ou recorrência dos sintomas em 12 meses após tratamento do *H. pylori*, o paciente é encaminhado para a endoscopia digestiva alta.^{4, 5, 10, 11, 12}

A proposta de elaborar esse projeto de intervenção, que cria um protocolo de atendimento inicial para os casos de dispepsia não diagnosticada, na Atenção Primária a Saúde, baseou-se na alta prevalência das queixas dispépticas dos Usuários de Saúde do PSF Porta do Sol, localizado em Mairinque – SP.

2 Objetivos:

2.1 Objetivos Geral:

Implantar um protocolo de Atendimento Inicial para a dispepsia não diagnosticada na Unidade Básica de Saúde Porta do Sol, no município de Mairinque – São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos:

Identificação e triagem dos pacientes que apresentam queixas de dispepsia não tratada, sem fatores de risco.

Diminuir a demanda desnecessária de encaminhamento ao especialista, médico gastroenterologista, além da diminuição dos gastos com exames desnecessários.

Desenvolver ações educativas: sobre a doença, fatores de melhora e piora, além de grupos para discussão e implementação de alimentação adequada e saudável, combate a estresse, e mudança de estilo de vida, incluindo perda de peso e atividade física.

3 Metodologia:

3.1 Cenário de intervenção

A Projeto de Intervenção será proposto no município de Mairinque, localizado no Estado de São Paulo, que conta com uma população estimada de 43.223 habitantes e área de 210.305 m², segundo dados do IBGE. A Unidade Básica de Saúde Porta do Sol, que faz parte da Estratégia de Saúde da Família, localiza-se dentro de um condomínio fechado de chácaras com o nome Porta do Sol, que atende uma população de aproximadamente 4000 habitantes, divididos em caseiros, trabalhadores formais do condomínio e proprietários. No condomínio encontra-se também uma escola de educação básica, comércios alimentícios e uma academia de ginástica.

Nesta Unidade há apenas uma equipe de Saúde da Família, o espaço físico é pequeno, apresenta 3 salas para atendimento: médico, odontológico, da enfermagem que é conjunto com os procedimentos de vacina e curativos.

3.2 Sujeitos da intervenção (público-alvo):

O público alvo deste projeto de Intervenção serão todos os pacientes que frequentam a UBS e apresentam queixas de dispepsia, sem acompanhamento de algum outro médico ou do especialista.

3.3 Estratégias e ações:

Inicialmente, os pacientes que apresentam queixas de dispepsia: como má digestão, pirose, regurgitação, náuseas, vômitos, saciedade precoce, eructações excessivas; serão triados, durante a consulta médica.

Serão incluídos no projeto: pacientes de ambos os sexos, idade inferior a 50 anos, com ausência de sinais de alarme: melena, hematêmese, perda de peso involuntário e progressiva, vômitos persistentes, anemia por deficiência de ferro, massa epigástrica, doença péptica ulcerosa previa, historia de câncer gástrico; e sem tratamento. Serão aceitos também pacientes que já realizaram tratamento anterior, desde que tenha sido irregular e que não apresentam acompanhamento médico.

Numa 2^a etapa, será agendado um retorno para os pacientes que se enquadram no objetivo do trabalho, iniciando as pesquisas para exclusão de Doença do Refluxo Gastroesofágico, Doenças cardíacas ou biliares, uso de medicamentos: anti-inflamatórios, antagonistas de canal de cálcio, nitratos, teofilina, bifosfonados, corticosteroides; através da anamnese, exame físico e se necessário exames complementares. Finalizada essa etapa, os pacientes selecionados, incluindo os com diagnóstico de doença do Refluxo Gastroesofágico, serão tratados com Inibidor de Bomba de Prótons, omeprazol 20mg 1 comprimido em jejum e outro antes do jantar, que é oferecido pela UBS, durante 12 semanas além de estratégias de mudança no estilo de vida. Conforme esquema contido no anexo1.

O restante dos pacientes, que não se enquadraram na pesquisa, porque apresentam fator de risco, idade maior que 50 anos, ou já foram tratados corretamente e são refratários ao tratamento empírico, serão encaminhados para a

Endoscopia Digestiva alta, mantendo acompanhamento médico regular, e após resultado do exame, se necessário serão encaminhados ao Gastroenterologista. Os pacientes que apresentam sintomas de Doença cardíaca ou da vesícula, serão abordados, especificamente, conforme protocolo dessas doenças e excluídos da pesquisa.

Durante o tratamento medicamentoso dos pacientes selecionados e iniciados na etapa 2, será realizado 5 oficinas educativas e interativas, com palestra de duração de aproximadamente 30 minutos, sobre os seguintes temas:

- 1) O que é Dispepsia? Principais fatores de risco, etiologia.
- 2) Alimentação Adequada
- 3) Tratamento, incluindo efeitos colaterais do tratamento medicamentoso a longo prazo.
- 4) Dispepsia X estresse. Qualidade de vida: A mudança de hábitos e vícios e prática de atividade física.
- 5) A dieta alimentar ideal

Será também realizado conjuntamente com as palestras, grupos para sanar dúvidas e discussões sobre os temas. As palestras 1, 3 serão realizadas pelo médico de saúde da família, na palestra 4 além desse profissional será convidado um Professor de Educação física, já os temas 2 e 5 serão realizados pela nutricionista.

3.4 Avaliação e Monitoramento:

Os pacientes serão acompanhados através de consultas médicas regulares e durante as oficinas, a todo momento, além de que todas as informações e tratamentos estarão disponíveis nos seus respectivos prontuários, pois uma mudança nas características dos sintomas, o aparecimento de sinais de alarme, trarão a tona uma nova conduta que deverá ser aplicada imediatamente.

Após as 12 semanas os pacientes serão reavaliados e reclassificados, conforme cronograma do anexo 1. Se não apresentarem mais sintomas terão alta, os que permaneceram com as queixas serão tratados empiricamente para *Helicobacter pylori*, e por conseguinte reavaliados, se mesmo assim houver persistência dos sintomas, iram ser encaminhados para realização da Endoscopia Digestiva Alta, se apresentarem exame sem alteração, que conforme a literatura normalmente 76% dos exames vem com laudo normal, terão o diagnóstico confirmado de dispepsia funcional e manterão o acompanhamento pela UBS. Os exames que vierem alterados serão encaminhados ao médico Gastroenterologista. Os pacientes com diagnósticos de Doença do Refluxo Gastroesofágico, refratários ao tratamento inicial também serão encaminhados para o exame de Endoscopia Digestiva Alta, e em seguida para o especialista.

4 RESULTADOS ESPERADOS:

Após a colocação em prática do Protocolo para Dispepsia, espera-se perceber a redução nas filas de espera para a consulta com o Especialista, além da diminuição de pedidos de exames e encaminhamentos desnecessários que superlotam o sistema de saúde.

Acredita-se também, que através das palestras e discussões, além da visita com a Nutricionista, os pacientes percebam a importância de mudanças dos hábitos de vida, reforçando a necessidade de reeducação alimentar, adesão a atividade física, combate ao estresse, que somados ao tratamento medicamentoso, trarão resultados mais rápidos e mais eficientes.

Por fim, que o protocolo traga mais segurança para os médicos de saúde da família, para início imediato de tratamento, nos casos de dispepsia ainda não diagnosticadas e sem sinais de alarme, já que estão respaldados pela Literatura. Já que, é possível na atenção básica, que o paciente com dispepsia não diagnosticada possa ser acompanhado e tratado empiricamente, na Unidade Básica de Saúde, instituindo um tratamento precoce haverá melhora na qualidade de vida dos pacientes, além de menos absteísmo e perda de produtividade no trabalho.

5 CRONOGRAMA

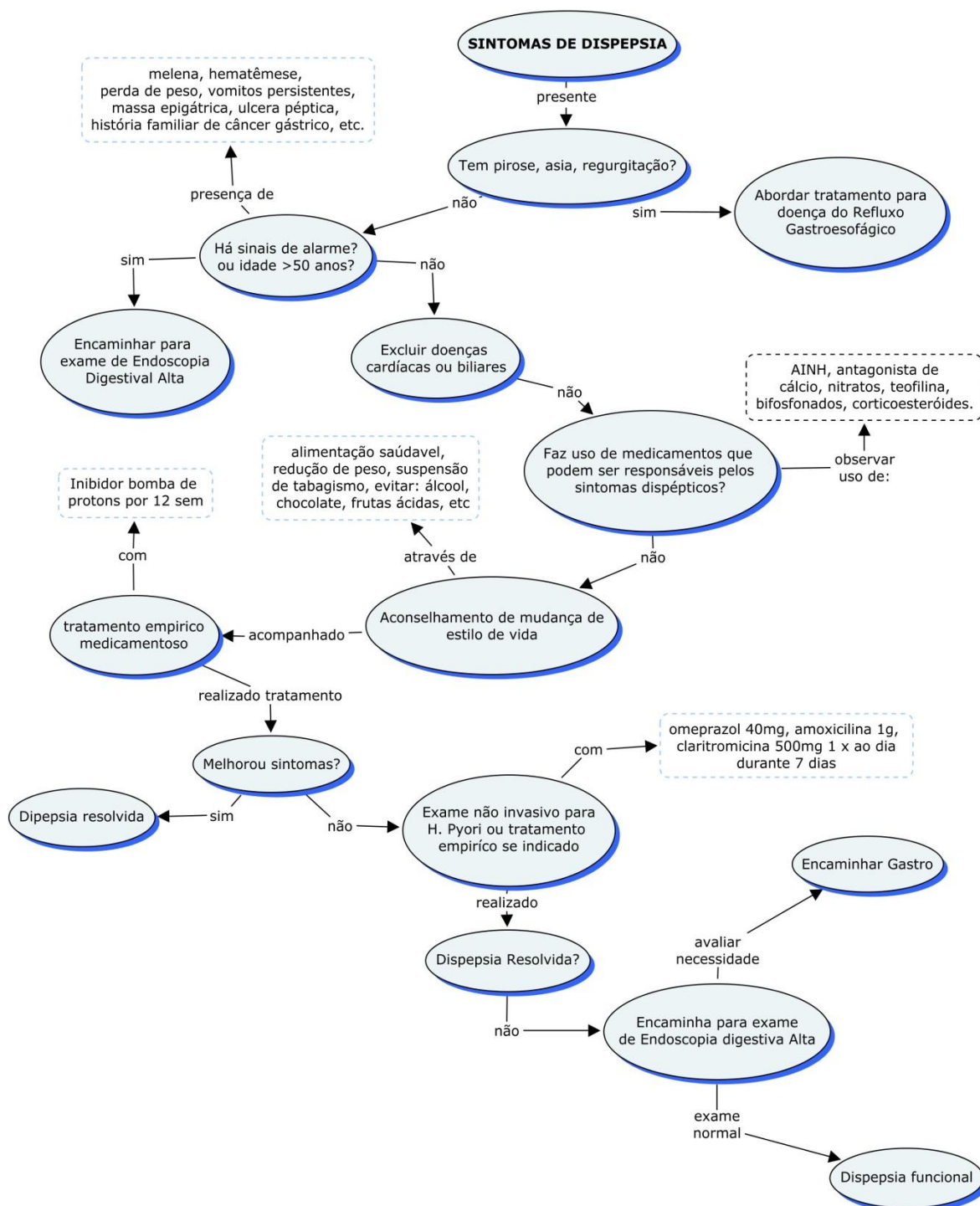
O projeto de intervenção foi realizado no período de agosto de 2014 a fevereiro de 2015, conforme etapas especificadas na tabela abaixo:

	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Investigação de um problema na UBS	X						
Elaboração Pergunta Norteadora do trabalho	X	X					
Aprovação do Projeto		X					
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X	X			
Discussão e análise dos resultados esperados				X	X		
Elaboração do trabalho	X	X	X	X	X	X	
Revisão final e digitação					X	X	
Entrega do Trabalho Final						X	
Elaboração do Poster						X	X
Socialização do Trabalho							X

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braga DC, Bortolini SM, Cassol M, SCF Bordignon. Sintomas dispépticos na atenção primária – perfil dos pacientes. GED Gastroenterol. Endosc. Dig. 2013; 32(3): 66-9.
2. Xiao G, Xie X, Fan J et al. Efficacy and Safety of Acotiamide for the Treatment of Functional Dyspepsia: Systematic Review and Meta-Analysis. The Scientific World Journal. 2014; 1-9.
3. Tack J, Talley NJ. TranstornosGastroduodenais. ArqGastroenterol. 2012; 49: 21-27.
4. Silva FM. Dispepsia: caracterização e abordagem. Rev. Med. 2008; 87(4): 213-223.
5. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (BR). Dispepsia não investigada: Diagnóstico e Tratamento na Atenção Primária à Saúde. Projeto Diretrizes; 2009.
6. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento a Demanda Espontânea. Brasília (DF); 2012.
7. Kahrilas PJ, Smout AJPM. Transtornos Esofágicos. Arq. Gastroenterol. 2012; 49: 11-20.
8. Federação Brasileira de Gastroenterologia (BR). Dispepsia funcional e Helicobacter Pylori. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar; 2011.
9. Matsuda NM, Maia CC, Troncon LEA. Dispepsia funcional: revisão de diagnóstico e fisiopatologia. 2010; 15(3): 114-116.
10. Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (POR). Normas de Orientação Clínica: HelicobacterPylori; J. PortGastrenterol. 2008; 15 (5).
11. World Gastroenterology Organisation. Global Guidelines Common GI. Manejo dos sintomas comuns de doenças gastrointestinais na comunidade; 2013.
12. Lahner et al. A survey of pharmacological and nonpharmacological treatment of functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology Journal. 2013; 1(5): 385-393.

PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM QUEIXA DE DISPEPSIA NA UNIDADE DE SAUDE BÁSICA



Elaborado com base: World Gastroenterology Organization. Global Guidelines Common GI. Manejo dos sintomas comuns de doenças gastrointestinais na comunidade, 2013.