



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**REDUÇÃO E CONTROLE DE QUEIXAS DISPÉPTICAS DA COMUNIDADE DO JARDIM
EMÍLIA - ARUJÁ / SP**

ELCIO HIDEKI UCHIDA

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para
obtenção do Título de Especialista em Saúde
da Família.**

Orientador(a): Julie Silvia Martins

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVOS	5
2.1 Geral	5
2.2 Específico(s)	5
3. REFERENCIAL TEÓRICO	6
4. MÉTODO	9
4.1 Local	9
4.2 Participantes	9
4.3 Ações	10
4.4 Avaliação e Monitoramento	10
5. RESULTADOS ESPERADOS	11
6. CRONOGRAMA	12
7. REFERÊNCIAS	13
8. ANEXOS	14

1. INTRODUÇÃO

Segundo Harzheim (2009), a dispepsia é conceituada como uma síndrome clínica que apresenta epigastralgia ou desconforto abdominal superior, com ou sem a presença dos seguintes sintomas: pirose, má digestão, náusea ou vômitos, regurgitação, saciedade precoce, eructação anormal e sensação de desconforto pós-prandial.

A prevalência da síndrome é elevada na população em geral, em torno de 40%, porém cerca de um quarto dos pacientes procura serviços médicos para investigação e tratamento adequado.

Referente ao Brasil, foi realizado um estudo de base populacional na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul em que observou-se uma prevalência da dispepsia em 44% na população adulta maior de 20 anos de idade (HARZHEIM; STEIN; CASTRO FILHO, 2009).

Existem escassos estudos populacionais brasileiros alusivos ao tema e, usualmente apontam algum tipo de dificuldade metodológica (OLIVEIRA; SANTOS; SILVA, 2006).

Ao se tratar dos Estados Unidos, um estudo mostrou que a mais frequente causa de dispepsia é a dispepsia funcional, e que a prevalência de dispepsia é de 31,9% (SHAIB; EL-SERAG, 2004).

Não diferente da prevalência brasileira, nos serviços de atenção primária à saúde os sintomas dispépticos também são habituais, embora há predomínio de pacientes que apresentem sintomas associados a doenças não consideradas pépticas. Entre elas pode-se citar a síndrome do intestino irritável, síndromes disabsortivas, as doenças do pâncreas, doença inflamatória intestinal, doenças endócrinas, distúrbios hidroeletrolíticos, ou até mesmo depressão.

Apesar de se apresentar com baixa morbidade, a dispepsia manifesta significativo impacto na qualidade de vida e nas despesas para realizar seu diagnóstico, tratamento e absenteísmo do trabalho, segundo Silva (2008).

Em virtude dos aspectos mencionados, é notória a necessidade de ações referentes ao manejo eficaz dos distúrbios dispépticos na atenção primária à saúde.

Sendo assim, o presente estudo tem por finalidade intervir nos principais fatores desencadeantes da dispepsia no bairro do Jardim Emília em Arujá, reduzindo as queixas associadas e conseqüentemente prevenindo as complicações de curto a longo prazo, visto que aproximadamente metade dos pacientes cadastrados na unidade de saúde do bairro referem sintomas relacionados atualmente ou já apresentaram síndrome dispéptica em algum período da vida. As principais causas de dispepsia a serem abordadas neste projeto serão as mais prevalentes do território abrangente, que são a dispepsia funcional, a doença do refluxo gastresofágico (DRGE) e a relacionada ao uso exagerado ou crônico de determinados medicamentos e substâncias nocivas ao organismo humano como álcool e tabaco.

A abordagem será realizada por meios farmacológicos e também comportamentais, destacando a relevância da terapêutica efetiva para restabelecimento da saúde dos pacientes acometidos.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Intervir nos principais fatores desencadeantes visando diminuir a incidência e prevalência de síndrome dispéptica nos pacientes do bairro Jardim Emília (Arujá/ SP).

2.2 Específico(s)

- I. Capacitar equipe para identificar e captar sintomas relacionados a síndrome dispéptica (dispepsia, azia, pirose, dor retroesternal e plenitude abdominal) afim de colher os dados para estudo;
- II. Promover educação em saúde abordando temas relacionados a prevenção e tratamento da síndrome dispéptica;
- III. Otimizar a qualidade de atendimento relacionado às queixas gastrointestinais na atenção primária à saúde.
- IV. Realizar acompanhamento periódico dos indivíduos portadores de síndrome dispéptica na área de abrangência da UBS Jardim Emília - Arujá/ SP

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O consenso de Roma III (DROSSMAN; CORAZZIARI; TALLEY; THOMPSON; WHITEHEAD, 2000), direcionado para as doenças funcionais do aparelho digestivo refere que, para o diagnóstico de dispepsia, sejam avaliados como sintomas específicos apenas a dor epigástrica: sensação desconfortante que os pacientes sentem quando está ocorrendo lesão tecidual, a pirose epigástrica: sensação incômoda de queimação em região epigástrica, a plenitude pós-prandial: sensação que a comida permanece por muito tempo no estômago, causando mal-estar, e a saciedade precoce: sensação que o estômago fica cheio após início da refeição, desproporcional ao volume ingerido, e em alguns casos não se consegue completar a refeição. Estes sintomas no geral apresentam caracteristicamente a fisiopatologia da dispepsia, enquanto outros achados clínicos diferentes destes estariam definindo outras síndromes específicas.

Após excluir outras causas específicas, ao suspeitar de dispepsia funcional, atualmente a abordagem mais recomendada é instituir supressão ácida com uso de inibidores de bomba de prótons (IBP). A dose e posologia variam de acordo com a apresentação de cada caso.

Outra opção medicamentosa bastante usada na prática clínica é o antagonista de receptor H₂, porém menos utilizada que IBP (HARZHEIM; STEIN; CASTRO FILHO, 2009). Segundo Delaney (2005) os IBP manifestam efetividade superior aos antagonistas de receptor H₂. O uso combinado medicamentoso também pode ser relevante para determinadas apresentações em que a droga instituída inicialmente isolada seja ineficaz para o manejo clínico.

Outra estratégia que pode ser empregada para o tratamento é o “*testar-e tratar*”, que consiste na erradicação da bactéria *H.pylori*, uma bactéria que tem poder de infectar e sobreviver no ambiente ácido estomacal. A taxa de prevalência da bactéria é alta em todos os países, sendo maior nos países desenvolvidos (COELHO; LEON-BARUA; QUIGLEY, 2000). Segundo Zaterka (2007) no Brasil a taxa é de 65% da população. A terapêutica empírica é

realizada com uso de antibióticos associados específicos em pacientes jovens e sem sinais de alarme, sem omitir a relação custo benefício da utilização da endoscopia, que pode economizar até 30% de exames próprios (LASSEN; HALLAS; SCHAFFALITZKY DE MUCKADELL, 2004).

Além do tratamento medicamentoso, são indispensáveis a orientação do paciente e a identificação e suspensão, quando possível, de medicamentos de uso rotineiro que possam ser responsáveis pela dispepsia como anti-inflamatórios, antagonistas do cálcio, nitratos, bifosfonatos e corticosteroides. A orientação também inclui uma alimentação saudável e redução ponderal para todos os pacientes sintomáticos (MASON, 2005). Vale ressaltar que os pacientes devem evitar outros hábitos agravantes como uso de álcool, cigarro, café, entre outros elementos que os próprios pacientes atribuem como fatores precipitantes da dispepsia.

Quanto à abordagem com endoscopia digestiva alta (EDA), por ser um método invasivo, grande parte dos resultados serem considerados sem alterações e tem restrição de oferta em determinadas regiões. Segundo Meineche-Schmidt (2002) o exame está indicado para pacientes com síndrome dispéptica na presença de um ou mais dos sintomas de alarme. São considerados sintomas de alarme:

- Sangramento gastrointestinal agudo ou crônico;
- Perda de peso involuntária progressiva;
- Disfagia progressiva;
- Vômitos persistentes;
- Anemia por deficiência de ferro;
- Massa epigástrica;
- Doença péptica ulcerosa prévia;
- História familiar de câncer gástrico.

Dessa forma, segundo Harzheim, et al. (2009), a conduta inicial recomendada para o manejo de pacientes com dispepsia é:

- Solicitação de endoscopia digestiva alta na presença de sinais de alarme;
- Redução de peso e suspensão de hábitos agravantes;
- Orientação gerais relacionadas a alimentação saudável;
- Suspensão, quando possível, de medicamentos de uso rotineiro que possam provocar sintomas dispépticos;
- Tratamento medicamento por 4-6 semanas com antiácido;
- Tratamento experimental de infecção por *Helicobacter pylori* se não houver melhora após 4-6 semanas de uso antiácidos, ou houver recorrência dos sintomas em 12 meses;
- Encaminhamento para endoscopia digestiva alta se não houver melhora, ou recorrência dos sintomas em 12 meses, após tratamento experimental citado.

4. METODOLOGIA

4.1 Local

Estudo de base populacional realizado entre Agosto de 2015 e Fevereiro 2016 na Unidade Básica de Saúde do Jardim Emília no município do Arujá, bairro este com cerca de cinco mil habitantes, com cobertura aproximada de 100% pela Estratégia de Saúde da Família, com atendimento realizado por duas equipes, sendo cada uma delas composta por um médico clínico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e um cirurgião-dentista. O Jardim Emília é um dos bairros mais periféricos do município do Arujá e será o cenário de estudo deste projeto de intervenção.

4.2 Participantes (público-alvo)

Serão estudados os pacientes que apresentam sintomas relacionados a síndrome dispéptica, baseando-se nos Critérios de Roma III como principal fundamento para inclusão na amostragem. Excluem-se divisões da amostragem em grupos seja por gênero ou faixa etária.

São Critérios de Roma III:

Apresentação dos sintomas por pelo menos três meses, contínuos ou intermitentes, com no mínimo seis meses de duração:

1. Um ou mais dos seguintes sintomas:
 - a. Empachamento pós-prandial
 - b. Saciedade precoce
 - c. Dor epigástrica
 - d. Queimação epigástrica; e
2. Nenhuma evidência de doença orgânica (incluindo a endoscopia digestiva alta) que justifique os sintomas

4.3 Ações

Inicialmente será realizado um trabalho de sensibilização da comunidade local para a importância da redução e controle das queixas dispépticas da população adscrita em forma de seminário, em que serão convidados os profissionais da atenção primária à saúde da unidade, representantes do Conselho Municipal de Saúde, Associações de Bairro e colaboradores para a apresentação do projeto de intervenção. Na sequência ocorrerá treinamento da equipe de Estratégia de Saúde de Família da unidade referente aos critérios de inclusão da amostragem do projeto.

Os dados obtidos dos pacientes que se enquadram no estudo serão registrados no prontuário eletrônico (PEC/ESUS) e em ficha individual de acompanhamento (Anexo I) elaborada em conjunto por médico, enfermeira e agentes de saúde da Estratégia de Saúde da Família. Os dados coletados de cada consulta serão incluídos em um banco de dados específico para monitoramento e avaliação contínua.

A conduta inicial comum para os casos de dispepsia do território será baseada segundo estudo de Harzheim, et al. (2009) com uso de antiácidos (inibidores de bomba de prótons; bloqueadores H₂) isolados ou combinados durante quatro a seis semanas associado a medidas comportamentais. Em caso de não melhora de sintomatologia após este período, haverá tentativa de tratamento experimental de infecção por *Helicobacter pylori* e/ ou encaminhamento para realização de endoscopia digestiva alta.

Em qualquer período de acompanhamento, o paciente que apresentar algum sinal de alarme será encaminhado para realização de endoscopia digestiva alta precocemente para investigação.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Mensalmente, a cada consulta, será realizado atualização do preenchimento de ficha individual de acompanhamento para comparação com os meses anteriores, para avaliar a eficácia da intervenção.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se uma definição e classificação adequada de cada indivíduo portador de dispepsia de acordo com os dados coletados nas consultas médicas periódicas na Unidade Básica de Saúde do Jardim Emília.

De médio a longo prazo, acredita-se diminuir progressivamente os referidos sintomas da síndrome dispéptica dos acometidos da área de abrangência, após intervir diretamente e indiretamente nos possíveis fatores causadores, na pretensão de acarretar manutenção da qualidade de vida destes pacientes.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2015	Setembro 2015	Outubro 2015	Novembro 2015	Dezembro 2015	Janeiro 2016	Fevereiro 2016
Escolha do tema	X						
Elaboração do Projeto		X	X	X			
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X		
Levantamento de dados			X	X	X		
Revisão final do Projeto					X	X	
Finalização do Projeto						X	
Apresentação do Projeto							X

7. REFERÊNCIAS

1. Coelho LG, Leon-Barua R, Quigley EM. Latin-American Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection. Latin-American National Gastroenterological Societies affiliated with the Inter-American Association of Gastroenterology (AIGE). Am J Gastroenterol. 2000;95(10):2688-91.
2. Delaney B, Moayyedi P, Deeks J, Innes M, Soo S, Barton P, et al. The management of dyspepsia: a systematic review. Health Technol Assess. 2000;4(39):iii-v, 1-189.
3. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology. 2006;130(5):1377-90
4. Harzheim E, Stein AT, Castro Filho ED. Dispepsia não-investigada: Diagnóstico e tratamento na atenção primária à saúde. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Projeto Diretrizes 2009.
5. Lassen AT, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell OB. *Helicobacter pylori* test and eradicate versus prompt endoscopy for management of dyspeptic patients: 6.7 year follow up of a randomised trial. Gut. 2004;53(12):1758-63
6. Mason JM, Delaney B, Moayyedi P, Thomas M, Walt R. Managing dyspepsia without alarm signs in primary care: new national guidance for England and Wales. Aliment Pharmacol Ther 2005; 21:1135-43.
7. Meineche-Schmidt V, Jørgensen T. 'Alarm symptoms' in patients with dyspepsia: a three year prospective study from general practice. Scan J Gastroenterol 2002;37: 999-1007
8. Oliveira SS, Santos IS, Silva JFP, Machado EC. Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos. Revista Saúde Pública 2006; 40:420-7
9. Shaib Y, El-Serag HB. The prevalence and risk factors of functional dyspepsia in a multiethnic population in the United States. Am J Gastroenterol. 2004;99(11):2210-6.
10. Silva FM. Dispepsia: caracterização e abordagem. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):213-23.
11. Zaterka S, Eisig JN, Chinzon D, Rothstein W. Factors related to *Helicobacter pylori* prevalence in an adult population in Brazil. Helicobacter. 2007;12(1):82-8.

8. ANEXOS

Anexo I – Ficha individual de acompanhamento

Projeto de Intervenção:
Redução e controle de queixas dispépticas da comunidade do
Jardim Emília no município de Arujá/ SP

FICHA INDIVIDUAL DE ACOMPANHAMENTO

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ DN: ____/____/____
 Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____
 CNS: _____
 Peso: ____ Kg. Estatura: ____ cm IMC: _____

II. ANAMNESE DIRIGIDA

Faz dieta ou suplementação alimentar?
 Sim Não

É fumante?
 Sim Não

Faz consumo de bebida alcóolica?
 Sim Não

Faz uso de medicamentos crônicos?
 Sim: _____ Não

Já fez endoscopia digestiva alta?
 Sim Não

Pratica atividade física?
 Sim Não

Faz quantas refeições por dia? 1 2 3 4 5 Mais de 5

Causa provável da dispepsia:
 Dispepsia funcional
 Doença do Refluxo Gastresofágico
 Medicamentos de uso crônico
 Substâncias nocivas (álcool e/ou tabaco)
 Outra: _____

**Projeto de Intervenção:
Redução e controle de queixas dispépticas da comunidade do
Jardim Emília no município de Arujá/ SP**

III. Acompanhamento Mensal

➤ **Mês de referência:** ____/20__

Quantos episódios de queixas dispépticas no mês?

0 1 2 3 4 5 Mais de 5

Está em uso de antiácidos?

Sim Não

Se afirmativo: Faz uso regular conforme orientado?

Sim Não

Está seguindo orientações/ recomendações adicionais?

Sim Não

Refere melhora do(s) sintoma(s) com o tratamento?

Sim Não