UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Elaine Ferreira Alves Ferrão

Plano de intervenção abordando a síndrome dispéptica nos pacientes da Estratégia de Saúde da Família Caic, do município de Caçador - SC

Florianópolis, Março de 2016

Elaine Ferreira Alves Ferrão

Plano de intervenção abordando a síndrome dispéptica nos pacientes da Estratégia de Saúde da Família Caic, do município de Caçador - SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Adriana Eich Kuhnen
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Elaine Ferreira Alves Ferrão

Plano de intervenção abordando a síndrome dispéptica nos pacientes da Estratégia de Saúde da Família Caic, do município de Caçador - SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de "Especialista na atenção básica", e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Adriana Eich Kuhnen
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

No Bairro Martello é grande a morbidade de doenças relacionadas à dispepsia e outros sintomas gastrointestinais com uma procura expressiva da população por assistência na Estratégia de Saúde da Família (ESF) para tratar tais sintomas, o que gera custo na realização de exames e do tratamento dispensado. Muitas dessas queixas são remitentes, fazendo o mesmo paciente procurar o serviço pelo mesmo motivo. Aliado a isso, existem questões relacionados aos maus hábitos alimentares e condições de vida. O atual trabalho visa propor uma abordagem da dispepsia e transtornos digestivos altos, cuja morbidade é considerada alta na população adstrita à Unidade de Saúde da Família Caic, no Bairro Martello, Caçador, SC. Propõe um Plano de Ação que permita a redução da incidência da Síndrome Dispéptica nessa comunidade. Serão utilizadas múltiplas ações de educação em saúde, estruturadas através de um Plano de Intervenção. Será realizada uma análise da prevalência da Síndrome através do levantamento das Fichas de Atendimento na USF nos últimos três meses. O plano inclui ações de educação em saúde, objetivando a redução da incidência de alcoolismo, tabagismo, ansiedade, melhoria dos hábitos alimentares, racionalização do uso de antinflamatórios e inibidores da bomba de prótons e capacitação da equipe de saúde. O projeto também contempla a educação da população sobre o uso de fitoterápicos para tratamento domiciliar dos transtornos digestivos. O projeto está sendo desenvolvido na ESF Caic, com o apoio de toda a equipe de saúde e já é perceptível visualizar diminuição do número de casos de transtornos dispépticos durante o acolhimento e nas consultas médicas. Espera-se com essas medidas, a longo prazo, contribuir com a redução da prevalência da Síndrome Dispéptica e suas complicações.

Palavras-chave: Dispepsia, Educação em Saúde, Promoção da Saúde, Políticas Públicas de Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVOS 13
2.1 Objetivo Geral 13
2.2 Objetivos Específicos 13

3 REVISÃO DA LITERATURA 15

4 METODOLOGIA 19

5 RESULTADOS ESPERADOS 23

REFERÊNCIAS 25

1 Introdução

Caçador é uma cidade do meio-oeste catarinense, localizado na região do Vale do Contestado, com uma população de 70.762 habitantes , sendo urbana 64.431 (91,05%) e rural 6.331 (8,95%). A densidade demográfica é 72,03 hab/km^2 (IBGE; 2014, 2016b)).

A data de fundação do município é de 1° de janeiro de 1939, sendo inaugurado em 25 de março de 1939. A região passou por vários conflitos antes da sua emancipação, pois era disputada pelos estados de Paraná e Santa Catarina (CAÇADOR, 2016) .

Localiza-se no meio-oeste catarinense, no Alto Vale do Rio do Peixe, a 400 km de Florianópolis. Tem uma área de 984,285 km^2. Conta com clima subtropical úmido, com verões quentes e chuvosos e invernos frios e secos, tendo as quatro estações do ano bem definidas. Tem altitude média de 930 metros acima do nível do mar. Seu relevo é Planáltico (Vales), com vegetação de mata de araucária. A temperatura do município é 17° C, variando para temperaturas abaixo de 0° no inverno, até mais de 25° no verão (CAÇADOR, 2016).

A economia da cidade conta com cerca de 290 indústrias de diversas áreas fazem com que Caçador seja considerada a "Capital Industrial do Meio Oeste". Destaque para o setor madeireiro. Através de suas próprias florestas, o município produz madeira serrada, celulose, papel, papelão, mobília, entre outros derivados, contando ainda com indústrias de produção metalomecânica, plástica, couro/calçadista e confecções. Na agricultura, destaca-se a cultura do tomate, maior produtor do Sul do Brasil, além da uva, vinho, pêssego, pimentão e milho. O PIB per capita está em volta de R$ 34194,78 (IBGE; 2014, 2016a).

Sua colonização foi predominantemente italiana, tendo recebido também grupos de imigrantes de outras etnias, a saber alemã, suíça, japonesa, árabe, polonesa, sírio-libanesa, ucraniana e portuguesa. O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0.735. Limita-se com os municípios de Calmon, Rio das Antas, Videira, Macieira, Lebon Régis, Salto Veloso, Palmas (PR) (CAÇADOR, 2016) (IBGE; 2014, 2016b) .

Com relação à taxa de Mortalidade na cidade de Caçador no ano de 2014, aconteceram 437 óbitos, sendo 275 entre idosos. As principais causas de óbitos na cidade de Caçador foram: Doenças do Aparelho Circulatório (27,2%), sendo o Infarto Agudo do Miocárdio responsável por 36 mortes; Neoplasias (17,2%), Doenças do Aparelho Respiratório (13,5%), sendo a pneumonia a maior causa de mortes nesse grupo de doenças, com 32 casos de óbitos; Causas Externas (8,9%), Causas Mal Definidas (8,2%); e Doenças do aparelho Digestivo (7,8%) (BRASIL, 2014)..

A Unidade de Saúde da Família Dr. César Pereira CAIC, localizada à RuaLuiz de Souza Correa, sn, Bairro Martello, comunidade carente da cidade de Caçador-SC. O Bairro Martello é o mais populoso do Município, contando com 12.696 habitantes. A população do Bairro é atendida por três unidades de saúde (CAÇADOR, 2016).

A unidade de saúde tem três equipes da estratégia da saúde da família e duas equipes de saúde bucal incompletas. A equipe CAIC 402591 atende uma população de 1040 famílias, num total de 3793 pessoas, sendo 1361 menores de 15 anos, 2432 pessoas maiores de 16 anos (BRASIL, 2015).

A comunidade atendida é carente e com alto nível de SUS-dependência, a renda failiar é menor que 2 salários-mínimos, contrastando com a realidade geral do município. O Bairro fica à cinco km do centro da cidade em num terreno bem acidentado, com morros e vales.

A infraestrutura do Bairro é deficiente, sendo as principais ruas asfaltadas, e o restante sem pavimento e sem saneamento básico. No bairro existem creches, escolas municipais e estaduais, mercearias, salões de beleza, igrejas evangélicas, bares, indústrias de embalagens, madeireiras, metalúrgicas e de cargas, oficinas de automóveis, dois postos de saúdes, o presídio municipal, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e uma praça.

Com relação ao tipo de moradia, 1059 casas são de taipa, 998 de tijolos, 1 de taipa revestida e 1 de material aproveitado. Como o saneamento básico no Bairro é deficiente, observa-se que em 1842 residências o destino do esgoto é através de fossa, em 204 casas essa destinação é através de sistema de esgoto e em 13 unidades o esgoto é a céu aberto (BRASIL, 2015).

Existe uma associação dos moradores, composta por pessoas da comunidade e alguns funcionários das unidades de saúde (também moradores da comunidade), bastante ativa, manifestando-se com frequência contra os problemas enfrentados pela população e cobrando melhorias do poder público.As doenças referidas foram: Hipertensão (639 pessoas), Diabetes (153 pessoas), Deficientes físicos (73 pessoas), Gestantes (65 mulheres e adolescentes), Alcóolatras (20 pessoas), Tuberculose (2 pessoas em tratamento) e Hanseníase (1 pessoa em seguimento) (BRASIL, 2015).

A população é composta em sua maioria por jovens e crianças, sendo que um grande número de jovens acima de 18 anos já é trabalhadora, em geral, após iniciarem a vida laboral, abandonam os estudos. É alto o número de gravidez na adolescência e comum ver menores de 15 anos grávidas e já aos 20 anos, já mãe de 1 ou mais filhos. Após nascerem, essas crianças, ficam nas creches do bairro, para que as mães possam trabalhar. Observa-se também grande desagregação das famílias da comunidade, com mães rudes no trato com os filhos e pais ausentes, além de separação de casais, ficando essas crianças com a mãe ou sendo criadas pela avó.

A maioria das queixas nas consultas são de infecções respiratórias, dores articulares, infecções de pele, incluindo infestação por pediculose, tunga penetrans e miíase. Problemas digestivos, principalmente dispepsia. Grande parte dos adultos é fumante e após os 40 anos aumenta o número de morbidades por diabetes e hipertensão arterial.

Na área não aconteceram óbitos de lactentes no ano de 2014. Com relação à cobertura vacinal das crianças menores de 1 ano, no último mês (maio de 2015), observou-se que

100% está com vacinas em dia. Em 2014 foi observado que 36% das gestantes tiveram 7 ou mais consultas durante o pré-nata (BRASIL, 2015).

As doenças referidas foram: Hipertensão (342 pessoas), Diabetes (95 pessoas), Deficientes físicos (38 pessoas), Gestantes (9 mulheres e adolescentes), Alcóolatras (10 pessoas), Tuberculose (1 pessoas em tratamento) e Hanseníase (1 pessoa em seguimento). A prevalência de Hipertensão foi de 9% e a de Diabetes Mellitus foi de 2,5%, segundo dados do (BRASIL, 2015)

A equipe CAIC, da Unidade de Saúde da Família (USF) do CAIC atende usuários hipertensos e diabéticos frequentemente, em média de 4 consultas/ano. Os atendimentos clínicos são realizados pela médica da equipe, que orienta, prescreve medicações, solicita e avalia exames. Existe mensalmente o HIPERDIA, organizado pela enfermagem, onde em um sábado por mês, são realizadas palestras, aferições de pressão arterial e medida de glicemia capilar e esclarecimentos de dúvidas.

Sobre atendimentos a vítimas de tuberculose e hanseníase, não existe uma rotina definida, pois a prevalência desses agravos é pequena e os casos identificados são agendados pelos agentes de saúde para atendimento e distribuição de medicamentos, de acordo com a demanda da unidade.

O CPO-D aos 12 anos (número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados para criança, aos 12 anos de idade, em determinado local e período) da unidade de saúde no ano de 2014 foi de 2,41. As equipes de saúde bucal lidam com o problema fazendo intervenções contínuas nas escolas da área de abrangência, com escovações e avaliações clínicas.

As principais queixas de procura da comunidade à unidade de saúde no mês de maio de 2015 foram: Infecções respiratórias (23%), Procedimentos de Enfermagem – vacinas, curativos, injeções (21%), Doenças osteomusculares (17%), Atendimentos a programas – hipertensos, diabéticos, gestantes (13%), atendimentos da odontologia (9%) e outras causas (17%) (BRASIL, 2015).

O fluxo de atendimentos é organizado com agendamento de 12 consultas por período, com uma média de 13 atendimentos por período. Uma vez por semana são realizadas consultas médicas domiciliares aos usuários com deficiência de mobilidade. As gestantes são atendidas mensalmente por médica e enfermeira, alternadamente e a partir de 28 semanas de gestação são encaminhadas ao obstetra. A puericultura não é realizada e as crianças são atendidas de acordo com a necessidade. Existe atendimento do pediatra 1 período por semana, sendo os demais atendimentos feitos pelas médicas do Programa de Saúde da Família (PSF).

Ainda faltam ser criadas estratégias de atendimento de acordo com o perfil da morbimortalidade da população adstrita. Com isso tem-se condições de minimizar alguns problemas, como exemplo do atendimento e ações na saúde do adolescente, pois observa-se grande número de gravidez nessa faixa etária, além de infecções genitais, consequentes

à prática do sexo inseguro.

Apesar da mortalidade infantil ser baixa na área, ações de cunho preventivo e sanitário na comunidade vão impactar nas melhorias de saúde das crianças da área, como orientações de higiene pessoal, e de residências. A procura por atendimentos para crianças pode ser prevenida com mais cuidados e orientações sobre a higiene familiar.

Não foi encontrado banco de dados suficientes sobre a mortalidade e internações no Bairro Martello, já que as 6 equipes de PSF nas três unidades do Bairro, e no período houve mudanças de pessoal de enfermagem e de médicos, além do número insuficiente de agentes de saúde, tendo havido perda de alguns indicadores nos últimos tempos.

Nota-se um descaso com a questão da higiene pessoal e das residências (observada durante visitas domiciliares). No entanto, observa-se o comprometimento da população em questões de saúde, observando e seguindo as orientações e prescrições médicas, com algumas exceções.

Apesar dos indicadores ruins, expostos acima, convém citar que a população é ordeira, educada, apesar do baixo nível educacional, e respeitosa com os profissionais de saúde. Observo o comprometimento da população em questões de saúde, observando e seguindo as orientações e prescrições médicas, com algumas exceções.

São necessários sistemas de informações locais mais fidedignos para se planejar programas, no intuito de prevenir doenças e causas de morte mais prevalentes. Desde o final de maio do corrente ano, a Secretaria de Saúde do Município está implantando um sistema de prontuário eletrônico, onde todos os usuários terão cadastro e todas as ações de saúde serão computados no sistema, mas que ainda não está sendo plenamente usado por dificuldades na rede da internet em algumas localidades.

Além das doenças crônicas sabidamente prevalentes na população em geral como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), um fato que chama a atenção na prática clínica é a grande prevalência de queixas relacionadas ao trato digestivo alto. A dor epigástrica, pirose, plenitude pós-prandial e saciedade precoce representam parte expressiva da demanda espontânea, sendo o uso indiscriminado de inibidores da bomba de prótons (IBP) e o alto custo com sua investigação diagnóstica, além de desfechos mais graves como câncer de estômago e esôfago, fatores preocupantes.

A falta de atividades de promoção e prevenção à saúde utilizando metodologias ativas e interativas com os usuários sobre o tema tornou-se evidente, gerando um ciclo vicioso de polimedicalização, excesso de exames complementares, manutenção dos maus hábitos de vida e retorno dos sintomas. Portanto, a partir da necessidade de uma mudança do foco curativo, centrado na doença para uma abordagem mais ampla de promoção à saúde surgiu a necessidade de um Plano de Intervenção abordando a Síndrome Dispéptica.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Elaborar um plano de intervenção que contribua na redução da incidênciada Síndrome Dispéptica na população adscrita à Estratégia de Saúde da Família (ESF) CAIC, no município de Caçador-SC.

2.2 Objetivos Específicos

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com Síndrome Dispéptica no território da ESF CAIC.
- Elaborar ações interdisciplinares de educação e promoção de saúde para reduzir a morbidade e complicações relacionadas à Síndrome Dispéptica na população adscrita à ESF CAIC.
- Reduzir a busca por livre demanda à ESF CAIC por queixas relacionadas à Síndrome Dispéptica.

3 Revisão da Literatura

A síndrome dispéptica tem baixa morbidade, porém apresenta grande impacto na qualidade de vida e nos custos de sua investigação, tratamento e absenteísmo do trabalho(MONES J. et al., 2002) . Sua prevalência é muito alta na população em geral, em torno de 40%, porém somente um quarto dos pacientes procura cuidados médicos por sua causa. No Brasil um estudo de base populacional revelou uma prevalência de 44% da síndrome. (OLIVEIRA et al., 2006)

Uma das queixas clínicas mais frequentes nos serviços de Atenção Primária à Saúde é a Dispepsia. Em um estudo de demanda em 1999 de um Serviço de Saúde Comunitária, a dispepsia correspondeu a 13% do total dos motivos de consulta classificados dentro do grupo do sistema digestivo, evidenciando-se como o terceiro grupo mais frequente (TAKEDA, 2004) .

A dispepsia é considerada por (SILVA, 2008) como um problema atual, comum e universal, cujos sintomas estão relacionados ao aparelho digestivo alto. Sua previdência é muito alta, em torno de 40% na população como um todo, embora apenas 25% destas pessoas procura o serviço de saúde por sua causa.

Estudos mostram que no Brasil, em grandes centros urbanos, a prevalência de *Helicobacter pylori* é aproximadamente de 62% a 81%3,4. Contudo, "o papel etiológico da infecção por *Helicobacter pylori* na dispepsia ainda não está esclarecido" (HARZHEIM; STEIN; FILHO, 2009) .

Segundo publicação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (HARZHEIM; STEIN; FILHO, 2009) , quando o paciente apresenta queixa clínica de dispepsia é importante investigar e identificar "sinais de alarme, indicativos de doença orgânica grave, como úlcera péptica e câncer gástrico". Entre estes sinais podem estar o sangramento gastrointestinal que pode ser agudo ou crônico, como melena e hematêmese, perda involuntária e progressiva de peso, disfagia progressiva, vômitos persistentes, anemia por deficiência de ferro, massa epigástrica, doença péptica ulcerosa prévia e história familiar de câncer gástrico.

É importante também identificar se o paciente está em uso de medicamentos que possam estar relacionados aos sintomas dispépticos. Entre estes principais medicamentos, incluem-se os anti-inflamatórios não-hormonais, antagonistas do cálcio, nitratos, teofilina, bifosfonatos e corticoesteróides (HARZHEIM; STEIN; FILHO, 2009).

A endoscopia digestiva alta é um método indicado inicialmente para avaliação de paciente com dispepsia, quando está presente um ou mais dos sintomas de alarme. Destes sintomas os mais importantes são a disfagia e/ou perda de peso significativa, o que pode levar à suspeita de câncer gástrico; neste caso o exame deve ser realizado com urgência (HARZHEIM; STEIN; FILHO, 2009). Disfagia e perda de peso são as mais confiáveis

'características de alarme' nos cuidados primários, embora apenas uma pequena minoria dos pacientes com estes sintomas terá realmente malignidade" (MASON et al., 2005).

Para (MEINECHE-SCHMIDT; JORGENSEN, 2002) , nem todos os pacientes com dispepsia que utilizam os serviços de Atenção Primária apresentam sinais de alarme, apenas 10% apresenta um ou mais destes sinais.

A endoscopia é indicada também em pacientes com dispepsia de início recente e com idade igual ou acima de 55 anos, considerando o risco aumentado de câncer gástrico. Recomenda-se que pacientes a serem submetidos à endoscopia devem suspender o uso de inibidores da bomba de prótons ou antagonistas H2 duas semanas antes do exame, para evitar dificuldades na identificação de câncer de esôfago ou estômago. (MASON et al., 2005)

No caso de pacientes com menos de 55 anos e sem sinais de alarme, a abordagem mais adequeda do médico da família, ainda segundo (MASON et al., 2005) , seria primeiramente aconselhá-lo quanto a uma alimentação saudável, à redução do peso, à suspensão do fumo e do álcool; identificar e suspender medicamentos de uso habitual que possam provocar sintomas dispépticos, como os anti-inflamatórios, antagonista do cálcio, nitratos, teofilina, bifosfonatos e corticoesteróides e abordar os fatores causadores de ansiedade e estresse. Posteriormente, estaria indicada a supressão ácida com o uso de inibidores da bomba de prótons por 4 a 6 semanas (LAINE; SCHOENFELD; FENNERTY, 2001) .

Para a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (HARZHEIM; STEIN; FILHO, 2009), citando (LAINE; SCHOENFELD; FENNERTY, 2001) "atualmente, a melhor abordagem inicial em termos de efetividade de pacientes com dispepsia é realizar supressão ácida com o uso de inibidores da bomba de prótons".

No que se refere às diferentes formas de se obter supressão ácida, os inibidores da bomba de prótons mostraram-se superiores aos antagonistas H2 (SOO et al., 2006). Um estudo comparou um IBP (Omeprazol 20 mg por dia), uma H2-AR (Ranitidina 150 mg BID), um agente pró-cinético (Cisaprida 20 mg BID), acompanhado do placebo no tratamento da dispepsia. Este estudo avaliou o resultado da administração destas substâncias em pacientes, em períodos 4 semanas e em 6 meses de tratamento, observando-se que a resposta mais significativa em 6 meses foi do omeprazol (31%), comparando-se com a cisaprida (13%) e o placebo (14%) (LIOU et al., 2005).

No caso não haver melhora dos sintomas dispépticos após 4 a 6 semanas de IBP, recomenda-se a estratégia de "testar-e-tratar" para *Helicobacter pylori* (MANES et al., 2003).

Porém, como na realidade da Atenção Primária os testes de identificação do *Helicobacter pylori* (teste respiratório com ureia e sorologia) estão pouco disponíveis, a opção mais coerente seria tratar a infecção no manejo de pacientes dispépticos não-investigados, mesmo sem realização dos testes, embora cerca de um em cada cinco pacientes tratados sofrerá a exposição desnecessária a antibióticos.

Caso os sintomas tenham recorrência num período de até 12 meses de seguimento, com o tratamento medicamentoso adequado para *Helicobacter pylori*, indica-se a endoscopia digestiva alta para descartar eventual causa estrutural referente aos sintomas apresentados pelo paciente (MASON et al., 2005).

O câncer não é uma doença péptica, mas por se situar no estômago pode determinar sintomas dispépticos. Geralmente, o câncer gástrico apresenta sintomas dispépticos, quando ele já se encontra se fase avançada, sendo que nesta fase as possibilidades de cura são precárias (SOO et al., 2006)

A gravidade desta doença e o seu diagnóstico, muitas vezes tardio, trazem desconforto para o profissional de saúde, para o paciente e seus familiares, portanto é fundamental uma discussão sobre a abordagem, principalmente de pacientes dispépticos idosos e ou com antecedentes familiares da doença (LIOU et al., 2005).

O plantio e o consumo de plantas medicinais vêm crescendo a cada ano no mundo todo, sendo que a Organização Mundial de Saúde – OMS – reconhece o valor potencial das plantas medicinais, e recomenda com insistência aos países-membros da Organização das Nações Unidas – ONU – que utilizem seus conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais como recurso terapêutico viável.

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos propõe dentre muitas ações promoverem e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais, fitoterápicos e remédios caseiros, além de desenvolver estratégias de comunicação, formação técnica científica e capacitação no setor de plantas medicinal e fitoterápico. O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos é uma ação do governo federal que aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio do Decreto n° 5.813, de 22 de junho de 2006, a qual se constitui em parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social como um dos elementos fundamentais de transversalidade na implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira.

Para as doenças do trato gastrointestinal a fitoterapia tem uma importância muito especial. Conforme (FINTELMANN; WEISS, 2010); (MEINECHE-SCHMIDT; JORGENSEN, 2002), os agravos à saúde, considerando especificamente, distúrbios gastrointestinais temos: anorexia, distúrbios hepáticos, colelitíase, prisão de ventre habitual, dispepsia, cólicas intestinais, gengivite, estomatite, afta, náuseas, vômitos, flatulência, azia, gastrite, úlcera gástrica e duodenal, diarreia, litíase biliar, hepatite, plenitude pós-prandial, pirose.

Em específico, no Brasil, há expectativas de crescimento da produção de medicamentos fitoterápicos, tendo como base a biodiversidade e o desenvolvimento tecnológico próprio, sendo uma possibilidade de intervenção e tratamento de doenças na saúde pública.

Em distúrbios gastrointestinais, tratamento dietoterápico junto ao tratamento fitoterápico é eficiente.

A descrição dos fitoterápicos na dispepsia funcional sem prescrição exclusivamente

médica presente na Lista de Registro Simplificado de Fitoterápico, na Instrução Normativa n° 05/2008 (BRASIL; SAÚDE; SANITÁRIA, 2008), bem como aqueles apresentados na RDC n° 10/2010 (BRASIL; SAÚDE; SANITÁRIA, 2010)estão apresentados nas tabelas abaixo:

Lista dos fitoterápicos com ação na dispepsia, Instrução Normativa n° 05/2008:

Matricaria recutita L. (Camomila)

Maytenus ilicifolia M (Espinheira Santa)

Peumus boldus Molina. (Boldo do Chile)

LIsta dos fitoterápicos com ação na dispepsia, RDC n.10/2010:

*Achillea millefolium (*Mil-folhas)

Baccharis trimera (Carqueja)

Lippia Alba (Sálvia do Rio Grande)

Maytenus ilicifoli a (Espinheira Santa)

Plectranthus neochilus (Boldo Nacional)

Rosmarinus officinalis (Alecrim)

Salvia officinalis (Sálvia)

Zingiber officinale (Gengibre)

Arctium lappa (Bardana)

Caesaria sylvestris (Guaçatonga)

Cinnamomum verum (Canela)

Curcuma longa (Açafrão da terra)

Solunum paniculatum (Jurubeba)

Taraxacum officinales (Dente de Leão)

Vermonia condesata (Boldo Baiano)

4 Metodologia

Para a elaboração e o desenvolvimento deste plano será realizada uma revisão bibliográfica a cerca do tema dispepsia no período dos últimos 10 anos, utilizando as bibliotecas do Cielo, BVS e PUBMED. Os descritores que serão utilizados são; dispepsia e educação em saúde, dispepsia e promoção da saúde, dispepsia e programas de controle, em português e inglês.

Para fins de estimativa da prevalência de dispepsia na comunidade do Bairro Martello serão analisadas as fichas dos atendimentos realizados nos últimos três meses na UBS Caic.

O Plano de Intervenção será desenvolvido com base em cinco operações definidas a partir dos "nós críticos" estipulados que serão descritos no plano de ação, baseado nos pressupostos de Campos, Faria e Santos (2010) **(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).**

PLANO DE INTERVENÇÃO

Problema Priorizado

Para compreender a gênese do problema "dispepsia" na comunidade do Bairro Martello, Caçador, é necessário analisar suas causas e consequências:

- Ambiente sociocultural – Hábitos e estilo de vida/nível de informação/pressão social -Tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares, estresse, uso indiscriminado de AINE's **Dispepsia** – CA de estômago e esôfago – invalidez, aumento da mortalidade.
- Herança genética – *H. Pylori* - **Dispepsia**
- Modelo de desenvolvimento econômico-social – políticas públicas – modelo assistencial – processo de trabalho – capacitação de profissional, uso de protocolos, referência e contrarreferência – falta de diagnóstico precoce e aumento dos casos - **Dispepsia.**

Nós Críticos

A partir do ponto descritivo e explicativo do problema identificam-se os "nós críticos":

- alcoolismo e tabagismo;
- maus hábitos alimentares;
- estresse, ansiedade e depressão;
- uso indiscriminado de AINE's e IBP's;
- processo de trabalho e capacitação profissional.

Objetivos

A fim de reduzir a incidência de alcoolismo e tabagismo na população adscrita serão estabelecidas em conjunto com a equipe de saúde e com o apoio dos meios de comunicação atividades de promoção à saúde através da abordagem coletiva.

Desenvolver medidas educativas sobre hábitos alimentares saudáveis, priorizando o público infantil e adolescente em ambiente escolar com a participação da nutricionista da equipe.

Metodologias interativas com os usuários como rodas de conversas e problematização de situações do cotidiano com a orientação da psicóloga abordando temas prevalentes em saúde mental objetivando reduzir a prevalência da ansiedade, depressão e do estresse na comunidade.

Racionalizar o uso indiscriminado de AINE's e IBP's orientando sobre os malefícios da automedicação.

Avaliação do processo de trabalho através de revisão bibliográfica sobre o tema e discussões para aprimoramento profissional afim de uma melhor abordagem individual e coletiva dos usuários dispépticos.

O Plano de Intervenção será desenvolvido com base em cinco operações definidas a partir dos "nós críticos" estipulados.

Operações

"Viver sem Vícios":

A operação Viver sem Vícios pretende reduzir a taxa de alcoolismo e tabagismo na população através da abordagem coletiva com palestras educativas nas escolas e nos grupos da terceira idade, hiperdia e pré-natal. Para ampliar o alcance da campanha serão realizadas semanalmente inserções informativas na rádio municipal sobre o tema. Os recursos necessários abrangem a esfera política no sentido de permitir o uso da rádio comunitária. Recursos cognitivos de informação sobre o tema e as estratégias de comunicação também serão importantes. Os responsáveis pelas palestras educativas serão os ACS com prazo de 1 mês para o início das atividades sob supervisão do enfermeiro e do médico visando uma maior interação com a comunidade através de um diálogo próximo da realidade da mesma.

"Comer Bem":

Para a conscientização popular da prática de bons hábitos alimentares será desenvolvido a operação "Comer Bem", que contará com a presença da nutricionista da equipe do NASF que avaliará a qualidade da merenda escolar instituindo cardápios mais saudáveis. Uma peça teatral será desenvolvida com a participação efetiva de toda a equipe abordando o tema "boa alimentação". As apresentações ocorrerão nas escolas e será aberto aos pais. Os recursos financeiros usados para produção dos panfletos e para o figurino dos personagens da peça serão solicitados à Secretaria de Saúde. A nutricionista avaliará a qualidade da merenda escolar no prazo de 2 meses. As peças teatrais contarão com a

participação de toda a equipe da ESF, com o prazo de 3 meses para início das atividades.

"Mente Sã":

A operação "Mente Sã" abordará os temas ansiedade, depressão e estresse. Quinzenalmente será organizada uma caminhada pelas ruas do bairro. O grupo da terceira idade terá a participação da psicóloga da unidade que promoverá uma roda de discussões sobre temas vinculados à saúde mental. A iniciativa "Cinema no Posto" através da parceria do governo municipal promoverá a apresentação de filmes na sala de espera da unidade de saúde, colaborando com o enriquecimento cultural da comunidade. A articulação com a prefeitura será essencial para alocação dos recursos financeiros e aquisição de insumos. O projeto "cinema no posto" terá a coordenação da enfermeira, que apresentará o cronograma dos filmes em 2 a 3 meses.

"Dose Certa":

A fim de diminuir o consumo exagerado dos anti-inflamatórios pelos usuários e a automedicação serão organizadas palestras com a participação do médico e do farmacêutico nos grupos de terceira idade através do plano "Dose Certa". Estes profissionais realizarão as palestras dentro de 2 meses.

Serão realizadas oficinas e palestras na sala de espera da unidade de saúde sobre o uso dos fitoterápicos no tratamento e queixas dispépticas, além de orientações aos usuários durante as consultas médicas e de enfermagem.

"Reciclagem":

A capacitação profissional e a avaliação do processo de trabalho serão assuntos abordados nas reuniões mensais da equipe. A operação "Aprender Sempre" atuará nas linhas de cuidado para a abordagem do paciente dispéptico e no uso de protocolos além de permitir a reciclagem dos profissionais da saúde e aprendizado sobre o uso de fitoterápicos usados no controle e tratamento das queixas dispépticas. Os recursos cognitivos serão essenciais para a elaboração das linhas guias, já os fatores organizacionais incluirão a adequação dos fluxos de referência e contrarreferência. Toda a equipe participará desse projeto que terá início na próxima reunião mensal.

"Gestão, acompanhamento e avaliação":

Para adequado acompanhamento e avaliação do Plano de Intervenção serão analisadas trimestralmente as Fichas de Atendimento para possível constatação da redução ou não das incidências das queixas dispépticas e suas principais causas na população adscrita da Unidade Caic, no Bairro Martello, Caçador-SC. A cada seis meses a equipe de saúde realizará um levantamento através dos bancos de dados do SIAB do número de internações e óbitos por neoplasias de estômago e esôfago além da evolução de sua prevalência. As reuniões mensais da equipe constituirão o momento para possíveis reflexões e revisões sobre a efetividade das formas de abordagem dos usuários dispépticos e para o reforço teórico sobre o tema.

5 Resultados Esperados

O estudo buscará elaborar um Plano de Intervenção capaz de alterar a evolução natural da Síndrome Dispéptica na população adscrita pela Unidade Básica de Saúde CAIC, Bairro Martello, Caçador-SC.

A abordagem dos principais fatores causais utilizando múltiplas ações de educação em saúde procura alterar o foco tradicional centrado na doença para uma visão mais ampla, considerando o usuário capaz de atuar em seu próprio processo de saúde-doença.

Um dos grandes desafios do atual estudo e de novos estudos que porventura surgirão é promover saúde através de alterações nos hábitos de vida dos pacientes. A interrupção do tabagismo, alcoolismo e as modificações na dieta, por exemplo, necessitam de uma equipe de saúde coesa, capaz de promover ações multidisciplinares atrativas e interativas. A questão da longitudinalidade é muito importante nesse processo.

Portanto, a viabilidade deste plano depende de um esforço conjunto entre a equipe de saúde, gestão municipal, iniciativa privada e a própria comunidade.

Por fim, é essencial a compreensão, principalmente por parte da esfera política, da importância de medidas preventivas, educativas e de promoção em saúde como instrumentos poderosos de melhoria na qualidade de vida da população.

Através dos programas abordados projeto de interevenção buscaremos reduzir o número de atendimentos por causas dispépticas. O projeto continuará e com mais autonomia e conhecimento sobre alimentação saudável, esperamos que a comunidade tenha uma taxa de morbidade em relação a Síndrome Dispéptica menor nos próximos anos.

Referências

BRASIL, B.; SAÚDE, M. D.; SANITÁRIA, A. D. V. *Instrução Normativa n. 05, de 11 de dezembro de 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Citado na página 17.

BRASIL, B.; SAÚDE, M. D.; SANITÁRIA, A. D. V. *Resolução RDC n.10, 10 de março de 2010*. Brasília: Ministério de Saúde, 2010. Citado na página 17.

BRASIL, D. *Departamento de Informática do SUS*. 2014. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 21 Jan. 2016. Citado na página 9.

BRASIL, S. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/>. Acesso em: 21 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 11.

CAÇADOR, P. M. de. *História de Caçador*. 2016. Disponível em: <http://www.cacador.sc.gov.br/portalhome/index.php/lista-de-e-mails/96>. Acesso em: 20 Jan. 2016. Citado na página 9.

CAMPOS, F.; FARIA, H.; SANTOS, M. Planejamento e avaliação das ações em saúde. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H.; SANTOS, M. (Ed.). *Curso de Especialização em saúde da Família*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. p. 1–110. Citado na página 19.

FINTELMANN, V.; WEISS, R. F. *Manual de Fitoterapia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Citado na página 17.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; FILHO, E. D. C. Dispepsia não investigada: Diagnóstico e tratamento na atenção primária à saúde. In: COMUNIDADE, S. B. D. M. D. F. E. (Ed.). *Projeto Diretrizes*. São Paulo: SBMFC, 2009. p. 3–8. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

IBGE; 2014, C. *Dados da Economia de Caçador*. 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=420300&idtema=16&search=||s{\char"00ED\relax}ntese-das-informa>. Acesso em: 13 Jan. 2016. Citado na página 9.

IBGE; 2014, C. *Dados Gerais de Caçador*. 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=420300>. Acesso em: 19 Jan. 2016. Citado na página 9.

LAINE, L.; SCHOENFELD, P.; FENNERTY, M. Therapy for helicobacter pylori in patients with nonulcer dyspepsia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Intern Med*, v. 134, n. 5, p. 361–369, 2001. Citado na página 16.

LIOU, J. et al. The optimal age threshold for screening upper endoscopy for uninvestigated dyspepsia in taiwan, an area with a higher prevalence of gastric cancer in young adults. *Gastrointest Endosc*, v. 61, n. 7, p. 819–825, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

MANES, G. et al. Empirical prescribing for dyspepsia: randomised controlled trial of test and treat versus omeprazole tratment. *BMJ*, v. 326, p. 1118–1123, 2003. Citado na página 16.

MASON, J. et al. Managing dyspepsia without alrm signs in primary care: new national guindance for england and wales. *Aliment Pharmacol Ther*, v. 21, p. 1135–1143, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

MEINECHE-SCHMIDT, V.; JORGENSEN, T. 'alarm symptoms' in patients with dyspepsia: a three year prospective study from general practice. *Scand J Gastroenterol*, v. 37, p. 999–1007, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.

MONES J., e. a. et al. Quality of life in functional dyspepsia. *Dig Dis Sci*, v. 47, n. 1, p. 6–20, 2002. Citado na página 15.

OLIVEIRA, S. S. d. e. a. et al. Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 3, p. 420–427, 2006. Citado na página 15.

SILVA, F. M. Dispepsia: caracterização e abordagem. *Rev Med*, v. 87, n. 4, p. 213–223, 2008. Citado na página 15.

SOO, S. et al. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst*, v. 4, p. 30–32, 2006. Citado na página 16.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNACAN, B. B. e. a. et al. (Ed.). *Medicina Ambulatorial*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 19–31. Citado na página 15.