

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FLAVIANO DIEGO MEIRELLES MENDES

**PROPOSTA PARA A DIMINUIÇÃO DO USO EXCESSIVO E INADEQUADO
DO OMEPRAZOL NO MUNICÍPIO DE CAJURI**

Conselheiro Lafaiete / MG

2014

FLAVIANO DIEGO MEIRELLES MENDES

**PROPOSTA PARA A DIMINUIÇÃO DO USO EXCESSIVO E INADEQUADO
DO OMEPRAZOL NO MUNICÍPIO DE CAJURI**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde Da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Max André dos Santos

Conselheiro Lafaiete / MG

2014

FLAVIANO DIEGO MEIRELLES MENDES

**PROPOSTA PARA A DIMINUIÇÃO DO USO EXCESSIVO E INADEQUADO
DO OMEPRAZOL NO MUNICÍPIO DE CAJURI**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde Da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Max André dos Santos

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Max André dos Santos – Orientador

Prof^ª. Dra. Selme Silqueira de Matos – Examinador

Aprovado em Belo Horizonte, em 13 de fevereiro de 2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, Claudia, que é a mentora das minhas vitórias e merece colher todos os frutos das conquistas com as quais me permite sonhar;

Aos meus amigos, Igor, Jerry, Camila e Mariana, porque o orgulho que sinto com o sucesso deles, é o mesmo que sinto em poder homenageá-los com meu sucesso;

A todos os meus colegas de trabalho de Cajuri, em especial à “equipe 2”: “Tianinha”, “Ritinha”, Irene, Marina, Luzia, Diana, Eduardo, Sônia, Ana Elisa, Cássia, Roberto e Francisco, que me acolheram como um amigo e me proporcionaram um enorme crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me capacitar e me prover a Luz para brilhar por e para Ele.

Ao Professor Max, que me orientou com excelência.

A farmacêutica responsável de Cajuri, Betânia, pelo apoio e colaboração.

Aos gestores municipais e demais profissionais responsáveis pela gestão da saúde em Cajuri.

Aos amigos Ricardo e Ervê, pelo apoio e parceria em todos os momentos.

A minha família e demais amigos, por serem peças fundamentais da estrutura da minha vida.

“Para ver muita coisa, é preciso despregar os olhos de si mesmo.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

As atividades como médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Cajuri – município mineiro de 4mil habitantes, localizado a 243 km de Belo Horizonte – levaram - me à constatação da excessiva demanda da população pelo omeprazol. Com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção, para reduzir o uso inadequado do omeprazol no município, foi realizada ampla revisão da literatura sobre a farmacologia da droga, suas indicações, efeitos adversos e doenças relacionadas, segundo as palavras chave: omeprazol, dispepsia, doença do refluxo gastro-esofágico, úlcera péptica e inibidores da bomba de prótons. Conforme metodologia do Planejamento Estratégico Situacional simplificado para ações em saúde de autoria de Campos, Faria e Santos (2010), foi feito levantamento de dados sobre o problema e elaborado um plano de ação para intervir em nós-críticos bem definidos. O levantamento estimou que 9,1% da população adstrita à equipe II que procura a unidade de saúde fazem uso de omeprazol. Desses, 92,8% utilizam por tempo prolongado não previsto na literatura; e 17,8% utilizam conforme posologia inadequada. Constatou-se que grande parte da população da cidade, além de pouco orientada sobre o tema, possui hábitos de vida que compõem fatores de risco para doenças em cujo tratamento é indicado o omeprazol, como elevado consumo de café, tabagismo, etilismo, sedentarismo, elevado uso de anti-inflamatórios, dieta com elevado teor de gordura, entre outros. Além disso, verificou-se que o processo de dispensação da droga apresenta falhas por parte da farmácia, assim como, em alguns casos, os médicos precisam rever suas prescrições. Esse fármaco da classe dos inibidores da bomba de prótons da mucosa gástrica, indicado para o tratamento da síndrome dispéptica e suas causas, da doença do refluxo gastro-esofágico, das úlceras pépticas e na erradicação do *H. pylori*, é responsável por boa parte das receitas das empresas farmacêuticas no país e no mundo, o que talvez justifique a escassez de estudos sobre tratamentos alternativos e efeitos adversos do seu uso inadequado. Este trabalho propõe uma abordagem através de reuniões educativas, de distribuição de folhetos informativos, do ajuste do processo de dispensação da farmácia e de cursos de atualização dos profissionais, com vistas a combater a falta de informação e os fatores de risco presentes na população e também adequar a forma como o omeprazol é prescrito entre os médicos da Atenção Primária à Saúde de Cajuri/MG.

Descritores: omeprazol, educação em saúde, estratégia de saúde da família, dispepsia, doença do refluxo gastro-esofágico, estilo de vida.

ABSTRACT

The activities as a doctor of the Estratégia de Saúde da Família (ESF) in Cajuri - a town with 4000 inhabitants, located 243km from Belo Horizonte – shown an excessive demand for omeprazole by the patients. With the intention of developing an intervention project, to reduce the inappropriate use of omeprazole in the city, a literature review was performed, including pharmacology of omeprazole, its indications, the adverse effects and the diseases related to it. Were used the following keywords: “omeprazole”, “dyspepsia”, “gastroesophageal reflux disease”, “peptic ulcer” and “proton pump inhibitors”. Based on the Planejamento Estratégico Situacional Simplificado methods for health actions by Campos, Faria e Santos (2010), was collected data about the problem and was developed a plan of action to intervene at "critical nodes". The survey estimated that among people seeking the health clinic and that are linked to team II, 9.1% used omeprazole. Of these, 92.8% did it for prolonged periods, which are not predicted in the literature, and 17.8% did it in inadequate dosage. It was noted that most people in the town have no information about the issue and have lifestyles that comprise risk factors for diseases in which omeprazole is indicated, for example: high consumption of coffee, smoking, alcoholism, sedentary lifestyle, high use of anti-inflammatory, diet with high fat consumption, among others. Furthermore, the pharmacy must adjust its omeprazole dispensing process, as well as, in some cases, doctors need to review their prescriptions. The omeprazole, belongs to the class of proton pump inhibitors of the gastric mucosa, indicated for the treatment of dyspeptic syndrome and its causes, gastroesophageal reflux disease, peptic ulcers and eradication of *H. pylori*. It is responsible for much of the income from pharmaceutical companies in the country and in the world, what perhaps justify the lack of studies on alternative treatments and adverse effects of its misuse. This paper proposes an approach through educational meetings, distributing leaflets, adjustments in the drug dispensing process, and motivation to refresher courses for professionals, in order to combat the lack of information, reduce the risk factors present in the population and also adjust how the prescriptions of omeprazole are done by doctors of Primary Health Attention in Cajuri/MG.

Descriptors: omeprazole, health education, estratégia de saúde da família, dyspepsia, gastroesophageal reflux disease, lifestyle habits.

SUMÁRIO

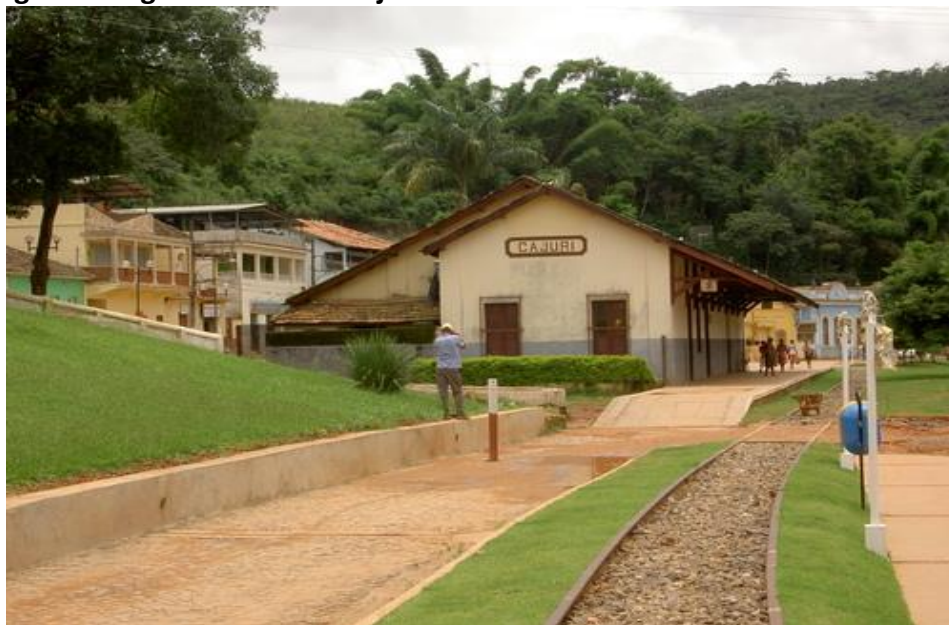
1 – INTRODUÇÃO	9
1.1 – O território	9
1.2 – Um problema evidenciado	11
1.3 – Descrição do problema	11
1.4 – Uma possível explicação para o problema em Cajuri	13
1.4.1 – Causas relacionadas à população	13
1.4.2 – Causas relacionadas à organização do serviço de saúde	14
2 – JUSTIFICATIVA	15
2.1 – Os possíveis efeitos do uso inadequado e prolongado do omeprazol	15
2.2 – Contextualização do problema	17
2.3 – O mercado do omeprazol: um potencial conflito de interesses	18
3 – OBJETIVO	20
4 – METODOLOGIAS	21
5 – DESENVOLVIMENTO	23
5.1 – Revisão da literatura	23
5.1.1 – Por que usar omeprazol?	23
5.1.2 – Omeprazol: aspectos farmacológicos clinicamente relevantes	28
5.2 – Plano de ação	31
5.2.1 – Seleção dos “nós críticos”	31
5.2.2 – Desenho das operações	32
5.2.3 – Identificação dos recursos críticos e análise da viabilidade	36
5.2.4 – Plano operativo	36
5.3 - Implantação do projeto e avaliação dos resultados	41
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
ANEXO 1	50
ANEXO 2	51
ANEXO 3	52
ANEXO 4	53

1 – INTRODUÇÃO

1.1 - O território

O jovem município de Cajuri, incrustado nas montanhas da Zona da Mata mineira, a 243 km da capital, completou, no último mês de dezembro, 50 anos de emancipação político-administrativa, desmembrando-se da cidade de Viçosa, da qual dista 17 km. Tem localização estratégica, equidistante de duas outras importantes cidades, além de Viçosa, que polarizam a região: a 60 km de Ponte Nova e de Ubá. O povoado teve origem na “corrida do ouro”, quando mineradores de Ouro Preto e Mariana faziam do local rota de passagem e pouso. Experimentou notável desenvolvimento a partir da instalação da Estrada de Ferro Leopoldina para o escoamento do café em meados do séc. XIX, da qual herdou uma pequena estação que abriga hoje um centro cultural do município. Figura 1.

Figura 1: região central de Cajuri – MG.



Fonte: <http://www.brasilocal.com/minas_gerais/vicosa/cajuri.html#t=media>

Atualmente, possui cerca de 4mil habitantes, sendo 23% abaixo da linha da pobreza. A população de cerca de 900 famílias esta distribuída em 83.000 Km² (48/km²), sendo 51% residentes na zona urbana e 49% na zona rural (RELATÓRIOS..., 2012).

A base do PIB é formada pela produção agrícola, representada pelo cultivo do café (principal), da banana e do tomate, além da pecuária leiteira. Complementam a atividade econômica cajuriense, a prestação de serviços e as pequenas indústrias relacionadas à fabricação de sucos, beneficiamento do café e de palmito, que é considerado um dos melhores do país.

O sistema de saúde local é formado exclusivamente pela atenção básica, sendo as redes de alta e média complexidade localizadas nos municípios-polo vizinhos, principalmente Viçosa, que conta com dois hospitais de referência para a região.

A cidade não conta com pronto-atendimento, sendo refém de ambulâncias básicas para o transporte, para Viçosa, de pacientes com demandas de urgência e emergência.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada com duas equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal, cobre 100% da população, que é na sua totalidade usuária do SUS. Atualmente, encontra-se em processo de implantação um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). As equipes se revezam no atendimento à zona rural, que é formada por cerca de cinco distritos e conglomerados.

As equipes são sediadas em uma Unidade Básica de Saúde, que é sede também da estrutura administrativa da saúde no município. A população conta com duas farmácias privadas, cadastradas no programa federal “Farmácia Popular do Brasil” e uma unidade de farmácia de distribuição gratuita de medicamentos, do programa estadual “Farmácias de Minas”.

A “equipe de saúde da família – II” (ESF-II), da qual sou o médico, conta com uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes de saúde e, além dos atendimentos agendados e de livre demanda, são promovidos grupos de educação em saúde e caminhadas comunitárias.

A culinária cajuriense é muito influenciada pela economia rural local, estando sempre presente no dia-a-dia da população o consumo de café (principalmente puro), de leite *in natura* e de gordura suína, que é frequentemente usada no preparo de outros alimentos.

É notório, ao exercer a prática médica na cidade, que os hábitos do etilismo e principalmente do tabagismo, estão presentes em uma considerável parcela da população.

O alto consumo de medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) é um dado relevante observado na cidade. O envelhecimento populacional é um dos principais fatores que contribuem para o aumento do consumo de medicamentos e, dentre estes, os AINEs destacam-se como uma das classes mais prescritas para idosos. São pessoas que acabam sendo acometidas por síndromes álgicas de caráter crônico e encontram nas prescrições

médicas a indicação de um remédio “mais forte” para combater as dores (MOTA et al., 2010).

Ao observar as queixas e necessidades dos pacientes atendidos pela minha equipe em consultas nos meses de janeiro a maio de 2013, notei a grande demanda relacionada a sintomas dispépticos e ao uso do omeprazol, fármaco da classe dos inibidores da acidez gástrica, que é distribuído gratuitamente pela farmácia da unidade.

1.2 - Um problema evidenciado

A observação direta dos atendimentos prestados à população mostra um excesso do uso inadequado do omeprazol. Muitos pacientes utilizam a medicação de maneira contínua e prolongada e algumas vezes com posologia não prevista na literatura médica. Além disso, observa-se que a terapia não é acompanhada por mudanças no estilo de vida, o que é imprescindível para o sucesso do tratamento com a droga.

Foi com base na observação dessa necessidade dos pacientes e, por avaliar que a abordagem a esse problema é acessível e viável, que decidi focar meu projeto de intervenção no enfrentamento do uso inadequado do omeprazol na atenção básica, propondo uma forma de reverter este quadro.

1.3 - Descrição do problema

Descritor 1: Uma análise da demanda do medicamento na farmácia da unidade denuncia o elevado volume de aquisição e uso da medicação.

Segundo dados da responsável pela farmácia da unidade, são disponibilizados aos estoques da unidade, através de licitação do governo estadual uma carga de 6.000 cápsulas de omeprazol a cada três meses, para distribuição à população. Além de evidenciado na rotina de trabalho diária da unidade, é confirmado pela farmacêutica e sua equipe que mesmo esta carga média de 2.000 cápsulas/mês tem sido invariavelmente insuficiente para atender a atual demanda da população.

Ao analisarmos a demanda ocorrida logo após o aporte de uma das cargas de 6.000 cápsulas (no mês de junho), vemos que a demanda média mensal real é bem superior à que é

disponibilizada pela farmácia. Uma carga que deveria suprir 90 dias de demanda alcança menos de 40 dias de fornecimento pleno. Tabela 1.

Tabela 1: Fornecimento de omeprazol à população de Cajuri-MG pela farmácia da Unidade Básica de Saúde – Cajuri, no período de junho a setembro de 2013.

PERÍODO	QUANTIDADE
junho a julho	4.565 cápsulas
julho a agosto	1.440 cápsulas
agosto a setembro	-

Fonte: Relatório de fornecimento de medicamentos da farmácia da unidade de saúde – Cajuri.

No mês de agosto, o medicamento se esgotou dos estoques na primeira semana.

Se fizermos uma estimativa da demanda média mensal real, chegaremos a cerca de 4.500 cápsulas/mês (54mil cápsulas/ano), mais que o dobro do que é fornecido regularmente. Diante disso, é observado que a população é levada a adquirir o medicamento em outras farmácias públicas e privadas da região, mantendo o alto consumo, apesar das restrições no fornecimento.

Descritor 2: O acompanhamento sistemático das consultas médicas realizadas de maio a agosto de 2013, em que se registrou número de pessoas diferentes atendidas (excluindo-se crianças menores de 12 anos e gestantes) e os dados de pacientes que fazem o uso da medicação, englobando a posologia, o tempo de uso, a indicação, uso de anti-histamínico anti-H2 (anti-H2) prévio, e a realização de endoscopia digestiva alta (EDA), nos permite identificar o grande número de pacientes fazendo uso da medicação. Quadro 1.

Quadro 1: Estimativa do uso de omeprazol pela população adstrita à ESF-II de Cajuri – MG, no período de 28/05 a 26/08 de 2013.

ESTIMATIVA DO USO DE OMEPRAZOL EM CAJURI
Número de pessoas maiores de 12 anos não-gestantes atendidas de 28/05 a 26/08: 307
Número de usuários de omeprazol registrados: 28 pacientes
9,1% das pessoas atendidas no período fazem uso de omeprazol

Fonte: registro de Flaviano Mendes, médico da ESF-II.

Analisando os dados colhidos pelo médico da equipe, podem ser identificadas algumas características dos usuários de omeprazol na cidade. Tabela 2.

Tabela 2: Usuários de omeprazol em Cajuri –MG, segundo variáveis, no período de 28/05 a 26/08 de 2013.

CARACTERÍSTICAS DO USO DE OMEPRAZOL EM CAJURI-MG	
Fazem uso contínuo regular prolongado (maior que 6 meses)	92,8%
Usam conforme posologia inadequada	17,8%
Usaram anti-histamínicos anti-H2 prévio ao omeprazol	7,1%
Realizaram EDA	60,7%
Com idade < 40 anos	14,3%
Com idade entre 40 e 60 anos	39,3%
Com idade > 60 anos	46,4%

Fonte: registro de Flaviano Mendes, médico da ESF-II.

Destaca-se o uso prolongado, o uso conforme posologia inadequada, a baixa realização de EDA e a predominância do uso entre maiores de 60 anos, que é considerada população de risco aos efeitos colaterais.

1.4 - Uma possível explicação para o problema em Cajuri

1.4.1 - Causas relacionadas à população:

O **estilo de vida do paciente**, aliado a **falta de informação e educação em saúde**, também contribui para o insucesso do tratamento e conseqüente aumento das doses e prolongamento do uso do omeprazol. Concorrem para tal: alimentação inadequada; uso excessivo de substâncias nocivas à mucosa gástrica (incluindo alimentos e drogas lícitas e ilícitas); falta de exercícios físicos; estresse; falta de adesão às medidas não farmacológicas do tratamento.

Ao analisarmos o território de atuação da equipe, podemos observar hábitos culturais que contribuem para o problema, principalmente os relacionados ao consumo de alimentos sabidamente nocivos à mucosa gástrica e que favorecem o desenvolvimento da doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE). A região se destaca na produção do café e a população traz consigo o costume do uso de grandes quantidades deste produto na sua vida diária. Além disso, devido à influência dos costumes da vida rural, observa-se o hábito do consumo de leite *in-natura* (não processado industrialmente, que apresenta importante percentual de

gordura) e do consumo de gordura de origem animal (suína) para a preparação dos alimentos.

1.4.2 - Causas relacionadas à organização do serviço de saúde:

- Quanto à prescrição da medicação:

Como na maioria das situações de saúde da população, um dos principais atores responsáveis é o médico. E neste caso não é diferente. Ocorre que, devido a falhas na indicação correta da medicação e a prescrições inadequadas, o paciente é levado a fazer o uso inadequado da droga. **A falta de informação atualizada ao médico** é um dos principais fatores.

Ainda, em alguns casos, relacionado à prescrição médica, o uso indiscriminado de AINEs e corticosteroides, também é um importante fator na gênese destes problemas.

Ocorre no sistema municipal que **a prescrição de omeprazol pode ser feita com a indicação de "uso contínuo" no receituário médico**, o que permite que o usuário possa adquirir a medicação durante quatro meses sem necessidade de nova receita, contribuindo também para o manejo inadequado do tratamento.

- Quanto ao acesso a apoio diagnóstico:

Também não podemos nos esquecer da dificuldade do acesso ao exame endoscópico, devido a limitações orçamentárias do sistema de saúde da região, o que, em alguns casos, prejudica a propedêutica da dispepsia e pode levar ao uso inadequado do omeprazol.

- Quanto à capacitação para promover educação em saúde à população:

Muitas vezes, **os agentes comunitários de saúde (ACS), o profissional de enfermagem e, até mesmo, o médico não dispõem de embasamento técnico e prático para orientar a população sobre o tema**. Vemos que o assunto acaba não sendo abordado nas consultas, grupos educativos e visitas domiciliares e, quando o é, ocorre de maneira insatisfatória justamente pela falta de conhecimento suficiente sobre o assunto.

2 - Justificativa:

2.1 - Os possíveis efeitos do uso inadequado e prolongado do omeprazol

A prescrição de omeprazol fora das indicações estabelecidas no Formulário Terapêutico Nacional, que está de acordo com as melhores recomendações em qualquer parte do mundo, constitui erro de prescrição, e o uso de omeprazol deve estar limitado às durações de tratamento definidas para determinadas condições clínicas. É claro que a alegação frequente de uso de um inibidor da bomba de prótons (IBP), no nosso caso, o omeprazol, para a prevenção de gastrite porque o paciente está tomando muitos remédios, não tem fundamento farmacológico (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2009).

A expressão '*uso contínuo*' constante em muitas receitas médicas, é imprecisa e não tem base terapêutica racional, pois não indica a duração do tratamento. Se a duração do tratamento tiver de ser aumentada, é necessário que seja feita nova prescrição, quando então o paciente deve ser avaliado quanto ao efeito terapêutico e sinais e sintomas de efeitos adversos. O uso desmedido de omeprazol em indivíduos com queixas dispépticas deve ser revisto em razão de efeitos adversos em potência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2009, p. 3).

O tema veio à tona em 2011 durante um simpósio promovido pelo Instituto Oncoguia – associação sem fins lucrativos, voltado a pacientes com câncer – após a divulgação dos resultados de um estudo, publicado no GUT (jornal oficial da Sociedade Britânica de Gastroenterologia e do British Medical Journal – BMJ) feito pelo Departamento de Patologia da Universidade de Ciência Médica de Shiga, no Japão. (PIVA, 2011). O referido estudo, feito por Hagiwara et al. (2011) encontrou 60% mais casos de adenocarcinomas de estômago em roedores que ingeriram omeprazol por um longo período.

Quando a pessoa sabe que vai beber muito e exagerar na comida já toma um omeprazol para prevenir. Ele não é tão fraco quanto os antiácidos, por exemplo. Isso é preocupante porque não é essa sua função". (Roberto Gomes, presidente da Federação das Sociedades de Cancerologia Sulamericanas – FESCAS).

Em abril do mesmo ano, o Departamento de Medicina e a Divisão de Gastroenterologia e Hepatologia da Escola de Medicina da Universidade de Stanford, nos Estados Unidos, divulgou um estudo associando o consumo exagerado dos fármacos inibidores de bomba de prótons a deficiências de ferro e magnésio, aumento da suscetibilidade à pneumonia, infecções entéricas, fraturas, entre outros problemas.

Os pesquisadores enfatizam, contudo, que os benefícios desses medicamentos superam seus riscos na maioria dos pacientes, mas idosos, desnutridos, pessoas com comprometimento imunológico, doentes crônicos e doentes com osteoporose podem ser mais suscetíveis.

Quanto aos possíveis efeitos do uso prolongado da droga, Talley (2009) chama a atenção para a ocorrência de pneumonia bacteriana aspirativa durante episódios de refluxo fisiológico, embora ainda não exista associação de causa estabelecida. O autor ainda afirma que existe risco aumentado para infecção por *Clostridium difficile* em quem usava um IBP antes da infecção; que parece existir problemas na absorção de cálcio insolúvel, pois é necessário um meio ácido para a absorção efetiva; há risco aumentado de fratura de quadril em pacientes que tomam IBP; pode ocorrer má absorção de vitamina B12, especialmente em pacientes idosos, quando existe supressão ácida de longo prazo; há relato de atrofia gástrica em pacientes infectados por *Helicobacter pylori* e que fazem tratamento de longo prazo com IBP; e descreve-se um crescente aumento de casos de nefrite intersticial aguda nesse grupo de pacientes.

Segundo Sartori (2012), a terapia prolongada com omeprazol pode causar aumento na concentração plasmática do fármaco e o perfil de absorção parece ser dose dependente: a partir de doses superiores a 40mg tem sido relatado aumento da concentração plasmática do fármaco de forma não linear devido ao metabolismo hepático de primeira passagem saturável. Ele afirma que a absorção do fármaco é maior com o uso prolongado e a sua biodisponibilidade pode estar aumentada em pacientes de alguns grupos étnicos (como chineses), idosos, e em pacientes com deficiência hepática, mas não é marcadamente afetada naqueles com insuficiência renal.

Outras reações adversas ao uso prolongado de omeprazol, baseadas em relatos de caso e estudos observacionais, são descritas:

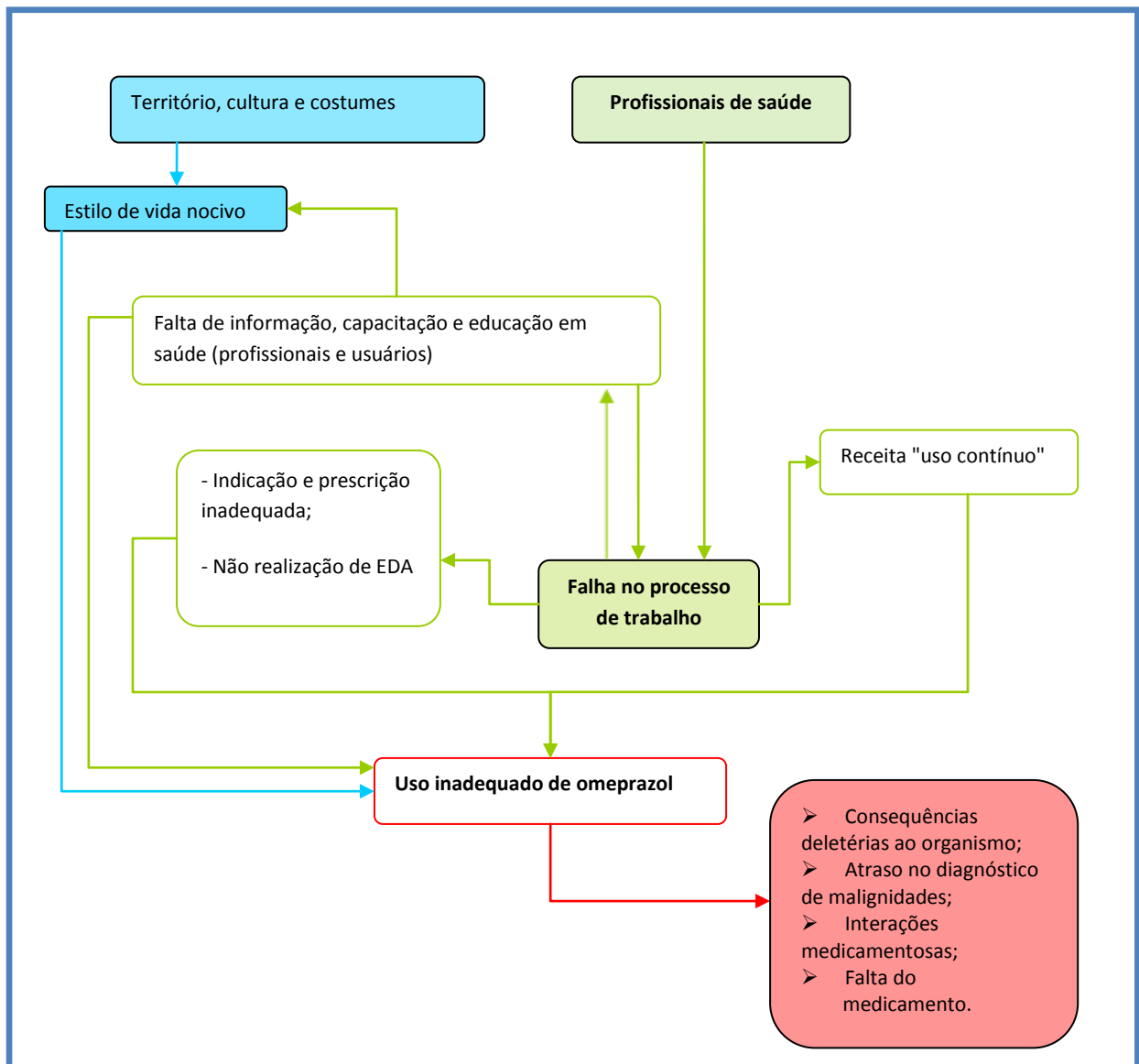
- Hipomagnesemia leve a grave com hipoparatiroidismo secundário em pacientes que usavam por vários anos;
- Diminuição cianocobalamina sérica em pacientes com síndrome de Zollinger-Ellisson;
- Aumento de peso;
- Pólipos em glândulas gástricas;
- Anemia megaloblástica por deficiência de vitamina B12 (tratamento de 3 anos, 40-60 mg/dia, para refluxo gastro-esofágico);
- Aumento do risco de osteoporose (exposição de 1 ano ou mais) e fraturas ósseas (exposição de 1 a 12 anos);
- Aumento do risco de pneumonia comunitária adquirida;
- Aumento do risco de infecção por *Clostridium difficile* (SARTORI, 2012).

“Não há dúvidas de que os inibidores da bomba de prótons são seguros em relação à maioria de outros tratamentos farmacológicos que prescrevemos, mas suprimir a acidez gástrica não é fisiológico” (TALLEY, 2009, p. 109).

2.2 – Contextualização e explicação do problema

O fluxograma abaixo ilustra o contexto do problema. Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma do problema do uso inadequado do omeprazol em Cajuri – MG.



Fonte: Flaviano Mendes, médico da ESF II.

2.3 – O mercado do omeprazol: um potencial conflito de interesses.

Há mais de 50 laboratórios farmacêuticos que fabricam remédios à base de omeprazol, inclusive genéricos e similares (PIVA, 2011).

Segundo dados da Intercontinental Marketing Services Health Inc. (IMS Health) – instituto de pesquisa em marketing farmacêutico mundial –, no acumulado de agosto de 2010 a julho de 2011 foram comercializadas cerca de 2,4 milhões de unidades do remédio no Brasil, com faturamento de R\$ 67,5 milhões. “No comparativo entre os períodos acumulados de agosto

de 2010 e julho de 2011 e agosto de 2009 e julho de 2010, o omeprazol cresceu 14% em faturamento, segundo dados da IMS Health. É um dos mais representativos produtos da EMS [empresa farmacêutica brasileira] nesse mercado”, destaca Marco Aurélio Miguel, diretor de Marketing da Divisão de Genéricos da EMS em reportagem ao Jornal da Tarde. (PIVA, 2011)

"Hoje em dia é muito fácil comprá-lo. Muitas vezes o paciente já chega no consultório tomando o remédio", relata Felipe Coimbra, oncologista e diretor de cirurgia abdominal do Hospital A. C. Camargo em São Paulo (2011).

O mercado de omeprazol no Brasil representa cerca de 30% das vendas de todos os IBPs, ainda segundo a IMS Health (PIVA, 2011).

3 - OBJETIVO:

O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção para reduzir o uso inadequado do omeprazol pela população do município de Cajuri.

4 - METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foram cumpridas fases norteadas pelos preceitos do Planejamento Estratégico Situacional simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), abordado no Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 2013. Foram consideradas para a elaboração do projeto a governabilidade, a capacidade de governo, e a análise situacional em relação aos atores sociais. A partir de então, foi priorizado, caracterizado e descrito o problema a ser enfrentado, considerando suas faces intermediárias e finais, concluindo, então, o momento explicativo do processo de planejamento estratégico em saúde, conforme proposto por Campos, Faria e Santos (2010)

As quatro etapas de construção do trabalho foram: elaboração do diagnóstico situacional, revisão bibliográfica, complementação do diagnóstico situacional e elaboração do plano de ação.

A primeira etapa – diagnóstico situacional – foi realizada durante os primeiros meses de atividades práticas no município, através de levantamento de dados em bases das secretarias da administração pública, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), informações dos moradores e da equipe, além da observação direta dos problemas e situações mais recorrentes vividos no cotidiano de trabalho da equipe. Foram identificadas, a partir daí, a grande procura pela renovação de receitas de omeprazol e a situação de escassez no fornecimento vivida pela farmácia da unidade.

A segunda etapa – revisão bibliográfica – consistiu em pesquisa nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), da Biblioteca Regional De Medicina (BIREME), da Biblioteca Virtual Em Saúde (BVS), do Portal de Periódicos CAPES, da Literatura Latino-americana de Ciências da Saúde (LILACS) e do Ministério Da Saúde, segundo as seguintes palavras-chave: omeprazol, dispepsia, doença do refluxo gastro-esofágico, úlcera péptica e inibidores da bomba de prótons. Foram analisados artigos, monografias, manuais entre outros materiais pertinentes do ano de 2000 em diante.

A terceira etapa – complementação do diagnóstico situacional - serviu para a concretização do diagnóstico situacional, relacionado ao problema priorizado. Já embasado pela revisão

bibliográfica, foram utilizadas ferramentas de coleta e análise de dados, conforme os conceitos do Método da Estimativa Rápida, constantes no módulo Planejamento e Avaliação das Ações Em Saúde, de autoria de Campos, Faria e Santos (2010), do CEABSF da UFMG de 2013. Foi realizada uma amostragem, através de levantamento de dados sobre o uso do omeprazol, buscando uma estimativa do tamanho do problema, através de duas frentes. Uma delas foi a análise da demanda mensal do omeprazol junto à farmácia da unidade, nos meses de junho a agosto, a partir de dados de seu sistema informatizado. A outra frente foi o registro das consultas médicas realizadas de maio a agosto de 2013, em que cada paciente atendido durante o período da pesquisa, usuário ou não, foi registrado em uma lista, em ordem alfabética, com as iniciais de seu nome seguidas da sua idade. As iniciais e a idade eram sempre checadas para evitar para evitar duplicidade de registro em consultas de retorno. Cada paciente usuário do omeprazol foi registrado conforme os seguintes itens:

- ✓ Idade;
- ✓ Posologia de uso do medicamento;
- ✓ Se usa por mais de 6 meses continuamente;
- ✓ Se já usou anti-histamínico anti-H2 previamente ao uso de omeprazol;
- ✓ Se já realizou EDA e
- ✓ Qual a indicação do uso (por que usa?).

Os usuários de omeprazol, além das iniciais e da idade, tiveram também registrados os dados referentes às perguntas acima. Após a coleta, foi feita a análise dos dados e a quantificação do problema.

A quarta etapa – elaboração do plano de ação – implementada a partir do problema priorizado, englobou a identificação e seleção dos nós críticos, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do projeto e a gestão do plano. Todos esses conceitos preconizados na Seção 3 do módulo Planejamento e Avaliação das Ações Em Saúde de autoria de Campos, Faria e Santos (2010) do CEABSF da UFMG de 2013.

5 – DESENVOLVIMENTO

5.1 – Revisão da literatura

5.1.1 - Por que usar omeprazol?

A síndrome dispéptica, um problema atual comum e universal, é caracterizada por sintomas relacionados ao aparelho digestório alto. É manifestação de diferentes doenças, mas principalmente das doenças pépticas, ou seja, das doenças determinadas pela disfunção cloridro-péptica: a DRGE, a úlcera péptica gastroduodenal e a dispepsia funcional (FORD; MOAYYEDI , 2009). Os sintomas que a caracterizam são sempre sintomas relacionados ao aparelho digestório alto, como a dor epigástrica e o desconforto pós-prandial, ou mais sugestivos de doenças do esôfago, como a pirose retroesternal, a azia, a regurgitação, a disfagia e a odinofagia; sintomas inespecíficos, como a eructação excessiva e a aerofagia; ou ainda os de base fisiopatológica mais ampla como as náuseas e os vômitos (VAKIL, 2005). A dispepsia funcional é definida pelos sintomas citados acima, após a exclusão de lesão estrutural à endoscopia digestiva alta ou à radiografia contrastada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2009). A síndrome dispéptica, especialmente por causa da dispepsia funcional, tem baixa morbidade, porém apresenta grande impacto na qualidade de vida e nos custos de sua investigação, tratamento e absenteísmo do trabalho (MONES et al., 2002).

A prevalência da síndrome 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 Oliveira e colaboradores (2009) revelou uma prevalência de 44% na população acima de 20 anos (SILVA, 2008, p. 215).

Dispepsia é uma queixa clínica frequente em serviços de atenção primária à saúde. No diagnóstico de demanda de 1999 de um Serviço de Saúde Comunitária, os motivos de consulta classificados dentro do grupo do sistema digestivo, incluindo dispepsia, corresponderam a 13% do total, representando o terceiro grupo mais frequente. (TAKEDA, 2004). Apesar disso, grande parte destes pacientes apresentam os sintomas dispépticos

associados a doenças não pépticas como Síndrome do Intestino Irritável, pancreatopatias, síndrome de má-absorção, doença inflamatória intestinal, endocrinopatias, distúrbios hidroeletrólíticos, ansiedade, depressão e outras (SILVA, 2008).

Entre os principais fatores associados às doenças pépticas e à síndrome dispéptica estão: a predisposição genética definindo gastroparesia intrínseca e maior susceptibilidade a fatores externos, a obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse, o uso de fármacos nocivos (em especial os anti-inflamatórios) e, principalmente, a dieta. No caso da dieta, podemos citar o consumo de café, a alta ingesta de gorduras e proteínas, a ingesta excessiva de condimentos, de temperos, de sal, de alimentos industrializados e a baixa ingesta de fibras (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA et al., 2012).

É notório que boa parte da população de Cajuri possui hábitos de vida que traduzem risco para o desenvolvimento de doenças e sintomas dispépticos, como o consumo de café e gorduras (do leite e suína), assim como vício do tabagismo e do álcool, e também o uso frequente de anti-inflamatórios não esteroides.

A dispepsia pode ser abordada de formas diferentes. A rigor, características da população, prevalência da infecção pelo *H. pylori*, prevalência do câncer gástrico, custos e disponibilidade da endoscopia digestiva alta devem ser adequadamente estudados para cada região. Também os métodos diagnósticos não invasivos para a bactéria e outros fatores (inclusive também a vontade do paciente) devem ser levados em conta na adoção de uma estratégia específica. Na prática, três estratégias são mais comumente utilizadas: endoscopia de início, identificação da infecção pelo *H. pylori* e sua erradicação e tratamento empírico inicial. (SILVA, 2008, p. 216)

Além disso, tão importante quanto à abordagem acima, é a parte da propedêutica relacionada às medidas não farmacológicas, que apesar de carecerem de estudos científicos sobre o tema, empiricamente tem se mostrado eficaz. Em relação à DRGE, vemos uma forte associação entre a presença da doença e alguns hábitos de vida, porém não foi provada relação de causa e consequência. Apesar da obesidade (índice de massa corpórea (IMC) maior que 25), do tabagismo, do consumo de álcool, café, doces, proteínas, de excesso

alimentar, de postura inclinada, do estresse e da fadiga estarem associados à DRGE, não há informação consistente definindo que a resolução desses fatores é seguida de resolução ou melhora da DRGE. No entanto, a elevação da cabeceira da cama e a alimentação noturna seguida do deitar-se mais tardio são medidas que reduzem a exposição ácida esofágica. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA et al., 2012). Segundo Nasi et al. (2006), tratamento comportamental visando à utilização de uma dieta saudável, sem irritantes, evitar o uso de medicamentos agressivos para a mucosa gástrica e minimizar as situações de ansiedade ou depressão podem ser úteis, embora não hajam estudos adequados verificando a eficácia destas medidas. Deve-se aconselhar o paciente a seguir uma alimentação saudável, reduzir o peso e suspender o fumo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2006).

É sempre muito importante compreender a limitação do uso de medicamentos, dar suporte psicológico ao paciente, conscientizando-o de que a doença é benigna e aguardar o surgimento de medicamentos mais eficazes (SILVA, 2008, p. 219).

A endoscopia de início tem sido proposta como abordagem que faz o diagnóstico da dispepsia precocemente. Tranquiliza o paciente e identifica tanto os casos de dispepsia funcional (a maioria dos casos), que são benignos e não vão exigir muitos recursos no seu acompanhamento, bem como os casos de neoplasia gástrica (SILVA, 2008).

São indicações obrigatórias de endoscopia digestiva os casos em que houver a identificação de sinais de alarme indicativos de doença orgânica grave, como úlcera péptica e câncer gástrico.

Os principais sinais/sintomas de alarme estão listados no quadro 2.

Quadro 2 - Principais sinais e sintomas de alarme em dispepsia.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DE ALARME EM DISPEPSIA
Sangramento gastrointestinal agudo/crônico (melena/ hematêmese);
Perda de peso involuntária progressiva;
Disfagia progressiva;
Vômitos persistentes;
Anemia por deficiência de ferro;
Massa epigástrica;
Doença péptica ulcerosa prévia;
História familiar de câncer de gástrico;
Dispepsia de início recente;
Idade > 55 anos;

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2009

A estratégia do “teste e trate”, que consiste em erradicar o *H. pylori* em pacientes dispépticos jovens e sem sinais de alarme, apresenta uma relação custo benefício melhor que a endoscopia inicial e pode economizar até 30% de exames. Porém, é necessária a disponibilidade dos testes não invasivos para o *H. pylori*. A prevalência da infecção também não pode ser alta ou muito baixa, porque ou se erradicaria a bactéria em quase todos os dispépticos ou em muito poucos e mesmo em pacientes ulcerosos, a erradicação da bactéria pode não acabar com os sintomas (SPIEGEL et al., 2002).

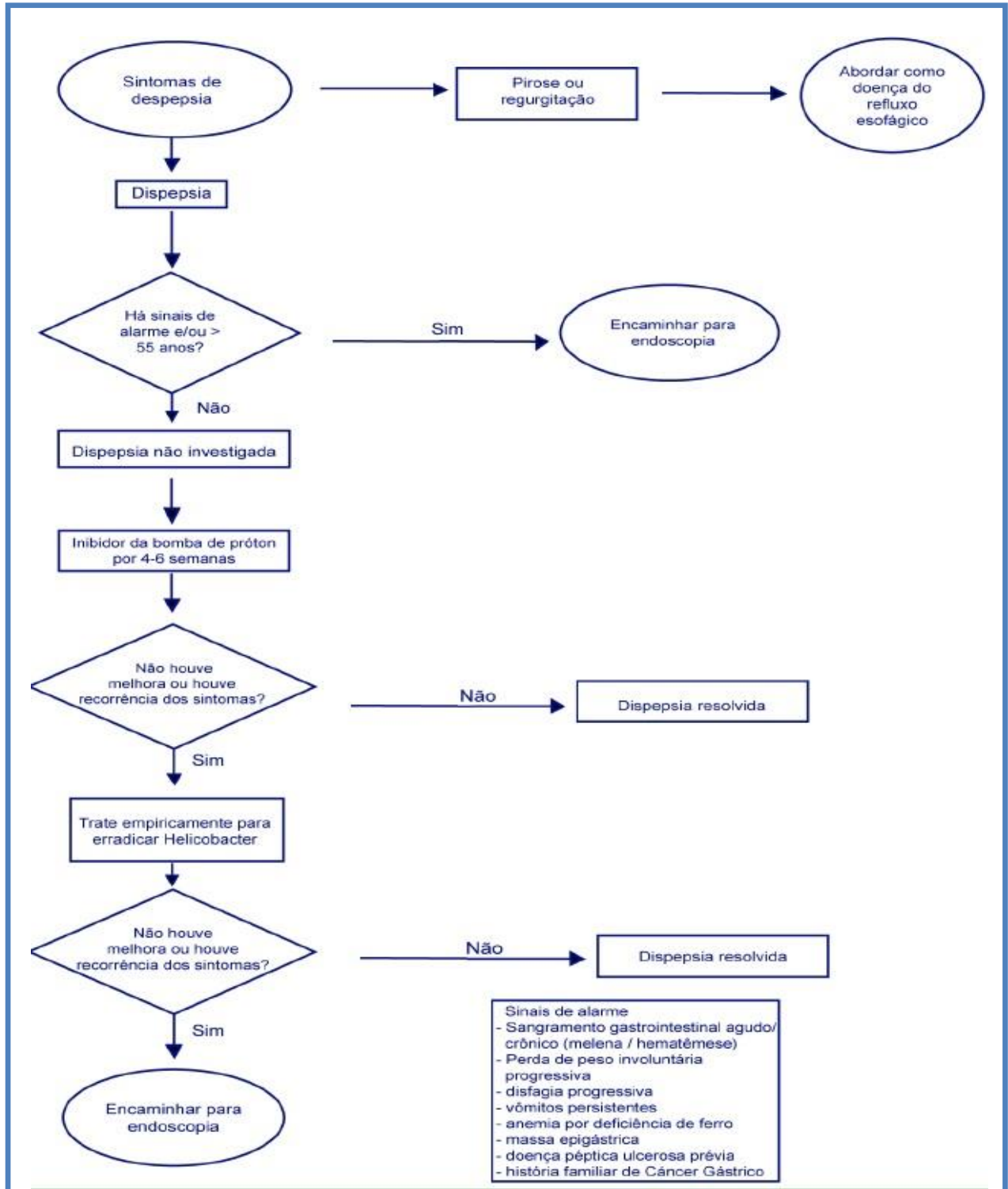
Atualmente, a melhor abordagem inicial em termos de efetividade de pacientes com dispepsia é realizar supressão ácida com o uso de inibidores da bomba de prótons (LAINE; SCHOENFELD; FENNERTY, 2001).

Se após 4-6 semanas de uso de inibidores da bomba de prótons não houver melhora dos sintomas dispépticos, é recomendada a estratégia “testar-e-tratar” para *Helicobacter pylori*. Esta decisão é embasada por diversos estudos que demonstraram maior efetividade da abordagem “testar-e-tratar” sobre a endoscopia. Se, após o tratamento com esquema medicamentoso adequado para *Helicobacter pylori*, houver recorrência dos sintomas dentro de um prazo de 12 meses de seguimento, estará indicada a realização de endoscopia

digestiva alta, para descartar possível causa estrutural para os sintomas referidos pelos pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2009).

A figura 3 ilustra a abordagem da dispepsia na Atenção Primária a Saúde:

Figura 3 – Algoritmo para a abordagem da dispepsia na Atenção Primária à Saúde.



Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2009.

Em relação à DRGE, Nasi et al. (2006) destacam que o maior desafio do tratamento clínico da doença não é apenas controlar os sintomas, mas sim manter os pacientes assintomáticos em longo prazo. Frente ao paciente que necessita de tratamento farmacológico continuado para manter-se bem, deve ser cogitada a alternativa do tratamento cirúrgico. O tratamento cirúrgico da DRGE, fundamentalmente, é indicado nos seguintes casos: intolerância ao controle clínico prolongado; formas complicadas da doença (esôfago de Barrett, ulceração, estenose); pacientes com manifestações atípicas que têm as queixas decorrentes de refluxo não-ácido e que, portanto, apesar de terem refluxo, não respondem bem ao tratamento com IBP.

5.1.2 – Omeprazol: aspectos farmacológicos clinicamente relevantes

Os inibidores da bomba de prótons (IBP) – omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, rabeprazol, esomeprazol e tenatoprazol – suprimem a secreção de ácido gástrico por meio da inibição específica da enzima “H⁺/K⁺ - ATPase” na superfície secretora da célula parietal gástrica. Todos os representantes dessa classe são similares entre si, reduzindo em até 95% a produção diária de ácido gástrico (STEDMAN et al., 2000)

Há evidências de sua eficácia no tratamento e prevenção de manifestações e complicações de doença péptica e doença do refluxo gastrintestinal. São especialmente indicados em pacientes com hipergastrinemia, síndrome de Zollinger-Ellison e úlceras pépticas duodenais refratárias a antagonistas H₂. Apesar das controvérsias, há benefício provável no tratamento de dispepsia que se manifesta com pirose e regurgitação. Observa-se uso desmedido desses medicamentos em indivíduos com queixas dispépticas, o que deve ser revisto pelos potenciais efeitos adversos e o custo acarretado (WANNMACHER, 2004).

Tabela 3 – Os IBPs e suas doses usuais.

INIBIDORES DE BOMBA DE PRÓTONS	
Substância	Dose usual
Omeprazol	20mg/dia
Lansoprazol	30mg/dia
Pantoprazol	40mg/dia
Rabeprazol	20mg/dia
Esomeprazol	40mg/dia

Fonte: adaptado de NASI, MORAES-FILHO e CECCONELLO (2006)

De acordo com WANNMACHER (2004), o tratamento com omeprazol é relacionado às seguintes situações:

Benefício definido:

- Tratamento sintomático e cicatrização de úlceras pépticas induzidas por uso crônico de AINE: omeprazol > ranitidina, misoprostol e sucralfato;
- Prevenção de lesões gastrintestinais induzidas por uso crônico de AINE: ranitidina, omeprazol e misoprostol;
- Papel coadjuvante na redução de recorrência de úlceras pépticas induzidas por H. pylori: qualquer IBP e sucralfato
- Tratamento de esofagite ou sintomas associados à doença do refluxo gastroesofágico : qualquer IBP

Benefício provável:

- Tratamento da dispepsia com pirose e regurgitação

Sugerida ineficácia:

- Tratamento do sangramento digestivo alto por úlcera péptica.
- Profilaxia primária de sangramento digestivo alto por úlcera de estresse.

Farmacocinética básica:

A absorção oral é dose-dependente.

Quando dado com alimentos, sua absorção é retardada e o pico de concentração reduzido.

Metabolismo: hepático e pela microbiota intestinal.

Excreção: renal (80 a 90%) e biliar (10%).

Meia-vida de eliminação : 3 a 10 horas (doses menores que 30 mg/m²) e 8 a 15 horas (com doses maiores).

Esquemas de administração do omeprazol em adultos:

- Doença do refluxo gastroesofágico sintomática. Oral: 20 mg, uma vez/dia, por 4 semanas. Intravenoso: 40 mg, uma vez/dia, até que a administração oral seja possível.
- Esofagite erosiva associada com doença do refluxo gastroesofágico. Oral: 20 mg, uma vez/dia, por 4 a 8 semanas.
- Condições hipersecretórias gástricas patológicas. Oral: iniciar com 60 mg, uma vez/dia. Doses acima de 80 mg/dia devem ser divididas. Manutenção: 20 mg, uma ou duas vezes/dia (a critério do especialista pois são condições raras). Intravenosa: 60 mg, três vezes/dia, seguidos por terapia de manutenção oral de 90 mg, duas vezes/dia e, então, decrescendo para uma vez/dia.
- Úlceras pépticas refratárias. Oral: 20 a 40 mg, uma vez/dia, por 4-8 semanas. As doses mais altas são usadas em úlceras gástricas. Intravenosa: 40 mg, uma vez/dia, até que a administração oral seja possível.
- Adjuvante no esquema antimicrobiano para erradicação de *Helicobacter pylori*. Oral: 20 a 40 mg, por via oral, uma vez/dia, por 14 dias.

Efeitos adversos

- Comuns: cefaleia, dor abdominal, tontura, erupção cutânea, diarreia, dor abdominal, náusea, vômito, constipação, fraqueza e lombalgia.
- Graves: agranulocitose, alopecia, pancreatite (raro), hepatotoxicidade (raro), alterações hematológicas, fratura do quadril e nefrite intersticial.

Interações farmacológicas

Voriconazol pode aumentar as concentrações plasmáticas de omeprazol. Ginkgo biloba e erva-de-são-joão podem reduzir a eficácia de omeprazol. Pode haver aumento do efeito de: metotrexato, benzodiazepínicos, fluoxetina, propranolol, fenitoína, cilostazol, amiodarona, carbamazepina, digoxina, varfarina, dissulfiram. Pode ocorrer diminuição de efeito de atazanavir, indinavir, itraconazol, cetoconazol e sais ferro.

(BRASIL, 2010)

Orientações aos pacientes

- Orientar para a ingestão das cápsulas com estômago vazio, 30 minutos antes de uma refeição (preferentemente no café da manhã), devendo ser engolidas intactas.
- Ensinar que, para pacientes com problemas na deglutição, as cápsulas podem ser abertas antes da administração e os grânulos intactos misturados com pequena quantidade de purê de maçã ou bebida ácida, como suco de laranja ou iogurte. Os grânulos não devem ser mastigados nem misturados com leite.
- Alertar que não deve ser utilizado para alívio imediato de ardência epigástrica, pois pode levar 1 a 4 dias para alcançar o efeito completo.
- Antiácidos podem ser administrados concomitantemente.
- Reforçar a necessidade de evitar o uso de bebida alcoólica.

(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2009).

5.2 – Plano de ação:

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5.2.1 – Seleção dos “nós críticos”

Após análise do diagnóstico situacional e da descrição do problema que apresentou a maior viabilidade e melhor custo-benefício, foram identificados os “nós críticos” a partir dos quais serão desenvolvidas as intervenções:

- Falta de capacitação e atualização dos médicos da unidade em relação ao tema;
- Hábitos e estilos de vida da população inadequados;
- Falta de informação adequada e educação em saúde na população;
- Falta de capacitação dos ACS e profissionais de enfermagem;
- Sistema de prescrição "uso contínuo".

5.2.2 – Desenho das operações:

A estratégia de abordagem do problema do uso inadequado do omeprazol será dividida em operações, a serem realizadas de acordo com cada nó crítico definido anteriormente. As operações são conjunto de ações que devem ser desenvolvidas na execução do plano. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Cada operação deve originar um produto, que é considerado um “elo efetor” para o alcance dos resultados esperados; e necessita de vários recursos para a sua realização, sejam eles financeiros, organizacionais, cognitivos ou políticos. Tabela 4.

Tabela 4 - Desenho das operações a serem realizadas para a execução do plano de ação

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO	PRODUTOS ESPERADOS	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Falta de atualização e capacitação dos médicos da unidade de saúde de Cajuri.	Atualizar e capacitar os médicos da unidade, através de debate em reunião tipo mesa-redonda, com moderação do autor do projeto e da farmacêutica da unidade.	Consenso entre os médicos alcançado e protocolo de prescrição do omeprazol a ser adotado na unidade de saúde acordado.	-Síndromes dispépticas abordadas corretamente; -Omeprazol prescrito precisamente.	- Cognitivo: autor do projeto com a exposição da revisão bibliográfica; farmacêutica da unidade de saúde. -Organizacional: convidar os demais médicos.
Hábitos e estilos de vida da população inadequados.	Modificar, no que for possível, os hábitos e estilo de vida da população, através de palestras e distribuição de folhetos educativos.	-Palestras destinadas à população sobre o tema realizadas; -Distribuição de folhetos sobre estilo de vida saudável e tratamento não farmacológico da dispepsia realizada.	-População aderida ao tratamento não farmacológico das síndromes dispépticas.	- Cognitivo: autor do projeto; demais médicos capacitados; enfermeira da equipe capacitada; nutricionista da unidade. -Organizacional: adequar as agendas de trabalho para organizar as palestras e distribuir os folhetos; convidar os profissionais para a realização das palestras. - Financeiro: para aquisição dos folhetos.

Tabela 4 – continuação

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO	PRODUTOS ESPERADOS	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
<p>Falta de educação em saúde e informação sobre a dispepsia e o uso do omeprazol.</p>	<p>-Informar demais profissionais de saúde da unidade (ACS, enfermeiros, fisioterapeuta e nutricionista) e população sobre o tema, através de palestra ou simpósio e distribuição de folhetos educativos.</p>	<p>-Palestra ou simpósio destinado aos demais profissionais de saúde da unidade e população sobre os temas “dispepsia” e “uso do omeprazol” realizadas; Distribuição de folhetos sobre os possíveis riscos do uso contínuo e inadequado do omeprazol realizada.</p>	<p>-Equipe de trabalho e população mais conscientes e informadas sobre o problema. - Demanda do omeprazol reduzida.</p>	<p>- Cognitivo: autor do projeto; demais médicos capacitados; enfermeira da equipe capacitada; farmacêutica da unidade. -Organizacional: adequar agendas de trabalho para organizar a reunião e distribuir os folhetos; convite aos demais profissionais - Financeiro: para aquisição dos folhetos.</p>
<p>Falta de capacitação da equipe de trabalho.</p>	<p>- Capacitar os ACS e profissionais de enfermagem da unidade a abordar o tema nas consultas e visitas domiciliares, através de workshop ministrado pelo autor do projeto.</p>	<p>-Workshop com os profissionais de saúde realizado;</p>	<p>-Profissionais de saúde mais capacitados a abordar o tema; -População mais orientada sobre o tema;</p>	<p>- Cognitivo: autor do projeto; -Organizacional e político: adequar a agenda para organizar o workshop;</p>

Tabela 4 – continuação

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO	PRODUTOS ESPERADOS	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Sistema de prescrição “uso contínuo”	Modificar em conjunto com as farmácias da cidade o sistema de prescrição e fornecimento de omeprazol, através de pacto com os responsáveis e o gestor de saúde da cidade, previamente informado sobre o tema.	- Acordo para adotar validade de no máximo 60 dias da receita de omeprazol, provendo quantidade para posologia de também no máximo 60 dias, implementado; -Maior rigor na dispensação da droga, evitando o fornecimento sem receita médica, alcançado.	-Melhor controle do uso do omeprazol; -Maior adesão ao tratamento não farmacológico devido à restrição ao acesso à medicação. -Redução da demanda do omeprazol.	-Organizacional e político: autor do projeto para expor ao gestor de saúde o projeto com o objetivo de conseguir o aval, (com ofício por escrito, se possível) para o acordo com as farmácias; realizar a negociação com as farmácias.

5.2.3 - Identificação dos recursos críticos e análise da viabilidade:

Foram identificados quatro recursos críticos para a implementação da intervenção proposta. Um deles é o recurso financeiro para a **aquisição dos folhetos para a distribuição à população e profissionais**. Outro é o recurso organizacional e político necessário para a **articulação com as farmácias sobre o ajuste e normatização do sistema de prescrição do omeprazol** (exigência e limitação na validade de receita médica). O terceiro recurso crítico é organizacional: a **adesão dos demais médicos e profissionais de saúde da unidade** à ideia de se envolverem no projeto e participar das reuniões. Por último, podemos citar que a situação da **população que já se “acostumou” ao uso do medicamento por longa data** é também crítica. Não temos informações concretas sobre as modificações no corpo que poderiam levar a relativa “dependência orgânica” ao omeprazol, trazendo dificuldades para implementar a diminuição da posologia ou suspensão da droga.

Em relação aos recursos financeiro, organizacional e político para aquisição dos folhetos e articulação com as farmácias, o ator que os controlam é o governo municipal, representado pela prefeita e pelo secretário municipal de saúde. Por possuírem motivação favorável aos produtos e resultados esperados, propõe-se a apresentação do projeto para definir a aquisição dos recursos. No diálogo com as farmácias pode-se encontrar dificuldade em relação aos estabelecimentos particulares, pois a operação proposta vai de encontro aos objetivos lucrativos da venda de medicamentos, que algumas vezes são fornecidos sem a necessidade de apresentação da receita médica, até mesmo nos casos em que é exigida por lei. A meu ver, única estratégia para contornar esta motivação desfavorável é o esclarecimento dos administradores das farmácias sobre os possíveis riscos do uso inadequado do omeprazol e a corroboração por parte do executivo municipal e do gestor de saúde, promovendo o diálogo e o bom senso.

No caso da farmácia da unidade e dos estabelecimentos aderidos ao Programa Farmácia Popular, a motivação é favorável e a apresentação do projeto dará subsídio ao desfecho positivo da negociação. Em relação à motivação dos demais médicos e outros profissionais da unidade, apesar de teoricamente ser favorável, a análise é imprevisível. A estratégia é a apresentação do projeto e o diálogo, na tentativa de sensibilizar esses profissionais a participarem. É importante citar que a disponibilização de um horário pelo gestor, durante a jornada, de trabalho para a execução das atividades do projeto pode ser decisiva para convencer e motivar os profissionais, contornando esse recurso crítico.

A abordagem da população que já esta “acostumada” ao uso do omeprazol pode representar um grande desafio ao projeto. Uma das soluções para esse problema é identificar as pessoas favoráveis à diminuição da posologia e às mudanças no estilo de vida. Com isso pode-se diminuir os sintomas dispépticos e, conseqüentemente, a demanda pelo omeprazol.

5.2.4 – Plano operativo

O objetivo da elaboração de um plano operativo é designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das mesmas. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nesta etapa, foram também definidas as ações necessárias para motivar os atores e garantir a viabilidade das intervenções.

A tabela 5 traz as estratégias adotadas para o plano operativo.

Tabela 5: síntese do plano operativo e propostas de ações estratégicas para motivação dos atores.

OPERAÇÃO	PRODUTOS ESPERADOS	RESULTADOS ESPERADOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL
Atualizar e capacitar os médicos da unidade através de debate em reunião tipo mesa-redonda, com moderação do autor do projeto e da farmacêutica da unidade.	Consenso entre os médicos alcançado e protocolo de prescrição do omeprazol a ser adotado na unidade de saúde acordado.	-Síndromes dispépticas abordadas corretamente; -Omeprazol prescrito precisamente.	Sensibilizar os demais médicos da unidade em relação ao projeto.	Autor do projeto.
Modificar, no que for possível, os hábitos e estilo de vida da população, através de palestras e distribuição de folhetos educativos.	-Palestras destinadas à população sobre o tema realizadas; -Distribuição de folhetos sobre estilo de vida saudável e tratamento não farmacológico da dispepsia realizada.	-População aderida ao tratamento não farmacológico das síndromes dispépticas.	Apresentar o projeto de intervenção à prefeita e ao secretário municipal de saúde, para a mobilização do recurso financeiro e para a disponibilização de horário para a realização da reunião; - Sensibilizar os demais profissionais da unidade, convencendo-os a participar do projeto.	-Autor do projeto: negociação com o governo municipal e o gestor de saúde; reunião com os demais profissionais da unidade; elaboração dos folhetos; realização das palestras. -Enfermeira: realização das palestras; adequação da agenda da equipe ao projeto. -ACS: distribuição dos folhetos.

Tabela 5 – continuação

OPERAÇÃO	PRODUTOS ESPERADOS	RESULTADOS ESPERADOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL
<p>-Informar os demais profissionais de saúde da unidade e a população sobre o tema, através de simpósio e distribuição de folhetos educativos.</p>	<p>-Simpósio destinado aos demais profissionais de saúde da unidade e população sobre os temas “dispepsia” e “uso do omeprazol” realizado; Distribuição de folhetos sobre os possíveis riscos do uso contínuo e inadequado do omeprazol realizada.</p>	<p>-Equipe de trabalho e população mais conscientes e informadas sobre o problema. - Demanda do omeprazol reduzida.</p>	<p>Apresentar o projeto de intervenção à prefeita e ao secretário municipal de saúde para a mobilização do recurso financeiro e para a disponibilização de horário para a realização da reunião; - Sensibilizar os demais profissionais da unidade, convencendo-os a participar do projeto.</p>	<p>-Autor do projeto: negociação com o governo municipal e o gestor de saúde; reunião com os demais profissionais da unidade; elaboração dos folhetos e distribuição; ministração do simpósio. -Enfermeira: adequação da agenda da equipe. -ACS: distribuição dos folhetos.</p>
<p>- Capacitar os ACS e enfermeiras da unidade a abordar o tema nas consultas e visitas domiciliares, através de workshop ministrado pelo autor do projeto.</p>	<p>-Workshop com os profissionais de saúde realizado;</p>	<p>-Profissionais de saúde mais capacitados a abordar o tema; -População mais orientada sobre o tema;</p>	<p>Apresentar o projeto de intervenção ao secretário municipal de saúde para a disponibilização de horário para a realização do workshop - Sensibilizar os demais profissionais da unidade, convencendo-os a participar do projeto.</p>	<p>Autor do projeto: negociação com o secretário de saúde; reunião com os demais profissionais da unidade; exposição e moderação do workshop;</p>

Tabela 5 – continuação

OPERAÇÃO	PRODUTOS ESPERADOS	RESULTADOS ESPERADOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL
<p>- Modificar em conjunto com as farmácias da cidade o sistema de prescrição e dispensação de omeprazol, através de pacto com os responsáveis e o gestor de saúde da cidade, previamente informado sobre o tema.</p>	<p>- Acordo para adotar validade de, no máximo, 60 dias da receita de omeprazol, provendo quantidade para posologia de também, no máximo, 60 dias, implementado; -Maior rigor na dispensação da droga, evitando o fornecimento sem receita médica, alcançado.</p>	<p>-Melhor controle do uso do omeprazol; -Maior adesão ao tratamento não farmacológico devido à restrição ao acesso à medicação. -Redução da demanda do omeprazol.</p>	<p>Apresentar o projeto de intervenção à prefeita, ao secretário municipal de saúde e aos responsáveis pelas farmácias, buscando um acordo entre as partes.</p>	<p>Autor do projeto.</p>

5.3 – Implantação, gestão e avaliação do projeto.

Os trabalhos deverão ser divididos em quatro fases básicas, com um tempo total de execução de aproximadamente 12 meses.

A **primeira fase** engloba a apresentação do projeto ao representante do executivo municipal, ao secretário municipal de saúde e à farmacêutica da unidade de saúde, buscando apoio técnico, político e financeiro para a concretização do plano de intervenção. Nesta fase deverá ser obtido, se possível, documento assinado pelos três atores sociais descritos, declarando serem favoráveis ao projeto, bem como à implantação das restrições na forma de prescrição e fornecimento do medicamento. O subsídio financeiro, estimado em R\$500,00, será usado na elaboração dos folhetos com orientações sobre o tema a serem distribuídos à população e profissionais. Prazo de 14 dias.

A **segunda fase**, de responsabilidade do autor do projeto ou médico da unidade, consiste na elaboração e cópia dos folhetos, contendo orientações sobre as síndromes dispépticas e seu tratamento não farmacológico, o uso correto do omeprazol, os possíveis riscos do uso inadequado da droga e estilos de vida saudáveis. (Anexos 1, 2 e 3). Prazo de 30 dias.

Na **terceira fase** deverão ser implementadas as seguintes intervenções:

- a. Mesa-redonda ser realizada pelo autor do projeto com os demais médicos da unidade de saúde com o objetivo de expor a revisão bibliográfica realizada; debater sobre as indicações do omeprazol e chegar a um consenso sobre a prescrição da droga, convergindo para um protocolo a ser seguido na unidade. Prazo de 14 dias;
- b. Workshop a ser moderado pelo autor do projeto (e por outros médicos convidados) aos integrantes da equipe de saúde com os seguintes objetivos: expor os dados levantados até então, dimensionado de forma mais concreta o tamanho do problema; discutir detalhes sobre o tratamento não farmacológico das síndromes dispépticas com vistas a capacitar os profissionais a orientar a população; distribuir folhetos aos integrantes da equipe. Prazo de 14 dias;
- c. Negociação e acordo com as farmácias, a serem realizados pelo autor do projeto acerca do sistema de prescrição do omeprazol, procurando conscientizar os

responsáveis acerca do tema e buscar mais rigor na dispensação do medicamento, evitando fornecer a droga sem a receita médica. Buscar a adoção de medidas como limitar a validade da receita a 60 dias e limitar as receitas para proverem quantidade para posologia de também, no máximo, 60 dias de tratamento. Prazo de 14 dias;

- d. Ministração de palestras à população, que ocorrerão de duas formas: geminadas aos grupos de educação em saúde e realizadas no ambiente da recepção da unidade quando esta se encontrar com quantidade de usuários suficiente para a viabilidade da exposição. Essas palestras serão ministradas pelo médico e/ou enfermeira e deverão ser iniciadas assim que todos os profissionais da equipe estiverem capacitados. Semanalmente durante 90 dias;
- e. Distribuição dos folhetos à população geral, a ser iniciada tão logo os mesmos estejam disponíveis e realizada por toda a equipe durante as palestras e visitas domiciliares. Prazo 90 dias para cobertura total;
- f. Orientações às famílias a serem realizada pelos ACS nas visitas domiciliares. O tema deverá ser abordado em todas as visitas domiciliares realizadas durante o período proposto. Essa ação deverá ter início a partir da capacitação desses profissionais. Prazo de 90 dias para cobertura total.

A **quarta fase** consiste na avaliação dos resultados e deverá ser realizada após pelo menos 3 meses da conclusão das demais etapas do plano operativo. Esse intervalo visa permitir um período mínimo de latência para a concretização das mudanças propostas. Deverão ser colhidos novamente os dados dos relatórios da farmácia da unidade e deverá ser realizado novo levantamento das consultas médicas durante três meses. Cada paciente atendido durante este período, usuário ou não, será registrado em uma lista em ordem alfabética com as iniciais de seu nome seguidas da sua idade, que devem ser sempre checadas para evitar para evitar duplicidade de registro em consultas de retorno. Cada paciente usuário do omeprazol deverá ser novamente registrado conforme os seguintes itens:

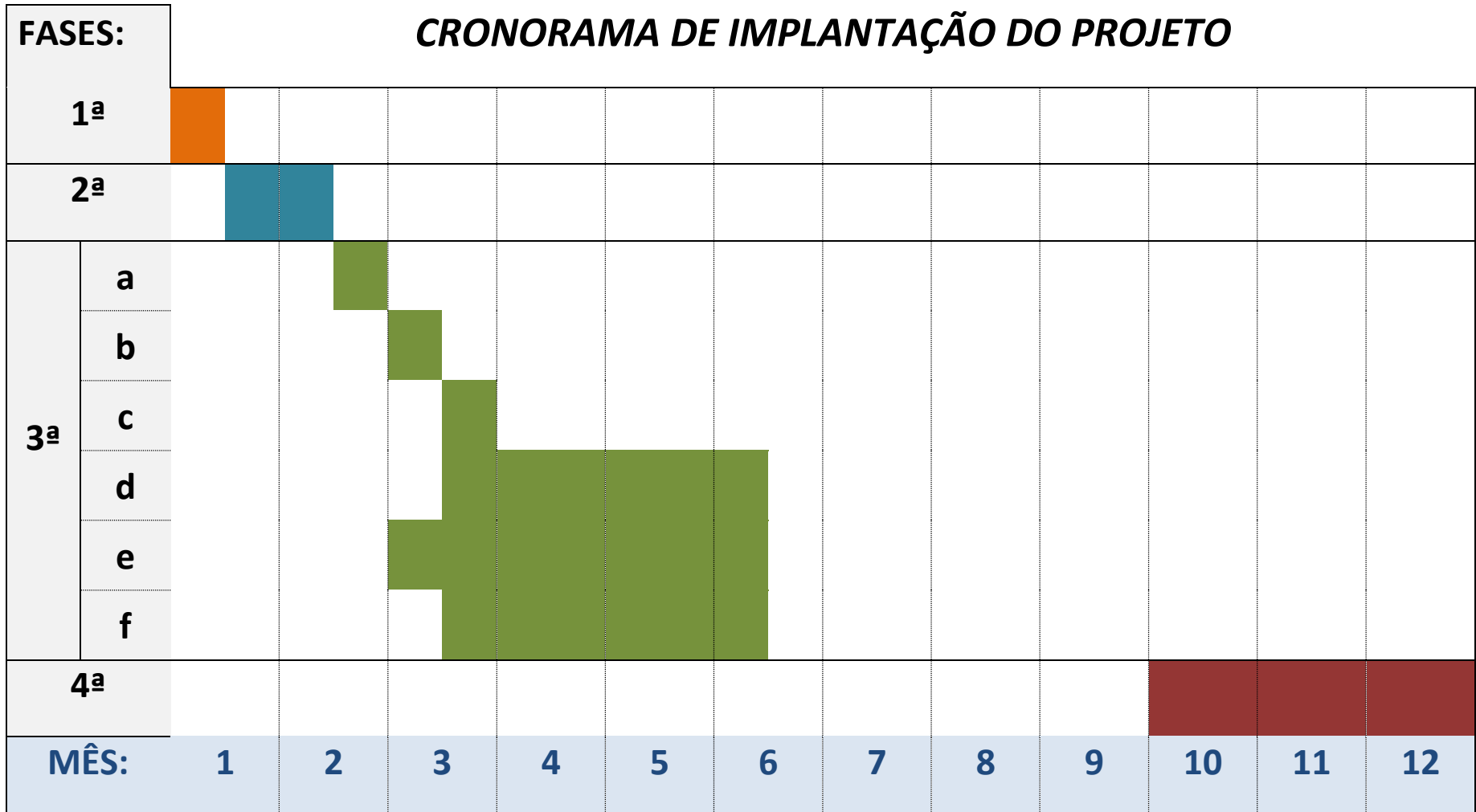
- ✓ Idade;
- ✓ Se foi alcançado pelas ações de intervenção;

- ✓ Se conseguiu diminuir a posologia (caso tenha sido orientado);
- ✓ Se mudou algum hábito de vida em relação à dispepsia (caso tenha sido orientado).

Os usuários de omeprazol, além das iniciais e da idade terão também registrados os dados referentes às perguntas acima. Após a coleta será feita nova análise estatística dos dados e a nova quantificação do problema. Em seguida, serão confrontadas as análises, chegando ao resultado, cujo teor que se espera é o da diminuição da demanda, uma boa porcentagem de alcance das ações e a diminuição do uso do omeprazol, como também, do seu uso inadequado. Prazo de 90 dias.

A figura a seguir ilustra a dinâmica de implantação do projeto. Figura 4.

Figura 4: cronograma de implantação do projeto. As áreas coloridas correspondem aos prazos propostos para início e término de cada fase, durante os 12 meses de execução do projeto.



6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Além de enriquecimento cultural e profissional, é notório o legado que se pode deixar à comunidade ao se realizar este trabalho. Fica como lição de vida que, para melhorar o mundo em que você está inserido é preciso antes conhecê-lo a fundo, ou seja, realizar um minucioso diagnóstico situacional do território. Utilizar um método de planejamento de ações em saúde é fundamental para o sucesso de qualquer intervenção deste tipo. O desenvolvimento deste projeto prova que não é difícil combinar e canalizar conhecimento, recursos materiais e boa vontade, e que o “catalizador” para iniciar esta mistura pode ser o método do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado (CAMPO; FARIA; SANTOS, 2010). Os conceitos deste método permitiram elaborar um plano de ação através de passos simples, que possibilitaram identificar o problema do uso excessivo do omeprazol, assim como descrever suas causas e desdobramentos, abrindo caminho para desenhar operações em função de nós críticos bem definidos. A conclusão de cada momento tornou mais claro e objetivo o processo de enfrentamento do problema, ao proporcionar a identificação de fatores críticos estratégicos para implementar ações como, por exemplo, a articulação entre atores sociais como o executivo municipal, o gestor de saúde e os responsáveis pelas farmácias.

É possível observar que o uso do omeprazol está se tornando cada vez mais comum. Por ser uma medicação eficaz, relativamente barata e com poucos efeitos colaterais é amplamente prescrita para combater e prevenir os sintomas dispépticos. As síndromes dispépticas, por sua vez, aumentam em incidência, talvez devido ao consumo cada vez maior de alimentos industrializados, ao estresse, cada vez mais comum nos dias de hoje e a outros hábitos de vida não saudáveis, como dieta não balanceada e sedentarismo. A indústria farmacêutica agradece a esses fatores, pois vê seu lucro se multiplicar e, possivelmente relacionado a esse viés, fica também a constatação da escassez de estudos sobre os efeitos do uso crônico do medicamento e sobre a eficácia do tratamento não farmacológico das síndromes dispépticas.

Modificar a forma como a droga é prescrita e fornecida é essencial. É preciso trabalhar com indicações precisas e limitar o fornecimento do medicamento. Essa estratégia envolve

médicos atualizados e capacitados, sistema farmacêutico normatizado e o aval da gestão municipal de saúde.

Apesar da grande importância dos demais fatores, a educação em saúde é a chave para alcançar os objetivos de reduzir o uso do omeprazol em Cajuri. As ferramentas de grande utilidade são a realização de palestras, simpósios e workshops, com a participação dos profissionais de saúde e da população, a distribuição de folhetos educativos, a constante atualização dos profissionais, assim como o diálogo e compartilhamento de experiências.

O município de Cajuri tem condições de reverter o quadro do uso excessivo de omeprazol, bastando aliar uma educação permanente em saúde com o empenho dos profissionais de saúde, do executivo municipal, do gestor de saúde, dos responsáveis pelas farmácias e, principalmente, de uma população consciente e bem orientada sobre o tema.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA et al., Doença do refluxo gastroesofágico: tratamento não farmacológico. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo: Elsevier, v. 58, n. 1, Fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2013.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA. **Refluxo Gastroesofágico: diagnóstico e tratamento**. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira, 2003. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/084.pdf> Acesso em: 10 maio 2013.
- FORD A.C.; MOAYYEDI P. Current guidelines for dyspepsia management. **Digestive Disease**, Xangai: S. Karger, n. 26, p. 225-230, 2008.
- HAGIWARA, T. et al., Long-term proton pump inhibitor administration worsens atrophic corpus gastritis and promotes adenocarcinoma development in Mongolian gerbils infected with *Helicobacter pylori*. **Gut**, n.60, p. 624-630. 2011. Disponível em: <<http://gut.bmj.com/content/early/2010/11/20/gut.2010.207662.full.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2013.
- LAINE, L.; SCHOENFELD, P.; FENNERTY, M. B.; Therapy for *Helicobacter pylori* in patients with nonulcer dyspepsia: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Ann Intern Med**. Philadelphia: ACP, n. 134, p. 361-369, 2001.
- MONES, J. et al., Quality of life in functional dyspepsia. **Digestive Diseases**, Xangai: S. Karger, n. 47, p. 20-26, 2002.
- MOTA, P. M. et al., Estudo sobre a utilização de antiinflamatórios não esteroidais prescritos em receitas para idosos da região Noroeste Paulista. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 2, n. 31, p. 157-63, 2010.
- NASI, A.; MORAES-FILHO, J. P. P.; CECCONELLO, I. Doença do refluxo gastroesofágico: revisão ampliada. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 43, n. 4, dez. 2006.
- OLIVEIRA, S. S. et al., Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, n. 40, p. 420-427, 2006.

PIVA, T. Excesso de omeprazol preocupa médicos. **Jornal Da Tarde**, São Paulo, 2 set. 2011. Disponível em: <<http://blogs.estadao.com.br/it-cidades/excesso-de-omeprazol-preocupa-medicos/>> Acesso em: 28 jun. 2013

RELATÓRIOS dinâmicos de indicadores municipais - Cajuri/MG. PORTAL ODM: Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: base de dados. 2012. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/>>. Acesso em 05 jul. 2013.

SARTORI, A. A. T. **Quais condições clínicas justificam o uso contínuo do omeprazol e qual o período de tratamento? Que problemas poderiam ocorrer devido ao seu uso prolongado?** REBRACIM, Centro de Informações sobre Medicamentos do Rio Grande Do Sul. Faculdade de Farmácia/UFRGS. Porto Alegre. 28 dez. 2012. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/boletimcimrs/USO_PROLONGADO_DE_OMEPRAZOL.pdf> Acesso em: 10 mai. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO – CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS. Uso racional de omeprazol. **Alerta Terapêutico**, São Paulo, Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistencia/assistenc/omeprazol.pdf>> Acesso em: 10 mai. 2013.

SILVA, F.M. Dispepsia: caracterização e abordagem. **Rev Med**, São Paulo: n. 87, p213-223, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Dispepsia Não investigada: Diagnóstico e Tratamento na Atenção Primária à Saúde**. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2009. Disponível em: <http://www.projetediretrizes.org.br/8_volume/20-Dispepsia.pdf> Acesso em: 10 maio 2013.

SPIEGEL, B. M.; VAKIL, N. B.; OFMAN, J. J.; Dyspepsia management in primary care: a decision analysis of competing strategies. **Gastroenterology**. Philadelphia: Elsevier, n. 122, p. 1270-1285, 2002.

STEDMAN, C. A. M.; BARCLAY, M. L. Review article: comparison of the pharmacokinetics, acid suppression and efficacy of proton pump inhibitors. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, n. 14, p. 963–978. Ago. 2005. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2036.2000.00788.x/pdf>> Acesso em: 10 maio 2013.

TALLEY, N. J. Risks of proton-pump inhibitors: what every doctor should know. **Med J Aust**; n. 190, p. 109 - 110, 2009. Disponível em: <http://www.mja.com.au/public/issues/190_03_020209/tal10966_fm.html>. Acesso em 10 maio 2013.

TAKEDA, S. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAM, B. et al., Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidência. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

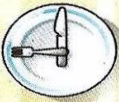

VAKIL, N. et al., Comprehension and awareness of symptoms in women with dyspepsia. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, n. 22, p. 1147–1155. Dez. 2005. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2005.02699.x/pdf>> Acesso em: 10 maio 2013.

WANNMACHER, L. Inibidores da bomba de prótons. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – Brasil, v. 2(1). Dez. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_IBP_1204.pdf> Acesso em: 8 maio 2013.

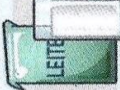
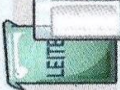
ANEXO 1 – Folheto a ser distribuído a população e profissionais de saúde

TRATE BEM O ESTÔMAGO DO SEU PACIENTE


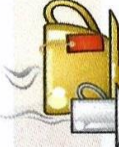

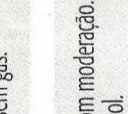
Conte pontos a favor do seu bem-estar, seguindo o maior número possível das recomendações abaixo, sem fazer, contudo, sacrifícios exagerados.

-  Procure fazer as 3 refeições diárias, com horários regulares para desjejum, almoço e jantar.
-  Se entre o almoço e o jantar houver mais de 6 horas, faça um lanche no meio da tarde.
-  Coma devagar, mastigando bem os alimentos. O horário da refeição deverá ser também um momento de prazer.
-  Adote uma dieta rica em fibras (frutas, verduras e cereais); elas ajudam na normalização do funcionamento do intestino e na prevenção de alguns cânceres.
-  Evite refeições pesadas, em grandes quantidades e gordurosas como feijoada, dobradinha, churrasco, etc...

Se você tem úlcera:

-  Evite os alimentos que lhe provocam sintomas ou digestão difícil. Geralmente, picles, berinjela e pimentão são indigestos.
-  Não mais se recomenda dieta com leite para o tratamento de úlcera. Contudo o leite é alimento nutritivo e rico fonte de cálcio. Use-o com moderação (4 copos americanos por dia são suficientes para a maioria das pessoas).
-  O fumo dificulta a cicatrização da úlcera e provoca maior número de recidivas. Deixar de fumar é o ideal, mas reduzir o número de cigarros já ajuda. Lembre-se do ditado: se tiver úlcera, não fume.

Se você tem doença do refluxo gastroesofágico:

-  Evite frituras em geral (pastéis, batata frita, coxinhas, etc.) e alimentos naturalmente gordurosos (abacate, castanhas, carnes gordas). Eles retardam a digestão e podem provocar refluxo. Prefira o leite desnatado ao integral, assim como queijos brancos aos amarelos.
-  Café, chá preto e chá mate possuem substâncias que induzem o refluxo e estimulam a acidez gástrica. Evite-os.
-  Não durma após as refeições. Espere pelo menos 2 horas após qualquer refeição para deitar. Da mesma forma, evite aquele "lanchinho" antes de dormir.
-  Evite bebidas gasosas (refrigerantes, água com gás, etc.). Use moderadamente cítricos como suco de laranja, limão e abacaxi. Prefira tomar água sem gás.
-  O álcool deve ser evitado. Se usar, faça-o com moderação. Lembre-se: nunca dirija sob o efeito do álcool.

Não deixe de retornar na próxima consulta. O sucesso do seu tratamento depende tanto de você quanto de seu médico.

ANEXO 2 - Folheto a ser distribuído a população e profissionais de saúde

DICAS ÚTEIS

1 Não fique muito tempo sem se alimentar. Evite encher demais o seu estômago, prefira comer entre as principais refeições (uma fruta, por exemplo).

2 Respeite os horários das refeições. Procure comer em ambiente tranquilo, sem pressa. Mastigue bem os alimentos, pois a boa mastigação facilita a digestão.



3 Procure não dormir de estômago "cheio" e evite ingerir alimentos no meio da noite. Você deve esperar, no mínimo, 90 minutos para se deitar após a última refeição.



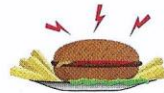
4 O fumo dificulta seu tratamento. Já está demonstrado que quem fuma cicatriza a úlcera muito mais lentamente de quem não fuma. Deixar de fumar é o ideal, mas quando isso não for possível, reduza ao máximo o número de cigarros por dia.



5 Muito cuidado com os antiinflamatórios e o Ácido Acetilsalicílico que são frequentemente usados na gripe, processos inflamatórios e dores em geral. Muitos destes comprimidos "atacam" seu estômago podendo provocar úlcera e gastrites, além de dificultar seu tratamento. Converse com seu médico antes de usar estes medicamentos.

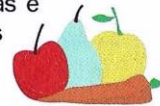


6 Até hoje não se demonstrou que os alimentos provocam úlcera ou gastrite. No entanto, é importante que você identifique alimentos que "não



caem bem" e procure evitá-los. Frituras, doces concentrados, embutidos, comidas muito condimentadas, suco de frutas cítricas e bebidas gasosas, podem provocar sintomas e, por isso, devem ser evitados ou ingeridos com moderação.

7 Alimentos ricos em fibras devem ser preferidos; Cereais integrais, frutas, verduras e legumes devem estar presentes na alimentação diária, pois auxiliam no processo digestivo.



8 Cuidado com o uso abusivo do leite. Embora ele provoque uma sensação imediata de alívio da queimação, o leite contém muito cálcio e proteína que são potentes estimulantes da secreção ácida do seu estômago, causando um aumento tardio da acidez e piorando a sensação de queimação. Você pode tomar de 1 a 2 copos de leite por dia. Evite tomar leite antes de dormir.

9 Bebidas alcoólicas em excesso devem ser evitadas, pois o álcool é um irritante da mucosa gástrica. Procure não ingerir bebidas alcoólicas de estômago vazio. Isto também vale para o café. Tomar um café depois do almoço e do jantar não vai causar maiores problemas. O que você deve evitar é ficar tomando um "cafezinho" o tempo todo.



10 Relaxe. No auxílio do seu tratamento, busque fazer atividades que você gosta para aliviar o stress diário e melhorar sua qualidade de vida.

ANEXO 3 - Folheto a ser distribuído aos médicos, enfermeiros e farmacêutica (frente).

Mesmo não existindo provas numerosas desses múltiplos efeitos adversos, este autor sagazmente declara:

"Nenhum fármaco é completamente seguro e embora os riscos pareçam menores, alguns efeitos adversos podem ser sérios".

Entim, é necessário que os prescritores empreguem omeprazol em situações clínicas bem definidas, na menor dose possível e no menor tempo possível, considerando opções de tratamento para o não emprego de IBP se elas estiverem disponíveis.

ALERTA TERAPÊUTICO
Junho - 2009

Centro de Informação sobre Medicamentos - Área Técnica de Assistência Farmacêutica - Coordenação da Atenção Básica - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Uso racional de omeprazol

Perguntas:

1. Tem fundamento a prática de prescrição de uso concomitante de omeprazol com outros fármacos para prevenção de "gastrite"?
2. E o "uso contínuo" de omeprazol é prática médica racional?

Respostas:

É frequente que prescritores receitem omeprazol para uso concomitante no caso de prescrição de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) e eventualmente outros fármacos, para determinada condição clínica, alegando que um inibidor da bomba de prótons (IBP) pode prevenir sintomas dispépticos, até mesmo gastrite decorrentes de AINES (ou de outros fármacos que têm como efeitos adversos distúrbios gástricos).

A prevenção de "gastrite" só tem indicação de omeprazol nas situações descritas abaixo:

- Erosões gastroduodenais e úlcera gástrica ou duodenal relacionada a AINEs, 20 mg, 1 vez ao dia, por 4 semanas, continuada por mais 4 semanas se não houver cura completa;
- Profilaxia em pacientes com antecedentes de úlceras gástrica ou duodenal, lesões gastroduodenais, ou sintomas dispépticos no paciente que requer tratamento com AINEs de forma contínua, 20 mg 1 vez ao dia [com duração de tratamento a critério do especialista].

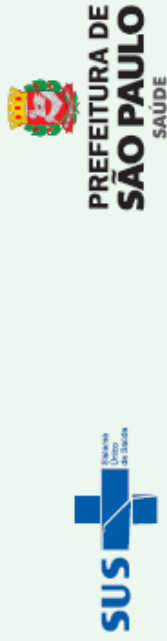
Inicialmente, é preciso recordar quanto ao omeprazol, as indicações de uso, esquemas de administração, efeitos adversos, interações farmacológicas e orientações aos pacientes. Veja excerto da monografia de omeprazol e omeprazol sódico, páginas 675-677 de Ministério da Saúde. Formulário Terapêutico Nacional 2008. Renome 2006; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf

Indicações

- Doença do refluxo gastroesofágico sintomático.
- Esofagite erosiva associada com doença do refluxo gastroesofágico.
- Condições hipersecretóricas (síndrome de Zollinger-Ellison, hipergastrinemia, mastocitose sistêmica e adenoma endócrino múltiplo).
- Úlceras pépticas de múltiplas etiologias (prevenção e tratamento) refratárias a antiagônistas H2.
- Adjuvante na terapia de erradicação de *Helicobacter pylori*.



Alerta terapêutico é edição técnico-científica do Centro de Informação sobre Medicamentos - Área Técnica de Assistência Farmacêutica - Coordenação da Atenção Básica. Assistência Farmacêutica: Dirce Cruz Marques, Sandra Aparecida Jeremias, Daisy de Castro Ferraz, Laura S. Y. Nakano, José Ruben de Alcântara Bonfim. Elaboração deste número: Laura S. Y. Nakano e José Ruben de Alcântara Bonfim. Diagramação: Ricardo Antonio Liberato. CIM Informal/ Área Técnica de Assistência Farmacêutica/ Coordenação da Atenção Básica. R. Gai. Jardim, 36. 5º andar, V. Buarque. CEP 01223-010 São Paulo-SP. Tel. 3397-2208; e-mail : cim@prefeitura.sp.gov.br.



SUS
Sistema Único de Saúde

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

04

01

ANEXO 4 - Folheto a ser distribuído aos médicos, enfermeiros e farmacêutica (verso).

Esquemas de administração

Adultos

Doença do refluxo gastroesofágico sintomática

- Oral: 20 mg, 1 vez/dia, por 4 semanas.
- Intravenoso: 40 mg, 1 vez/dia, até que a administração oral seja possível.

Esôfagite erosiva associada com doença do refluxo gastroesofágico

- 20 mg, por via oral, 1 vez/dia, por 4 a 8 semanas.

Condições hipersecreatórias gástricas patológicas

- Oral: Inicial: 60 mg, 1 vez/dia. Doses acima de 80 mg/dia devem ser divididas.
- Manutenção: 20 mg, 1 ou 2 vezes/dia [a critério do especialista pois são condições raras].
- Intravenosa: 60 mg, 3 vezes/dia, seguidos por terapia de manutenção oral de 90 mg, 2 vezes/dia e, então, decrescendo para 1 vez/dia.

Úlceras pépticas refratárias

- Oral: 20 a 40 mg, 1 vez/dia, por 4-8 semanas. As doses mais altas são usadas em úlceras gástricas.
- Intravenosa: 40 mg, 1 vez/dia, até que a administração oral seja possível.

Adjuvante no esquema antimicrobiano para erradicação de *Helicobacter pylori*

- 20 a 40 mg, por via oral, 1 vez/dia, por 14 dias.

Crianças

Doença do refluxo gastroesofágico sintomática

- Entre 10 e 20 kg: 10 mg, por via oral, 1 vez/dia ou, se necessário 20 mg 1 vez ao dia.
- Acima de 20 kg: 20 mg, por via oral, 1 vez/dia ou, se necessário 40 mg 1 vez ao dia [duração do tratamento a critério do especialista].

Administração

- O uso intravenoso é extremamente limitado. A injeção deve ser feita por 5 minutos.
- Para administração dos grânulos intactos através de sonda nasogástrica, diluí-los em bicarbonato de sódio 8,4% ou água.

Efeitos adversos

- Comuns: cefaleia, dor abdominal, tontura, erupção cutânea, diarreia, dor abdominal, náusea, vômito, constipação, fraqueza e lombalgia.
- Graves: agranulocitose, alopécia, pancreatite (raro), hepatotoxicidade (raro), alterações hematológicas, fratura do quadril e nefrite intersticial.

Interações farmacológicas

- Vonoprazol pode aumentar as concentrações plasmáticas de omeprazol.
- Cinlog bioba e erve-de-são-joão podem reduzir a eficácia de omeprazol.
- Pode haver aumento do efeito de: metotrexato, benzo diazepínicos, fluoxetina, propranolol, fenitoína, clobazol, amiodarona, carbamazepina, digoxina, varfarina, dissulfiram.
- Pode ocorrer diminuição de efeito de: atazanavir, indinavir, itraconazol, ceftriaxona e sais ferro.

Orientações aos pacientes

- Orientar para a ingestão das cápsulas com estômago vazio, 30 minutos antes de uma refeição (preferentemente no café da manhã), devendo ser engolidas intactas.
- Ensinar que, para pacientes com problemas na deglutição, as cápsulas podem ser abertas antes da administração e os grânulos intactos misturados com pequena quantidade de purê de maçã ou bebida ácida, como suco de laranja ou iogurte. Os grânulos não devem ser mastigados nem misturados com leite.

Alertar que não deve ser utilizado para alívio imediato de ardência epigástrica, pois pode levar 1 a 4 dias para alcançar o efeito completo. Antiácidos podem ser administrados concomitantemente.

- Reforçar a necessidade de evitar o uso de bebida alcoólica.

Consequências do uso não racional de omeprazol

A prescrição de omeprazol fora das indicações estabelecidas no Formulário Terapêutico Nacional, que está de acordo com as melhores recomendações em qualquer parte do mundo, constitui erro de prescrição, e o uso de omeprazol deve estar limitado às durações de tratamento definidas para determinadas condições clínicas. É claro que a alegação frequente de uso de um IBP, no nosso caso, omeprazol, para a prevenção de gastrite porque o paciente está tomando muitos remédios, não tem fundamento farmacológico.

A expressão "uso contínuo" constante de receitas (muito frequente na prescrição de outros fármacos, e assim o raciocínio seguinte é igualmente válido), é imprecisa e não tem base terapêutica racional, pois não indica a duração do tratamento, e se ele for prolongado, o que pode ocorrer em cada renovação de receita, por exemplo, a cada três ou seis meses, é necessário que seja feita nova prescrição, quando então o paciente deve ser avaliado quanto ao efeito terapêutico e sinais e sintomas de efeitos adversos.

O uso desmedido de omeprazol em indivíduos com queixas dispépticas deve ser revisto em razão de efeitos adversos em potência, segundo Wammacher L. Inibidores da bomba de prótons. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. 2004, dezembro; 2(1): 1-6. Disponível em: http://bvsvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_IBP_1204.pdf

No artigo de Talley NJ. Risks of proton-pump inhibitors: what every doctor should know. Med J Aust 2009; 190 (3): 109-110. Disponível em: http://www.mja.com.au/public/issues/190_03_020209/ta110966_fm.html

(Riscos de inibidores da bomba de prótons: o que todo médico deveria saber), o autor afirma que:

"Não há dúvidas de que os inibidores da bomba de prótons são seguros em relação à maioria de outros tratamentos farmacológicos que prescrevemos, mas suprimir a acidez gástrica não é fisiológico".

Ele chama a atenção para a ocorrência de pneumonia bacteriana relacionada à aspiração durante episódios de refluxo fisiológico, embora ainda não exista associação de causa estabelecida; também existe risco aumentado de infecção por *Clostridium difficile* (e outras infecções) em quem esteve exposto a IBP antes da infecção; parece existir problemas na absorção de cálcio insolúvel pois é necessário um meio ácido; há risco aumentado de fratura de quadril em pacientes que tomam IBP; má absorção de vitamina B₁₂, especialmente em pacientes idosos quando existe supressão ácida de longo prazo; além de várias complicações como atrofia gástrica em pacientes iniciados por *Helicobacter pylori* e que fazem tratamento de longo prazo com IBP, e crescente aumento de casos de nefrite intersticial aguda, entre outras.