

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

GERALDO ILDEFONSO DE CAMPOS FILHO

**DISPEPSIA: UMA ABORDAGEM PREVENTIVA E DE PROMOÇÃO
DA SAÚDE NA UBS DE ESTEVÃO ARAÚJO DO MUNICÍPIO DE
ARAPONGA, MINAS GERAIS**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2014

GERALDO ILDEFONSO DE CAMPOS FILHO

**DISPEPSIA: UMA ABORDAGEM PREVENTIVA E DE PROMOÇÃO
DA SAÚDE NA UBS DE ESTEVÃO ARAÚJO DO MUNICÍPIO DE
ARAPONGA, MINAS GERAIS**

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.

Orientadora: Prof^a Maria Dolôres Soares Madureira

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2014

GERALDO ILDEFONSO DE CAMPOS FILHO

**DISPEPSIA: UMA ABORDAGEM PREVENTIVA E DE PROMOÇÃO
DA SAÚDE NA UBS DE ESTEVÃO ARAÚJO DO MUNICÍPIO DE
ARAPONGA, MINAS GERAIS**

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.

Orientadora: Prof^a Maria Dolôres Soares Madureira

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira (orientadora)

Profa. Angela Cristina Labanca de Araújo (PMBH)

Aprovado em Belo Horizonte, em:

RESUMO

O atual trabalho, à luz de referências extraídas da literatura e através da percepção na prática clínica da grande demanda relacionada aos sintomas do Trato Gastrointestinal Alto na população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) de Estevão Araújo, no município de Araponga, Minas Gerais, propõe um Plano de Ação que permita a redução da incidência da Síndrome Dispéptica nessa comunidade. Para tal fim 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 (UBS) nos últimos três meses. O plano inclui ações de educação em saúde objetivando a redução da incidência de alcoolismo, tabagismo, depressão e ansiedade, melhoria dos hábitos alimentares, racionalização do uso de anti-inflamatórios e inibidores da bomba de prótons e capacitação da equipe de saúde. Espera-se, em última análise, contribuir com a redução da prevalência da Síndrome Dispéptica e suas complicações.

Palavras chave: Dispepsia e educação em saúde. Dispepsia e promoção da saúde. Dispepsia e programas de controle.

ABSTRACT

The current work, to the light of extracted references of literature and through the perception in the practical clinic of the great demand related to the symptoms of the High Gastrointestinal Treatment in the adscrita population to the Basic Unit of Saúde (UBS) of Estevão Araújo, in the city of Araponga, Minas Gerais, considers a Plan of Action that allows the reduction of the incidence of the Dispéptica Syndrome in this community. For such end multiple actions of education in health structuralized through a Plan of Intervention will be used. An analysis of the prevalence of the Syndrome through the survey of the Fiches of Attendance will be carried through in (UBS) in last the three months. The plan includes actions of health education objectifying the reduction of the alcoholism incidence, tobaccoism, depression and anxiety, anti-inflammatory and inhibiting improvement of the alimentary habits, rationalization of the use of the bomb of prótons and qualification of the health team. One expects, in last analysis, to contribute with the reduction of the prevalence of the Dispéptica Syndrome and its complications

Keywords: Dyspepsia and health education. Dyspepsia and health promotion. Dyspepsia and control programs.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AINE - Anti-inflamatório não esteróide
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CA - Câncer
DM - Diabetes *Melittus*
ESF- Estratégia Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IBP- Inibidores da Bomba de Prótons
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
PESB - Parque Estadual da Serra do Brigadeiro
TGI - Trato Gastrointestinal
UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVO.....	12
4 METODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	17
6.1 Problema priorizado.....	17
6.2 Nós Críticos.....	17
6.3 Objetivos.....	17
6.4 Operações.....	18
6.4.1 "Viver Sem Vícios".....	18
6.4.2 "Comer Bem".....	19
6.4.3 "Mente Sã".....	19
6.4.4 "Dose Certa".....	19
6.4.5"Reciclagem".....	20
6.5 Gestão, monitoramente e avaliação.....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

Localizado ao norte da zona da mata do Estado de Minas Gerais, distante a 280 km da capital Belo Horizonte, o município de Araponga possui atualmente 8152 habitantes (IBGE, 2010), sendo 3041 (37.3%) residentes na zona urbana e 5111 (62.7%) residentes na zona rural. Possui uma extensão territorial de 305 km, e altitude variando entre 700 e 1980 metros. É um dos municípios sede do Parque Estadual da Serra do Brigadeiro (PESB). O Município faz divisa com 8 outros municípios que compõem a microrregião de Viçosa.

A atividade econômica predominante é a agropecuária, com destaque para o cultivo de café e a agricultura familiar. O cultivo de café tem proporcionado uma melhora na qualidade de vida da população visto que existe incentivo para a produção de cafés especiais que tem alcançado destaque no cenário agropecuário brasileiro com diversas premiações. Também são cultivadas outras culturas, porém não oferecem bom retorno econômico. A pecuária existente é a bovina, com gado de leite e corte, porém não apresenta bons resultados. O turismo, embora incipiente, começa a fazer parte do cotidiano da população local desenvolvendo-se aos poucos principalmente nos núcleos de turismo de base comunitária.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é 0,657, com renda familiar média de até um quarto do salário mínimo. A porcentagem de residências abastecidas com água tratada gira em torno de 39,68%. Os serviços de tratamento de água e de esgotamento sanitário são oferecidos somente no Distrito de Estevão Araújo e na sede. Sobre os aspectos demográficos a taxa de crescimento anual é de 1,5% ao ano; índice de alfabetização de 80 a 85%; proporção de moradores abaixo da linha da pobreza de 51,26% e aproximadamente 99% da população utilizam os recursos de saúde do SUS (PNUD, 2000).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em 21 de novembro de 2001, com um total de 3 equipes, cobertura de 100% da população e uma equipe saúde bucal. Para serviços de Urgência e Emergência existe o Centro de Saúde com funcionamento 24 horas. São disponibilizados ambulatórios semanais de

Cardiologia, Pediatria e Ginecologia. As internações hospitalares são realizadas através de convênio com dois hospitais de Viçosa.

O Distrito de Estevão Araújo é localizado na zona rural de Araponga. A Unidade Básica de Saúde foi construída recentemente. Possui ótimo espaço interno e boa distribuição. Seu acesso é facilitado, pois o distrito é relativamente pequeno e concentrado. Inúmeras comunidades rurais constituem a outra área de atuação denominada Estouros. A Unidade Básica de Saúde (UBS) de apoio do Estouros localiza-se em uma área pouco povoada e devido à grande extensão territorial e à má qualidade das estradas o acesso ao serviço é prejudicado. O horário de funcionamento é de 8 horas diárias (40 horas semanais). A área de abrangência total conta com aproximadamente 2400 habitantes e 450 famílias. A equipe é formada por um médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal e oito agentes comunitários de saúde (ACS).

Analisando a organização do processo de trabalho da equipe, as atividades cotidianas estão em sua maioria envolvidas com a demanda espontânea. Há o atendimento individual de hipertensos e diabéticos, puericultura, visitas domiciliares, realização de preventivo, atendimento semanal de especialistas (cardiologista, pediatra e ginecologista), porém, o foco curativo centrado nas condições agudas prevalece.

Outra situação bastante discutida nas reuniões mensais da equipe é a dificuldade de adesão dos usuários aos tratamentos estipulados, principalmente nas condições crônicas. Nesse sentido foi sugerida uma mudança na forma de abordagem com uma maior compreensão da realidade do paciente valorizando sua participação no processo saúde doença.

Um ponto fundamental também levantado dentro da prática cotidiana é a educação deficitária em saúde refletida pelos precários hábitos de vida da população perpetuados de geração em geração. Como consequência, patologias graves aqui se destacam como neoplasias, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), entre outras.

Além das doenças crônicas sabidamente prevalentes na população em geral como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Melittus* (DM), um fato que chama a atenção na prática clínica é a grande prevalência de queixas relacionadas ao trato digestivo alto. A síndrome dispéptica é responsável por uma boa parte das consultas diárias. 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 o câncer de estômago e esôfago fatores preocupantes.

O consenso de Roma III, direcionado para as doenças funcionais do aparelho digestório, sugere que, para o diagnóstico de dispepsia, sejam considerados como sintomas apenas a **dor epigástrica**: sensação subjetiva e desagradável de desconforto em aperto ou queimação na região epigástrica. A **pirose**: sensação indesejada de queimação limitada à região do epigástrico. A **plenitude pós-prandial**: retardo no esvaziamento gástrico com sensação desagradável de empachamento. E a **saciedade precoce**: sensação de repleção estomacal precoce (DROSSMAN, 2006).

O consenso propõe ainda diferentes tipos de dispepsia: a dispepsia funcional, em que os sintomas não estão relacionados a doenças de base orgânica e os achados de endoscopia são normais ou menores (gastrite); a dispepsia orgânica, em que os sintomas dispépticos estão relacionados a uma doença orgânica, como a úlcera péptica; e a dispepsia não diagnosticada, quando os sintomas dispépticos ainda não foram investigados (DROSSMAN, 2006).

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.

Para fins descritivos usaremos indicadores de frequência de alguns problemas relacionados à Síndrome Dispéptica (alcoolismo, tabagismo, uso indiscriminado de anti-inflamatórios não esteróides - AINE's), e também indicadores que podem nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (Internações e óbitos por CA do Trato Gastrointestinal - TGI alto) (QUADRO 1).

Quadro 1 – Frequência de alguns problemas relacionados a Síndrome Dispéptica no Brasil e na equipe

Fumantes no Brasil	INCA	Total: 15%
Fumantes em Estevão Araújo	Dados da equipe	Total: a pesquisar
Alcoólatras no Brasil	CISA	Total: 11,2%
Alcoólatras em E.A.	Dados da equipe	Total: a pesquisar
Dispépticos no Brasil	SUS	Total: 44%
Dispépticos em E.A.	Dados da equipe	Total: a pesquisar
Casos de CA de estômago/esôfago em E.A.	Dados da equipe	Total: a pesquisar
Óbitos por CA de estômago/esôfago em E.A.	Dados da equipe	Total: a pesquisar

Fonte: Carlini (2002); OMS (1997).

2 JUSTIFICATIVA

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 *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).

Na comunidade de Estevão Araújo e Estouros a grande demanda de queixas relacionadas ao TGI alto, o uso indiscriminado de inibidores de bomba de prótons e o elevado número de exames endoscópicos são geradores de altos custos municipais.

Espera-se com este plano de intervenção que medidas preventivas e de promoção da saúde modifiquem os hábitos de vida e conscientizem a população para os riscos e consequências da Dispepsia.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção que permita a redução da incidência da Síndrome Dispéptica na população adscrita à UBSEF de Estevão Araújo e Estouros, Araponga, Minas Gerais, utilizando múltiplas ações de educação em saúde a fim de contribuir com a redução da prevalência de tal morbidade e suas complicações.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração e o desenvolvimento deste plano foi 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 de Estevão Araújo e Estouros serão analisadas as fichas dos atendimentos realizados nos últimos três meses na UBS de Estevão Araújo.

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).

5 REVISÃO DE LITERATURA

A dispepsia é considerada por Silva (2008) como um problema atual, comum e universal, cujos sintomas estão relacionados ao aparelho digestório alto. Sua prevalência 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.

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 o terceiro grupo mais freqüente (TAKEDA, 2004). 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” (SBMFC, 2009, p.3).

Segundo publicação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2009, p.3), 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 (SBMFC, 2009).

A endoscopia digestiva alta é um método indicado inicialmente para avaliação de paciente com dispepsia, quando este apresenta de 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 (SBMFC, 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, p.1137).

Para Meineche-Schmidt e Jørgensen (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 adequada 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 E FENNERTY, 2001).

Para a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2009, p.5), citando Laine, Schoenfeld e Fennerty (2001) e Delaney *et al.* (2005) “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), juntamente com o 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%) (VELDHUYZEN VAN ZANTEN *et al.*, 2005).

No caso não haver melhora dos sintomas dispépticos após 4 a 6 semanas de IBP, recomenda-se a estratégia “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 em fase avançada, sendo que nesta fase as possibilidades de cura são precárias (SUNDAR *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).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Problema Priorizado

Para compreender a gênese do problema 'dispepsia' na comunidade de Estevão Araújo 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**.

6.2 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 de profissional.

6.3 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.

6.4 Operações

6.4.1 “Viver sem Vícios”

A operação “**Viver sem Vícios**” pretende reduzir a taxa de tabagismo e alcoolismo 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. O médico da equipe realizará as chamadas na rádio comunitária com o mesmo prazo para início do cronograma.

6.4.2 “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 avaliando 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 aberto aos pais na Semana da Arte. Os recursos financeiros usados para produção dos panfletos e para o figurino dos personagens da peça serão solicitados à Câmara de Vereadores. 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.

6.4.3 “Mente Sã”

A operação “**Mente Sã**” abordará os temas depressão, estresse e ansiedade. Semanalmente será organizada uma caminhada orientada pelo educador físico no campo de futebol. O grupo da terceira idade terá a participação da psicóloga da equipe que promoverá uma roda de discussões sobre temas vinculados à saúde mental. A iniciativa “Cinema na Praça” através da parceria com o governo municipal promoverá a apresentação de filmes em praça pública colaborando com o enriquecimento cultural da comunidade. A articulação com a prefeitura será essencial para alocação dos recursos financeiros e de pessoal necessários. Dentro de 1 mês as caminhadas orientadas pelo educador físico terão início. O projeto cinema na praça terá a coordenação da enfermeira, que apresentará o cronograma dos filmes em 2 a 3 meses.

6.4.4 “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 da terceira idade através do plano “**Dose Certa**”. Estes profissionais realizarão as palestras dentro de 2 meses.

6.4.5 “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. 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

6.5 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 de Estevão Araújo e Estouros. 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.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou elaborar um Plano de Intervenção capaz de alterar a evolução natural da Síndrome Dispéptica na população adscrita pela Unidade Básica de Saúde de Estavão Araújo e Estouros em Araçatuba.

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.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, F.C.C. de; FARIA, H.P. de; SANTOS, M. A. dos. **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.

DELANEY, B.; FORD, A.C.; FORMAN, D.; MOAYYEDI, P.; QUME, M. Initial management strategies for dyspepsia. **Cochrane Database Syst Rev**. 2005 Oct 19;(4):CD001961.

DROSSMAN, D. A.; The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. **Gastroenterology**. 2006 Apr;130(5):1377-90. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678553>>. Acesso em: 13/01/2014

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=310370>. Acesso em: 27/12/2013.

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**, 2001 Mar 6; 134(5):361-9. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11242496>>. Acesso em: 16/01/2014.

LIOU, J.M; LIN, J.T.; WANG, H.P.; HUANG, S.P.; LEE, Y.C.; SHUN, C.T. *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.819-25, 2005.

MANES, G.; MENCHISE, A.; NUCCI, C.; BALZANO, A.. Empirical prescribing for dyspepsia: randomised controlled trial of test and treat versus omeprazole treatment. **BMJ**. 2003. May 24; 326 (7399):1118. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763982>>. Acesso em: 22/12/2013.

MASON, J.M.; DELANEY, B.; MOAYYEDI, P.; THOMAS, M.; WALT, R. Managing dyspepsia without alarm signs in primary care: new national guidance for England and Wales. **Aliment Pharmacol Ther**, 21: 1135-43, 2005. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2005.02445.x/pdf>

MEINECHE-SCHMIDT, V.; JØRGENSEN, T. 'Alarm symptoms' in patients with dyspepsia: a three year prospective study from general practice. **Scand J Gastroenterol**, 37:999-1007, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12374244>>. Acesso em: 11/01/2014.

MONES, J.; ADAN, A.; SEGU, J.L.; LOPEZ, J.S., ARTES, M., GUERRERO, T.. Quality of life in functional dyspepsia. **Dig Dis Sci.**; 47(1):20-6, 2002. Disponível em:

<<http://eurekamag.com/research/011/231/quality-of-life-in-functional-dyspepsia.php>>. Acesso em: 09/01/2014.

OLIVEIRA, S.S. de; SANTOS, I.S. dos; SILVA, J.F.P.; MACHADO, E.C.. Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos. **Rev. Saúde Pública** [online], v.40, n.3, p. 420-427, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/09.pdf>>. Acesso em: 09/01/2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. vol.1.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano**. 2000. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M9100Rankingdecrescente\(pelosdados2000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M9100Rankingdecrescente(pelosdados2000).htm)

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Dispepsia Não-investigada: Diagnóstico e Tratamento na Atenção Primária à Saúde**. Projeto Diretrizes. 2009. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/20-Dispepsia.pdf>. Acesso em: 11/01/2014.

SILVA, F.M. Dispepsia: caracterização e abordagem. **Rev Med.**, v.87, n.4, p. 213-23, 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/158722076/revistadc-166-06-dispepsia>>. Acesso em: 20/12/2013.

SOO, S.; MOAYYEDI, P.; DEEKS, J.; DELANEY, B.; INNES, M.; FORMAN, D. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. **Cochrane Database Syst Rev**. 2006; (4): CD001960.

SUNDAR, N.; MURALEEDHARAN, V.; PANDIT, J.; GREEN, J.T.; CRIMMINS, R.; SWIFT, G.L.. Does endoscopy diagnose early gastrointestinal cancer in patients with uncomplicated dyspepsia? **Postgrad Med J**. 2006 Jan;82(963):52-4.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Dunacan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

VELDHUYZEN VAN ZANTEN, S.J.; CHIBA, N.; ARMSTRONG, D. *et al.*. A randomized trial comparing omeprazole, ranitidine, cisapride, or placebo in helicobacter pylori negative, primary care patients with dyspepsia: the CADET-HN Study. **Am. J. Gastroenterol**. 2005 Jul;100(7):1477-88. DOI:10.1111/j.1572-0241.2005.40280.x. PMID 15984968.