



Eduardo Augusto Dossa

Caracterização do perfil epidemiológico dos usuários diagnosticados com enxaqueca em unidades de atenção primária à saúde do município de Sinop (MT)

Brasília

2019

Eduardo Augusto Dossa

Caracterização do perfil epidemiológico dos usuários diagnosticados com enxaqueca em unidades de atenção primária à saúde do município de Sinop (MT)

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes.

Brasília
2019

D724

Dossa, Eduardo Augusto

Caracterização do Perfil Epidemiológico dos Usuários Diagnosticados com Enxaqueca em Unidades de Atenção Primária à Saúde do Município de Sinop (MT)/Eduardo Augusto Dossa. – Brasília, 2019
43p.: il.: 30cm

Trabalho de Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.(a) Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes.

1. Transtornos de enxaqueca. 2. Fatores precipitantes. 3. Perfil de saúde.

CDD: 610

Eduardo Augusto Dossa

Caracterização do perfil epidemiológico dos usuários diagnosticados com enxaqueca em unidades de atenção primária à saúde do município de Sinop (MT)

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovado em 17/04/2019

Banca Examinadora

Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes. IFF. Fiocruz

Dra. Cynthia Agluta. IFF. Fiocruz.

Dra. Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues Emerick. Universidade Federal de Mato Grosso

Dr. Ricardo de Oliveira. Universidade Federal de Mato Grosso.

Brasília
2019

RESUMO

A Atenção Primária a Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por objetivo prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, seguindo os princípios próprios da Medicina de Família e Comunidade. A enxaqueca ou migrânea é uma doença neurovascular crônica, caracterizada por episódios recorrentes de cefaleia, disfunção autonômica e, em alguns pacientes, sintomas neurológicos de aura (1). É uma condição incapacitante com elevada prevalência na população mundial e um dos principais motivos de consultas na APS. O presente trabalho tem como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e investigar os fatores desencadeantes mais comuns na população diagnosticada com enxaqueca em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de Sinop (MT). Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa realizada por meio de questionário aplicado por médicos a usuários diagnosticados com enxaqueca no período de 15/10/2018 a 31/12/2018 em nove UBSs de Sinop (MT). A prevalência de usuários diagnosticados com enxaqueca sem ou com aura foi de 0,17% dentre total de atendimentos estimado no período do estudo. Dentre os usuários diagnosticados com enxaqueca houve igual distribuição quanto ao tipo de demanda, predomínio de casos no sexo feminino, na faixa etária de 21 a 50 anos, pessoas em união estável e com renda entre 1 e 3 salários mínimos. Quanto a escolaridade apenas um usuário pós-graduado sendo o restante com semelhante distribuição entre ensino Fundamental, Médio e Superior. Em relação aos fatores desencadeantes o estresse emocional o mais frequente, relatado por 85% dos entrevistados. O primeiro resultado indica a necessidade de uma análise acerca da formação dos médicos residentes e qualificação dos preceptores em relação ao diagnóstico de enxaqueca, e o segundo, que a construção de protocolos de atendimento pode ser feita a partir de dados gerais, uma vez que fatores locais não parecem interferir no desencadeamento de crises.

Palavras-chave: Transtornos de enxaqueca. Fatores precipitantes. Perfil de saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care is the main gateway to the Unified Health System, whose objective is to provide assistance to people through actions to promote, protect and recover health, following the principles of Medicine of Family and Community. Migraine is a chronic neurovascular disease characterized by recurrent episodes of headache, autonomic dysfunction and, in some patients, neurological symptoms of aura (1). It is a disabling condition with high prevalence in the world population and one of the main reasons for consultations in PHC. The present study aims to characterize the sociodemographic profile and to investigate the most common trigger factors in the population diagnosed with migraine in Basic Health Units of Sinop (MT). This is an exploratory, descriptive study with a quantitative approach performed through a questionnaire applied by physicians to users diagnosed with migraine in the period from 10/15/2018 to 12/31/2018 in nine Basic Health Units of Sinop (MT). The prevalence of users diagnosed with migraine without or with aura was 0.17% among the total number of visits estimated in the study period. Among the users diagnosed with migraine, 85% were women, the highest prevalence was in the age group between 21 and 50 years, 30% had a higher or postgraduate level, the most prevalent family income range was between 1 and 3 minimum wages, marital status and the type of demand was very heterogeneous. Regarding the triggering factors, emotional stress was the most frequent, reported by 85% of respondents. The first result indicates the need for an analysis about the training of resident physicians and qualification of the preceptors in relation to the diagnosis of migraine, and second, that the construction of care protocols can be made from general data, since factors do not seem to interfere with the onset of seizures.

Key words: Migraine disorders. Precipitating factors. Health profile.

LISTA DE TABELAS

REVISÃO DE LITERATURA

Tabela 1 - Frequência percentual de fatores desencadeantes de enxaqueca.....21

ARTIGO

Tabela 1 - Características sociodemográficas (N=20).....25

Tabela 2 - Frequência dos fatores desencadeantes de crises de enxaqueca sem ou com aura..26

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
ICHD-3	<i>International Classification of Headache Disorders, 3rd edition</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 ENXAQUECA.....	19
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	21
3 MÉTODO	25
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	25
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	25
3.3 POPULAÇÃO.....	25
3.4 COLETA DE DADOS.....	26
3.5 ANÁLISE DE DADOS	26
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
3.7 ORÇAMENTO E RESPONSÁVEIS PELOS CUSTOS DA INVESTIGAÇÃO	27
3.8 RESULTADOS.....	27
4 ARTIGO	28
5 CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39
APENDICE A - INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS	42
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FATORES DESENCADEANTES	44
ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE ENXAQUECA	46
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	47
ANEXO C - TERMO DE ASSENTIMENTO	49
ANEXO D - TERMO DE ADESÃO	50

1 INTRODUÇÃO

A enxaqueca ou migrânea é uma doença neurovascular crônica, caracterizada por episódios recorrentes de cefaleia, disfunção autonômica (náusea, vômito) e, em alguns pacientes, sintomas neurológicos de aura (fotofobia e fonofobia) (1). É um distúrbio de origem genética e que pode ser desencadeado por uma série de fatores, entre os quais se destacam estresse, menstruação, estímulos visuais, mudanças climáticas, uso de nitratos, jejum e consumo de vinho (2). Pelo menos um fator desencadeante de crise aguda é relatado por 75,9% dos indivíduos com enxaqueca (3).

Classificada como a 19ª moléstia que mais incapacita o ser humano, tem prevalência de 10 a 20% na população mundial (4) e grande impacto socioeconômico. Apesar da causa mais comum de cefaleia primária na população em geral ser do tipo tensional, estudos mostram número expressivo de casos de enxaqueca nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) (5). Em duas unidades de APS em São Paulo (SP), a cefaleia foi responsável por 9% das consultas por problemas agudos dos quais 55% ocorreram por causas primárias, sendo a enxaqueca responsável por dois terços destas (6).

A cefaleia é um sintoma muito comum e recorrente na população em geral, entretanto, poucos indivíduos costumam procurar assistência médica por este motivo. Estima-se que apenas 16% dos usuários com cefaleia do tipo tensional e 56% dos usuários com enxaqueca consultem o médico generalista e 4% e 16% consultem o especialista, respectivamente (7). No Brasil, 45% dos atendimentos por cefaleia em unidades de APS foram diagnosticadas como enxaqueca (6).

A APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (8). Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem por objetivo prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (9).

O Ministério da Saúde brasileiro apresenta ofertas de abordagem a cefaleia, utilizando-se do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar para riscos e vulnerabilidades (10). Propõe uma estratégia de acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco dos usuários que procuram a APS com queixa de cefaleia, instrumentalizando os profissionais para o diagnóstico e manejo do usuário com enxaqueca.

Por se tratar de doença crônica recidivante, o cuidado longitudinal adquire um papel de relevância na assistência aos usuários com enxaqueca. Indicar a profilaxia, empoderar o usuário

acerca dos fatores desencadeantes e os acolher nos momentos de crise vão ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde, em especial da APS.

Sendo assim, é importante reconhecer os fatores desencadeantes mais comuns da enxaqueca na comunidade bem como suas características sociodemográficas com a finalidade de orientar os profissionais da saúde na tentativa de redução da ocorrência de crises, do uso abusivo de analgésicos e automedicação bem como na estruturação de programas de educação permanente definidos para consolidação e aprimoramento da atenção básica como reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Desta forma, o presente trabalho tem por objetivo reconhecer as características sociodemográficas dos usuários diagnosticados com enxaqueca em unidades de Atenção Primária a Saúde do município de Sinop (MT) e investigar os fatores desencadeantes mais comuns da população diagnosticada com enxaqueca.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENXAQUECA

A enxaqueca é uma desordem episódica cuja manifestação principal é uma dor de cabeça severa geralmente associada a náuseas e/ou sensibilidade à luz e ao som (11). É uma das doenças neurológicas mais comuns na prática clínica (12). Manifesta-se por ataques recorrentes que se desenrolam através de uma cascata de eventos que duram de horas até dias. Um ataque típico de enxaqueca progride através de quatro fases: a premonitória, a aura, a dor de cabeça e a resolução/pós-dromo (11).

Os sintomas premonitórios ocorrem em mais de 77% dos casos e consistem em sintomas vegetativos que aparecem 24 a 48 horas antes da dor como bocejo, euforia, depressão, irritabilidade, ânsia com comidas, constipação e rigidez no pescoço (11). Aproximadamente 25% dos pacientes experimentam um ou mais sintomas neurológicos focais na segunda fase que costumam ser a percepção de linhas brilhantes, zumbido, queimação, dor, parestesias, movimentos involuntários, perda de visão, audição ou incapacidade de mover uma parte do corpo (11).

Na terceira fase, a cefaleia é geralmente de localização hemicraniana, de caráter pulsátil, de moderada a forte intensidade, dura de quatro horas até vários dias, acompanhada de fotofobia, fonofobia, náuseas e vômitos (5). Após a resolução da dor 68% dos pacientes experimentam cansaço, dificuldades cognitivas, indisposição, sintomas gastrointestinais, mudanças de humor e fraqueza (13).

Antigamente a teoria vascular sugeria que a dor de cabeça na enxaqueca era causada pela dilatação dos vasos sanguíneos, enquanto a aura resultaria da vasoconstrição, entretanto, essa teoria já não é considerada viável (14). A vasodilatação, se ocorrer em todos os ataques de enxaqueca espontânea, é provavelmente um fenômeno resultante da instabilidade no mecanismo de controle neurovascular central (15).

Atualmente acredita-se que ela decorre de uma disfunção neuronal primária que leva a uma sequência de alterações intracranianas e extracranianas, incluindo as quatro fases dos sintomas premonitórios, aura, dor de cabeça e pós-doença (16). A ativação do sistema trigeminovascular desempenha um papel central na fisiopatologia da enxaqueca, incluindo o início da inflamação neurogênica, a qual está ligada à dor da enxaqueca (11). A sensibilização, um processo no qual os neurônios se tornam cada vez mais receptivos à estimulação nociceptiva e não nociceptiva, provavelmente é responsável por muitos dos sintomas clínicos da enxaqueca (17).

As estimativas de prevalência para enxaqueca variam amplamente, dependendo dos métodos utilizados para a definição de caso e das características demográficas das populações estudadas (18). Quando utilizados os critérios diagnósticos da *International Headache Society*, a prevalência da enxaqueca é de aproximadamente 6% entre homens e de 15 a 17% entre mulheres (18). No geral, 7,6% dos homens e 18,3% das mulheres relataram enxaqueca com ou sem aura (19). Além do gênero, a prevalência varia também de acordo com a idade, sendo maior até cerca de 40 anos e declinando a partir daí, tanto em mulheres quanto em homens. Nas mulheres a prevalência aumenta da menarca e reduz a partir dos 42 anos (18).

No Brasil, em Florianópolis (SC), a prevalência da enxaqueca relatada durante o último ano em estudo de base populacional utilizando os critérios da *International Headache Society* foi de 28,8% em mulheres e de 14,2% em homens (20); em Pelotas (RS) foi de 16,2% em mulheres e de 3,9% em homens (21). Uma possível associação entre enxaqueca e algumas características sociodemográficas da população tem sido descrita. Alguns estudos nos Estados Unidos encontraram alta prevalência em pessoas de baixa renda (22) e alto grau de escolaridade (23).

As características das manifestações clínicas da doença fazem com que a enxaqueca implique em custos elevados para o sistema de saúde, perda de produtividade e redução da qualidade de vida (24) (5). O tratamento profilático não farmacológico da enxaqueca consiste em identificar e estabelecer um plano de manejo específico de atenuação ou eliminação do fator. Desse modo, permite diminuir a frequência das crises, melhorar a resposta do paciente à terapia abortiva, evitar a exposição do paciente ao uso excessivo de medicamentos, prevenindo assim a cronificação da dor por este motivo (5).

A abordagem do usuário com enxaqueca inclui as expectativas dos usuários com o tratamento, as quais podem variar sendo o alívio da dor e o rápido retorno às atividades diárias os resultados mais desejados (4). Para alcançar os objetivos terapêuticos, além da terapia abortiva, ou seja, aquela instituída para alívio da dor, um dos mais importantes aspectos do manejo da enxaqueca é a terapia profilática.

Ao diminuir a frequência das crises e melhorar a resposta do usuário à terapia abortiva, a terapia profilática também evita a exposição do usuário ao uso excessivo de medicamentos, prevenindo assim a cronificação da dor por este motivo (5). Para prevenção da dor podem ser utilizados recursos não farmacológicos, especialmente a identificação e controle dos fatores desencadeantes das crises.

Um estudo retrospectivo investigou 1750 pacientes com enxaqueca, dos quais, 75,9% relataram pelo menos um fator desencadeante de crises de enxaqueca aguda (3) (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência percentual de fatores desencadeantes de enxaqueca

Fator desencadeante	Frequência
Estresse emocional	79,7%
Hormônios em mulheres	65,1%
Não comer	57,3%
Clima	53,2%
Distúrbios do sono	49,8%
Odores	43,7%
Dor no pescoço	38,4%
Luzes	38,1%
Álcool	37,8%
Fumo	35,7%
Dormir tarde	32,0%
Calor	30,3%
Alimentos	26,9%
Exercício	22,1%
Atividade sexual	5,2%

Fonte: Kelman (2007)

Dentre os participantes do estudo que relatam a presença de algum fator desencadeante, quatro se destacam por estarem presentes em mais de 50% dos doentes, que são: estresse emocional, hormônios em mulheres, não comer e clima.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Atenção primária refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas (25). Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata a Atenção Primária à Saúde foi definida como atenção à saúde essencial, baseada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo de assistência orientado por princípios de solidariedade e equidade,

com participação e acesso de todas as pessoas da comunidade com foco na proteção e promoção da saúde (26).

No Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominada de Atenção Básica à saúde que, constitui a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Constituição Federal de 1988, que criou o SUS (25).

O desenvolvimento destas concepções abrangentes para abordagens e intervenções em saúde partiu de observações de que as intervenções verticais baseadas no modelo biomédico, programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade não respondiam às principais necessidades de saúde das populações. O próprio conceito de saúde trazido pela Organização Mundial da Saúde a define como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença ou de enfermidade (27).

A Organização Pan-americana de Saúde dá ênfase em uma filosofia que permeia os setores sociais e de saúde, compreendendo a saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos na saúde defendendo a ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para promover equidade em saúde (28).

A APS não se restringe ao primeiro nível de atenção ela integra um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação (25). O SUS foi constituído norteado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade (9). Apresenta uma organização construída a partir de lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do Estado brasileiro, sobretudo do movimento da reforma sanitária, firmado na Constituição de 1988 (10). Está estruturada modo regionalizado, hierarquizado, em território adscrito, considerando regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em uma determinada localidade (29).

A APS possui um processo de trabalho diferenciado, seguindo os princípios próprios da Medicina de Família e Comunidade com um cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade, coordenado o cuidado, ordenando as redes de atenção a saúde com participação da comunidade (29).

As seis competências nucleares da definição de Medicina Geral e Familiar da Wonca Europa publicada em 2002 são: gestão de cuidados de saúde primários; cuidados centrados na pessoa; aptidões específicas de resolução de problemas; abordagem abrangente; orientação comunitária; modelação holística (capacidade de usar um modelo biopsicossocial, levando em

conta as dimensões cultural e existencial. Lida com problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial) (30).

Os atributos de uma rede de atenção à saúde coordenada pela APS incluem: o atendimento a uma população e território definido com amplo conhecimento de suas necessidade e preferências; um primeiro nível de atenção multidisciplinar que cobre toda a população e que serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde; longitudinalidade expressa pela existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e família; integralidade que pressupõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (28).

A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde levando em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população. Outros atributos da APS compreendem: a focalização na família que impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar; orientação comunitária que coloca o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde; competência cultural que exige uma relação horizontal entre a equipe de saúde e população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (28).

Dentre as funções essenciais da APS destacam-se: resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, que significa ser capacitada, cognitiva e tecnologicamente, para solucionar mais de 85% dos problemas de sua população; comunicação que expressa o exercício, pela APS, do papel de centro de comunicação das redes de atenção à saúde, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes; responsabilização que manifesta o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da

gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita (28).

Além do sistema hierarquizado para oferta de serviços nos demais níveis de atenção, como os mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centrais de regulação, (31) descreve uma metodologia de trabalho complementar para oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, denominado de apoio matricial.

O SUS materializa esse mecanismo através do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que consiste em uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atua com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Atenção Básica (32).

Sendo a enxaqueca um problema de saúde com elevada prevalência, responsável por uma parcela significativa dos motivos de atendimento da APS é racional compreender o quanto um sistema de saúde qualificado e integral é importante para o indivíduo com enxaqueca. Acolher, fazer o correto diagnóstico, identificar os fatores desencadeantes, instituir o tratamento e orientações, dar seguimento longitudinal ao caso com apoio matricial possibilita alívio do sofrimento, menos afastamentos do trabalho e melhor qualidade de vida aqueles que sofrem de enxaqueca.

Neste contexto, a correta identificação do(s) fator(es) desencadeante(se) possibilita apropriação de tecnologias custo-efetivas em concordância com os conceitos de APS na qualificação e execução das suas funções essenciais. Além disso, contribui para o estabelecimento de um plano de manejo específico de atenuação ou eliminação de um determinado fator, o que é fundamental para o sucesso do tratamento. A construção e aprimoramento de protocolos de atendimentos a partir de dados regionais e locais são potenciais contribuições do estudo para a atuação baseada em uma APS integral.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em nove unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Sinop (MT), das quais, seis contavam com duas equipes médicas durante o período da coleta de dados, totalizando quinze equipes. A escolha das unidades se deu pela representatividade de regiões do município com diferentes características sociodemográficas das populações adscritas e por terem equipes médicas compostas por médicos residentes e preceptores do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade do município, consonantes com enfoque acadêmico. As unidades escolhidas realizam atendimentos a demanda espontânea e programada, sendo responsáveis por 60.000 usuários o que representa aproximadamente 66% da população coberta pela APS em Sinop (MT).

3.3 POPULAÇÃO

A população estuda foi dos usuários atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) Jacarandás, Marilene Freitas Cervantes, Joacir Rodrigues, Maria Vindilina II, Boa Esperança, Jardim Primavera, Jardim das Palmeiras, Jardim Botânico e Jardim Oliveiras e diagnosticados com enxaqueca no período de 15/10/2018 a 30/12/2018. As UBSs do município de Sinop (MT) não possuem cadastro das populações atendidas e apresenta falhas no registro da quantidade de atendimentos o que implica na necessidade de estimar o total de atendimentos. Não obstante, o município tem cobertura insuficiente de equipes de Estratégia de Saúde da Família, impondo condições que inviabilizam a realização de um estudo amostral nos territórios.

Foram incluídos no estudo, os usuários diagnosticados com enxaqueca segundo os critérios diagnósticos da *International Classification of Headache Disorders, 3rd edition* (ICHD-3) (33) (ANEXO A) que assinaram os Termos de Consentimento (ANEXO B) e Assentimento (ANEXO C). Foram excluídos os que não preencheram tais critérios e/ou se negaram a participar do estudo.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada pelos médicos residentes e preceptores do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade que atuam nas Unidades Básicas de Saúde do município de Sinop (MT), participantes da pesquisa. Eles foram convidados a participar voluntariamente do Estudo. Os que aceitaram foram treinados para a realização do diagnóstico de enxaqueca por meio da aplicação do questionário dos critérios diagnósticos de enxaqueca do ICHD-3 e para o preenchimento do questionário de características sociodemográficas e fatores desencadeantes. Se algum médico tivesse recusado participar da coleta de dados a pesquisa prosseguiria com os demais voluntários. Foi fornecido um manual de instruções explicando como fazer a coleta de dados (APENDICE A).

A coleta de dados foi feita por meio de fonte primária (34), com a aplicação do questionário de características sociodemográficas e fatores desencadeantes (APÊNDICE B). Esse instrumento foi submetido a validação aparente de conteúdo (34). A validação de conteúdo foi realizada por três profissionais com experiência em diagnóstico de enxaqueca e com formação e/ou experiência, há mais de dois anos, em Medicina de Família e Comunidade. O instrumento foi avaliado como satisfatório, sendo considerado com vocabulário adequado ao perfil dos participantes do estudo, com afirmativas descritas de forma clara, precisa e compreensível. Não foi feita nenhuma sugestão de mudança no instrumento.

O treinamento dos médicos responsáveis pela coleta dos dados foi realizado na semana anterior ao início da coleta de dados quando foram fornecidas instruções acerca do diagnóstico de enxaqueca baseado nos critérios ICHD-3. No momento do treinamento também foram fornecidos os questionários de características sociodemográficas e fatores desencadeantes, critérios diagnósticos de enxaqueca do ICHD-3 e os termos de consentimento e assentimento.

Durante a participação do treinamento os médicos participantes do estudo assinaram um Termo de Adesão as instruções em que se comprometeram a executar fidedignamente as instruções fornecidas (ANEXO D).

Após a primeira semana de coleta de dados foi feito contato com os médicos participantes para monitorizar a aplicação dos questionários e verificação dos dados já coletados. Os usuários participantes do estudo receberam o tratamento e acompanhamento médico habitual pela equipe de saúde.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados segundo abordagem quantitativa por meio de análise de frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas.

Para análise da prevalência de enxaqueca o quantitativo de usuários diagnosticados com enxaqueca com ou sem aura foi calculado sobre o total estimado de atendimentos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa foi solicitada autorização do Secretário Municipal de Sinop (MT) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o termo de Assentimento. O Projeto de Pesquisa foi encaminhado para apreciação e aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (BRASIL, 2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ – BRASÍLIA) sob número 2.762.032 .

Os usuários participantes do estudo receberam o tratamento e acompanhamento médico habitual pela equipe de saúde. Os usuários que se negaram a participar do estudo receberam o tratamento habitualmente oferecido pela equipe de saúde sem nenhuma alteração na condução dos casos em decorrência desta decisão.

3.7 ORÇAMENTO E RESPONSÁVEIS PELOS CUSTOS DA INVESTIGAÇÃO

Todos os custos envolvidos na pesquisa foram de responsabilidade total do pesquisador.

3.8 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados e discutidos através do artigo "Caracterização do perfil epidemiológico dos usuários diagnosticados com enxaqueca em Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Sinop (MT)" que será submetido à Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

4 ARTIGO

Caracterização do perfil epidemiológico dos usuários diagnosticados com enxaqueca em Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Sinop (MT)

Characterization of the epidemiological profile of users diagnosed with migraine in Units of Primary Health Care in the city of Sinop (MT)

Caracterización del perfil epidemiológico de los usuarios diagnosticados con migraña en Unidades de Atención Primaria a la Salud del municipio de Sinop (MT)

Eduardo Augusto Dossa¹, Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes, Dra. Nádia Aléssio Velloso

¹ Avenida das Figueiras, 2025, apto 402, Setor Comercial, CEP 78550-148, Sinop (MT). E-mail: eduardodossa@gmail.com – telefone: +55 (66) 99909-4100

Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Brasília

Fonte de financiamento: não há.

Conflitos de interesse: não há.

Parecer CEP nº 2.762.032 (FIOCRUZ – BRASÍLIA), aprovado em 09 de julho de 2018.

Resumo

Introdução: A enxaqueca ou migrânea é uma doença neurovascular crônica, caracterizada por episódios recorrentes de cefaleia, disfunção autonômica e, em alguns pacientes, sintomas neurológicos de aura (1). É uma condição incapacitante com elevada prevalência na população mundial e um dos principais motivos de consultas na Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e investigar os fatores desencadeantes mais comuns na população diagnosticada com enxaqueca em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de Sinop (MT). **Métodos:** Pesquisa de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa realizada por meio de questionário aplicado por médicos a usuários diagnosticados com enxaqueca no período de 15/10/2018 a 31/12/2018 em nove UBSs de Sinop (MT). **Resultados:** A prevalência de usuários diagnosticados com enxaqueca sem ou com aura foi de 0,17% (n=20), 85% foram mulheres, a maior prevalência foi na faixa etária entre 21 e 50 anos, predomínio com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos e distribuição semelhante quanto ao tipo de demanda e nos níveis Fundamental, Médio e Superior de escolaridade. Quanto aos fatores desencadeantes o estresse emocional foi o mais frequente, relatado por 85% dos entrevistados. **Conclusão:** A prevalência encontrada no estudo foi significativamente inferior ao descrito na literatura e as características sociodemográficas e fatores desencadeantes foram semelhantes aos dados de outros estudos. O primeiro resultado indica a necessidade de uma análise acerca da formação dos médicos residentes e qualificação dos preceptores em relação ao diagnóstico de

enxaqueca, e o segundo, que a construção de protocolos de atendimento pode ser feita a partir de dados gerais, uma vez que fatores locais não parecem interferir no desencadeamento de crises.

Palavras-chave: Transtornos de enxaqueca, Fatores precipitantes, Perfil de saúde

Abstract

Introduction: Migraine is a chronic neurovascular disease, characterized by recurrent episodes of headache, autonomic dysfunction and, in some patients, neurological symptoms of aura (1). It is a disabling condition with high prevalence in the world population and one of the main reasons for consultations in Primary Health Care. **Objective:** To characterize the sociodemographic profile and to investigate the most common trigger factors in the population diagnosed with migraine in Basic Health Units of Sinop (MT). **Methods:** Exploratory, descriptive study with a quantitative approach performed through a questionnaire applied by physicians to users diagnosed with migraine in the period from 10/15/2018 to 12/31/2018 in nine Basic Health Units of Sinop (MT). **Results:** The prevalence of users diagnosed with migraine without or with aura was 0.17% (n = 20), 85% were women, the highest prevalence was in the age group between 21 and 50 years old, a predominance of family income between 1 and 3 wages minimum and similar distribution as to the type of demand and in the Fundamental, Middle and Higher levels of schooling. Regarding the triggering factors, emotional stress was the most frequent, reported by 85% of respondents. **Conclusion:** The prevalence found in the study was significantly lower than that described in the literature and the sociodemographic characteristics and triggering factors were similar to data from other studies. The first result indicates the need for an analysis about the training of resident physicians and qualification of the preceptors in relation to the diagnosis of migraine, and second, that the construction of care protocols can be made from general data, since factors do not seem to interfere with the onset of seizures.

Key words: Migraine disorders, Precipitating factors, Health profile

Resumen

Introducción: La jaqueca o migraña es una enfermedad neurovascular crónica, que se caracteriza por secuencias recurrentes de cefalea, disfunción autonómica y, en algunos pacientes, síntomas neurológicos de aura (1). Se trata de una condición incapacitante, predominante en la población mundial y uno de los motivos más habituales en las citas de Atención Primaria a la Salud (APS). **Objetivo:** Caracterizar el perfil sociodemográfico e investigar los factores desencadenantes más comunes en la población diagnosticada con jaqueca, en las Unidades Básicas de Salud (UBSs) de Sinop (MT). **Métodos:** Investigación de carácter exploratorio descriptiva con abordaje cualitativo, llevada a cabo a partir de un cuestionario, aplicado por médicos a usuarios diagnosticados con jaqueca en el período de 15/10/2018 al 31/12/2018 en nueve UBSs de Sinop (MT). **Resultados:** La prevalencia de usuarios diagnosticados con jaqueca con o sin aura fue del 0,17% (n = 20), en el 85% fueron mujeres, la mayor prevalencia fue en el grupo de edad entre 21 y 50 años, predominio con ingreso familiar entre 1 y 3 sueldos mínimos y distribución semejante en el tipo de demanda y en los niveles Fundamental, Medio y Superior de escolaridad. Sobre los factores desencadenantes, el estrés emocional fue el más frecuente, expuesto en el 85% de los entrevistados. **Conclusión:** Los hallazgos de este estudio son significativamente inferiores a los descritos en la literatura y las características sociodemográficas y los factores desencadenantes, semejantes a los datos de los

estudios previos. El primer resultado, indica la necesidad de un análisis sobre la formación de los médicos residentes y la cualificación de los tutores, con relación al diagnóstico de la jaqueca, y el segundo, que la construcción de protocolos de atención puede realizarse a partir de datos generales, dado que los factores locales, no parecen intervenir en el desencadenamiento de las crisis.

Palabras clave: Trastornos migrañosos, Factores desencadenantes, Perfil de salud

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (1). Possui um processo de trabalho diferenciado, seguindo os princípios próprios da Medicina de Família e Comunidade com um cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade, coordenado o cuidado, ordenando as redes de atenção à saúde com participação da comunidade (2).

Os atributos da APS adquirem um papel de relevância na assistência aos usuários com enxaqueca, definida como uma desordem episódica cuja manifestação principal é uma dor de cabeça severa geralmente associada a náuseas e/ou sensibilidade à luz e ao som (3). Sua abordagem inclui as expectativas dos usuários com o tratamento, as quais podem variar sendo o alívio da dor e o rápido retorno às atividades diárias os resultados mais desejados (4).

Classificada como a 19ª moléstia que mais incapacita o ser humano, a enxaqueca apresenta prevalência de 10 a 20% na população mundial (4). Apesar da causa mais comum de cefaleia primária na população em geral ser do tipo tensional, estudos mostram número expressivo de casos de enxaqueca nas unidades de APS (5) (6). Estima-se que apenas 16% dos usuários com cefaleia do tipo tensional e 56% dos usuários com enxaqueca consultem o médico generalista e 4% e 16% consultem o especialista, respectivamente (7). No Brasil, 45% dos atendimentos por cefaleia em unidades de APS foram diagnosticadas como enxaqueca (6).

As características das manifestações clínicas da doença fazem com que a enxaqueca implique em custos elevados para o sistema de saúde, perda de produtividade e redução da qualidade de vida (5) (8). O tratamento profilático não farmacológico da enxaqueca consiste em identificar e estabelecer um plano de manejo específico de atenuação ou eliminação do fator. Desse modo, permite diminuir a frequência das crises, melhorar a resposta à terapia abortiva, evitar a exposição ao uso excessivo de medicamentos, prevenindo assim a cronificação da dor por este motivo (5).

O Ministério da Saúde brasileiro apresenta ofertas de abordagem a cefaleia, utilizando-se do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar para riscos e

vulnerabilidades (9). Propõe uma estratégia de acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco dos usuários que procuram a APS com queixa de cefaleia, instrumentalizando os profissionais para o diagnóstico e manejo do usuário com enxaqueca (9).

Assim, é importante reconhecer os fatores desencadeantes mais comuns da enxaqueca na comunidade bem como suas características sociodemográficas com a finalidade de orientar os profissionais da saúde na tentativa de redução da ocorrência de crises, do uso abusivo de analgésicos e automedicação bem como na estruturação de programas de educação permanente definidos para consolidação e aprimoramento da atenção básica como reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Método

Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa.

Local do Estudo

O estudo foi realizado em nove unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Sinop (MT). A escolha das unidades se deu pela representatividade de regiões do município com diferentes características sociodemográficas das populações adscritas. As unidades escolhidas realizam atendimentos a demanda espontânea e programada, sendo responsáveis por 60.000 usuários o que representa aproximadamente 66% da população coberta pela APS em Sinop (MT).

População:

A população estuda foi dos usuários atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) Jacarandás, Marilene Freitas Cervantes, Joacir Rodrigues, Maria Vindilina II, Boa Esperança, Jardim Primavera, Jardim das Palmeiras, Jardim Botânico e Jardim Oliveiras e diagnosticados com enxaqueca no período de 15/10/2018 a 30/12/2018. As UBSs do município de Sinop (MT) não possuem cadastro das populações atendidas e estão sobrecarregadas devido a cobertura insuficiente de equipes de Estratégia de Saúde da Família, impondo condições que inviabilizam a realização de um estudo amostral nos territórios.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada pelos médicos residentes e preceptores do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade que atuam nas Unidades Básicas de Saúde do município de Sinop (MT). Eles foram convidados a participar voluntariamente do Estudo. Os que aceitaram foram treinados para a realização do diagnóstico

de enxaqueca por meio da aplicação do questionário dos critérios diagnósticos de enxaqueca da *International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3)* (10) e para o preenchimento do questionário de características sociodemográficas e fatores desencadeantes. O instrumento foi submetido a validação aparente de conteúdo (11).

Os usuários de qualquer idade atendidos e diagnosticados com enxaqueca foram convidados a participar após fornecer informações sobre o estudo e assinar os Termos de Consentimento e Assentimento. Após a primeira semana de coleta de dados foi feito contato com os médicos participantes para monitorizar a aplicação dos questionários e verificação dos dados já coletados.

Análise de dados

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados segundo abordagem quantitativa por meio de análise de frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Para análise da prevalência de enxaqueca o quantitativo de usuários diagnosticados com enxaqueca com ou sem aura foi calculado sobre o total estimado de atendimentos.

Aspectos Éticos

A pesquisa obedeceu às normas contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, comunicados que poderiam retirar seu nome em qualquer momento e receberam o tratamento e acompanhamento médico habitual. Os usuários que se negaram a participar do estudo receberam o tratamento habitualmente oferecido pela equipe de saúde, sem nenhuma alteração na condução do caso em decorrência desta decisão. Os médicos participantes que aceitaram o convite para participar voluntariamente da pesquisa assinaram um Termo de Adesão. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ – BRASÍLIA) sob o parecer nº 2.762.032.

Resultados

O número estimado de atendimentos médicos realizados por cada equipe de saúde durante o período do estudo, considerado a média de 3 atendimentos por hora e descontando os horários das atividades teóricas dos médicos residentes e preceptores (4 horas por semana), feriados e o recesso natalino foi de 792 consultas. A estimativa de 3 atendimentos por hora se baseia na recomendação da gestão local e na configuração do sistema eletrônico de agendamentos. Para as equipes participantes do estudo obtivemos um total estimado de 11.880 atendimentos médicos durante o período do estudo. A prevalência de usuários diagnosticados com enxaqueca sem ou com aura foi de 0,17%. Foram entrevistados 20 usuários diagnosticados

com enxaqueca no período do estudo dos quais seis (30%) apresentaram enxaqueca com aura e quatorze (70%) enxaqueca sem aura.

O perfil sociodemográfico dos usuários diagnosticados com enxaqueca sem ou com aura está detalhado na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas ($n = 20$).

Característica sociodemográfica	<i>n</i>	%
Tipo de demanda		
Programada	10	50
Espontânea	10	50
Sexo		
Masculino	2	10
Feminino	17	85
Não informado	1	5
Faixa etária (idade)		
Entre 14 e 20 anos	2	10
Entre 21 e 30 anos	6	30
Entre 31 e 40 anos	5	25
Entre 41 e 50 anos	5	25
Entre 51 e 60 anos	2	10
Estado civil		
Casado	2	10
Divorciado	2	10
Namorando	1	5
Solteiro	4	20
União estável	11	55
Escolaridade		
Ensino fundamental	5	25
Ensino médio	6	30
Ensino Superior	7	35
Pós-graduação	1	5
Não informado	1	5
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	4	20
Entre 1 e 3 salários mínimos	9	45
Entre 4 e 7 salários mínimos	4	20
Entre 8 e 11 salários mínimos	1	5
Não informado	2	10

Houve igual distribuição quanto ao tipo de demanda, predomínio de casos no sexo feminino, na faixa etária de 21 a 50 anos, pessoas em união estável e com renda entre 1 e 3 salários mínimos. Quanto a escolaridade apenas um usuário pós-graduado sendo o restante com semelhante distribuição entre ensino Fundamental, Médio e Superior.

Dois usuários não relataram nenhum fator desencadeante enquanto 80% dos entrevistados relataram pelo menos um fator desencadeante para as crises de enxaqueca.

A frequência dos fatores desencadeantes estudados está descrita na Tabela 2.

Tabela 2. Frequência dos fatores desencadeantes de crises de enxaqueca sem ou com aura

Fator desencadeante	Total	%
Estresse emocional	17	85
Distúrbios do sono	12	60
Não comer	8	40
Dor no pescoço	8	40
Dormir tarde	8	40
Luzes	7	35
Calor	5	25
Mudanças climáticas	5	25
Odores	4	20
Alimentos - frituras	4	20
Exercícios	4	20
Hormônios em mulheres	4	20
Alimentos - chocolate	3	15
Alimentos - doces	2	10
Nenhum	2	10
Atividade sexual	1	5
Alimentos – peixes e carne vermelha	1	5
Alimentos - abacaxi	1	5
Álcool	1	5

Dentre os participantes do estudo que relataram a presença de algum fator desencadeante dois estiveram presentes em mais de 50% dos usuários: estresse emocional e distúrbios do sono. Dois cinco principais fatores encontrados no estudo, três coincidem com os achados no estudo de Kelman (12).

Discussão

Cefaleia é o sintoma responsável por 2,7 a 7,9% dos atendimentos em Unidades Básicas de Saúde no Brasil (13) (14) e, deste percentual, 14,6 a 45% são atendimentos por enxaqueca (6) (13). A prevalência encontrada no estudo de 0,17% de usuários diagnosticados com enxaqueca sem ou com aura foi significativamente inferior ao descrito na literatura (0,39% a 3,55%) (6) (13).

Possíveis explicações para esta diferença são o desinteresse e/ou inexperiência dos médicos participantes na realização de atividades de pesquisa, a incompreensão da importância do estudo ou mesmo o não acompanhamento mais frequente da coleta dos dados. Outra possibilidade seria a existência de restrição no acesso do usuário com enxaqueca a APS quando em crise que o levaria aos serviços de urgência e emergência. Não obstante, o resultado demanda uma análise acerca da formação dos médicos residentes e qualificação dos preceptores em relação ao diagnóstico de enxaqueca além de uma revisão acerca do processo de trabalho nas UBSs participantes do estudo do município de Sinop (MT).

O percentual de mulheres dentre os usuários diagnosticados com enxaqueca no estudo foi de 85%, taxa pouco acima da prevalência descrita em outras séries que variam de 66 a 80% (15) (16). Além do gênero, a prevalência varia também de acordo com a idade, sendo maior até cerca de 40 anos e declinando a partir daí, tanto em mulheres quanto em homens (17). Na amostra estudada encontramos a maior prevalência entre 21 e 50 anos de idade, diferindo para mais da literatura na faixa de 41 a 50 anos de idade.

Alguns estudos nos Estados Unidos encontraram alta prevalência de enxaqueca em pessoas com alto grau de escolaridade (18). A amostra estudada encontrou apenas um usuário pós-graduado sendo o restante com semelhante distribuição entre ensino Fundamental, Médio e Superior. A faixa de renda familiar mais prevalente foi entre 1 e 3 salários mínimos que foi ao encontro da hipótese de causação social, onde há maior incidência de enxaqueca em grupos de baixa renda (19) (17). No que diz respeito ao estado civil houve predomínio de usuários em união estável e igual distribuição quanto ao tipo de demanda.

Quanto aos fatores desencadeantes de crises de enxaqueca, os resultados foram semelhantes aos obtidos por Kelman em sua investigação realizada com 1750 pacientes com enxaqueca (12). A similaridade dos dados aponta que fatores locais não parecem interferir no desencadeamento de crises de enxaqueca. Os resultados indicam que a construção de planejamentos educacionais para formação e educação continuada de médicos que atuam na APS do município de Sinop pode seguir modelos externos baseados na prevalência geral de fatores desencadeantes.

A correta identificação dos fatores desencadeantes possibilita apropriação de tecnologias custo-efetivas em concordância com os conceitos de APS na qualificação e execução das suas funções essenciais. Além disso, contribui para o estabelecimento de um plano de manejo específico de atenuação ou eliminação de um determinado fator, o que é fundamental para o sucesso do tratamento. A construção e aprimoramento de protocolos de atendimentos a partir de dados gerais são potenciais contribuições do estudo para a atuação baseada em uma APS integral.

Por ser doença crônica recidivante que implica em custos elevados para o sistema de saúde, perda de produtividade e redução da qualidade de vida (8) (5), o cuidado longitudinal adquire um papel de relevância na assistência aos usuários com enxaqueca. Indicar a profilaxia, orientar o usuário acerca dos fatores desencadeantes e os acolher nos momentos de crise vão ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde, em especial da APS.

Referências Bibliográficas

1. Brazil, organizador. Política nacional de atenção básica. 1a edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. 108 p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União (DOU). Seç. 1, Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017 2017 p. 68.
3. Cutrer FM, Bajwa ZH. Pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis of migraine in adults - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2017 [citado 10 de setembro de 2017]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-migraine-in-adults?source=search_result&search=enxaqueca&selectedTitle=2~150
4. Lipton RB, Hamelsky SW, Dayno JM. What do patients with migraine want from acute migraine treatment? Headache. janeiro de 2002;42 Suppl 1:3–9.
5. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Conduas em Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4º ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
6. Vincent MB, de Carvalho JJ. Primary headache care delivery by nonspecialists in Brazil. Brazilian Headache Care Cooperative Group. Cephalalgia Int J Headache. junho de 1999;19(5):520–4.
7. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. J Epidemiol Community Health. agosto de 1992;46(4):443–6.
8. Lanteri-Minet M. Economic burden and costs of chronic migraine. Curr Pain Headache Rep. janeiro de 2014;18(1):385.

9. Brasil M da S. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Caderno de Atenção Básica, n. 28; vol. 2).
10. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia Int J Headache*. julho de 2013;33(9):629–808.
11. Polit DF, Beck CT, Hungler BP, Thorell A. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.
12. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia Int J Headache*. maio de 2007;27(5):394–402.
13. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2^o edição (CIAP-2) [Internet] [text]. Universidade de São Paulo; 2009 [citado 3 de março de 2019]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/>
14. Bigal ME, Bigal JO, Bordini CA, Speciali JG. Prevalence and costs of headaches for the public health system in a town in the interior of the state of São Paulo. *Arq Neuropsiquiatr*. setembro de 2001;59(3-A):504–11.
15. Queiroz LP, Barea LM, Blank N. An epidemiological study of headache in Florianópolis, Brazil. *Cephalalgia Int J Headache*. fevereiro de 2006;26(2):122–7.
16. Pahim LS, Menezes AMB, Lima R. Prevalence and factors associated to migraine in adult population, Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. agosto de 2006;40(4):692–8.
17. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA*. 1^o de janeiro de 1992;267(1):64–9.
18. Stang PE, Osterhaus JT. Impact of migraine in the United States: data from the National Health Interview Survey. *Headache*. janeiro de 1993;33(1):29–35.
19. Stewart WF, Roy J, Lipton RB. Migraine prevalence, socioeconomic status, and social causation. *Neurology*. 10 de setembro de 2013;81(11):948–55.

5 CONCLUSÃO

Mediante análise dos resultados é possível concluir que na amostra estudada o maior percentual de mulheres diagnosticadas com enxaqueca, maior prevalência na faixa de idade entre 21 e 50 anos, alta prevalência em pessoas com alto grau de escolaridade e a faixa de renda mais prevalente entre 1 e 3 salários mínimos foram semelhantes aos dados de amostras de outros estudos.

A prevalência encontrada no estudo de 0,17% de usuários diagnosticados com enxaqueca sem ou com aura foi significativamente inferior ao descrito na literatura (0,39% a 3,55%) (6) (11), demandando uma análise acerca do processo de trabalho nas UBSs, da implementação de protocolos clínicos, da formação dos médicos residentes e qualificação dos preceptores em relação ao diagnóstico de enxaqueca.

Quanto aos fatores desencadeantes a similaridade dos resultados com os dados da literatura aponta que fatores locais não parecem interferir no desencadeamento de crises de enxaqueca. A construção de planejamentos educacionais para formação e educação continuada de médicos que atuam na APS do município de Sinop pode seguir modelos externos baseados na prevalência geral de fatores desencadeantes. Além disso, os dados contribuem para o estabelecimento de um plano de manejo específico de atenuação ou eliminação de um determinado fator, o que é fundamental para o sucesso do tratamento. A construção e aprimoramento de protocolos de atendimentos a partir de dados gerais são potenciais contribuições do estudo para a atuação baseada em uma APS integral.

REFERÊNCIAS

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia Int J Headache*. 2004;24 Suppl 1:9–160.
2. Martin VT, Behbehani MM. Toward a rational understanding of migraine trigger factors. *Med Clin North Am*. julho de 2001;85(4):911–41.
3. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia Int J Headache*. maio de 2007;27(5):394–402.
4. Lipton RB, Hamelsky SW, Dayno JM. What do patients with migraine want from acute migraine treatment? *Headache*. janeiro de 2002;42 Suppl 1:3–9.
5. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina Ambulatorial: Conduas em Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 4º ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
6. Vincent MB, de Carvalho JJ. Primary headache care delivery by nonspecialists in Brazil. Brazilian Headache Care Cooperative Group. *Cephalalgia Int J Headache*. junho de 1999;19(5):520–4.
7. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health*. agosto de 1992;46(4):443–6.
8. Brazil, organizador. *Política nacional de atenção básica*. 1a edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. 108 p.
9. BRASIL L nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. 1990 [citado 10 de setembro de 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
10. Brasil M da S. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Caderno de Atenção Básica, n. 28; vol. 2).
11. Cutrer FM, Bajwa ZH. Pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis of migraine in adults - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2017 [citado 10 de setembro de 2017]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-migraine-in-adults?source=search_result&search=enxaqueca&selectedTitle=2~150
12. Negro A, Rocchietti-March M, Fiorillo M, Martelletti P. Chronic migraine: current concepts and ongoing treatments. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. dezembro de 2011;15(12):1401–20.
13. Kelman L. The prodrome of the acute migraine attack. *Cephalalgia Int J Headache*. fevereiro de 2006;26(2):214–20.

14. Charles A. Vasodilation out of the picture as a cause of migraine headache. *Lancet Neurol.* maio de 2013;12(5):419–20.
15. Mignot G, Kopp C. Drug therapy of migraine. *N Engl J Med.* 7 de abril de 1994;330(14):1016.
16. Cutrer FM. Pathophysiology of migraine. *Semin Neurol.* abril de 2010;30(2):120–30.
17. Karatas H, Erdener SE, Gursoy-Ozdemir Y, Lule S, Eren-Koçak E, Sen ZD, et al. Spreading depression triggers headache by activating neuronal Panx1 channels. *Science.* 1º de março de 2013;339(6123):1092–5.
18. Stewart WF, Shechter A, Rasmussen BK. Migraine prevalence. A review of population-based studies. *Neurology.* junho de 1994;44(6 Suppl 4):S17-23.
19. Steiner TJ, Scher AI, Stewart WF, Kolodner K, Liberman J, Lipton RB. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia Int J Headache.* setembro de 2003;23(7):519–27.
20. Queiroz LP, Barea LM, Blank N. An epidemiological study of headache in Florianópolis, Brazil. *Cephalalgia Int J Headache.* fevereiro de 2006;26(2):122–7.
21. Pahim LS, Menezes AMB, Lima R. Prevalence and factors associated to migraine in adult population, Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* agosto de 2006;40(4):692–8.
22. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA.* 1º de janeiro de 1992;267(1):64–9.
23. Stang PE, Osterhaus JT. Impact of migraine in the United States: data from the National Health Interview Survey. *Headache.* janeiro de 1993;33(1):29–35.
24. Lanteri-Minet M. Economic burden and costs of chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep.* janeiro de 2014;18(1):385.
25. Giovanella L, organizador. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2012. 1097 p.
26. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. In Alma-ATA, URSS; 1978.
27. Callahan D. The WHO definition of “health”. *Stud - Hastings Cent.* 1973;1(3):77–88.
28. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). A Atenção à Saúde coordenada pela APS: Construindo as redes de atenção no SUS. Brasília: Opas, OMS; 2011.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União (DOU).* Seç. 1, Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017 2017 p. 68.

30. Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. A definição europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar). In 2002. p. 6–14.
31. Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. fevereiro de 2007;23(2):399–407.
32. BRASIL, Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
33. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. janeiro de 2018;38(1):1–211.
34. Polit DF, Beck CT, Hungler BP, Thorell A. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

APÊNDICE A - INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS

Roteiro para coleta de dados:

- Suspeita de enxaqueca
- Fornecer ao usuário informações sobre o estudo
- Questionar o usuário se deseja participar do estudo
- Assinar os Termos de Assentimento e Consentimento Informado
- Aplicar o questionário de critérios diagnóstico de enxaqueca
- Aplicar o questionário de informações sociodemográficas e fatores desencadeantes
- Seguir o atendimento habitual dos usuários

Orientações para aplicação do questionário de informações sociodemográficas e fatores desencadeantes:

1. Tipo de atendimento: () Demanda espontânea () Demanda programada
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Faixa etária (idade):
 - () Entre 0 e 13 anos;
 - () Entre 14 e 20 anos;
 - () Entre 21 e 30 anos;
 - () Entre 31 e 40 anos;
 - () Entre 41 e 50 anos;
 - () Entre 51 e 60 anos;
 - () Entre 61 e 70 anos;
 - () 71 anos ou mais.
4. Estado civil:
 - () Solteiro;
 - () União estável
 - () Outro, qual? _____
5. Grau de escolaridade:
 - () Analfabeto;
 - () Educação infantil ou primário incompleto;
 - () Educação infantil ou primário completo;
 - () Ensino fundamental da 4ª a 8ª série incompleto;
 - () Ensino fundamental da 4ª a 8ª série completo;
 - () Ensino médio do 1º ao 3º ano incompleto;
 - () Ensino médio do 1º ao 3º ano completo;
 - () Ensino superior incompleto;
 - () Ensino superior completo;
 - () Pós graduação incompleta/completa
6. Renda familiar:
 - () Menos que 1 salário mínimo;
 - () Entre 1 e 3 salários mínimos;

- Entre 4 e 7 salários mínimos;
- Entre 8 e 11 salários mínimos;
- Mais que 11 salários mínimos;

7. Ocupação:

8. Fator desencadeante:

- Estresse emocional
 - sensações desagradáveis, desgaste com adaptação, sintomas físicos no enfrentamento de situações
- Hormônios em mulheres
 - uso de contraceptivos, reposição hormonal ou outros tratamento com hormônios sexuais
- Não comer
 - jejum superior a 8 horas
- Mudanças climáticas
 - alteração de temperatura, baixa umidade, etc.
- Distúrbios do sono
 - condições que interferem no sono (normal para o adulto: 6 a 8 horas de sono por dia)
- Odores
- Dor no pescoço
- Luzes
- Álcool
- Fumo
- Dormir tarde
 - dormir em horários posterior ao horário em que habitualmente vai dormir
- Calor
- Alimentos _____
- Exercício
- Atividade sexual
- medicamento: _____

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS E FATORES DESENCADEANTES**

1. Tipo de atendimento: () Demanda espontânea () Demanda programada

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Faixa etária (idade):
 - () Entre 0 e 13 anos;
 - () Entre 14 e 20 anos;
 - () Entre 21 e 30 anos;
 - () Entre 31 e 40 anos;
 - () Entre 41 e 50 anos;
 - () Entre 51 e 60 anos;
 - () Entre 61 e 70 anos;
 - () 71 anos ou mais.

4. Estado civil:
 - () Solteiro;
 - () União estável
 - () Outro, qual? _____.

5. Grau de escolaridade:
 - () Analfabeto;
 - () Educação infantil ou primário incompleto;
 - () Educação infantil ou primário completo;
 - () Ensino fundamental da 4ª a 8ª série incompleto;
 - () Ensino fundamental da 4ª a 8ª série completo;
 - () Ensino médio do 1º ao 3º ano incompleto;
 - () Ensino médio do 1º ao 3º ano completo;
 - () Ensino superior incompleto;
 - () Ensino superior completo;
 - () Pós graduação incompleta/completa.

6. Renda familiar:
 - () Menos que 1 salário mínimo;
 - () Entre 1 e 3 salários mínimos;
 - () Entre 4 e 7 salários mínimos;
 - () Entre 8 e 11 salários mínimos;
 - () Mais que 11 salários mínimos.

7. Ocupação: _____

8. Fator desencadeante:
 - () Estresse emocional
 - () Hormônios em mulheres
 - () Não comer (jejum prolongado)
 - () Mudanças climáticas
 - () Distúrbios do sono
 - () Odores

- () Dor no pescoço
- () Luzes
- () Álcool
- () Fumo
- () Dormir tarde
- () Calor
- () Alimentos _____
- () Exercício
- () Atividade sexual
- () medicamento: _____

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE ENXAQUECA

Pergunta	Sim	Não	Necessário	Obtido
Cefaleia dura 4 a 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz?)			1	
Localização hemicraniana?			2	
Caráter pulsátil?				
Intensidade moderada ou forte?				
Exacerbada por atividades físicas rotineiras?				
Associada a náusea e/ou vômito?			1	
Associada a fotofobia e fonofobia?				
Não atribuída a outra causa?			1	
Já teve 5 crises ou mais?			1	
Preencheu os critérios acima? Sim - Enxaqueca sem aura				
Tem aura consistindo em sintomas visuais, sensoriais, fala/linguagem, motor, tronco cerebral ou retiniano cada um completamente reversível?			1	
Pelo menos um sintoma de aura se espalha gradualmente em 5 minutos ou mais e/ou dois ou mais sintomas ocorrem sucessivamente?			2	
Cada sintoma dura entre 5 e 60 minutos?				
Pelo menos um sintoma de aura é hemicraniana?				
A aura é acompanhada ou seguida em 60 minutos por dor de cabeça?				
Já teve duas crises ou mais?			1	
Não atribuída a outro transtorno e Ataque Isquêmico Transitório foi excluído?			1	
Preencheu os critérios acima? Sim – Enxaqueca com aura				

Fonte: ICHD-3 (“Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition”, 2018). Tradução baseada em Duncan; Schmidt; Giugliani (2013).

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

A pesquisa Caracterização do Perfil Epidemiológico dos Usuários Diagnosticados com Enxaqueca em Unidades de Atenção Primária a Saúde do Município de Sinop (MT), desenvolvida sob supervisão da professora Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes (IFF/Fiocruz), tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários diagnosticados com enxaqueca em unidades de Atenção Primária a Saúde do município de Sinop (MT) no período de 15/10/2018 a 30/12/2018.

Sua participação envolve responder um questionário sobre característica da dor de cabeça, aspectos epidemiológicos e fatores desencadeantes das crises de enxaqueca.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários sobre sua participação. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador Eduardo Augusto Dossa pelo telefone (66) 99909-4100.

Os dados do estudo serão agrupados para análise estatística para identificar o perfil sociodemográfico dos usuários portadores de enxaqueca e seus fatores desencadeantes. Os resultados serão publicados e poderão ser utilizados no ensino e no aprimoramento da assistência. Nas publicações nenhum dos participantes será identificado. Os formulários de coleta dos dados ficarão sob a guarda do autor da pesquisa durante 5 anos e depois disso serão destruídos.

Os potenciais riscos que o estudo implica aos usuários são o de constrangimento causado pela situação de seu médico solicitar participação em uma pesquisa antes do seu atendimento, a demora no atendimento e consequente mudança na relação médico-paciente. Para minimizar os riscos, antes do início da pesquisa foi realizado treinamento dos médicos que realizarão a coleta dos dados de modo a permitir fácil comunicação com os usuários em linguagem acessível e empática, deixando claro o caráter opcional da participação na pesquisa.

Os potenciais benefícios que o estudo implica aos usuários são o de padronização do seu atendimento com uso de instrumento diagnóstico padronizado internacionalmente subsidiando maior precisão no diagnóstico. Aos demais profissionais de saúde o estudo pode ampliar os conhecimentos acerca do objeto do estudo com qualificação da prática assistencial.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ Brasília, no âmbito do Mestrado em Saúde da Família. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3329-4607.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante.

Atenciosamente

Eduardo Augusto Dossa

Local e data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

ANEXO C - TERMO DE ASSENTIMENTO

Prezado(a) participante:

Sou o médico _____ e estou colaborando com a pesquisa Caracterização do Perfil Epidemiológico dos Usuários Diagnosticados com Enxaqueca em Unidades de Atenção Primária a Saúde do Município de Sinop (MT), desenvolvida pelo estudante do curso de mestrado em Saúde da Família na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) de Brasília Eduardo Augusto Dossa sob supervisão da professora Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes. Nessa pesquisa queremos conhecer melhor alguns aspectos das pessoas que tem enxaqueca durante o período do estudo que é de 15/10/18 até 31/12/18.

Faremos algumas perguntas sobre a dor de cabeça que sente, sobre a sua casa e sobre a sua família. Perguntaremos também sobre as coisas que podem fazer a dor de cabeça aparecer ou ficar mais forte.

Você não é obrigado a participar do estudo, se não quiser participar ou se durante as perguntas quiser desistir pode avisar e desistir em qualquer momento sem nenhum problema e sem nenhuma punição.

Durante todo o estudo ninguém saberá quem é você. Os nomes das pessoas ficarão guardados em segredo.

Você não ganhará nada agora respondendo as perguntas, mas vai estar ajudando os pesquisadores a conhecer mais sobre a dor de cabeça e assim melhorar sua prevenção e tratamento.

Qualquer pergunta em relação a pesquisa poderá ser feita ao pesquisador Eduardo Augusto Dossa pelo telefone (66) 99909-4100.

Atenciosamente

Eduardo Augusto Dossa

Local e data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

Nome e assinatura do responsável legal,
se for o caso

Local e data

ANEXO D - TERMO DE ADESÃO

Prezado(a) médico participante:

Sou estudante do curso de mestrado em Saúde da Família na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) de Brasília. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão da professora Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes, cujo objetivo é caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários diagnosticados com enxaqueca em unidades de Atenção Primária a Saúde do município de Sinop (MT) no período de 15/10/2018 a 30/12/2018.

Sua participação envolve aplicar um questionário sobre característica da dor de cabeça, aspectos epidemiológicos e fatores desencadeantes das crises de enxaqueca em pacientes diagnosticados na sua unidade de saúde com enxaqueca.

Os riscos envolvidos na pesquisa são o de constrangimento e insegurança por colaborar, vivenciar ou assistir a pesquisa e revolta contra uma mudança no seu processo de trabalho habitual. Para minimizar os riscos será realizado o treinamento dos médicos residentes e preceptores que realizarão a coleta dos dados para permitir fácil comunicação com os usuários em linguagem acessível e empática, deixando claro o caráter opcional da participação na pesquisa, esclarecendo como funcionará a pesquisa, todos os riscos e benefícios implicados, realizando a leitura dos termos de consentimento e assentimento e esclarecendo todas as dúvidas que porventura venham a surgir.

Os potenciais benefícios que o estudo implica aos usuários são o de padronização do seu atendimento com uso de instrumento diagnóstico padronizado internacionalmente subsidiando maior precisão no diagnóstico. Aos demais profissionais de saúde o estudo pode ampliar os conhecimentos acerca do objeto do estudo com qualificação da prática assistencial.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar compromete-se a seguir rigorosamente as instruções do treinamento quanto a coleta de dados e preenchimento dos questionários e termos de consentimento.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo.

O estudo proporciona o benefício direto em participar no tocante a capacitação ao atendimento do paciente com enxaqueca e indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador Eduardo Augusto Dossa pelo telefone (66) 99909-4100.

Atenciosamente

Eduardo Augusto Dossa

Local e data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de adesão.

Nome e assinatura do participante

Local e data