

CONSTRUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA
AVALIAR DISTORÇÕES COGNITIVAS, LOCUS DO CONTROLE E
AUTOEFICÁCIA NA MIGRÂNEA

Rebeca Veras de Andrade Vieira

Tese de Doutorado

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, Julho de 2017

CONSTRUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA
AVALIAR DISTORÇÕES COGNITIVAS, LOCUS DO CONTROLE E
AUTOEFICÁCIA NA MIGRÂNEA

Rebeca Veras de Andrade Vieira

Tese apresentado como requisito para
obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
sob orientação do Prof. Dr. Gustavo Gauer

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, Julho de 2017

Agradecimentos

Aos meus caros orientadores ao longo do curso de doutorado, Prof. Dr. Gustavo Gauer e Prof. Dr. William Barbosa Gomes, pelo modelos de “genialidade” dentro da ciência psicológica no Brasil;

Aos Professores Doutores Clarissa Marcelli Trentini, Fernando Kowacs e Elisa Kern de Castro, pelas valiosas contribuições para o refinamento deste trabalho;

À Dr. Barbara Lee Peterlin, Associate Professor of Neurology da *Johns Hopkins University School of Medicine*, diretora da *Johns Hopkins Headache Research*, pelo imenso conhecimento adquirido durante o doutorado sanduíche e pelo laço de amizade formado desde então;

À Universidade Federal do Rio Grande de Sul, modelo de excelência para a pesquisa no Brasil;

À CAPES, que me possibilitou dedicar-me integralmente à pesquisa e pela oportunidade de realizar parte do doutorado no centro de pesquisa em cefaleia da Johns Hopkins University através do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE);

Aos amigos do Laboratório de Biossinais Cognitivos (BioSig) e do Laboratório de Fenomenologia Experimental e Cognição, pelos inúmeros aprendizados e momentos de grande crescimento pessoal e profissional;

Aos alunos de graduação em Psicologia Francielle Machado Beria, Isadora Ligório, Eduardo Pacheco, Luiz Eduardo Barcellos Rodrigues, Gabriel Rodrigues, Amanda Dahmer e Camila Bertoluci pela prazerosa convivência nos ambulatórios e pelas excelentes contribuições durante todas as etapas da realização do projeto de tese;

Aos meus alunos do estágio docente das disciplinas de Psicologia da Saúde e Psicodrama, que me proporcionaram o imenso prazer de estar em sala de aula no papel de docente, articulando o fazer ciência e a assistência ao paciente;

Aos grandes cefaliatras Renata Londero, Liselotte Menke Barea, Fernando Kowacs e Vanise Grassi, pelo imenso apoio na seleção da amostra, pelos tantos momentos de troca científica e pela bela amizade que construímos ao longo da pesquisa;

À Dra. Juliana Sbicigo, pela brilhante consultoria estatística dos manuscritos desta tese;

À minha irmã, Daniele Veras de Andrade, pelo eterno incentivo ao meu desenvolvimento profissional;

Ao meu amado esposo, Daniel Chaves Vieira, pelo infinito amor, companheirismo e entusiasmo em todas as etapas da minha trajetória acadêmica e aos nossos filhos Mateus e Beatriz, que já nasceram “Capes 7”, por serem fontes eternas de inspiração e crescimento em todas as esferas da minha vida;

Aos pacientes dos ambulatórios de cefaleia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e do Hospital Moinhos de Vento, razão maior de todo esforço para realização desta tese.

Aos meus pais, Delanie e Augusto,
Pela grande inspiração profissional e pessoal.
A ele, a gratidão pelo método. A ela, pela questão de pesquisa.

SUMÁRIO

Resumo.....	8
Abstract.....	9
Apresentação.....	10
CAPÍTULO I: Introdução	12
CAPÍTULO II : ESTUDOS DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO	
Artigo 1. Validation of the Brazilian version of the Headache Management Self-Efficacy Scale (HMSE)- Short Version.....	18
Abstract.....	19
Introduction.....	20
Methods.....	22
Results.....	26
Discussion.....	32
References.....	35
Artigo 2. Psychometric properties of the Brazilian version of Headache Specific Locus of Control Scale (HSLC).....	43
Abstract.....	44
Introduction.....	45
Methods.....	47
Results.....	51
Discussion.....	55
References.....	57
Capítulo III: ESTUDO DE CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO	
Artigo 3. INDICCE: a new instrument to evaluate cognitive distortions in primary headache patients.....	64
Abstract.....	65
Introduction.....	66

Methods.....	68
Results.....	72
Discussion.....	76
References.....	78

CAPÍTULO IV: ESTUDO TRANSVERSAL CORRELACIONAL

Artigo 4. Migraine patient´s beliefs and its association with headache frequency, psychiatric comorbidity and headache-related disability.....	86
---	----

Abstract.....	87
Introduction.....	88
Methods.....	89
Results.....	93
Discussion.....	97
References.....	100

CAPÍTULO V: Considerações Finais.....	108
---------------------------------------	-----

REFERÊNCIAS.....	110
------------------	-----

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido HCPA.....	116
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Santa Casa.....	118
Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido HVM.....	120
Anexo D- Aprovação pelo Comitê de Ética.....	122
Anexo E- Questionário Sociodemográfico.....	123
Anexo F - Questionário de Cefaleia.....	124
Anexo G – Self-Reporting Questionnaire (SRQ)	127
Anexo H – Patient Health Questionnaire (PHQ-9).....	128
Anexo I– Generalized Anxiety Disorder (GAD-7).....	129
Anexo J–Escala de Catastrofização sobre a Dor (PCS)	130
Anexo K - Headache Impact Test (HIT-6)	131

Anexo L- Short Form Questionnaire SF-36.....	132
Anexo M –Headache Management Self-Efficacy Scale (HMSE).....	135
Anexo N- Escala de Autoeficácia no Manejo da Cefaleia.....	137
Anexo O- Headache Specific Locus of Control Scale (HSLC).....	139
Anexo P- Questionário de Locus de Controle específico à Cefaleia.....	141
Anexo Q- Inventário de Distorções Cognitivas relacionadas à Cefaleia (INDICCE).....	144
Anexo R- Tabela de juízes experts para avaliação de itens do INDICCE.....	148

RESUMO

O objetivo geral desta tese foi investigar as associações entre as variáveis autoeficácia, locus de controle, distorções cognitivas, catastrofização da dor, depressão, ansiedade, nível de incapacidade gerado pela cefaleia e qualidade de vida em pacientes com migrânea. Para isso, 147 indivíduos foram selecionados dentre os pacientes cadastrados nos ambulatórios de cefaleia de três hospitais de referência da região Sul do Brasil. A tese foi composta por quatro estudos. Os dois primeiros tiveram por objetivo adaptar e validar para o contexto brasileiro a *Headache Management Self-Efficacy Scale* e a *Headache-Specific Locus of Control Scale*, respectivamente. O terceiro estudo teve por objetivo construir e validar um instrumento de avaliação de distorções cognitivas, aplicado ao contexto do tratamento da migrânea. Por fim, o quarto estudo buscou investigar as associações entre a frequência e a severidade da cefaleia, as principais comorbidades psiquiátricas e as medidas validadas nos três estudos anteriores. Os resultados indicaram que a versão brasileira reduzida da *Headache Management Self-Efficacy Scale* (HMSE-10), a versão brasileira da *Headache-Specific Locus of Control Scale* e o Inventário de Distorções Cognitivas relacionadas à Cefaleia (INDICCE) representam medidas válidas e confiáveis de crenças de autoeficácia, locus de controle e distorções cognitivas na migrânea, respectivamente. Ademais, as respostas cognitivas e emocionais dos pacientes estiveram associadas aos níveis de incapacidade e cronicidade da cefaleia. Espera-se que os resultados obtidos nos quatro estudos da tese contribuam para o desenvolvimento de futuros protocolos de intervenções psicológicas para a migrânea.

Palavras-chave: autoeficácia, locus de controle, distorções cognitivas, migrânea

ABSTRACT

The aim of this thesis was to investigate the relationships between self-efficacy, locus of control, cognitive distortions, pain catastrophizing, depression, anxiety, headache-related disability and quality of life in patients with migraine. 147 individuals were selected among patients enrolled in the headache outpatient clinics of three reference hospitals in the southern region of Brazil. The thesis is composed of four studies. The first two studies had the objective of adapting and validating the Headache Management Self-Efficacy Scale and the Headache-Specific Locus of Control Scale, respectively. The third study aimed to construct and validate an instrument to evaluate cognitive distortions applied to the context of migraine treatment. Finally, the fourth study sought to investigate the associations between frequency and severity of headache, main psychiatric comorbidities and the measures validated in the three previous studies. The results indicate that the Brazilian short version of the Headache Management Self-Efficacy Scale (HMSE-10), the Brazilian version of the Headache-Specific Locus of Control Scale and the Inventory of Cognitive Distortions related to Headache (INDICCE) are valid and reliable measures of self-efficacy beliefs, locus of control and cognitive distortions in migraine, respectively. In addition, cognitive and emotional responses of patients were associated with headache-related disability and chronicity. We hope that the results obtained in the four studies in this thesis will contribute to the development of future protocols for psychological interventions for migraine.

Key words: self-efficacy, locus of control, cognitive distortions, migraine

APRESENTAÇÃO

As cefaleias primárias são amplamente conhecidas pelo seu impacto sobre a qualidade de vida de seus portadores. A literatura tem apontado para a efetividade de intervenções psicológicas nas cefaleias primárias. Entretanto, se observam respostas individuais variadas aos tratamentos. Assim, cabe à Psicologia investigar aqueles fatores que possam ser preditores do resultado terapêutico satisfatório e aqueles que, ao contrário, prejudicam o tratamento e o manejo. Dentre estes fatores, estão características de personalidade, alexitimia, comportamento abusivo em relação ao uso de medicamentos, capacidade de manejo da raiva, comorbidades psiquiátricas, conjuntos de crenças, e padrões distorcidos de pensamento em relação à dor e ao tratamento das cefaleias. A avaliação de tais fatores pode informar intervenções promotoras da eficácia e a efetividade dos tratamentos psicológicos nas cefaleias.

O objetivo geral desta tese foi investigar a relação entre as variáveis autoeficácia, locus do controle, distorções cognitivas, catastrofização, depressão, ansiedade e nível de incapacidade gerado pela cefaleia e qualidade de vida em pacientes com migrânea. Tais variáveis psicológicas dão conta dos domínios emocional (depressão e ansiedade) e cognitivo (crenças) do modelo biopsicossocial proposto por Gatchel, Bo Peng, Peters, Fuchs e Turk (2007). A tese buscou avançar no conhecimento sobre como os fatores cognitivos e emocionais se relacionam entre si na migrânea. Para atingir tal objetivo, a tese é organizada em quatro estudos.

O objetivo do Estudo I foi adaptar e validar a *Headache Management Self-Efficacy Scale* para o contexto brasileiro. O instrumento avalia as crenças dos indivíduos de que eles são capazes de se engajarem em ações necessárias para prevenir suas cefaleias quando confrontados com precipitantes relevantes. O método seguiu os passos descritos na literatura contemporânea para os procedimentos adaptação e validação de instrumentos.

O objetivo do Estudo II foi adaptar e validar a *Headache-Specific Locus of Control Scale* para o contexto brasileiro. Esse instrumento avalia a percepção que o indivíduo tem de que a sua cefaleia seja determinada principalmente por fatores internos, como o seu próprio comportamento, ou externos, como os profissionais de saúde ou fatores do acaso. Do mesmo modo que o Estudo I, o método seguiu os passos descritos na literatura para os procedimentos adaptação e validação de instrumentos.

O objetivo do Estudo III foi construir e validar um instrumento de avaliação das principais distorções cognitivas apontadas na literatura (Burns, 1980), aplicadas ao contexto do tratamento da migrânea. O instrumento foi intitulado Inventário de Distorções Cognitivas relacionadas à Cefaleia (INDICCE). A construção do instrumento para avaliar o nível de distorções cognitivas relacionadas à migrânea partiu de evidências dos estudos acerca das comorbidades psiquiátricas e de crenças disfuncionais em relação ao tratamento das cefaleias. A etapa de procedimentos teóricos para a construção do instrumento recebeu a colaboração de um grupo de *experts* nas áreas de cefaleias, dor e terapia cognitivo-comportamental da *Johns Hopkins School of Medicine* durante a experiência de doutorado sanduíche realizada pela autora do projeto de tese em 2013. Os procedimentos empíricos e analíticos foram realizados sobre dados coletados com uma amostra clínica brasileira entre abril de 2016 e março de 2017.

O objetivo do estudo IV foi investigar as associações entre os indicadores de autoeficácia, locus do controle, distorções cognitivas, medidas relacionadas à saúde mental, e incapacidade gerada pela cefaleia, buscando informar um modelo teórico para a interação entre essas variáveis na migrânea.

Espera-se os estudos de adaptação, construção e validação dos três primeiros estudos, bem como o modelo investigado no estudo IV, contribuam para o desenvolvimento de futuros protocolos de intervenções psicológicas para a migrânea, oferecendo aos clínicos e pesquisadores da área uma maior compreensão sobre a relação dos portadores de migrânea com seu tratamento e sua doença.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

As cefaleias estão entre as queixas mais comuns vistas por clínicos gerais e neurologistas. Globalmente, as prevalências na população adulta com cefaleia ativa são cerca de 46% para dor de cabeça em geral, 11% para a migrânea, 42% para cefaleia do tipo tensional e 3% para cefaleia crônica diária. No ranking das causas de incapacidade da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), estes indicadores colocam as cefaleias entre as 10 condições mais incapacitantes para ambos os sexos, e entre as cinco mais incapacitantes para as mulheres. A própria Organização Mundial de Saúde aponta que, embora as cefaleias estejam entre os diagnósticos mais comuns e incapacitantes, elas continuam subdiagnosticadas e subtratadas, sendo poucas horas dedicadas a este problema durante a formação acadêmica dos profissionais da área da saúde.

De acordo com a *International Classification of Headache Disorders - 3rd Edition* beta version (2013), as cefaleias estão divididas entre primárias e secundárias. Nas cefaleias primárias, as características clínicas da dor de cabeça e os sintomas associados definem a doença do paciente. Em outras palavras, a dor de cabeça é a própria doença. Entre as cefaleias primárias encontram-se a migrânea; a cefaleia do tipo tensional; cefaleias trigêmeino-autonômicas; e outras cefaleias primárias. Os dois tipos mais comuns de cefaleias primárias são a migrânea e a cefaleia do tipo tensional (Stovner et al., 2007).

Nas cefaleias secundárias, a dor de cabeça é um sintoma que surge como consequência de outras doenças. As causas das cefaleias secundárias incluem traumatismos; doença vascular craniana ou cervical; doenças intracranianas não vasculares; uso de substância ou sua retirada; infecções; distúrbios da homeostase; distúrbios do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios da face, dentes, boca ou outra estrutura facial ou cervical; transtornos psiquiátricos; e neuropatias cranianas dolorosas e outras dores faciais. A literatura descreve alguns sinais de alerta para a detecção de possíveis cefaleias secundárias, como início após os 50 anos, mudança no padrão da cefaleia, início súbito ou agudo, surgimento em contexto de neoplasias ou da síndrome da imunodeficiência adquirida, presença de sintomas sistêmicos (febre, perda peso, tosse), surgimento das dores quando o indivíduo tosse, dentre outros (Ravishankar, 2012; Roser et al., 2013). Nestes casos, deverão ser coletados outros dados clínicos ou exames complementares para a realização do diagnóstico diferencial.

Dependendo da frequência dos episódios de cefaleia, ambos os tipos de cefaleias, primárias e secundárias, podem ser classificadas de acordo com a *International Classification of Headache Disorders- 3rd Edition beta version* (2013) em duas categorias: crônica ou episódica. As cefaleias são consideradas crônicas quando as crises aparecem em um intervalo igual ou superior a quinze dias por mês por mais de três meses, com características de migrânea em pelo menos oito dias, no caso da migrânea. É importante, ainda, diferenciar as cefaleias crônicas das cefaleias por uso excessivo de medicamentos. As cefaleias por uso excessivo de medicamentos ocorrem em indivíduos com um diagnóstico de cefaleia preexistente que apresenta 15 ou mais dias de cefaleia por mês, em consequência do uso excessivo de medicamentos para cefaleia por 10 ou mais dias, ou 15 ou mais dias, dependendo do tipo de medicamento usado nos últimos três meses. Esse tipo de cefaleia, geralmente, porém não invariavelmente, desaparece quando retirado o uso excessivo de medicamentos.

A migrânea, popularmente conhecida como enxaqueca, é definida pela *International Classification of Headache Disorders- 3rd Edition beta version* (2013) como um tipo de cefaleia primária caracterizada clinicamente por crises intermitentes de intensidade moderada a intensa, com duração de 4 a 72 horas, apresentando frequentemente localização unilateral e sintomas associados. A dor na migrânea é pulsátil, acompanhada ou precedida por náuseas e fobias sensoriais, piorando com atividades físicas rotineiras e promovendo incapacidade. A migrânea divide-se em dois subtipos principais: migrânea com aura e migrânea sem aura. A aura consiste em sintomas neurológicos com duração de cinco a sessenta minutos que podem preceder ou acompanhar a dor. Ela pode ser caracterizada por fenômenos visuais, sensoriais ou motores, podendo, ainda, envolver distúrbios de linguagem. Alterações perceptivas visuais (manchas, perturbações visuais em zigue-zague ou crescente, *flashes* de luz, ou perda da visão) correspondem ao tipo mais comum de aura (Cutrer & Olesen, 2006; Silberstein, Lipton, & Goadsby, 2002).

Estudos com população adulta na Europa Ocidental e América do Norte revelaram uma prevalência de migrânea entre 5% e 9% em homens, e entre 12% e 25% em mulheres (Manzona & Stovner, 2010). No Brasil, estima-se uma prevalência de 15,2% na população adulta com idade entre 18 e 79 anos, revelando-se uma doença mais prevalente em mulheres do que em homens, em consonância com achados da literatura internacional (Lipton et al., 2007, Queiroz et al., 2009).

As cefaleias primárias merecem especial atenção de clínicos e pesquisadores não somente por sua alta prevalência, mas pelo alto impacto sobre a qualidade de vida de seus

portadores. Elas são capazes de prejudicar diversas dimensões da vida de seus portadores tais como atividades laborais, vida social e relacionamentos familiares (Autret et al., 2010; Leonardi, Raggi, Bussone, & D'Amico, 2010).

Por meio do *Eurolight Project* (Steiner et al., 2014), pesquisadores de 10 países da Europa se reuniram para investigar o impacto da migrânea, da cefaleia do tipo tensional e da cefaleia por uso abusivo de medicamentos na vida diária dos pacientes. O estudo apontou que a prevalência em um ano foi de 35,3% para migrânea, 38,2% para cefaleia do tipo tensional, 7,2% para cefaleias com frequência acima de 15 dias ao mês, e 3,1% para prováveis cefaleias por uso abusivo de medicamentos. Ademais, este mesmo estudo apontou para o impacto pervasivo das cefaleias sobre os indivíduos, uma vez que 17,7% dos homens e 28,0% das mulheres portadores de migrânea perderam acima de 10 dias nos últimos três meses em atividades de trabalho, afazeres de casa ou relacionamento sociais; e 44,7% dos homens e 53,7% das mulheres com provável cefaleia por uso abusivo de medicamentos perderam acima de 20 dias nessas atividades.

No que diz respeito à capacidade de auto-regulação emocional e auto-monitoramento, tem sido apontado que pacientes com migrânea apresentam maiores níveis de depressão, ansiedade e alexitimia e menores níveis de qualidade de vida, autorreflexão e *insight*, em comparação a controles (Vieira, Vieira, Gomes & Gauer, 2013). Ademais, essas mesmas variáveis não demonstram resultados significativos, em termos de correlação, interação ou diferenciação entre grupos (clínico x controle), com dados sociodemográficos tais como idade, escolaridade e renda, reforçando a relevância dos resultados.

A literatura tem apontado para os elevados custos, diretos e indiretos, para os portadores de cefaleias primárias. Enquanto os custos diretos envolvem gastos com medicamentos, consultas e hospitalizações, dentre outros cuidados de saúde, os custos indiretos estão relacionados à redução de produtividade devido ao absenteísmo e redução de desempenho no trabalho (Lipton & Bigal, 2005).

Os resultados de uma pesquisa realizada por Fiane et al. (2006) revelaram haver uma maior prevalência de afastamentos do trabalho em indivíduos com cefaleia quando comparados àqueles sem este diagnóstico. A duração do afastamento do trabalho esteve associada à frequência de migrânea e outros tipos de cefaleia. Um levantamento realizado na década de 1990 em uma empresa brasileira revelou gastos acima de US\$126,00 por ano com cada trabalhador portador do diagnóstico de migrânea (Vincent et al., 1998). Outro estudo brasileiro apontou que as cefaleias foram responsáveis por 7,9% dos atendimentos em unidades básicas de saúde, 9,7% em pronto socorro e 1,1% das

internações hospitalares, corroborando a concepção da cefaleia como um grave problema de saúde pública (Bigal, Bigal, Bordini, & Speciali, 2001).

A literatura tem documentado a alta prevalência de comorbidade entre a migrânea e os transtornos psiquiátricos, principalmente os transtornos de humor e ansiedade (Antonaci et al, 2011; Bag, Hacihasanoglu & Tufekci, 2005; Mata & Moreira Filho, 2003; Pompili et al., 2010; Torelli, Abrignani, Castellini, Lambru, & Manzoni, 2008). Um estudo realizado por Beghi et al. (2010) com 374 portadores de cefaleia primária (migrânea, cefaleia do tipo tensional ou cefaleia do tipo tensional e migrânea) revelou a presença de episódios depressivos em 59% dos indivíduos com migrânea, 67 % com cefaleia do tipo tensional e 69% daqueles com ambos diagnósticos. Já o transtorno de ansiedade generalizada esteve presente em 18,4, 19,3, e 18,4%, respectivamente.

Estudos populacionais têm demonstrado que portadores de migrânea são entre 2,2 a 4 vezes mais propensos a sofrer de Transtorno Depressivo Maior. Já estudos longitudinais têm demonstrado uma relação bidirecional entre migrânea e depressão, isto é, uma doença aumentando o risco da manifestação da outra (Hamelsky & Lipton, 2006). Embora as comorbidades psiquiátricas possam ser observadas tanto no tipo crônico quanto episódico, elas se revelam mais frequentemente nos casos de migrânea crônica. Comparados a pacientes com diagnóstico de migrânea episódica, indivíduos com migrânea crônica são aproximadamente duas vezes mais propensos a apresentar quadros de depressão (crônicos 30,2% *versus* 17,2% episódicos; OR (IC 95%) = 2,0 (1,67-2,40, $p < 0,001$) e ansiedade (CM 30,2% *versus* 18,8% EM; OR (IC 95%) = 1,8 (1,51-2,15, $p < 0,001$). Em relação ao impacto socioeconômico, pacientes crônicos apresentam níveis significativamente mais baixos de renda familiar e são menos propensos a serem empregados em tempo integral (Buse, Manack, Serrano, Turkel & Lipton, 2010).

Em um estudo canadense de base populacional (Jette, Patten, Williams, Becker, & Wiebe, 2007), a migrânea esteve associada ao transtorno depressivo maior, ao transtorno bipolar, ao transtorno do pânico e à fobia social, todos ocorrendo com uma frequência mais de duas vezes maior nos portadores de migrânea, comparados aos não portadores. Nesse estudo, a alta prevalência de transtornos psiquiátricos na migrânea não esteve associada a variáveis sociodemográficas. Somado a essas comorbidades, alguns autores têm alertado para o risco de tentativas de suicídio em pacientes com migrânea, principalmente em mulheres com diagnóstico de migrânea com aura (Pompili et al., 2009; Wang, 2007), reforçando a necessidade de investigação da suicidabilidade nestes pacientes (Altura et al., 2006; Aly, Rosen, & Evans, 2016).

A alta prevalência de comorbidades psiquiátricas na migrânea enfatiza a importância de se considerarem os aspectos psicológicos nesses pacientes, bem como de se propor uma terapêutica adequada. Ademais, somada à alta prevalência de comorbidades entre a migrânea e a depressão, a literatura tem apontado para a relevância do adequado domínio do diagnóstico de ambas condições, dentre eles a alta prevalência populacional de ambas condições; a ocorrência de ambas em adultos jovens, com alto impacto sobre a atividade laborativa e social; e as implicações terapêuticas da presença de migrânea e depressão ou outros transtornos de humor como comorbidades (Kowacs & Kowacs, 2004).

Observa-se um número crescente de evidências de que a intervenção psicológica associada ao tratamento médico seja capaz de auxiliar na adesão ao tratamento, no controle do impacto da doença e na redução do sofrimento psíquico associado aos períodos intra e intercrises (Mo'tamedi, Rezaieyem, & Tavallaie, 2012; Christiansen, Jürgens, Klinger, 2015; Ng, Venkatanarayanan, & Kumar, 2017). Ademais, tais intervenções, quando integradas aos atendimentos de portadores de cefaleias, atuam na modificação de comportamentos e cognições maladaptativas, capazes de influenciar na possível cronificação da doença (Smitherman, Maizels, & Penzien, 2008).

A efetividade de tratamentos combinados de intervenções cognitivo-comportamentais com intervenções medicamentosas tem se mostrado superior à de tratamentos envolvendo apenas uma das modalidades (Mathew, 1981; Powers et al., 2013). A literatura sugere que tais intervenções podem diminuir a frequência das crises de migrânea ou cefaleia do tipo tensional em cerca de 35-50%, um tamanho de efeito comparável àqueles observados em ensaios medicamentosos. O maior benefício ocorre naqueles indivíduos que combinam o uso de medicamentos com o tratamento não farmacológico. Este último, embora possa demandar um tempo maior para o início da observação dos resultados, apresenta um efeito abrangente e duradouro, uma vez que melhora os níveis de estresse, as estratégias de *coping*, e autoeficácia dos pacientes (Wells & Loder, 2012).

As principais estratégias de intervenção psicológica utilizadas nas cefaleias primárias são as técnicas de relaxamento, *biofeedback*, *mindfulness*, desenvolvimento de estratégias de *coping* positivas diante da dor, e terapia cognitivo-comportamental (Day et al, 2014; Kropp et al, 2013; Kröner-Herwig, 2011; Nestoriuc, Martin, Rief, & Andrasik, 2008; Pistoia, Sacco, & Carolei, 2013). Os principais focos dessas intervenções têm sido as comorbidades psiquiátricas, em especial os sintomas de depressão e ansiedade, a redução da catastrofização, o manejo adequado do estresse, mudanças no estilos de vida,

mudanças na percepção do locus do controle da doença, aumento do senso de autoeficácia, desenvolvimento de estratégias eficazes de enfrentamento da doença e ampliação da consciência acerca dos gatilhos para dor (Altieri et al, 2009; Buse & Andrasik, 2009; Mo'tamedi, Rezaemaram, & Tavallaie, 2012; Vowles, McCracken, & Eccleston, 2007).

Segundo Beck (1976), nos quadros de depressão e ansiedade, os indivíduos apresentam reações emocionais diferentes das normais devido à invasão de pensamentos irrealistas em relação às questões-chave de sua vida. Nestes casos, a consciência de si mesmo e do seu entorno pode estar alterada ou diminuída, de forma que o indivíduo apresenta dificuldade em perceber diversos detalhes do seu ambiente. Estes pacientes não somente apresentam sua atenção focada demasiadamente em ameaças reais, mas interpretam diversas situações como ameaçadoras, sendo estas interpretações improváveis e irrealistas.

Embora a literatura aponte, em geral, para a efetividade de intervenções psicológicas nas cefaleias primárias, ainda se observa uma resposta variada aos tratamentos propostos. Neste sentido, alguns autores têm se ocupado da tarefa de investigar quais fatores podem atuar como preditores de um resultado terapêutico satisfatório. Dentre os fatores já apontados, destacam-se: a presença de comorbidades psiquiátricas, o locus do controle, a catastrofização, e a crença de autoeficácia para o manejo da cefaleia. Ademais, nos casos de dores crônicas, alguns autores têm defendido que o tratamento deva envolver a modificação de crenças, atitudes, valores e comportamentos desadaptativos, abrindo para o campo de estudo a investigação de possíveis distorções cognitivas relacionadas ao tratamento e à doença.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese teve por objetivo geral investigar as associações entre as variáveis autoeficácia, locus do controle, distorções cognitivas, catastrofização da dor, depressão, ansiedade, nível de incapacidade gerado pela cefaleia e qualidade de vida em pacientes com migrânea. Para atingir tal objetivo, foram produzidos quatro manuscritos principais. Para a realização das análises de cada artigo, foi utilizado um banco de dados contendo entrevistas de 147 pacientes ambulatoriais com diagnóstico de migrânea provenientes de três hospitais de referência da região sul do Brasil. Durante as coletas do projeto de tese, foram aplicadas medidas de auto-eficácia do manejo da cefaleia (HMSE), locus do controle da cefaleia (HSLC), distorções cognitivas (INDICCE), sintomas psicopatológicos (SRQ), depressão (PHQ-9), ansiedade (GAD-7), catastrofização da dor (PCS), qualidade de vida (SF-36) e incapacidade gerada pela cefaleia (HIT-6).

O objetivo do primeiro estudo foi adaptar e validar a *Headache Management Self-Efficacy Scale* para o contexto brasileiro. Os resultados apontaram que a versão reduzida da *Headache Management Self-Efficacy Scale* (HMSE-10) revelou-se enquanto uma medida mais parcimoniosa e válida de crenças de autoeficácia na amostra brasileira. A HMSE-10 demonstrou boa consistência interna e validade convergente, correlacionando-se com as demais medidas do estudo, dentre elas, as comorbidades psiquiátricas, o nível de incapacidade gerada pela cefaleia e a qualidade de vida destes pacientes. Foram observadas diferenças significativas entre os grupos crônico e episódico em todas as medidas do estudo, sendo a incapacidade gerada pela cefaleia a diferença de maior magnitude. Por fim, as crenças de autoeficácia, juntamente com a intensidade da dor de cabeça e a depressão revelaram-se enquanto variáveis preditoras da incapacidade gerada pela cefaleia.

O objetivo do segundo estudo foi adaptar e validar a *Headache-Specific Locus of Control Scale* para o contexto brasileiro. Os resultados revelaram que a estrutura de 3 fatores do instrumento original (LOC P, LOC C e LOC I) foi confirmada na amostra brasileira. O instrumento apresentou boa consistência interna tanto para a escala total quanto para as subescalas e boa validade convergente com as demais medidas do estudo, em consonância com estudos de validação para outros idiomas. Juntamente com as medidas de intensidade da dor de cabeça, depressão e catastrofização da dor, o locus do

controle interno revelou-se enquanto variável preditora da incapacidade gerada pela cefaleia. Ao final do estudo, foi possível considerar a HSLC enquanto medida válida e confiável para a amostra brasileira.

O objetivo do terceiro estudo foi construir e validar um instrumento de avaliação das principais distorções cognitivas apontadas na literatura aplicadas ao contexto do tratamento das cefaleias primárias (INDICCE). Os resultados mostraram uma excelente consistência interna do instrumento, e a validade de construto foi corroborada, uma vez que todas as correlações das medidas do estudo apresentadas foram estatisticamente significativas. Juntamente com a intensidade da dor de cabeça e a depressão, a subescala Pain do INDICCE representou 46% da variância na predição da incapacidade gerada pela dor de cabeça. Concluiu-se que o INDICCE pode ser considerado um instrumento válido e confiável de distorções cognitivas acerca das dores de cabeça e de seu tratamento em pacientes com migrânea.

O objetivo do quarto estudo foi investigar as associações entre as crenças de auto-eficácia e locus do controle, distorções cognitivas, depressão, ansiedade, sintomas psicopatológicos, frequência e intensidade da cefaleia e incapacidade gerada pela cefaleia em pacientes com migrânea. Além disso, o estudo teve como objetivo comparar as medidas do estudo entre pacientes com migrânea crônica e episódica. Os resultados revelaram diferenças significativas em ambos os domínios das distorções cognitivas (dor e tratamento), autoeficácia e locus do controle ao acaso entre pacientes crônicos e episódicos. Os domínios cognitivo (crenças) e emocional (depressão, ansiedade) estiveram correlacionados entre si e, juntamente com as demais medidas do estudo, proveram novas informações (distorções cognitivas) ao modelo biopsicossocial da dor, largamente aceito até o presente momento.

Os resultados obtidos nos quatro estudos desta tese oferecem suporte à hipótese de que o nível de incapacidade gerado pela migrânea está, de fato, associado às respostas cognitivas e emocionais dos pacientes em relação às suas dores de cabeça e seu tratamento. Ademais, nossos resultados reforçam a necessidade de avaliar e tratar estas crenças ou distorções na prática clínica diária e de pesquisa. No Brasil, esperamos que novos estudos possam incluir tais variáveis a fim de testar novos protocolos de intervenção psicológica para a migrânea.

REFERÊNCIAS

- Antonaci, F., Nappi, G., Galli, F., Manzoni, G. C., Calabresi, P., & Costa, A. (2011).
Migraine and Psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *Journal of Headache and Pain*, 12(20), 115-125.
- Altieri, M., Di Giambattista, R., Di Clemente, L., Fagiolo, D., Tarolla, E., Mercurio, A.,
Vicenzini, E., Tarsitani, L., Lenzi, G. L., Biondi, M. & Di Piero, V. (2009).
Combined pharmacological and short-term psychodynamic psychotherapy for
probable medication overuse headache: a pilot study. *Cephalalgia*, 29(3), 293-299.
- Altura KC, Patten, SB, Fiest, KM, Atta C, Bulloch AG, & Jetté N. (2016). Suicidal
ideation in persons with neurological conditions: prevalence, associations and
validation of the PHQ-9 for suicidal ideation. *Gen Hosp Psychiatry* ;42:22-6. doi:
10.1016/j.genhosppsych
- Aly Z, Rosen N, Evans RW. (2016). Migraine and the Risk of Suicide. *Headache*
;56(4):753-61. doi: 10.1111/head.12815. Epub 2016 Mar 29.
- Autret, A., Roux, S., Rimbaux-Lepage, S., Valade, D., Debiais, S. and the West Migraine
Study Group. (2010). Psychopathology and quality of life burden in chronic daily
headache: influence of migraine symptoms. *The Journal of Headache and Pain*,
11(3), 247-253.
- Bag, B., Hacıhasanoglu, R., Tufekci, F. G. (2005). Examination of anxiety, hostility and
psychiatric disorders in patients with migraine and tension-type headache.
International Journal of Clinical Practice, 59(5), 515-521.
- Beck, A.T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin
Books.
- Beghi, E., Bussone, G., D'Amico, D., Cortelli, P., Cevoli, S., Manzoni, G. C., Torelli, P.,
Tonini, M. C., Allais, G., De Simone, R., D'Onofrio, F., Genco, S., Moschiano, F.,

- Beghi, M., & Salvi, S., (2010). Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. *Journal of Headache and Pain*, 11(2), 141-150.
- Bigal, M E., Bigal, J O.M., Bordini, C A., & Speciali, J G.. (2001). Prevalence and costs of headaches for the public health system in a town in the interior of the state of São Paulo. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 59(3A), 504-511. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2001000400005>
- Buse, D. C., & Andrasik, F. (2009). Behavioral Medicine for migraine. *Neurologic Clinics*, 27, 445-465.
- Christiansen S, Jürgens TP, Klinger R (2015). Outpatient Combined Group and Individual Cognitive-Behavioral Treatment for Patients With Migraine and Tension-Type Headache in a Routine Clinical Setting. *Headache* ;55(8):1072-91. doi: 10.1111/head.12626. Epub 2015 Aug 12.
- Cutrer, F. M., & Olesen, J. (2006). Migraines with aura and their subforms. (Page 407-422) In: Olesen, J., Goadsby, P., Ramadan, N., M., Tfelt-Hansen, P., & Welch, K. M. A. *The Headaches*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Day, M. A., Thorn, B. E., Ward, L. C., Rubin, N., Hickman, S. D., Scogin, F., & Kilgo, G. R. (2014). Mindfulness-based Cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *Clinical Journal of Pain*, 30(2), 152-161.
- Fiane II, Haugland ME, Stovner LJ, Zwart JA, Bovim G, Hagen K. (2006). Sick leave is related to frequencies of migraine and non-migrainous headache--The HUNT Study. *Cephalalgia* ;26(8):960-7.
- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull* ;133(4):581-624.
- Hamelsky, S. W., & Lipton, R. B. (2006). Psychiatric Comorbidity of Migraine. *Headache*, 46, 1327-1333.

- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) *Cephalalgia*. 2013;15:629–808.
- Jette, N., Patten, S., Williams, J., Becker, W., & Wiebe, S. (2007). Comorbidity of Migraine and Psychiatric Disorders—A National Population-Based Study. *Headache*, 48, 501-516.
- Kowacs, P. A., & Kowacs, F. (2004). Depressão e Migrânea. *Einstein*, 2(1), 40-44.
- Kroner-Herwig, B. (2011). Psychological treatments for pediatric headache. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(3), 403-410.
- Kropp, P., Meyer, B., Landgraf, M., Ruscheweyh, R., Ebinger, F., & Straube, A. (2013). Headache in Children: update on Biobehavioral treatment. *Neuropediatrics*, 44(1), 20-24.
- Leonardi, M., Raggi, A., Bussone, G., & D'Amico, D. (2010). Health-Related Quality of Life, Disability and Severity of Disease in Patients with Migraine Attending to a Specialty Headache Center. *Headache*, 50(10), 1576-1586.
- Lipton, R.B., & Bigal M.E. (2005) Migraine: epidemiology, impact, and risk factors for progression. *Headache*, 45(1), 3-13.
- Lipton, R. B., Bigal, M. E., Diamond, M., Freitag, F., Reed, M. L., & Stewart, W. F. (2007). Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*, 68, 343 – 349.
- Mathew, N. T. (1981). Prophylaxis of migraine and mixed headache: A randomized controlled study. *Headache*, 21, 105-109.
- Matta, A. P. C. & Moreira Filho, P. F. (2003). Sintomas Depressivos e Ansiedade em Pacientes com Cefaleia do Tipo Tensional Crônica e Episódica. *Arquivos de NeuroPsiquiatria*, 61(4), 991-994.

- Mo'tamedi, H., Rezaemaram, P. & Tavallaie, A. (2012). The Effectiveness of a Group-Based Acceptance and Commitment Additive Therapy on Rehabilitation of Female Outpatients with Chronic Headache: Preliminary Findings Reducing 3 Dimensions of Headache Impact. *Headache*, 52, 1106-1119.
- Nestouric, Y., Martin, A., Rief, W., & Andrasik, F. (2008). Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33(3), 125-140.
- Ng QX, Venkatanarayanan N, Kumar L. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for the Management of Pediatric Migraine. *Headache*. 2017 Mar;57(3):349-362. doi: 10.1111/head.13016. Epub 2016 Dec 28.
- Pistoia, F., Sacco, S., & Carolei, A. (2013). Behavioral therapy for chronic migraine. *Current Pain and Headache Reports*, 17(1), 304.
- Pompili, M., Di Cosimo, D., Innamorati, M., Lester, D., Tatarelli, R., & Martelletti, P. (2010). Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk. *The Journal of Headache and Pain*, 10, 283–290.
- Powers, S. W., Susmita, M., Kashikar-Zuck, S. M., Allen, J. R., LeCates, S. L., Slater, S. K., Zafar, M., Kabbouche, M. A., O'Brien, H. L., Shenk, C. E., Rausch, J. R., & Hershey, A. D. (2013). Cognitive Behavioral Therapy Plus Amitriptyline for Chronic Migraine in Children and Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 310(24), 2622-2630.
- Queiroz, L. P., Peres, M. F. P., Piovesan, E. J., Kowacs, F., Ciciarelli, M. C., Souza, J. A., & Zukerman, E. (2009b). A nation wide population-based study of migraine in Brazil. *Cephalalgia*, 29(6), 642-649.

- Ravishankar, K. (2012). The art of history taking in a headache patient. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 15(1), 7-14.
- Roser T, Bonfert, M., Ebinger F, Blankenburg M, Ertl-Wagner B, Heinen F. (2013). Primary versus secondary headache in children: a frequent diagnostic challenge in clinical routine. *Neuropediatrics*, 44(1), 34-9.
- Silberstein, S. D., Lipton, R. B., & Goadsby, P. J. (2002). *Headache in Clinical Practice*. London: Martin Dunitz Ltd.
- Smithman, T. A., Maizels, M., & Penzien, D. B. (2008). Headache chronification: screening and behavioral management of comorbid depressive and anxiety disorders. *Headache*, 48(1), 45-50.
- Steiner, T. J., Stovner, L. J., Katsarava, Z., Lainez, J. M., Lampl, C., Lantéri-Minet, M., Rastenyte, D., De la Torre, E. R., Tassorelli, C., Barré, J. Andrée, C. (2014). The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project *The Journal of Headache and Pain*; 15(1): 31.doi: 10.1186/1129-2377-15-31
- Stovner, L. J., Hagen, K., Jensen, R., Katsarava, Z., Lipton, R. B., Scher, A. I., Steiner, T. J., & Zwart, J-A. (2007). The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*, 27, 193-210.
- Vieira, R. V., Vieira, D. C., Gomes, W. B., & Gauer, G. (2013). Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. *Journal of Headache and Pain*, 14(1), 18.
- Vincent, M., Rodrigues, A. J., Oliveira, G. V., Souza, K. F., Dói, L. M., Rocham, M. B. L., Saporta, M. A. C., Orleans, R. B., Kotecki, R., Estrela, V. V., Medeiros, V. A., & Borges, W. I. S. (1998). Prevalência e custos indiretos das cefaleias em uma empresa brasileira. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56(4), 734-743.

- Vowles, K.E., McCracken, L.M., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance and catastrophising. *European Journal of Pain*, 11, 779-787.
- Wang, S-J. (2007). Migraine and suicide. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(9), 1069-1071.
- Wells, R. E., & Loder E. (2012). Mind/Body and behavioral treatments: the evidence and approach. *Headache*, 52(2)70-5.
- World Health Organization and Lifting The Burden (2011). *Atlas of headache disorders and resources in the world 2011*. WHO, Geneva.

Anexo A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)**

Nº do CAAE _____

Título do Projeto: Construção, adaptação e validação de instrumentos para avaliar distorções cognitivas, locus do controle, e autoeficácia na migrânea

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é construir e adaptar alguns questionários utilizados no tratamento das dores de cabeça para serem utilizados no Brasil. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Neurologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Laboratório de Fenomenologia Experimental e Cognição (LaFEC), e Laboratório de Biosinais em Fenomenologia e Cognição (BiosPhec) da UFRGS.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Você deverá responder a 11 questionários:

- Questionário sociodemográfico com 27 perguntas sobre idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, e tratamento para cefaleia;
- Questionário com 41 perguntas sobre suas dores de cabeça;
- Questionário com 20 perguntas acerca da sua saúde geral;
- Questionário com 6 perguntas sobre o impacto da dor de cabeça na sua vida;
- Questionário com 25 perguntas sobre sua confiança acerca de sua capacidade de prevenir e lidar com a sua dor de cabeça e o impacto gerado por ela na sua vida;
- Questionário com 33 perguntas sobre onde você acredita que esteja o controle da sua dor de cabeça (em si mesmo, nos outros e no acaso);
- Dois questionários sobre pensamentos e sentimentos em relação à doença e ao tratamento para dor de cabeça, contendo 13 e 53 perguntas, respectivamente;
- Dois questionários sobre seu humor, com 9 e 7 perguntas, respectivamente;
- Questionário com 36 perguntas sobre como você avalia sua qualidade de vida.

Você levará aproximadamente 40 minutos para preencher estes questionários, utilizando um computador cedido pelos pesquisadores. Você deverá marcar as respostas das perguntas dos questionários. Apenas o questionário sociodemográfico contém perguntas onde deverá escrever a resposta.

Neste encontro você poderá, ainda, ser convidado (a) a participar de uma entrevista sobre o questionário de pensamentos e sentimentos relacionados ao tratamento das dores de cabeça. Esta entrevista terá 5 perguntas e será gravada. A entrevista terá duração de aproximadamente 20 minutos.

O preenchimento dos questionários e a entrevista serão realizados no Centro de Pesquisa Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Sua participação acontecerá em uma única ocasião conforme a sua disponibilidade.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Um possível desconforto é tempo disponibilizado para realizar os procedimentos da pesquisa. Caso você se sinta desconfortável em responder alguma questão, o pesquisador estará à disposição para auxiliá-lo.

A participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos para você, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, você poderá refletir um pouco sobre como está a sua relação com o seu tratamento e a sua doença.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Prof. Dr. Gustavo Gauer pelo telefone 3308-5303, com a pesquisadora Rebeca Veras de Andrade Vieira pelo mesmo telefone ou pelo email rebecavieirapsico@gmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Anexo B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

Título do Projeto: Construção, adaptação e validação de instrumentos para avaliar distorções cognitivas, locus do controle, e autoeficácia na migrânea

A enxaqueca é uma doença neurovascular amplamente conhecida pelo seu impacto sobre a qualidade de vida dos indivíduos. Alguns autores têm se dedicado a investigar fatores que possam atuar como preditores de um resultado terapêutico satisfatório. Dentre estes fatores estão as comorbidades psiquiátricas e as crenças em relação ao tratamento. Entretanto, ainda se observa no Brasil a ausência de instrumentos que avaliem distorções cognitivas, locus do controle, e autoeficácia na enxaqueca.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “Construção, adaptação e validação de instrumentos para avaliar distorções cognitivas, locus do controle, e autoeficácia na migrânea”, cujo objetivo é construir e adaptar alguns questionários utilizados no tratamento das dores de cabeça para a população brasileira. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Neurologia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Laboratório de Fenomenologia Experimental e Cognição (LaFEC), e Laboratório de Biossinais em Fenomenologia e Cognição (BiosPhec) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Você deverá responder a 11 questionários:

- Questionário sociodemográfico com 27 perguntas sobre idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, e tratamento para cefaleia;
- Questionário com 41 perguntas sobre suas dores de cabeça;
- Questionário com 20 perguntas sobre sua saúde geral;
- Questionário com 6 perguntas sobre o impacto da dor de cabeça na sua vida;
- Questionário com 25 perguntas sobre sua confiança acerca de sua capacidade de prevenir e lidar com a sua dor de cabeça e o impacto gerado por ela na sua vida;
- Questionário com 33 perguntas sobre onde você acredita que esteja o controle da sua dor de cabeça (em si mesmo, nos outros ou no acaso);
- Dois questionários sobre pensamentos e sentimentos em relação à doença e ao tratamento para dor de cabeça, contendo 13 e 53 perguntas, respectivamente;
- Dois questionários sobre seu humor, com 9 e 7 perguntas, respectivamente;
- Questionário com 36 perguntas sobre como você avalia sua qualidade de vida.

Você levará aproximadamente 40 minutos para preencher estes questionários, utilizando um computador cedido pelos pesquisadores. Você deverá marcar as respostas das perguntas dos questionários. Apenas o questionário sociodemográfico contém perguntas onde deverá escrever a resposta. Neste encontro você poderá, ainda, ser convidado (a) a participar de uma entrevista sobre o questionário de pensamentos e sentimentos relacionados ao tratamento das dores de cabeça. Esta entrevista terá 5 perguntas e será gravada. A entrevista terá duração de aproximadamente 20 minutos. Sua participação acontecerá em uma única ocasião conforme a sua disponibilidade.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Um possível desconforto é tempo disponibilizado para realizar os procedimentos da pesquisa. Caso você se sinta desconfortável em responder alguma questão, o pesquisador estará à disposição para auxiliá-lo.

A participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos para você, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, você poderá refletir um pouco sobre como está a sua relação com o seu tratamento e a sua doença.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente e serão utilizados apenas pela equipe do estudo e autoridades regulatórias da área da saúde. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisadora Rebeca Veras de Andrade Vieira pelo mesmo telefone ou pelo email rebecavieirapsico@gmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – sob coordenação Dr. Carlos Olea, telefone 3214.8571 – para questões sobre a pesquisa e sobre os direitos dos pacientes envolvidos ou sobre problemas decorrentes da pesquisa.

Ao assinar abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeito com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo. Uma via será entregue a você e outra será arquivada pelo investigador principal.

Nome do Sujeito de Pesquisa (letra de forma)

Data

Assinatura do Sujeito de Pesquisa

Nome do Pesquisador (letra de forma)

Data

Assinatura e Carimbo do Pesquisador

Anexo C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Título do Projeto: Construção, adaptação e validação de instrumentos para avaliar distorções cognitivas, locus do controle, e autoeficácia na migrânea

Versão: Setembro/2016

A enxaqueca é uma doença neurovascular amplamente conhecida pelo seu impacto sobre a qualidade de vida dos indivíduos. Alguns autores têm se dedicado a investigar fatores que possam atuar como preditores de um resultado terapêutico satisfatório. Dentre estes fatores estão as comorbidades psiquiátricas e as crenças em relação ao tratamento. Entretanto, ainda se observa no Brasil a ausência de instrumentos que avaliem distorções cognitivas, locus do controle, e autoeficácia na enxaqueca.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “Construção, adaptação e validação de instrumentos para avaliar distorções cognitivas, locus do controle, e autoeficácia na migrânea”, cujo objetivo é construir e adaptar alguns questionários utilizados no tratamento das dores de cabeça para a população brasileira. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Neurologia do Hospital Moínhos de Vento, Laboratório de Fenomenologia Experimental e Cognição (LaFEC), e Laboratório de Biossinais em Fenomenologia e Cognição (BiosPhec) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Você deverá responder a 11 questionários:

- Questionário sociodemográfico com 27 perguntas sobre idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, e tratamento para cefaleia;
- Questionário com 41 perguntas sobre suas dores de cabeça;
- Questionário com 20 perguntas sobre sua saúde geral;
- Questionário com 6 perguntas sobre o impacto da dor de cabeça na sua vida;
- Questionário com 25 perguntas sobre sua confiança acerca de sua capacidade de prevenir e lidar com a sua dor de cabeça e o impacto gerado por ela na sua vida;
- Questionário com 33 perguntas sobre onde você acredita que esteja o controle da sua dor de cabeça (em si mesmo, nos outros ou no acaso);
- Dois questionários sobre pensamentos e sentimentos em relação à doença e ao tratamento para dor de cabeça, contendo 13 e 53 perguntas, respectivamente;
- Dois questionários sobre seu humor, com 9 e 7 perguntas, respectivamente;
- Questionário com 36 perguntas sobre como você avalia sua qualidade de vida.

Você levará aproximadamente 40 minutos para preencher estes questionários, utilizando um computador cedido pelos pesquisadores. Você deverá marcar as respostas das perguntas dos questionários. Apenas o questionário sociodemográfico contém perguntas onde deverá escrever a resposta. Neste encontro você poderá, ainda, ser convidado (a) a participar de uma entrevista sobre o questionário de pensamentos e sentimentos relacionados ao tratamento das dores de cabeça. Esta entrevista terá 5 perguntas e será

gravada. A entrevista terá duração de aproximadamente 20 minutos. Sua participação acontecerá em uma única ocasião conforme a sua disponibilidade.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Um possível desconforto é tempo disponibilizado para realizar os procedimentos da pesquisa. Caso você se sinta desconfortável em responder alguma questão, o pesquisador estará à disposição para auxiliá-lo.

A participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos para você, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, você poderá refletir um pouco sobre como está a sua relação com o seu tratamento e a sua doença.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente e serão utilizados apenas pela equipe do estudo e autoridades regulatórias da área da saúde. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador Fernando Kowacs pelo telefone 9982-6862, com a pesquisadora Rebeca Vieira pelo telefone 3308-5303 ou pelo email rebecavieirapsico@gmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Hospitalar Moinhos de Vento - sob coordenação Dr. Sérgio Amantéa, fone 3314-3690 – para questões sobre a pesquisa e sobre os direitos dos pacientes envolvidos ou sobre problemas decorrentes da pesquisa.

Ao assinar abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeito com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo. Uma via será entregue a você e outra será arquivada pelo investigador principal.

Nome do Voluntário de Pesquisa

Data

Assinatura do Voluntário de Pesquisa

Nome do responsável pela aplicação do TCLE

Data

Anexo D

APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 150361

Data da Versão do Projeto: 19/02/2018

Pesquisadores:

GUSTAVO GAUER

REBECA VERAS DE ANDRADE VIEIRA

ISADORA SILVEIRA LIGÓRIO

LUIZ FILIPE SILVEIRA SCHMIDT

LUIZ EDUARDO BARCELLOS RODRIGUES

WILLIAM BARBOSA GOMES

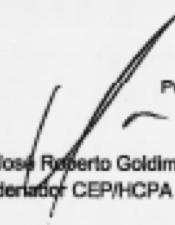
FRANCELE MACHADO BERIA

Título: Distorções cognitivas, locus do controle e autoeficácia na migração

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 15 de março de 2018.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA

Anexo E

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Idade: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: Ensino Fundamental	Completo ()	Incompleto ()
Ensino Médio	Completo ()	Incompleto ()
Técnico	Completo ()	Incompleto ()
Superior	Completo ()	Incompleto ()
Pós-Graduação	Completo ()	Incompleto ()

Profissão: _____ Está empregado atualmente? _____

Renda familiar mensal: Até 1 salário mínimo ()

De 1 a 3 salários mínimos () De 3 a 5 salários mínimos ()

De 5 a 10 salários mínimos () Acima de 10 salários mínimos ()

Há quanto tempo tem dores de cabeça (meses)? _____

Há quanto tempo faz acompanhamento médico para a sua dor de cabeça (meses)? _____

Tratamentos que faz ou já fez para dor de cabeça:

Farmacoterapia () Acupuntura () Nutricional () Fisioterapia ()

Psicoterapia () Outros ()

Quais? _____

Toma alguma medicação abortiva para cefaleia?: () Sim () Não Qual (is)? _____

Em qual frequência? _____

Toma alguma medicação preventiva para cefaleia? () Sim () Não Qual (is)? _____

Em qual frequência? _____

Tem alguém, na família com dor de cabeça? Quem? _____

Faz acompanhamento para algum outro tipo de doença? Qual(is)? _____

Faz uso de outras medicações para estas doenças? () Sim () Não Qual (is)? _____

Em quantos dias nos últimos três meses você teve dor de cabeça? (Se a dor durou mais de um dia, conte cada um dos dois) _____

Em uma escala de 0-10, média qual a intensidade da dor destas dores de cabeça?

(0=nenhuma dor; 10= dor máxima possível) _____

Anexo F**QUESTIONÁRIO DE CEFALeia**

Responda as questões a seguir pensando no tipo de dor de cabeça que mais tem lhe incomodado:

1) Quantos anos você tinha quando essa dor de cabeça começou? (não causada por ressaca, ou doenças como gripe ou resfriado?) _____ anos de idade

2) Nos últimos três meses, quantas vezes, por mês, você teve essa dor de cabeça ?

____ Eu não tive dores de cabeça nos últimos três meses

____ Menos de uma vez por mês

____ 1-4 dias por mês

____ 5-8 dias por mês

____ 9-14 dias por mês

____ 15 ou mais dias por mês

4) Considerando essas dores de cabeça nos últimos três meses, por favor responda como as afirmativas a seguir descrevem a sua dor e outros sintomas:

a) A dor é pior em apenas um lado da cabeça ?

____ Sim

____ Não

b) A dor é pulsante ou latejante?

____ Sim

____ Não

c) A dor é de intensidade moderada a grave, isto é, ela lhe atrapalha ou impede que você realize atividades diárias como cuidar da casa, trabalho, estudos ou atividades sociais?

____ Sim

____ Não

d) Quando você está com dor de cabeça, a dor piora com a realização de atividades físicas rotineiras, tais como caminhar ou subir escadas?

____ Sim

____ Não

e) Quando você está com dor de cabeça, você se sente nauseado ou enjoado?

____ Sim

____ Não

f) Quando você está com dor de cabeça, a luz incomoda você mais do que quando você está sem dor?

____ Sim

____ Não

g) Quando você está com dor de cabeça, o barulho incomoda você mais do que quando você está sem dor?

Sim
 Não

5) a) Quanto tempo dura sua dor de cabeça habitualmente, se não tratada ou tratada sem sucesso?

Menos de 4 horas
 De 4 a 72 horas
 Mais de 72 horas

b) Se você respondeu na questão anterior “Menos de 4 horas”, quantos minutos dura sua dor de cabeça habitualmente, se não tratada? minutos

6) Você já viu coisas como manchas, estrelinhas, luzes, linhas em ziguezague, ou tremulações do tipo "ondas de calor", próximo do momento das suas dores de cabeça?

Sim
 Não

Se sua resposta foi sim, isto ocorreu

Menos de uma vez ao ano
 Menos de uma vez ao mês
 Mais de uma vez ao mês

7) Você já teve uma sensação de dormência ou formigamento em alguma parte do seu corpo ou rosto próximo do momento das suas dores de cabeça?

Sim
 Não

Se sua resposta foi sim, isto ocorreu

Menos de uma vez ao ano
 Menos de uma vez ao mês
 Mais de uma vez ao mês

8) Você já teve dificuldade para compreender o que era falado ou para falar próximo do momento das suas dores de cabeça?

Sim
 Não

Se sua resposta foi sim, isto ocorreu

Menos de uma vez ao ano
 Menos de uma vez ao mês
 Mais de uma vez ao mês

9) Nos últimos três meses, você teve que tomar algum destes medicamento para tratar uma crise de dor de cabeça?

ANALGÉSICOS SIMPLES	ANTIENXAQUECOSOS	ANALGÉSICOS E/OU ANTI-INFLAMATÓRIOS COMBINADOS	ANTI-INFLAMATÓRIOS			OPIÓIDES
Paracetamol Dórico® Maxidrin® Paraflan® Sonridor® Termol® Thylom® Trifen® Tylecetamol® Tylenol® Unigrip® Zuplin® Aspirina/ácido acetilsalicílico AAS® Bufferin® Fontol® Melhoral® Salisvit® Dipirona Magnopyrol® Mirador® Novalgina® Novistar® Tropinal®	Isometepteno Doridina® Migranette® Neosaldina® Neralgyn® Tensaldin® Di-hidroergotamina Cefaliv® Cefalium® Naratriptano Naramig® Sumatriptano Imigran® Sumax® Sutriptan®) Zolmitriptano Zomig® Zomig OD® Rizatriptano Maxalt®	Algitanderil® Algi-Butazon® Cafiaspirina® Cafilisador® Beserol® Dolamin Flex® Dorflex® Dorflex Enxaqueca® Dorilax® Dorilex® Excedrin® Migrainex® Migrane® Mioflex-A® Optamax® Relaflex® Rielex® Saridon® Sonridor CAF® Tandene® Tanderalgina® Tandriflan® Tandrifax® Trilax® Tylenol DC®	Aceclofenaco Proflan® Ácido mefenâmico Ponstan® Pontin® Pontrex® Cetoprofeno Profenid® Artrinid® Artrosil® Duo-Cetofen® Flamador®) Cetorolaco de trometamina Toradol® Toragesic® Clonixinato de lisina Dolamin® Etodolaco Flancox® Etorocoxibe Arcoxia®	Ibuprofeno Advil® Artril® Algi-Reumatril® Alivium® Buscofem® Dalsy® Doraliv® Febesen® Motrin® Novalfem® Spidufen® Uniprofen® Lornoxicam Xefo® Loxoprofeno Loxonin® Naproxeno Flanax® Flamaprox® Naprosyn®	Nimesulida Arflex Retard® Deltaflan® Fasulide® MaxSulid® Nimesilam® Nimesubal® Nimesulin® Nisufar® Optaflan® Scaflan® Scaflogin® Scalid®) Parecoxibe Bextra® Piroxicam Anartrit® Brexin® Cicladol® Farmoxican® Feldene® Flamadene® Flogene® Inflamene® Inflax®	Codeína Codaten® Codein® Codex® Paco® Tylex® Vicodil® Tramadol Dorless® Sensitram® Sinedol® Timasen SR® Tramadon® Tramal® Ultracet® Viminol Dividol® Metadona Mytedon®

10) Se você marcou algum dos medicamentos na questão anterior, quantas vezes por mês você precisou tomá-lo para tratar uma crise de dor de cabeça ? (se você marcou mais de um tipo, favor indicar quantas vezes precisou tomar cada um deles)

Medicamento 1

___ Até 10 dias

___ De 11 A 14 dias

___ 15 ou mais dias por mês (dia sim, dia não, ou mais)

___ Todos os dias do mês

Medicamento 2

___ Até 10 dias

___ De 11 A 14 dias

___ 15 ou mais dias por mês (dia sim, dia não, ou mais)

___ Todos os dias do mês

ANEXO G

SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ)

(Mari & Willians, 1986)



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA – PROJETO VIVER BEM 2000

Nº ordem

O(A) SR(A). PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Tem dores de cabeça frequentes?.	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
02- Tem falta de apetite?.	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
17- Tem tido ideias de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
A - Total de sim __ __			
21- Sente que tem alguém que de alguma maneira quer lhe fazer mal?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
22- Você é alguém muito mais importante do que a maioria das pessoas pensa?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
23- Tem notado alguma interferência ou outro problema estranho c/ seu pensamento?	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>
24- Ouve vozes que não sabe de onde vêm, ou que outras pessoas não	1- Sim	2- Não	<input type="checkbox"/>

podem ouvir?

B - Total de sim |_|_|

TOTAL A + B |_|_|

Anexo H

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhuma	Vários	Mais da metade	Quase
todos	vez	dias	dos dias	os
dias				
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____ = Total Score: _____

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir

Anexo I

GENERALIZED ANXIETY DISORDER 7 (GAD-7)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir

Anexo J

PAIN CATASTROPHIZING SCALE (PCS)

DOR E NEUROMODULAÇÃO – HCPA/CNPq (subárea 2.10.08.00-0)



Nome: _____ No banco: _____

Data: _____ Entrevistador: _____ Testagem: _____

Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor

Instruções:

Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. Indique o GRAU destes pensamentos e sentimentos quando está com dor

1	A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é	0 Mínima	1 leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
2	O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
3	O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
4	O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
5	O pensamento de não poder mais estar com alguém é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
6	O medo que a dor pode se tornar ainda pior é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
7	O pensamento sobre outros episódios de dor é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
8	O desejo profundo que a dor desapareça é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
9	O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
10	O pensamento que ainda poderá doer mais é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
11	O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
12	O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
13	A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é	0 Mínima	1 leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa

Anexo K

HEADACHE IMPACT TEST (HIT-6)

HIT-6™

TESTE DO IMPACTO DA
DOR DE CABEÇA

Este questionário foi elaborado para lhe ajudar a descrever e informar a maneira como você se sente e o que não pode fazer por causa de suas dores de cabeça.

Para cada pergunta, por favor, faça um "X" no quadrado que corresponde à sua resposta.

1 Quando você tem dor de cabeça, com que frequência a dor é forte?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

2 Com que frequência as dores de cabeça limitam sua capacidade de realizar suas atividades diárias habituais, incluindo cuidar da casa, trabalho, estudos, ou atividades sociais?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

3 Quando você tem dor de cabeça, com que frequência você gostaria de poder se deitar para descansar?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

4 Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu cansado(a) demais para trabalhar ou para realizar suas atividades diárias, por causa de suas dores de cabeça?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

5 Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu que não estava mais agüentando ou se sentiu irritado(a) por causa de suas dores de cabeça?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

6 Durante as últimas 4 semanas, com que frequência suas dores de cabeça limitaram sua capacidade de se concentrar em seu trabalho ou em suas atividades diárias?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

COLUNA 1 (5 pontos cada)
 COLUNA 2 (8 pontos cada)
 COLUNA 3 (10 pontos cada)
 COLUNA 4 (11 pontos cada)
 COLUNA 5 (13 pontos cada)

Para calcular o seu resultado, some por colunas os pontos das respostas.

Por favor, mostre ao seu médico os resultados do seu teste (HIT-6).

Total de Pontos

Quanto mais alto o total de pontos maior é o impacto da dor de cabeça em sua vida.

A faixa de pontos varia entre 36-78.

Anexo L

SHORT FORM QUESTIONNAIRE– SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Função exercida no trabalho:

Há quanto tempo exerce essa função: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma	1	2	3	4	5	6

pessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo M

Headache Management Self-Efficacy Scale (HMSE)

Instructions: You will find below a number of statements related to headaches. Please read each statement carefully and indicate how much you agree or disagree with the statement by circling a number next to it. Use the following scale as a guide:

Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Neither Agree or Disagree	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) I can keep even a <i>bad</i> headache from disrupting my day by changing the way I respond to the pain. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) When I'm in some situations, nothing I do will prevent headaches.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) I can reduce the intensity of a headache by relaxing. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) There are things I can do to reduce headache pain. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) I can prevent headaches by recognizing headache triggers. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) Once I have a headache there is nothing I can do to control it.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) When I'm tense, I can prevent headaches by controlling the tension. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) Nothing I do reduces the pain of a headache.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) If I do certain things everyday, I can reduce the number of headaches I will have. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) If I can catch a headache before it begins I often can stop it. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Please complete reverse side

Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Neither Agree or Disagree	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11) Nothing I do will keep a mild headache from turning into a bad headache.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12) I can prevent headaches by changing how I respond to stress. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13) I can do things to control how much my headaches interfere with my life. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14) I <u>cannot</u> control the tension that causes my headaches.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15) I can do things that will control how long a headache lasts. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16) Nothing I do will keep a bad headache from disrupting my day.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17) When I'm not under a lot of stress I can prevent many headaches. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18) When I sense a headache is coming, there is nothing I can do to stop it.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19) I can keep a <i>mild</i> headache from disrupting my day by changing the way I respond to the pain. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20) If I am under a lot of stress there is nothing I can do to prevent headaches.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21) I can do things that make a headache seem not so bad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22) There are things I can do to prevent headaches. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23) If I am upset there is nothing I can do to control the pain of a headache.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24) I can control the intensity of headache pain. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25) I can do things to cope with my headaches. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Anexo N

Escala de Autoeficácia no Manejo da Cefaleia (tradução HMSE)

Instruções: Você encontrará abaixo afirmações sobre dores de cabeça. Por favor, leia atentamente cada afirmação e indique o quanto você concorda ou discorda dela circulando um número ao lado. Utilize a seguinte escala como guia:

Discordo fortemente	Discordo moderadamente	Discordo levemente	Não concordo nem discordo	Concordo levemente	Concordo moderadamente	Concordo fortemente
1	2	3	4	5	6	7

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Consigo evitar que até mesmo uma dor de cabeça forte atrapalhe o meu dia, se eu mudar a maneira como eu respondo à dor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) Quando estou em certas situações, nada que eu fizer irá prevenir as dores de cabeça.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) Eu consigo reduzir a intensidade de uma dor de cabeça se eu relaxar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) Há coisas que eu posso fazer para reduzir a dor de cabeça. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) Eu consigo prevenir dores de cabeça reconhecendo aquilo que as desencadeia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) Uma vez que a dor de cabeça começa, não há nada que eu possa fazer para controlá-la.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) Quando eu estou tenso(a), consigo prevenir as dores de cabeça se controlar a tensão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) Nada que eu faça reduz a dor quando tenho uma dor de cabeça.* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) Se eu faço certas coisas todos os dias, consigo reduzir o número de dores de cabeça que terei. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) Se eu consigo notar uma dor de cabeça antes que ela comece, eu frequentemente consigo evitá-la. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

<i>Por favor, responda o verso</i>

Discordo fortemente	Discordo moderadamente	Discordo levemente	Não concordo nem discordo	Concordo levemente	Concordo moderadamente	Concordo fortemente
1	2	3	4	5	6	7

11) Nada que eu faço impede que uma dor de cabeça leve se torne forte*.	1	2	3	4	5	6	7
12) Eu posso prevenir as dores de cabeça mudando a maneira como lido com o estresse.	1	2	3	4	5	6	7
13) Eu consigo fazer coisas para controlar o quanto as dores de cabeça interferem na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
14) Eu <u>não</u> consigo controlar as tensões que causam as minhas dores de cabeça.*	1	2	3	4	5	6	7
15) Eu consigo fazer coisas para controlar o quanto dura uma dor de cabeça.	1	2	3	4	5	6	7
16) Nada que eu faço evitará que uma dor de cabeça intensa estrague o meu dia.*	1	2	3	4	5	6	7
17) Quando não estou sob muito estresse, eu consigo prevenir muitas dores de cabeça.	1	2	3	4	5	6	7
18) Quanto sinto que uma dor de cabeça está começando, não há nada que eu posso fazer para evitá-la.*	1	2	3	4	5	6	7
19) Eu consigo evitar que uma dor de cabeça leve atrapalhe o meu dia, se eu mudar a maneira como lido com a dor.	1	2	3	4	5	6	7
20) Se estou sob muito estresse, não há nada que eu possa fazer para prevenir dores de cabeça.*	1	2	3	4	5	6	7
21) Eu consigo fazer coisas para que uma dor de cabeça não pareça tão ruim.	1	2	3	4	5	6	7
22) Há coisas que eu posso fazer para prevenir dores de cabeça.	1	2	3	4	5	6	7
23) Se eu estou irritado(a), não há nada que eu possa fazer para controlar uma dor de cabeça *	1	2	3	4	5	6	7
24) Eu consigo controlar a intensidade de uma dor de cabeça.	1	2	3	4	5	6	7
25) Eu consigo fazer coisas para enfrentar as minhas dores de cabeça.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo O

Headache Specific Locus of Control Questionnaire (HSLC) (Martin, Holroyd & Penzien, 1990)

Instructions: This is a questionnaire designed to determine the way in which people view certain important headache-related issues. Each item is a belief statement with which you may agree or disagree. Beside each statement are numbers which correspond to a scale on which you may rate the extent to which you agree or disagree with each item. The values range from "Strongly Disagree" = 1 to "Strongly Agree" = 5. Circle the number that represents the extent to which you disagree or agree with the statement. Please make sure that you answer every item and that you circle only one number per item. This is a measure of your personal beliefs; there are no right or wrong answers.

1 = Strongly Disagree; 2=Moderately Disagree; 3=Neutral

4=Moderately Agree; 5=Strongly Agree

1. When I have a headache, there is nothing I can do to affect its course1 2 3 4 5
2. I can prevent some of my headaches by avoiding certain stressful situations1 2 3 4 5
3. I am completely at the mercy of my headaches1 2 3 4 5
4. I can prevent some of my headaches by not getting emotionally upset1 2 3 4 5
5. If I remember to relax, I can avoid some of my headaches1 2 3 4 5
6. Only my doctor can give me ways to prevent my headaches1 2 3 4 5
7. My headaches are sometimes worse because I am overactive1 2 3 4 5
8. My headaches can be less severe if medical professionals (doctors, nurses, etc.) take proper care of me1 2 3 4 5
9. My headaches are beyond all control1 2 3 4 5
10. My doctor's treatment can help my headaches1 2 3 4 5
11. When I worry or ruminate about things, I am more likely to get headaches1 2 3 4 5
12. Just seeing my doctor helps my headaches1 2 3 4 5
13. No matter what I do, if I am going to get a headache, I will get a headache1 2 3 4 5

14. Having regular contact with my physician is the best way for me to control my headaches1 2 3 4 5
15. When I have headaches, I should consult a medically trained professional1 2 3 4 5
16. Following the doctor's medication regimen is the best way for me not to be laid-up with a headache1 2 3 4 5
17. When I drive myself too hard, I get headaches1 2 3 4 5
18. Luck plays a big part in determining how soon I will recover from a headache1 2 3 4 5
19. By not becoming agitated or overactive, I can prevent many headaches1 2 3 4 5
20. My not getting headaches is largely a matter of good fortune1 2 3 4 5
21. My actions influence whether I have headaches1 2 3 4 5
22. I usually recover from a headache when I get proper medical help1 2 3 4 5
23. I'm likely to get headaches no matter what I do1 2 3 4 5
24. If I don't have the right medication, my headaches will be a problem1 2 3 4 5
25. Often I feel that no matter what I do, I will still have headaches ..1 2 3 4 5
26. I am directly responsible for getting some of my headaches1 2 3 4 5
27. When my doctor makes a mistake, I am the one to suffer with headaches1 2 3 4 5
28. My headaches are worse when I'm coping with stress1 2 3 4 5
29. When I get headaches, I just have to let nature run its course1 2 3 4 5
30. Health professionals keep me from getting headaches1 2 3 4 5
31. I'm just plain lucky for a month when I don't get headaches1 2 3 4 5
32. When I have not been taking proper care of myself, I am likely to experience headaches1 2 3 4 5
33. It's a matter of fate whether I have a headache1 2 3 4 5

Anexo P

Escala de Locus de Controle específico à Cefaleia (tradução HSLC)

Instruções: Este é um questionário elaborado para avaliar a maneira como as pessoas entendem certas questões importantes relacionadas à dor de cabeça. Cada item apresenta uma crença com a qual você pode concordar ou discordar. Ao lado de cada afirmativa encontram-se números que correspondem a uma escala na qual você pode classificar o grau em que concorda ou discorda de cada item. Os valores vão de “discordo fortemente” = 1 a “concordo fortemente” = 5. Circule o número que representa o quanto você concorda ou discorda com a afirmativa. Por favor, certifique-se de responder a todos os itens e de circular apenas um número por item. Esta é uma medida de suas crenças pessoais; portanto não há respostas certas ou erradas.

- 1 = Discordo fortemente**
2 = Discordo moderadamente
3 = Neutro
4 = Concordo moderadamente
5 = Concordo fortemente

1. Quando tenho uma dor de cabeça, não há nada que eu possa fazer para afetar seu rumo..... 1 2 3 4 5
2. Posso prevenir algumas das minhas dores de cabeça evitando certas situações estressantes1 2 3 4 5
3. Estou completamente à mercê das minhas dores de cabeça
.....1 2 3 4 5
4. Eu posso prevenir algumas das minhas dores de cabeça evitando ficar aborrecido(a)..... 1 2 3 4 5
5. Se me lembro de relaxar, eu consigo evitar algumas das minhas dores de cabeça 1 2 3 4 5
6. Somente o meu médico(a) pode me oferecer maneiras de prevenir as minhas dores de cabeça.....1 2 3 4 5
7. Minhas dores de cabeça às vezes são piores pois estou muito agitado(a).....
.....1 2 3 4 5
8. Minhas dores de cabeça podem ser menos intensas se eu receber cuidado adequado de profissionais da área médica (médicos(as), enfermeiros(as), etc.).....1 2 3 4 5

9. Minhas dores de cabeça estão fora de qualquer controle.....1 2 3 4 5
10. O tratamento do meu médico pode ajudar com as minhas dores de cabeça 1 2 3 4 5
11. Eu tenho mais chances de ter uma dor de cabeça quando me preocupo ou fico ruminando sobre as coisas1 2 3 4 5
12. Só de ver o (a) meu (minha) médico (a) as minhas dores de cabeça já melhoram.....1 2 3 4 5
13. Não importa o que eu faça, se for para eu ter uma dor de cabeça, eu terei de qualquer maneira.....1 2 3 4 5
14. Manter contato regular com o meu médico(a) é a melhor maneira de eu controlar as minhas dores de cabeça1 2 3 4 5
15. Quando eu tenho dores de cabeça, devo procurar um profissional da área médica 1 2 3 4 5
16. Seguir a medicação que o médico(a) receitou é a melhor maneira de não ficar de cama com dor de cabeça1 2 3 4 5
17. Eu tenho dores de cabeça quando exijo demais de mim mesmo.....
.....1 2 3 4 5
18. Em grande parte é uma questão de sorte a rapidez com que eu me recupero de uma dor de cabeça1 2 3 4 5
19. Eu posso prevenir muitas dores de cabeça evitando ficar agitado ou excessivamente ativo1 2 3 4 5
20. Eu não ter dores de cabeça é muito uma questão de sorte
.....1 2 3 4 5
21. Minhas ações influenciam eu ter dores de cabeça.....1 2 3 4 5
22. Eu geralmente me recupero de uma dor de cabeça quando recebo auxílio médico apropriado.....1 2 3 4 5
23. São grandes as chances de eu ter dores de cabeça, não importa o que eu faça
.1 2 3 4 5
24. Se eu não tomar a medicação correta, as minhas dores de cabeça serão um problema.....1 2 3 4 5
25. Frequentemente sinto que, não importa o que eu faça, continuarei tendo dores de cabeça.....1 2 3 4 5

26. Eu sou diretamente responsável por algumas das dores de cabeça que tenho.....1 2 3 4 5
27. Quando meu médico(a) erra, sou eu que sofro com as dores de cabeça1 2 3 4 5
28. As minhas dores de cabeça são piores quando estou enfrentando estresse.....1 2 3 4 5
29. Quando tenho dores de cabeça, preciso apenas deixar a natureza seguir seu rumo.....1 2 3 4 5
30. Os profissionais de saúde evitam que eu tenha dores de cabeça1 2 3 4 5
31. É pura sorte se eu não tiver dores de cabeça por um mês.....1 2 3 4 5
32. Quando eu não me cuido bem, tenho mais chances de ter dores de cabeça..... 1 2 3 4 5
- 33.. Eu ter uma dor de cabeça é uma questão de destino.....1 2 3 4 5

Anexo Q

**INVENTÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS RELACIONADAS À
CEFALEIA (INDICCE)**

Este questionário contém questões referentes aos pensamentos e sentimentos que as pessoas têm acerca das dores de cabeça e de seu tratamento. Por favor, leia cada questão e, considerando os últimos três meses, indique o quanto você concorda ou discorda que cada afirmativa representa a sua forma de pensar ou sentir. Esta é uma medida de crenças pessoais, portanto não há respostas certas ou erradas.

1) Fico pensando o tempo todo nas minhas dores de cabeça.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Neutro	4 Concordo	5 Concordo fortemente
2) Quando estou com dor de cabeça, fico pensando no quanto ela dói.	1	2	3	4	5
3) Quando eu tenho uma dor de cabeça, fico pensando o quão ruim foi lidar com um episódio anterior.	1	2	3	4	5
4) A única coisa que eu consigo pensar quando tenho uma dor de cabeça é o quanto eu desejo que ela vá embora.	1	2	3	4	5
5) Eu fico pensando sobre episódios de dor de cabeça que já tive no passado.	1	2	3	4	5
6) Eu me sinto tão desamparado/a quando tenho uma dor de cabeça que acredito que nada me trará alívio.	1	2	3	4	5
7) Uma vez que a minha dor de cabeça começa, eu sei que o meu dia está perdido.	1	2	3	4	5
8) Não conseguirei mais suportar minhas dores de cabeça.	1	2	3	4	5
9) Quando eu tenho dor de cabeça, eu temo que a dor será devastadora.	1	2	3	4	5
10) Não saberei o que fazer quando tiver uma dor de cabeça	1	2	3	4	5
11) Eu tenho receio que minha dor de cabeça seja um problema de saúde mais grave.	1	2	3	4	5

12) Tenho medo de morrer por causa das minhas dores de cabeça	1	2	3	4	5
13) Passarei toda a minha vida sendo afetado/a por dores de cabeça horríveis.	1	2	3	4	5
14) Logo que a minha dor de cabeça começa, tenho medo que a dor piore.	1	2	3	4	5
15) Minhas dores de cabeça nunca melhorarão	1	2	3	4	5
16) Minhas dores de cabeça têm que desaparecer para que eu possa aproveitar a vida.	1	2	3	4	5
17) Não há nada que eu possa fazer para prevenir minhas dores de cabeça	1	2	3	4	5
18) Eu não tenho nenhum controle sobre minhas dores de cabeça	1	2	3	4	5
19) Minhas dores de cabeça são intratáveis	1	2	3	4	5
20) As pessoas me evitam por conta das minhas dores de cabeça	1	2	3	4	5
21) As pessoas me julgam uma pessoa fraca por conta das minhas dores de cabeça.	1	2	3	4	5
22) As pessoas pensam que eu reajo exageradamente em relação às minhas dores de cabeça.	1	2	3	4	5
23) As pessoas deixam de me convidar para eventos sociais porque poderei cancelar por conta de uma dor de cabeça	1	2	3	4	5
24) Nada será capaz de fazer eu me sentir melhor em relação às minhas dores de cabeça.	1	2	3	4	5
25) Se meu tratamento para dor de cabeça não funcionou até agora, não há esperança de que ele funcionará	1	2	3	4	5
26) Quando as minhas dores de cabeça me fazem sentir emocionalmente abalado/a, penso que sou uma pessoa fraca	1	2	3	4	5

27) Se eu fico tão preocupado/a quando tenho dor de cabeça, minha saúde deve estar em risco.	1	2	3	4	5
28) Dores de cabeça devem ser perigosas porque me sinto ansioso/a em relação a elas.	1	2	3	4	5
29) Se fico ansioso/a quando tenho uma dor de cabeça, penso que ninguém poderá me ajudar.	1	2	3	4	5
30) Minha vida é inútil por conta das minhas dores de cabeça	1	2	3	4	5
31) Eu sou uma decepção devido às minhas dores de cabeça.	1	2	3	4	5
32) Dores de cabeça arruinaram a minha vida	1	2	3	4	5
33) Meu tratamento para dores de cabeça é um fracasso	1	2	3	4	5
34) Eu costumo pensar mais no que tem dado errado no meu tratamento.	1	2	3	4	5
35) Os aspectos negativos do meu tratamento para dor de cabeça chamam mais atenção do que os positivos	1	2	3	4	5
36) Ao final de uma consulta médica para minhas dores de cabeça, eu costumo me lembrar mais das informações negativas	1	2	3	4	5
37) Parece que sou a única pessoa que não consegue um bom resultado no tratamento para dor de cabeça	1	2	3	4	5
38) Minhas dores de cabeça irão me prejudicar ao longo de toda a minha vida.	1	2	3	4	5
39) Se o meu tratamento para dor de cabeça fracassou hoje, ele fracassará .	1	2	3	4	5
40) Meu tratamento nunca dará certo	1	2	3	4	5
41) Não existem medicamentos que possam ajudar as minhas dores de cabeça.	1	2	3	4	5

42) Sou culpado/a por meu tratamento não estar funcionando	1	2	3	4	5
43) Sou culpado/a por ter dores de cabeça	1	2	3	4	5
44) Se o meu tratamento para dores de cabeça não está dando certo, é tudo culpa minha.	1	2	3	4	5
45) Sou culpado/a por não ter controle sobre as minhas dores de cabeça	1	2	3	4	5
46) Os profissionais de saúde deveriam conseguir acabar com as minhas dores de cabeça.	1	2	3	4	5
47) Os medicamentos deveriam curar para sempre as minhas dores de cabeça	1	2	3	4	5
48) Eu deveria ter controle sobre as minhas dores de cabeça o tempo todo	1	2	3	4	5
49) Deveria haver uma cura para as minhas dores de cabeça.	1	2	3	4	5
50) Quando o médico me dá um retorno positivo sobre a forma que eu lido com minhas dores de cabeça, ele só deve estar tentando ser gentil	1	2	3	4	5
51) Eu não levo em conta qualquer melhora nas minhas dores de cabeça.	1	2	3	4	5
52) Saber lidar com as minhas dores de cabeça não é nada demais.	1	2	3	4	5
53) Eu não considero o que tem dado certo no meu tratamento para dores de cabeça.	1	2	3	4	5

Anexo R

Tabela de juízes experts para avaliação de itens do INDICCE

Prezado Colaborador,

Estamos desenvolvendo um instrumento intitulado *Inventário de Distorções Cognitivas Relacionadas à Cefaleia* (INDICCE). Os itens do instrumento foram construídos com base na teoria da Distorção Cognitiva de Burns (1980), aplicada ao contexto do tratamento das cefaleias. Os itens foram divididos em 10 dimensões teóricas (categorias de distorção cognitiva). Ao final do documento, você encontrará a definição operacional de cada uma dessas dimensões. Como *expert* na área de terapia cognitiva, pedimos a sua preciosa contribuição para julgar os itens deste instrumento de acordo com dois critérios: 1) relevância, ou seja, se o item pertence ou não à dimensão teórica indicada; e 2) adequação, isto é, se a forma como o item está escrito está clara e apropriada ou se você sugere reformulações.

Abaixo você encontrará uma tabela com as categorias de distorção cognitiva indicadas e a lista de potenciais itens para cada dimensão. Por favor, assinale no espaço indicado o grau em que você considera que o item seja relevante e adequado à dimensão indicada. Para isso, pedimos que você utilize a seguinte escala: 0= nem um pouco; 1= um pouco; 2= moderadamente; 3=muito; 4= extremamente. Caso você assinale 0, 1 ou 2, gostaríamos de pedir que utilize o espaço em branco para fazer comentários/sugestões sobre o item. Por favor, sinta-se à vontade caso também queira acrescentar outros comentários, independentemente da pontuação do item, isto é, mesmo que tenha assinalado 3 ou 4. Em seus comentários/sugestões, você poderá a) indicar possíveis alterações para que o item possa se adequar àquela categoria; b) indicar se o item pertence a outra categoria (avaliação da pertinência) ou ainda c) indicar possíveis mudanças na forma como ele está redigido em termos de compreensão e clareza (adequação do item).

Ficamos muito gratos pela sua valiosa contribuição !

Itens	Relevante? Grau em que o item pertence à dimensão indicada: 0 1 2 3 4	Comentários/Sugestões	Adequado? O quanto a redação está clara e apropriada: 0 1 2 3 4	Comentários/Sugestões
CATASTROFIZAÇÃO (RUMINAÇÃO)				
Quando estou com dor de cabeça, fico pensando no quanto ela dói				
Eu preciso ficar atento o tempo todo porque eu terei uma dor de cabeça a qualquer momento				
A única coisa que eu consigo pensar quando tenho uma dor de cabeça é o quanto eu desejo que ela vá embora.				
Mesmo sem dor, fico preocupado o tempo inteiro de				

ter uma dor de cabeça.				
Quando eu tenho uma dor de cabeça, eu penso o quão ruim foi lidar com um episódio anterior				
Eu fico pensando sobre episódios de dor de cabeça que já tive no passado.				
CATASTROFIZAÇÃO (DESAMPARO)				
Uma vez que a minha dor de cabeça começa, eu sei que o meu dia está perdido.				
Quando eu tenho dor de cabeça, eu temo que a dor será devastadora.				
Ninguém me ajuda em relação às minhas dores de cabeça.				
Não consigo lidar com minhas dores de cabeça				

Não conseguirei mais suportar minhas dores de cabeça.				
Eu me sinto desamparado quando tenho uma dor de cabeça e conseqüentemente acredito que nada me trará alívio.				
CATASTROFIZAÇÃO (MAGNIFICAÇÃO)				
Logo que a minha dor de cabeça começa, tenho medo que a dor piore.				
Eu tenho receio que minhas dores de cabeça gerem um problema de saúde mais grave.				
Quando eu tenho dor de cabeça, eu temo que a única maneira de melhorar seja ir para uma unidade de pronto atendimento/emergência				
Quando eu tenho dor de cabeça, eu temo que ela vá me matar.				

Eu acredito que passarei toda minha vida sendo gravemente afetado por dores de cabeça horríveis.				
Minhas dores de cabeça nunca melhorarão.				
PENSAMENTO TUDO OU NADA/DICOTÔMICO				
Não há nada que eu possa fazer para prevenir minhas dores de cabeça.				
Uma vez que a dor de cabeça começa, não há nada que eu possa fazer para controlar a dor.				
Eu não tenho nenhum controle sobre minhas dores de cabeça.				

Não há nada que eu possa fazer para lidar com minhas dores de cabeça.				
Minhas dores de cabeça são intratáveis				
Minhas dores de cabeça têm que sumir completamente para que eu possa trabalhar.				
Só poderei render no trabalho quando não sentir mais dores de cabeça				
Minhas dores de cabeça têm que desaparecer para que eu possa aproveitar a vida.				
Minhas dores de cabeça têm que sumir completamente para que eu possa me relacionar socialmente.				
Somente terei a vida que desejo quando minhas dores de cabeça forem embora de vez.				

CONCLUSÕES PRECIPITADAS (LEITURA MENTAL)

CONCLUSÕES PRECIPITADAS (LEITURA MENTAL)				
As pessoas me julgam uma pessoa inferior por conta das minhas dores de cabeça.				
As pessoas me julgam uma pessoa fraca por conta das minhas dores de cabeça.				
As pessoas pensam que tenho um problema emocional por conta das minhas dores de cabeça.				
As pessoas pensam que eu reajo exageradamente em relação às minhas dores de cabeça.				
As pessoas me evitam por conta das minhas dores de cabeça.				
As pessoas deixam de convidar para eventos sociais porque poderei cancelar por conta de				

uma dor de cabeça.				
CONCLUSÕES PRECIPITADAS (ERRO DO VIDENTE)				
Nada é capaz de fazer eu me sentir melhor em relação às dores de cabeça.				
Se meu tratamento para dor de cabeça não funcionou até agora, provavelmente nunca funcionará.				
RACIOCÍNIO EMOCIONAL				
Já que fico preocupado quando tenho dor de cabeça, é porque minha saúde deve estar correndo risco.				
Dores de cabeça devem ser perigosas porque sinto-me ansioso(a) quando tenho uma dor de cabeça.				

Eu sinto que ninguém pode me ajudar em relação às minhas dores de cabeça.				
Eu me sinto ansiosa quando tenho uma dor de cabeça e penso que ninguém poderá me ajudar				
Eu me sinto ansiosa quando tenho uma dor de cabeça e conseqüentemente acredito que vou morrer em função das minhas dores de cabeça				
Eu me sinto ansiosa quando tenho uma dor de cabeça e conseqüentemente penso que me tornarei incapacitada em função das minhas dores de cabeça				
Quando as minhas dores de cabeça me fazem sentir emocionalmente abalada(a) penso que sou uma pessoa fraca.				

ROTULAÇÃO

ROTULAÇÃO				
Minha vida é inútil por conta das minhas dores de cabeça.				
Eu sou uma pessoa fraca em função das minhas dores de cabeça				
Dores de cabeça arruinaram a minha vida				
Meu tratamento para dores de cabeça é um fracasso				
Eu falhei com relação a minha família devido as minhas dores de cabeça				
Eu sou uma decepção no trabalho devido as minhas dores de cabeça				
Eu sou uma decepção para os minha família devido as minhas dores de cabeça				
Eu sou uma pessoa chata devido a minhas dores de cabeça				

FILTRO MENTAL				
Eu foco nos aspectos negativos do meu tratamento para dores de cabeça				
Os aspectos negativos do meu tratamento para dor de cabeça chamam mais atenção que os positivos				
Ao final de uma consulta médica para minhas dores de cabeça eu tendo a lembrar somente as informações negativas				
Eu pareço ser a única pessoa que não consegue um bom resultado no tratamento para dor de cabeça				
SUPERGENERALIZAÇÃO				
Minhas dores de cabeça irão me afetar negativamente ao longo de toda minha vida				

Se o meu tratamento para dor de cabeça fracassou hoje, ele seguirá este padrão no futuro				
Meu tratamento sempre terá uma resposta ruim				
Não existem medicações que possam ajudar nas minhas dores de cabeça				
PERSONALIZAÇÃO				
Sou culpada por não ter controle sobre as minhas dores de cabeça.				
Quando eu tenho uma dor de cabeça, sou culpada por causá-la				
Sou culpada por minhas dores de cabeça não terem uma boa resposta ao tratamento				
Sou culpada por não estar respondendo a tratamento para minhas dores de cabeça				

Sou culpada por ter dores de cabeça				
Se eu não consigo ter controle sobre as minhas dores de cabeça é porque eu devo estar fazendo algumas coisa errada				
Se o meu tratamento para dores de cabeça não está funcionando é tudo culpa minha				
DECLARAÇÕES DO TIPO “DEVERIA”				
As medicações deveriam me dar a cura para as minhas dores de cabeça				
Mesmo estando com dor de cabeça, eu deveriam ser tão funcional no trabalho quanto quando eu estou sem dor.				
Mesmo estando com dor de cabeça, eu deveriam ser tão funcional em casa quanto quando eu estou sem dor.				

Deve haver uma cura para minhas dores de cabeça				
Eu deveria ter controle sobre as minhas dores de cabeça o tempo todo.				
O objetivo do tratamento para minhas dores de cabeça é nunca mais ter dor novamente				
O objetivo do tratamento para minhas dores de cabeça deve ser a cura da dor				
DESCONSIDERAÇÃO DO POSITIVO				
Quando o médico me dá um retorno positivo sobre a forma que eu lido com minhas dores de cabeça, ele só deve estar tentando ser legal				
Mesmo as pessoa me dizendo que as minhas dores de cabeça estão melhorando eu penso que isso seja uma mera questão de sorte				

Não mereço crédito por saber como lidar com as minhas dores de cabeça				
Eu tendo a desqualificar os aspectos positivos do meu tratamento para dores de cabeça				
Tendo a desconsiderar as estratégias positivas que uso para lidar com minhas dores de cabeça.				
Eu tendo a não levar em conta qualquer melhora nas minhas dores de cabeça				

CATEGORIAS DE DISTORÇÃO COGNITIVA (BURNS,1980)

Categorias	Definição
Pensamento Tudo ou nada/dicotômico	O indivíduo apresenta a tendência a avaliar qualidades individuais e eventos em categorias extremas, qualificando-os em termos de preto ou branco, não existindo “tons de cinza”. Assim, ele percebe as situações em apenas duas categorias ao invés de um contínuo.
Supergeneralização	O indivíduo realiza uma conclusão arbitrária de que algo que tenha lhe acontecido uma vez no passado irá necessariamente acontecer repetidas vezes. Nestes casos, observa-se a tendência do indivíduo perceber um padrão global de aspectos negativos com base em um único incidente.
Filtro Mental	O indivíduo seleciona um detalhe negativo em qualquer situação e se debruça exclusivamente sobre ele, desta forma percebendo que a situação como um todo seja negativa. O foco indevido sobre o evento negativo implica a desconsideração da situação de forma geral.
Desconsideração do Positivo	O indivíduo irracionalmente desconsidera suas experiências, atos ou qualidades positivas. Elas simplesmente “não contam”, ou podem ser consideradas triviais.

<p>Conclusões precipitadas (dividida em “leitura mental e “erro do vidente”</p>	<p>O indivíduo “salta” arbitrariamente em direção a uma conclusão negativa não justificada pelos fatos de uma dada situação. Na categoria “leitura mental”, o indivíduo assume que os outros estejam lhe julgando negativamente e, por estar tão convencido deste julgamento, não se importa em checar as evidências. Ademais, por acreditar saber o que os outros estão pensando, desconsidera outras possibilidades mais prováveis. Na categoria “erro do vidente”, o indivíduo se comporta como se possuísse uma bola de cristal que predissesse apenas desgraças ou sofrimentos para ele. Ele imagina que algo ruim está para acontecer com ele e assume esta predição como um fato, mesmo que ela seja irrealista.</p>
<p>Magnificação e minimização</p>	<p>O indivíduo amplifica suas imperfeições e minimiza seus pontos positivos. A magnificação corresponderia ao que outros autores reconhecem por “catastrofização”, um processo de julgamento no qual o indivíduo acredita que o que aconteceu ou acontecerá será terrível, intolerável e que ele não conseguirá suportar. Desta forma, o indivíduo prevê o futuro negativamente sem considerar outros resultados mais prováveis. No caso da dor, a catastrofização tem sido postulada enquanto fenômeno multidimensional, composto pelas dimensões ruminação, magnificação e desamparo.</p>
<p>Raciocínio Emocional</p>	<p>O indivíduo assume suas emoções como evidências de verdade. Desta forma, seus sentimentos atuam como guia de interpretação da realidade.</p>

Declarações do tipo “deveria”/ declarações imperativas	O indivíduo diz a si mesmo que as coisas “deveriam” ser do jeito que ele esperava que fossem. Neste caso, ele apresenta uma ideia exata de como ele mesmo ou os outros deveriam comportar-se e superestima quão ruim seja, caso estas expectativas não sejam preenchidas.
Rotulação	O indivíduo atribui traços negativos a si mesmo e aos outros, findando por descrever pessoas ou eventos com palavras imprecisas e emocionalmente carregadas. Esta categoria é considerada uma forma extrema de supergeneralização.
Personalização	O indivíduo assume uma responsabilidade desproporcional por algo negativo mesmo quando não há evidências para fazê-lo. Nestes casos, ele pode interpretar ser responsável pela conduta negativa dos outros, desconsiderando explicações mais plausíveis para tais comportamentos.

