



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO CORE SET DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE PARA INDIVÍDUOS ADULTOS COM MIGRÂNEA**

Recife

2019

HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO CORE SET DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE PARA INDIVÍDUOS ADULTOS COM MIGRÂNEA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Fisioterapia.

Linha de Pesquisa: Aspectos clínicos e funcionais nas lesões de nervos periféricos, doenças cerebrovasculares, cefaleia e dor.

Orientador: Profª. Drª. Daniella Araújo de Oliveira.

Coorientador: Profª. Drª. Andreea Lemos Bezerra de Oliveira e
Profª Drª Débora Wanderley Villela.

Recife

2019

Catalogação na fonte:
Bibliotecário: Elaine Freitas, CRB4:1790

S729d	<p>Souza, Hugo Gabriel Feitosa de Desenvolvimento e validação de conteúdo do core set da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para indivíduos adultos com migrânea/ Hugo Gabriel Feitosa de Souza. - Recife, 2019. 123 f.; il.</p> <p>Orientadora: Daniella Araújo de Oliveira. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Fisioterapia. Recife, 2019. Inclui referências, apêndices e anexo.</p> <p>1. Transtornos de enxaqueca. 2. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). 3. Qualidade de vida. 4. Impacto. 5. Atividades e participação. I. Oliveira, Daniella Araújo de (orientadora). II. Título.</p>	
615.8	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS 2019 - 202)

HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO CORE SET DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE PARA INDIVÍDUOS ADULTOS COM MIGRÂNEA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Fisioterapia.

Aprovada em: 30/07/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Shirley Lima Campos (Examinador Interno)
Departamento de Fisioterapia /CCS/ UFPE

Prof^a. Dr^a. Egmar Longo Hull (Examinadora Externa)
Faculdade de Ciências da Saúde Trairi/ FACISA/ UFRN

Prof^a. Dr^a Fabíola Lys de Medeiros (Examinador Externo)
Centro Integral da Saúde Amaury de Medeiros/ IMIP

Dedico esse trabalho às duas mulheres da minha vida: Áurea, minha mãe me fez herdar a paixão pela docência que me inspirou sonhar com esta jornada. Eveline, minha esposa, decidiu acreditar nesse sonho e me ensinar que sem luta não chegamos à realização dos nossos sonhos. A vocês duas, este é o resultado do sonho que talvez seja mais vosso que meu. Amo Vocês!

AGRADECIMENTOS

Iniciar esta sessão agradecendo a Deus é mais que o clichê que a maioria é acostumada a fazer por viver num país cristão: Anos atrás entendi que minha vida profissional passava pelo chamado de Deus para a minha vida. Desde então, entendi que dar o meu melhor não seria simplesmente uma forma de ser bom profissional, mas acima de tudo ato de adoração ao Deus que me criou, salvou e escolheu para esta missão. A Ele toda a glória e minha eterna gratidão por tudo que fez em mim e através de mim.

Agradeço também a Eveline (a quem prefiro chamar de meu Amor!). Ela acreditou em mim quando nem eu acreditava. Me incentivou à loucura de fazer a seleção quando eu não sabia nem como terminar a graduação. Me repreendeu em cada momento que disse que não tinha condições de entrar neste mestrado. Me sustentou em todos os dias que tive vontade de chutar o balde e desistir. Meu amor, obrigado por escolher sonhar este sonho junto comigo. Obrigado por existir para me completar! A você, amor, minha gratidão por poder olhar para o lado e saber que estarás lá comigo. Te amo! Com êncrase no início da oração como foi o parágrafo todo para mostrar que quando estás comigo sinto que posso quebrar todas as barreiras!

Aos meus pais, que investiram em mim até quando não tinham para investir e tenho certeza que agora estão mais orgulhosos que eu por ter chegado até aqui. A vocês meu agradecimento vai seguido de uma promessa: Ainda vou encher muito vocês de orgulho. Vocês são os meus verdadeiros MESTRES!

Às minhas orientadoras, Daniella Araújo, Débora Wanderley e Andrea Lemos, por terem me guiado nesta caminhada e aceitado contribuir com minha formação. Levarei os ensinamentos de vocês comigo onde for.

Às meninas do LACOM por todas as reuniões em que crescemos e enlouquecemos juntas. Todos os momentos que toparam fazer o que fosse preciso para me ajudar. Mas especialmente às minhas queridas PIBIC: Suellen e Alyne. Que sortudo eu sou de ter tido duas alunas tão incríveis do meu lado nessa caminhada!

Aos colegas de turma que fizeram esta caminhada um pouco mais gostosa, mas em especial a Eliza e Matheus que passaram os últimos sete anos comigo. Lembrar do começo de tudo com a gente correndo loucamente para fazer a inscrição e ver que estamos chegando ao final é uma sensação maravilhosa!

A todos os profissionais e pacientes que aceitaram participar desta pesquisa: sem vocês não teria saído este trabalho.

Finalmente, a todos os amigos que me ajudaram de alguma forma nesta caminhada e ao Professor Luiz Carlos Luz Marques por ter dado junto comigo os primeiros passos na vida acadêmica!

É graça divina começar bem. Graça maior persistir na caminhada certa. Mas graça das graças é não desistir nunca. (CAMARA, 1964).

RESUMO

A migrânea é uma condição de saúde multifatorial de alta prevalência que gera grandes níveis de incapacidade na população acometida. Entender o impacto gerado na vida dos indivíduos com migrânea é tarefa dos profissionais envolvidos no cuidado desta população. Para ajudar na compreensão desta e de outras condições, a Organização Mundial da Saúde propõe a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF considera a interação entre a capacidade física do indivíduo e o meio no qual está inserido como preponderantes na realização de tarefas propostas no dia-a-dia. Por contemplar um modelo biopsicossocial, a CIF é uma classificação extensa que conta com 1545 categorias envolvendo todas as questões relacionadas à funcionalidade humana. Assim, apesar de completa, esta classificação ainda é pouco utilizada nos ambientes clínicos e de pesquisa. Como resposta a esta dificuldade surgem os *Core Sets* que são seleções de categorias específicas da CIF capazes de contemplar toda a gama de características apresentadas por determinadas populações, favorecendo a utilização da CIF de maneira mais prática e simples. Neste contexto, este trabalho objetivou desenvolver um *Core Set* da CIF para migrânea que possa ser utilizado na prática de profissionais de saúde em todo Brasil. Para isto, o trabalho foi dividido em três partes. Na primeira, intitulada “estudos preparatórios” foram realizados 4 estudos, sendo uma revisão de escopo, um estudo empírico em ambiente clínico com profissionais de saúde, um qualitativo com pacientes e uma lista Delphi com especialistas para identificar todos as características envolvidas com a migrânea, fornecendo a lista sobre a qual a segunda fase seria feita. No segundo momento do trabalho, uma lista pré-selecionada de especialistas do país foi apresentada aos resultados da primeira fase para determinar quais categorias da CIF deveriam fazer parte do *Core Set* da CIF para pacientes com migrânea. Por fim, a lista preparada a partir da perspectiva dos especialistas foi validada, no terceiro momento, a partir da perspectiva dos pacientes, por meio de um estudo qualitativo. No primeiro momento foram incluídos 111 artigos que apresentavam desfechos ligados a 17 diferentes categorias da CIF que compreendiam os 4 grandes domínios da classificação. Após as outras fases dos estudos preparatórios, foram totalizadas 64 categorias das quais 51 foram aprovadas pelos especialistas para fazer parte do *Core Set* da CIF para pessoas com migrânea. No último momento, a partir da perspectiva dos pacientes com migrânea, 35

categorias foram confirmadas na validação do *Core Set* pelos pacientes. Com isto, este estudo aponta para a importância de uma abordagem mais ampla, tanto no sentido de envolver mais profissionais, quanto de ampliar o espectro de questões avaliadas e tratadas para que se identifiquem os fatores ambientais e sociais que interferem direta ou indiretamente na fisiopatogenia da migrânea e como as questões biológicas desta condição de saúde modificam as características psicossociais do paciente, gerando diminuição da funcionalidade que deve ser o principal foco na caminhada para a reabilitação desta população.

Palavras-chave: Transtornos de enxaqueca. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Qualidade de vida. Impacto. Atividades e participação.

ABSTRACT

Migraine is a multifactor disease with high prevalence that generates great levels of disability in the affected population. Understanding this impact and perceiving how it influences the patient's life must be the any professional who dedicates himself to the care of this population aim. Attempting to help in understanding this and other diseases, the World Health Organization proposes an International Classification of Functioning, Disability and Health, the ICF. It considers the interaction between the individual physical capacity and the environment where is inserted as preponderant to perform the individual daily life tasks proposed. Because it considers the health in a biopsychosocial model the ICF is an extensive classification that has 1545 categories involving all issues related to human Functioning. Hereupon, although to be complete, this classification becomes quite complex and extensive, which makes it difficult to use in clinical and research environments. In response to this difficulty arise the *Core Sets*, which are selections of specific categories of ICF able to contemplate the full range of characteristics presented by certain populations, favoring the use of the ICF in a simple way. Within this context, this research aim was to develop an ICF *Core Set* for migraine useful in health professionals practice throughout the country. For this, the research was divided into three parts. In the first one, entitled "preparatory studies", four studies were carried out: a scoping review, an empirical study in a clinical setting with health professionals, a qualitative study with patients and a Delphi list with specialists to identify all the characteristics involved with migraine, providing the list on which the second phase would be made. At the second stage of the study, a preselected list of experts from Brazil was presented to the first phase results to determine which ICF categories should be part of the ICF Core Set for patients with migraine. Finally, the list prepared from the specialist's perspective was validated, in the third moment, from the perspective of the patients, through a qualitative study. In the first moment, 111 articles were included that presented outcomes related to 17 different ICF categories which comprised the 4 great domains of the classification. After the other phases of the preparatory studies, 64 categories were totalized, of which 51 were approved by specialists to be part of the ICF Core Set for people with migraine. At the last moment, from the perspective of the migraineurs, 35 categories were confirmed in the validation of the Core Set by the patients. So, this study points to the importance of a broader approach, not only to involve more professionals, but to broad the spectrum of issues

assessed and addressed to identify the environmental and social factors that directly or indirectly interfere in migraine pathophysiology, as well as how the biological issues of this disease modify the patient's psychosocial characteristics, generating a decrease in the Functioning that should be the main focus in migraine population rehabilitation.

Keywords: Migraine Disorders. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF. Quality of life. Burden. Activity and participation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
HC	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz
ICHD-3.	International Classification of Headache Disorders –3
IHS	International Headache Society
LACOM	Laboratório de Aprendizado e Controle Motor
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	MIGRÂNEA.....	18
2.2	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF).....	21
2.3	CORE SETS.....	23
3	HIPÓTESE.....	25
4	OBJETIVOS.....	26
4.1	OBJETIVO GERAL	26
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
5	MÉTODOS.....	27
5.1	ESTUDOS PREPARATÓRIOS.....	27
5.1.1	Revisão da literatura (Revisão de Escopo) (Fase 1).....	28
5.1.2	Estudo empírico em ambiente clínico (Fase 2).....	30
5.1.3	Estudo Qualitativo com Grupos Focais (Fase 3).....	31
5.1.4	Pesquisa com Especialistas (Fase 4).....	32
5.2	CONSENSO DELPHI PARA FORMULAÇÃO DO CORE SET.....	33
5.3	VALIDAÇÃO DO CORE SET DA PERSPECTIVA DOS PACIENTES.....	34
6	RESULTADOS	35
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	41

APÊNDICE B – MANUSCRITO 1: IS IT POSSIBLE TO SORT THE DISABILITY OF INDIVIDUALS WITH MIGRAINE BASED ON THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH? A SCOPING REVIEW.....	44
APÊNDICE C – MANUSCRITO 2: O CORE SET ABRANGENTE DA CIF PARA MIGRÂNEA: UM CONSENSO DELPHI ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE BRASILEIROS.....	69
APÊNDICE D – MANUSCRITO 3: VALIDAÇÃO DA LISTA RESUMIDA DE CATEGORIAS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS PACIENTES: UM ESTUDO QUALITATIVO.....	94
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	120

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação surge com o intuito de contribuir com as pesquisas e abordagem clínica de pacientes com migrânea. A partir da percepção da complexa tarefa de aplicar a CIF neste contexto, emerge a ideia de construir um instrumento que possibilite esta aplicação de maneira mais prática sem perder de vista a abordagem ampla e biopsicossocial apresentada pela CIF.

A partir daí, iniciou-se a criação do *Core Set* da CIF para adultos com migrânea, que foi baseada no guia para elaboração de *Core Sets* e passou por dois momentos distintos: os estudos preparatórios para criação do *Core Set* e o consenso de especialistas para definição das categorias que fariam parte dele.

Como resultado do trabalho empreendido surgiram três trabalhos redigidos em forma de artigo, de acordo com as normas vigentes do Programa de Pós-graduação em Fisioterapia.

O primeiro consiste numa Revisão de Escopo intitulada: “Is it possible to sort the disability of individuals with migraine based on the International Classification of Functioning, Disability and Health? A Scoping Review”, que objetivou identificar quais desfechos têm sido frequentemente avaliados na literatura, em relação à funcionalidade e incapacidade geradas pela migrânea. Este método foi escolhido por permitir um mapeamento mais amplo a respeito deste assunto. Esta revisão foi submetida à Revista “*Disability and Rehabilitation*”, com qualis A1 em nossa área de pesquisa.

O segundo trabalho foi intitulado “Criação de uma lista resumida da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para pacientes com migrânea: um consenso Delphi entre profissionais de saúde brasileiros”. Nele, são apresentados os resultados finais de um consenso entre especialistas brasileiros que determinou quais são as categorias da CIF necessárias para classificar adultos com migrânea. Este segundo artigo será submetido à Revista “*Headache the journal of head and face pain*”, com qualis B1 em nossa área de pesquisa.

O terceiro artigo é uma pesquisa qualitativa intitulada: “Validação da lista resumida de categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde a partir da perspectiva dos pacientes: um estudo qualitativo”. Neste artigo são apresentados os resultados de dez entrevistas realizadas com pacientes com migrânea objetivando confirmar as categorias aprovadas pelos especialistas para a

lista resumida da CIF para pacientes com migrânea. Este artigo será submetido à Revista *“Disability and Rehabilitation”*, com qualis A1 em nossa área de pesquisa.

Assim, este estudo pretende contribuir com a avaliação, classificação e tratamento de pacientes com migrânea por meio de uma abordagem que leve em consideração o impacto gerado pela migrânea sobre a funcionalidade do paciente e suas consequentes limitações e restrições no que diz respeito à sua vida social e laboral.

A migrânea é uma condição de saúde crônica e incapacitante que acomete 20% das mulheres e 8% dos homens no mundo. No Brasil, os índices são de 20.9% em mulheres e 9.3% em homens. (QUEIROZ et al, 2009, DIENER et al, 2019). Além disto, gera alto impacto sobre a vida dos indivíduos acometidos. Reconhecida pela OMS como a segunda doença mais incapacitante do mundo, a migrânea afeta tanto o âmbito pessoal quanto social dos pacientes acometidos (LEONARDI et al, 2010; VOS et al, 2017; STOVNER et al, 2018).

Os impactos negativos sobre esta população têm sido demonstrados em vários estudos e englobam diminuição da qualidade de vida percebida, nível de incapacidade, qualidade de sono, e sensação de bem estar (LEONARDI et al, 2010; BANZI et al, 2015; D'AMICO et al, 2015; LUCCHESI et al, 2016).

Ademais, a migrânea perpassa o impacto pessoal, gerando também altos custos para o meio onde os indivíduos estão inseridos, por impactar diretamente a produtividade e assiduidade da população acometida em seus ambientes de educação e trabalho (STEINER et al, 2010; LEONARDI et al, 2015; STOVNER et al, 2018).

Outro aspecto relevante é o que diz respeito aos custos gerados pela procura dos pacientes por centros de reabilitação e ambulatórios neurológicos devido aos impactos gerados pela migrânea. Dito isto, mostra-se importante que esta condição de saúde, para além dos altos impactos pessoais gerados, seja tratada como uma questão de saúde pública (MICHEL et al, 1997; DURHAM et al, 1998; STEINER et al, 2010; LEONARDI et al, 2015; STOVNER et al, 2018).

Apesar de ainda não haver consensos a respeito da fisiopatogenia da migrânea, sabe-se, atualmente que esta é uma condição que acomete o sistema nervoso central, já havendo uma predisposição à dor dos indivíduos acometidos. Contudo fatores externos funcionam como gatilhos que desencadeiam uma cascata de estímulos dolorosos que acomete tanto a região cefálica, quanto a extra-cefálica, via

sensibilização periférica. (WÖBER *et al*, 2006; HOUGAARD *et al*, 2013; PULEDDA *et al*, 2017).

Assim, é possível perceber que a migrânea tem influência em todos os espectros da vida do indivíduo, alterando funções biológicas, impactando questões sociais e influenciada por fatores ambientais, o que demonstra a importância de uma abordagem ampla e que perceba o paciente como um todo (RAGGI, *et al*, 2010; LEONARDI *et al*, 2015).

Desta forma, pode-se perceber o desafio que se apresenta em classificar adequadamente a incapacidade gerada pela migrânea em todas as áreas da vida do paciente, posto que nem mesmo os instrumentos mais utilizados na prática clínica abordam todos aspectos biopsicossociais envolvidos nesta condição clínica (RAGGI *et al*, 2010).

Por outro lado, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela Organização Mundial de Saúde, surge como uma possibilidade de preencher esta lacuna, por meio de um modelo biopsicossocial capaz de classificar não apenas a incapacidade gerada, como apresentar os níveis de funcionalidade do paciente e qualificar os fatores ambientais envolvidos (OMS, 2001; LEONARDI *et al*, 2015).

A CIF é parte da família das classificações internacionais propostas pela OMS e preconiza a necessidade de homogeneizar a avaliação e descrição de incapacidades funcionais de pacientes (RIBERTO, 2011). Neste contexto, ela se propõe a classificar o indivíduo levando em consideração a interação entre as funções e estruturas do corpo e os fatores ambientais no qual está inserido para que consiga realizar as atividades propostas dentro de suas funções sociais (OMS, 2001).

Contudo, por conter uma proposta bastante ampla, a CIF conta com 1.454 categorias, o que torna sua aplicação um desafio na prática clínica e da pesquisa devido ao tamanho e complexidade de sua aplicação em pequenos espaços de tempo (RIBERTO, 2011).

Na tentativa de dar maior aplicabilidade à CIF são propostos os Core Sets que consistem em uma seleção das categorias mais relevantes na descrição das potencialidades e limitações específicas de grupos de pacientes com determinada condição de saúde (ENGELBARTS *et al*, 2017). Com isto, torna-se possível verificar desfechos comuns a determinadas condições de saúde, o que faz com que os Core

Set's, além de facilitar a utilização da CIF, direcionem as pesquisas e auxiliem na tomada de decisões clínicas (CASTANEDA *et al*, 2014).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para uma melhor compreensão da relação entre a migrânea e a funcionalidade humana, classificada pela CIF, é importante uma melhor compreensão destas duas temáticas isoladamente.

2.1 MIGRÂNEA

➤ *Definição*

A migrânea é definida pela *International Classification of Headache Disorders – 3rd edition (ICHD-3)* como uma cefaleia primária comum, de alta prevalência e altos impactos socioeconômicos e pessoais. De acordo com a *ICHD-3*, suas principais características são: dor de localização unilateral, qualidade pulsátil, intensidade moderada ou intensa, associada a vômito e/ou náusea, fotofobia, fonofobia e crises que se agravam com atividades físicas e persistem por períodos de 4 a 72 horas (OLESEN, 2018).

Além disto, são considerados como migrânicos, indivíduos que já tenham apresentado ao menos cinco crises que preencham os critérios apresentados na ICHD-3 durante a vida (OLESEN, 2018).

➤ *Epidemiologia*

A migrânea acomete mais de 11% da população mundial, o que a torna a terceira mais prevalente no mundo. Quando levadas em consideração apenas mulheres da América do Norte e Europa, este número chega a 18%. Em 2016, mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo foram acometidas pela migrânea, sendo 33 milhões apenas no Brasil. Além disto, a OMS já inseriu a migrânea na lista de condições reconhecidas como incapacitantes, ocupando a segunda colocação na lista, responsável por mais de 45 milhões de “dias vividos com incapacidade”, apenas no ano de 2016 (VOS *et al*, 2017; STOVNER, 2018).

O grupo mais acometido é o de mulheres entre 15 e 49 anos. Esta faixa etária faz com que além dos custos diretos, exista também um alto custo indireto relacionado à migrânea, já que a população acometida se encontra dentro da idade produtiva. Na

Europa os custos chegam a 27 bilhões de euros por ano (ANDLIN-SOBOCKI *et al*, 2005; ALBERS *et al*, 2015; BERRA *et al*, 2015; STOVNER *et al*, 2018).

➤ *Classificação*

A classificação da migrânea é feita de acordo com os critérios propostas pela *International Headache Society* (IHS), que leva em consideração sua frequência ou características. As formas mais comuns são a migrânea sem aura, com aura e crônica (OLESEN, 2018).

Os critérios diagnósticos estabelecidos pela IHS para definição das migrânea sem aura e com aura são apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Migrânea – subcomissão de Classificação das Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia [IHS, ICHD-3 (2018)].

Critérios Diagnósticos	Migrânea sem aura		Migrânea com aura	
	A	Pelo menos 5 episódios preenchendo os critérios B a D.	A	Pelo menos 2 episódios preenchendo os critérios B a C.
	B	Episódios de cefaleia que durem entre 4 e 72 horas. (não tratados ou tratados sem sucesso)	B	Um ou mais dos seguintes sintomas de aura, totalmente reversíveis: <ul style="list-style-type: none"> • visual; • sensitivo; • fala, linguagem ou ambas; • motor; • tronco cerebral; • retiniano.
	C	Cefaleia com pelo menos duas das seguintes características: <ul style="list-style-type: none"> • localização unilateral; • pulsátil; • moderada ou grave; • exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades rotineiras (caminhar, subir escadas...) 	C	Cefaleia com pelo menos duas das seguintes características: <ul style="list-style-type: none"> • alastramento gradual de, ao menos, um sintoma de aura em 5 ou mais minutos e/ou surgimento sucessivo de dois ou mais sintomas; • duração de 5 a 60 minutos de cada sintoma individual de aura; • unilateralidade de pelo menos um sintoma de aura; • a aura é acompanhada ou seguida, em 60 minutos, por cefaleia.
	D	Durante a cefaleia, ao menos um dos seguintes sintomas: <ul style="list-style-type: none"> • vômitos, náuseas ou ambos; • fotofobia e fonofobia. 	D	Não seja melhor explicada por outro critério diagnóstico da ICHD-3 BETA. E foi excluído um acidente sistêmico transitório.
	E	Não seja melhor explicada por outro critério diagnóstico da ICHD-3 BETA.		

Fonte: ICHD-3

Já a migrânea crônica ocorre por 15 dias ou mais em mais de 3 meses, com no mínimo, 8 dias por mês preenchendo os critérios diagnósticos da migrânea. (OLESEN, 2018)

➤ *Quadro Clínico*

Definida pela OMS como uma doença incapacitante, a migrânea afeta a pessoa acometida tanto em termos físicos, como psíquicos e sociais, o que afeta diretamente a qualidade de vida e função dos indivíduos com migrânea (STEFANE *et al*, 2012; BANZI *et al*, 2015).

A migrânea é uma dor crônica e como tal interfere nos fatores sociais, comportamentais e motivacionais do indivíduo. (WIJMA *et al*, 2016). Além disto, tem sido percebida a relação da migrânea com a qualidade do sono dos pacientes e, especialmente nos casos de migrânea crônica, fadiga, ansiedade, aumento da pressão arterial e sintomas de depressão (BORDINI *et al*, 2016; LUCCHESI *et al*, 2016; ZHANG *et al*, 2019).

Além disto, a população com migrânea tende a apresentar, no âmbito pessoal, queda na qualidade de vida e sensação de bem-estar (ZWART *et al*, 2004), diminuição da capacidade cognitiva (CAI *et al*, 2019) além de impactar a vida financeira dos indivíduos acometidos (HJALTE, *et al*, 2019).

Ademais, no âmbito social a característica mais importante que tem sido apresentada por esta população está relacionada ao trabalho, seja por absenteísmo ou presenteísmo (COVELLI *et al*, 2018). Isto pode ser explicado pela idade economicamente ativa em que está inserida a maior parcela de pacientes com migrânea (ZWART *et al*, 2004; BANZI *et al*, 2015).

Além disto, a qualidade de vida de indivíduos migrânicos é atingida, também, pela sensação de medo desenvolvida em relação a ambientes e estímulos que possam desencadear crises. Estes “eventos-gatilho” passam, então, a ser salvos na memória e evitados devido a esta sensação de possível desencadeamento de novas dores. Isto os impede de proceder com o processo normal de aprendizado em relação a situações de desconforto e, em última instância, gera incapacidade funcional (LILLIS *et al*, 2017).

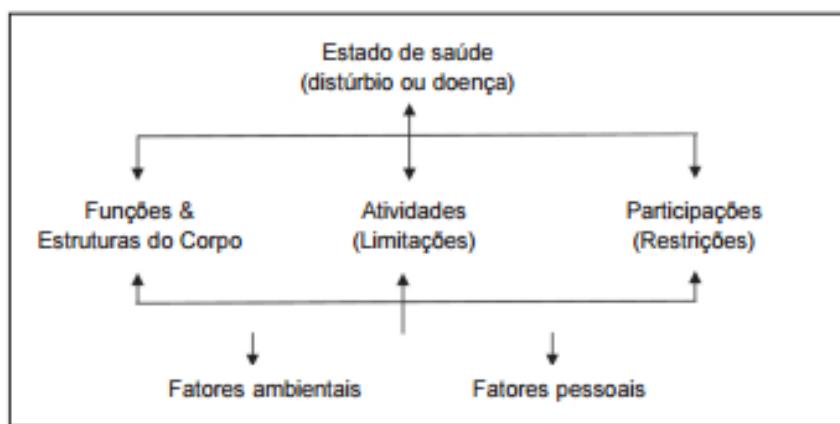
Na tentativa de identificar o impacto da migrânea sobre a qualidade de vida dos indivíduos com migrânea, questionários específicos foram criados. O HIT-6 e o MIDAS são, atualmente, os mais utilizados neste sentido, porém nenhum deles avalia

diretamente questões relacionadas à função e fatores ambientais, como proposto pela CIF (STEWART *et al*, 2000; GANDEK *et al*, 2003; LEONARDI *et al*, 2015).

2.2 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

O conceito de função, presente na definição de saúde proposta pela OMS é complexo, pois comprehende a interação entre o indivíduo e o meio em que está inserido (Figura 1). A partir daí surge a necessidade de um modelo de classificação que integre todas as características físicas, emocionais e sociais em que a pessoa está inserida. É em resposta a esta necessidade que é criada a CIF: a estrutura para mensuração e descrição dos níveis de saúde e incapacidade de indivíduos e populações. Aprovada na 54^a assembleia da OMS e endossada por 191 países a classificação está consolidada, hoje, como padrão na descrição e mensuração de saúde e incapacidade (OMS, 2001; CIEZA *et al*, 2014; BARTOSZEK *et al*, 2016; LI *et al*, 2016).

Figura 1 – Modelo integrador que descreve a funcionalidade humana segundo a CIF.



Fonte: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (WHO, 2001).

É importante destacar que a OMS não busca, com esta classificação, determinar níveis de normalidade para a função humana. Trata-se apenas de uma mensuração do quanto o indivíduo é capaz de utilizar seu próprio corpo (funções fisiológicas e psicológicas) para uma melhor interação com o meio em que está inserido. Dentro deste contexto, todo ser humano – em algum momento da vida – terá decréscimos nesta capacidade, seja por doença, idade ou mesmo por modificações

no ambiente em que está inserido. A interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais (que incluem questões físicas, emocionais, sociais, contextuais e atitudinais) é definida como funcionalidade. Já o decréscimo funcional desta relação é definido pela CIF como incapacidade (OMS, 2001; CIEZA *et al*, 2014).

Devido ao tamanho e complexidade, A CIF organiza as informações em duas partes, cada uma subdividida em dois componentes, para facilitar a compreensão e sistematização dos dados colhidos:

2.2.1 Funcionalidade e Incapacidade

2.2.1.1 Corpo

O primeiro componente incluído nesta parte é o corpo. Este é descrito a partir de duas subclassificações:

- Funções do corpo: domínio que avalia as funções fisiológicas e psicológicas do indivíduo. Nesta sessão são levadas em consideração funções mentais, sensoriais, de voz e fala, dos sistemas do corpo, das funções neuromusculoesqueléticas e da pele;
- Estruturas do corpo, que reflete as partes anatômicas: estruturas e órgãos relacionados aos sistemas citados no item anterior (OMS, 2001).

2.2.1.2 Atividades e participação

Descreve os domínios relacionados à funcionalidade, a partir da perspectiva individual ou social. Para isto, são avaliadas as características relacionadas à aprendizagem e aplicação do conhecimento, tarefas e demandas gerais, comunicação, mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica, relações e interações interpessoais, áreas principais da vida – seja comunitária, social e/ou cívica (OMS, 2001).

2.2.2 Fatores Contextuais

2.2.2.1 Fatores ambientais

Domínio que leva em consideração os fatores físicos, sociais e de atitude relacionados ao ambiente em que o indivíduo vive, tanto em relação aos produtos e tecnologia, quanto ao ambiente natural, serviços, sistemas e políticas (OMS, 2001);

2.2.2.2 Fatores pessoais

Relacionam características pessoais do indivíduo, tais como idade, gênero, raça, forma física e estilo de vida, contudo não existe lista de categorias para classificar este domínio na CIF (RIBERTO, 2011).

Em última instância, a CIF consiste em uma proposta de abordagem biopsicossocial que busca compreender o indivíduo como um todo e inserido em seu contexto com o objetivo de padronizar a linguagem e servir como referencial para descrição das condições de saúde. Isto permite a comparação entre dados referentes a cada aspecto assim como sua evolução. A mensuração dos complexos dados relacionados à funcionalidade se torna, então mais factível. (FARIAS; BUCHALLA, 2005)

2.3 CORE SETS

Apesar da importância da criação da CIF, o grande número de categorias e a alta complexidade de sua aplicação, fazem com que sua implementação se torne um grande desafio. Neste contexto, é proposta a seleção de categorias específicas que cubram todo o contexto da condição de saúde que será avaliada. Esta seleção é chamada de *Core Set*, e tem sido desenvolvida no sentido de estimular o uso da CIF nos contextos clínico e da pesquisa científica (GRILL; STUCKI, 2011; CIEZA *et al*, 2014; SELB *et al*, 2015).

Core Sets da CIF devem ser baseados no *Check List* versão 2.1a, proposto pela OMS, que engloba todo o universo de condições possíveis para um indivíduo. Os aspectos da funcionalidade relevantes para determinadas condições de saúde são selecionados com base em uma série de estudos preparatórios que levam em consideração a literatura, opiniões de profissionais de saúde e a perspectiva dos indivíduos acometidos. Em seguida, os *Core Sets* são finalizados com consensos de *experts* das mais diversas áreas da saúde, para definir quais categorias da CIF são relevantes para descrever determinada condição de saúde, baseando-se nos estudos preparatórios (GRILL; STUCKI 2011; SELB *et al*, 2015).

O uso dos *Core Sets* tem se consolidado no âmbito da pesquisa científica. Castaneda e colaboradores (2014) em sua revisão sistemática não encontraram nenhum artigo que utilizasse em sua metodologia a versão completa da CIF, enquanto 31% deles utilizaram algum *Core Set*.

Hoje, já existem *Core Sets* desenvolvidos para abordar questões relacionadas à neurologia, às condições cardiopulmonares, musculoesqueléticas, traumatológicas, reumatológicas, entre outras. Todavia, o número de *Core Sets* existentes ainda é muito pequeno e demonstra a variedade de disfunções que ainda necessitam de formulação para melhor aplicação da CIF, visto que a construção dos *Core Sets* é um passo importante na categorização e documentação da função dos pacientes (STUCKI; GRIMBY, 2004; SELB *et al*, 2015).

Além das versões completas, existem também as formas reduzidas de cada *Core Set*. Estas buscam uma praticidade ainda maior e contam com o menor número de categorias possível para descrever uma condição específica. De maneira prática, estas seleções permitem que a utilização da CIF seja feita de maneira mais rápida e direta. Os *Core Sets* já desenvolvidos contém entre 55 e 168 categorias – em suas versões completas – e entre 9 e 39 em sua versão resumida; em contrapartida às 1.454 categorias da CIF (RIBERTO, 2011; SELB *et al*, 2015).

Várias condições, porém, não contam com *Core Sets* estabelecidos para o uso da CIF. Não obstante, esta utilização seria de grande importância na diminuição dos danos causados por algumas delas. A migrânea, por exemplo, é uma condição incapacitante que tem forte relação com o contexto social em que o indivíduo está inserido, pois afeta tanto as funções e estruturas corporais quanto a utilização destas nas atividades do indivíduo, gerando incapacidades nos âmbitos físico e social dos indivíduos afetados. Assim, faz-se imperativa a utilização do modelo biopsicossocial da CIF que tem se mostrado de difícil execução sem estratégias que diminuam o tempo e aumentem a praticidade da utilização deste instrumento, como é o caso dos *Core Sets* (LEONARDI *et al*, 2015).

3 HIPÓTESE

A criação de um *Core Set* da CIF é capaz de classificar a funcionalidade de adultos com migrânea no Brasil.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver e validar o conteúdo de um *Core Set* da CIF capaz de identificar os níveis de funcionalidade de adultos com migrânea.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

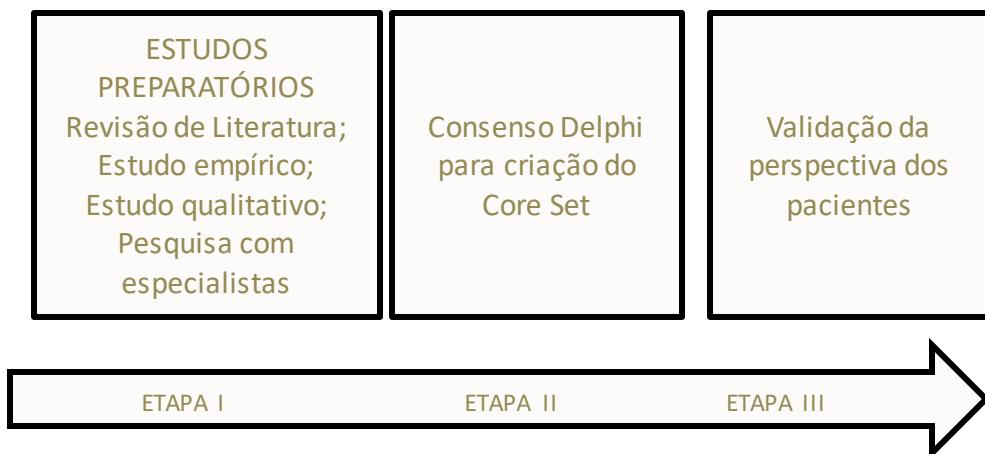
- Mapear as relações descritas na literatura entre migrânea e as alterações de funcionalidade e incapacidade nos indivíduos adultos;
- Identificar a percepção dos indivíduos adultos com migrânea quanto à sua funcionalidade e incapacidade;
- Relacionar as barreiras e os facilitadores encontrados por profissionais de saúde (Fisioterapia, Medicina, Enfermagem e Psicologia) na aplicação do *check list* da CIF em indivíduos com migrânea;
- Definir as categorias da CIF indicadas pelos especialistas de saúde na área de migrânea para classificar a funcionalidade e incapacidade de adultos com migrânea.

5 MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico, com abordagem quali-quantitativa que utilizou o guia para desenvolvimento de *Core Sets* da CIF, proposto pela OMS, para criar um *Core Set* para indivíduos com migrânea. (SELB *et al*, 2015)

A pesquisa foi dividida em três etapas: a primeira etapa consistiu em estudos preparatórios que criaram um arcabouço teórico para embasar a etapa seguinte, na qual aconteceu a criação do *Core Set* (figura 2).

Figura 2 – Sequência de fases da pesquisa



Fonte: Autor do trabalho

A primeira etapa – denominada “Estudos Preparatórios” – foi composta por quatro pesquisas que objetivaram identificar a perspectiva de pesquisadores, profissionais de saúde, indivíduos com migrânea e especialistas da área, a respeito das condições fundamentais da migrânea e suas relações com a funcionalidade humana.

Em todas as pesquisas desta etapa foram determinados pontos de corte para que a categoria da CIF fosse considerada relevante na população estudada. As categorias que atingiram este ponto de corte foram denominadas “Categorias Candidatas” e levadas à segunda etapa deste estudo para que fossem avaliadas por um consenso de especialistas (SELB *et al*, 2015) (figura 3).

Figura 3 – Sequência de estudos preparatórios realizados na primeira etapa da pesquisa



Fonte: Autor do trabalho

5.1 ESTUDOS PREPARATÓRIOS

5.1.1 Revisão de Escopo (Fase 1)

A Fase 1 consistiu na realização de uma revisão sistematizada da literatura, com o objetivo de identificar os aspectos relacionados à funcionalidade em indivíduos com migrânea que já foram descritos ou avaliados pela literatura científica (SELB *et al*, 2015).

Esta revisão foi feita na forma de uma Revisão de Escopo, que consiste em uma nova forma de revisar evidências apresentadas em pesquisas em saúde. Estudos de escopo são utilizados para mapear processos por meio da sistematização, sumarização da literatura, com análise criteriosa dos dados encontrados (LEVAC *et al*, 2010; MALLIDOU *et al*, 2017).

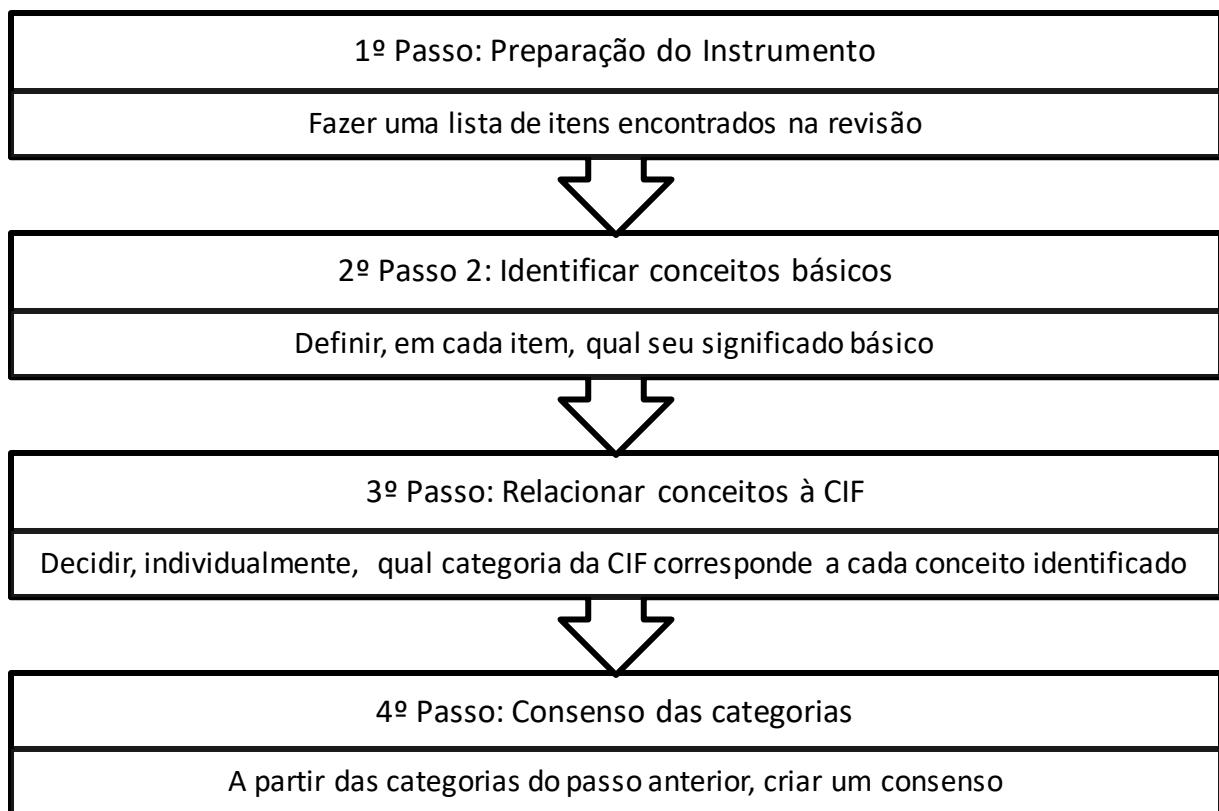
A revisão, intitulada “É possível classificar a incapacidade de indivíduos com migrânea baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde? Uma Revisão de Escopo”, foi registrada na *Open Science Framework* e consultou, no período de novembro de 2017 a junho de 2018, pesquisas publicadas e indexadas nas bases de dados: Medline/PubMed, Lilacs, Cinahl, Scopus (Elsevier), Web of Science e Cochrane Database of Systematic Reviews. Nas bases de dados Medline, Scopus (Elsevier), Web of Science e Cochrane Database of Systematic Reviews foram utilizados os descritores do Medical Subject Headings (MeSH): “Migraine Disorders”, “Disability Evaluation”, “Quality of Life” e “Cost of Illness” e a palavra-chave “Functioning”. Para a base Lilacs foram usados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Transtornos de Enxaqueca”, “Qualidade de Vida” e “Avaliação de deficiência” e a palavra-chave “Funcionalidade”. Na base de dados Cinahl, foram usados os termos do the Cinahl Headings: “Migraine”, “Disability

Evaluation", "Quality of Life", "International Classification of Functioning, Disability and Health" e "Functioning". Todas as estratégias foram combinadas com o operador booleano "AND" e não houve limitação de idioma ou ano de publicação. Foram incluídos na revisão todos os desenhos de estudo encontrados.

Depois de realizada a seleção, os artigos escolhidos foram submetidos a uma análise para identificar quais características de funcionalidade foram avaliadas e relacioná-las a uma das categorias da CIF, utilizando as regras de relação já estabelecidas (SELB *et al*, 2015) (figura 3).

Após realizada a análise dos artigos, foi feito um levantamento de quais categorias haviam sido descritas em cada artigo. As categorias que foram descritas em, no mínimo, 5% das publicações, passaram a fazer parte do grupo de "Categorias Candidatas" (SELB *et al*, 2015).

Figura 4 – Processo de relação das características encontradas com as categorias da CIF.



Fonte: Autor do trabalho

As fases 2, 3 e 4 desta pesquisa foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Número do parecer: 2.361.804) (Anexo A), de acordo com a Resolução 510/16 da Comissão Nacional de Ética em pesquisa do Ministério da Saúde. Todos os voluntários da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) antes de responder qualquer das fases do trabalho.

5.1.2 Estudo empírico em ambiente clínico (Fase 2)

A Fase 2 foi realizada na forma de um estudo empírico que objetivou identificar quais são os problemas mais comuns dentro de um cenário clínico de ambulatórios de cefaleia. Para alcançar este objetivo, foram realizadas entrevistas com questionário semiestruturado, baseado no *Check List 2.1* da CIF, instrumento que avalia o índice de comprometimento funcional do paciente a partir das diretrizes da CIF. Para tanto, leva em consideração 125 categorias que a OMS julga mais importantes no cenário clínico (SELB *et al*, 2015).

As entrevistas aconteceram entre os meses de fevereiro e abril de 2018 no Laboratório de Aprendizado e Controle Motor (Lacom) da Universidade Federal de Pernambuco, no ambulatório de neurologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC) e no ambulatório de neurologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC).

A amostra foi selecionada por saturação, que é o método em que o pesquisador interrompe os estudos quando consegue alcançar as o volume de informações que considera suficiente (KIRCHBERGER *et al*,, 2010) .

Foram incluídos no estudo profissionais de saúde (médicos e fisioterapeutas) que atendiam pacientes com diagnóstico de Migrânea. Foram convidados os profissionais que atuavam no LACOM ou nos ambulatórios de neurologia do HC ou do HUOC.

As listas dos profissionais foram submetidas a uma análise descritiva simples com resultados apresentados de forma percentual a partir de sua frequência de acontecimento. Nesta fase da pesquisa, serão consideradas “Categorias Candidatas” as que estiverem presentes em, no mínimo, 30% das respostas dos terapeutas (SELB *et al*, 2015).

5.1.3 Estudo qualitativo com grupos focais (Fase 3)

Esta fase buscou identificar quais aspectos da funcionalidade são mais importantes na percepção de pessoas afetadas pela migrânea. Para isto, foi realizado um estudo qualitativo com coleta sistemática de dados e interpretação do material colhido através da fala e transcrição dos pacientes (MALTERUD, 2001; SELB *et al*, 2015).

A população foi incluída a partir da lista de pacientes atendidos no ambulatório de cefaleia do HC e com diagnóstico clínico de migrânea a partir dos critérios da IHCD-3. Foram incluídos homens e mulheres que tivessem entre 18 e 55 anos e excluídos aqueles que tivessem dificuldade de participar de atividades em grupo. Os pacientes incluídos foram divididos em grupos focais que possuíam entre 2 e 5 participantes, guiados por um moderador e um assistente. O moderador foi responsável por conduzir as sessões a partir de um questionário semiestruturado (tabela 1), assim como facilitar a interação entre os membros do grupo, no sentido de enriquecer a discussão (CIEZA *et al*, 2010; SELB *et al*, 2015).

Tabela 1 – perguntas norteadoras da entrevista do estudo qualitativo e domínios a que estão relacionadas.

Estudo Qualitativo	Componente da CIF associado
Em relação ao seu corpo e mente em relação à migrânea, quais funções não trabalham da maneira que deveriam?	Funções do Corpo
Que partes do seu corpo estão mais afetadas por conta da migrânea?	Estruturas do Corpo
Quais atividades são comprometidas em momentos de crise?	Atividades e Participação
Qual o ambiente mais confortável para manter-se em momentos de crise?	Fatores ambientais – Facilitador
Qual ambiente se torna desconfortável e geralmente desencadeia uma crise?	Fatores ambientais – Barreira
Que atividade importante para você, a enxaqueca atrapalha?	Fatores Pessoais

Fonte: adaptado da proposta de SELB *et al*, 2015.

Cada grupo focal participou de uma sessão com as perguntas demonstradas na tabela 3 e os participantes foram incentivados a falar livremente sobre os temas propostos. As sessões foram gravadas e transcritas através do método de condensação. Estas transcrições foram realizadas por dois pesquisadores independentes que comparavam todos os seus achados e recorriam a um terceiro pesquisador sempre que havia divergências. Todas as transcrições foram analisadas e divididas pelos pesquisadores cada vez que havia uma mudança de assunto nas falas. Logo após, as falas foram resumidas em palavras-chave e divididas por assunto para que pudesse ser feita uma lista de temas comuns. (KIRCHBERGER *et al*, 2010; SELB *et al*, 2015)

Os temas encontrados foram organizados pela frequência em que apareceram, com a ressalva de que cada tema só podia ser contado uma vez em cada grupo focal. A partir desta relação os temas comuns foram demonstrados em forma de frequência absoluta em número de grupos em que foi citado e relativa, em forma de percentual e correlacionados com a categoria da CIF que melhor descrevia cada tema (Figura 3)

Nesta fase, o ponto de corte foi de 30% para que a categoria fosse incluída na lista de “Categorias Candidatas” deste estudo (SELB *et al*, 2015).

5.1.4 Pesquisa com Especialistas (Fase 04)

Na fase 04 foram pré-selecionados 50 profissionais das áreas de Fisioterapia, Medicina, Enfermagem e Psicologia, profissionais que fazem parte do *Team Player Headache* (GAUL *et al*, 2011). Além disto, estes profissionais deveriam ter o tempo mínimo de três anos de experiência em atendimento de paciente com migrânea ou pesquisas na área e serem filiados à Sociedade Brasileira de Cefaleia (SELB *et al*, 2015; ENGELBARTS *et al*, 2017).

Os especialistas selecionados foram convidados a participar da pesquisa e os que aceitaram participar responderam a um questionário semiestruturado para que selecionassem categorias que, na opinião deles, melhor descrevessem ou avaliassem as condições funcionais dos indivíduos com migrânea (SELB *et al*, 2015; ENGELBARTS *et al*, 2017).

Este instrumento foi baseado no *Check List 2.1a* da CIF, com o intuito de não haver possibilidade de categorias importantes para os especialistas serem excluídas pelos organizadores da pesquisa.

As categorias que foram consideradas relevantes por 70% ou mais dos especialistas foram incluídas como “Categorias Candidatas”, encerrando assim a lista preparada durante estes estudos preparatórios.

5.2 CONSENSO DELPHI PARA FORMULAÇÃO DO CORE SET

A segunda etapa, consistiu num consenso nacional que foi iniciado durante o XXXII Congresso Brasileiro de Cefaleia, ocorrido em Recife-PE no ano de 2018

Nesta fase, 24 especialistas com, ao menos, 08 anos de experiência em tratamento ou pesquisas relacionadas à migrânea, membros da Sociedade Brasileira de Cefaleia e com expertise reconhecida no país foram selecionados para julgar quais categorias dentre a lista de “Categorias Candidatas” eram as mais relevante na avaliação e classificação de pacientes com migrânea e deveriam, por isto, fazer parte do Core Set abrangente da CIF para migrânea (CIEZA *et al*, 2010; SELB *et al*, 2015).

A lista *Delphi* foi selecionada para esta fase do estudo por ser o método designado para se chegar a consensos no que diz respeito às pesquisas em saúde e é baseada nos princípios do anonimato (cada especialista trabalha independente e isoladamente) e do *feedback* controlado (as respostas são dadas a partir de uma lista pré-formada). A lista apresentada aos especialistas contou com todas as “Categorias Candidatas” encontradas nos estudos preparatórios realizados anteriormente (HASSON *et al*, 2000; PAOLONI *et al*, 2017).

Após a devolução dos questionários, foram organizadas novas listas com as convergências e divergências dos especialistas para que houvesse uma nova rodada de questões. As categorias que obtiveram mais de 70% de concordância dos especialistas foram incluídas imediatamente no Core Set, enquanto as que obtiveram resultados abaixo de 30% foram descartadas.

As categorias que ficaram no intervalo de 31 a 74% foram consideradas ambíguas e levadas à segunda rodada para uma reavaliação dos especialistas. Nesta rodada para serem consideradas aprovadas, as categorias precisavam obter um mínimo de 50% de respostas positivas (HASSON *et al*, 2000; ENGELBARTS *et al*, 2017).

Assim, as categorias que alcançaram o ponto de corte, seja na primeira ou na segunda rodada do consenso *Delphi* foram incluídas no *Core Set* abrangente da CIF para migrânea.

5.3 VALIDAÇÃO DO CORE SET DA PERSPECTIVA DOS PACIENTES

A última etapa foi realizada na forma de um estudo qualitativo que objetivou validar o *Core Set* criado a partir da perspectiva dos indivíduos acometidos por esta condição. Esta etapa foi realizada no ambulatório de neurologia do HC e contou com 34 pacientes com diagnóstico de migrânea baseado na ICHD-3. Foram incluídos homens e mulheres com idades entre 18 e 55 anos e que não possuíssem dificuldades de interagir em grupo. Foi selecionada a metodologia de grupos focais por entender que esta é a mais eficaz para identificar percepções e preferências dos participantes, utilizando a interação entre suas falas e reflexões (MALTERUD, 2001).

Todas as entrevistas foram conduzidas por um mediador que utilizou as perguntas pré-estabelecidas na fase de estudos preparatórios (Tabela 2) e incentivou em cada pergunta a resposta de todos os participantes bem como a interação entre eles visando colher o maior número possível de informações (CIEZA *et al*, 2010).

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. Para a transcrição, foi utilizado o método de condensação, no qual as falas foram analisadas e divididas pelo pesquisador cada vez que havia uma mudança de assunto. Em seguida, estas falas eram resumidas em palavras-chave (conceito funcional) e organizadas numa lista de temas comuns. A partir daí cada conceito funcional foi *linkado* à categoria da CIF que melhor a descrevia (MALTERUD, 2001).

A seguir, a lista resumida de categorias da CIF para migrânea foi comparada com a lista criada que surgiu das entrevistas com os pacientes. As categorias presentes nas duas listas foram consideradas confirmadas na lista resumida (SELB *et al*, 2015).

6 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação estão apresentados em formato de artigo. Os títulos dos trabalhos são descritos abaixo e os artigos completos encontram-se nos Apêndice B, C e D. São eles:

Manuscrito 1: Is it possible to sort the disability of individuals with migraine based on the International Classification of Functioning, Disability and Health? A Scoping Review (APÊNDICE B)

Manuscrito 2: Criação de uma lista resumida da Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para pacientes com migrânea: um consenso Delphi entre profissionais de saúde brasileiros (APÊNDICE C)

Manuscrito 3: Validação da lista resumida de categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde a partir da perspectiva dos pacientes: um estudo qualitativo (APÊNDICE D)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CIF se mostrou um importante instrumento na avaliação e classificação de indivíduos com migrânea. Foi observado que essa condição de saúde gera impactos em várias áreas da vida dos pacientes, perpassando todos os componentes classificados na CIF. Assim, o modelo de abordagem biopsicossocial se apresenta como uma importante contribuição ao perceber tanto as estruturas e funções do corpo que podem estar prejudicadas, quanto demonstrar quais fatores ambientais estão, direta e indiretamente, ligados ao desencadeamento e agravo de crises e, ademais, demonstrar as influências da migrânea no âmbito psicossocial das pessoas acometidas.

É importante destacar, também, que a complexidade e extensão da CIF têm se apresentado como barreiras para sua utilização tanto no ambiente clínico quanto no da pesquisa. Assim, desenvolver um instrumento que possibilite a abordagem biopsicossocial proposta pela CIF de uma maneira mais prática, e que esteja em sintonia com as demandas da rotina dos profissionais envolvidos no tratamento desta população, emerge como uma contribuição importante deste trabalho para a avaliação, classificação e posterior tratamento destes pacientes.

Não obstante, reconhecemos que em sua proposta original a CIF classifica o paciente partindo de seus níveis de funcionalidade e não da doença que o acomete, o que seria um contraponto à criação de um *Core Set* baseado nas características da doença. Contudo, por entender a importância da abordagem biopsicossocial e perceber a escassez de utilização desta importante classificação na prática clínica e de pesquisa no atual momento histórico, este estudo busca apontar para novas possibilidades, se propondo a fazer parte desta caminhada na busca pela melhor maneira de avaliar e classificar a funcionalidade humana para que haja um correto direcionamento do tratamento dos pacientes acometidos pela migrânea.

REFERÊNCIAS

- ALBERS, Lucia et al. Migraine and tension type headache in adolescents at grammar school in Germany–burden of disease and health care utilization. **The journal of headache and pain**, v. 16, n. 1, p. 52, 2015.
- ANDLIN-SOBOCKI, Patrik et al. Cost of disorders of the brain in Europe. **European Journal of neurology**, v. 12, p. 1-27, 2005.
- BANZI, Rita et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, 2015.
- BARTOSZEK, Gabriele et al. Outcome measures in older persons with acquired joint contractures: a systematic review and content analysis using the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) as a reference. **BMC geriatrics**, v. 16, n. 1, p. 40, 2016.
- BERRA, E. et al. Cost of Chronic and Episodic Migraine: a pilot study from a tertiary headache centre in northern Italy. **The journal of headache and pain**, v. 16, n. 1, p. 50, 2015.
- BORAN, H. Evren; BOLAY, Hayrunnisa. Pathophysiology of migraine. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, v. 50, n. Suppl 1, p. S1, 2013.
- BORDINI, Carlos Alberto et al. Recommendations for the treatment of migraine attacks-a Brazilian consensus. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 74, n. 3, p. 262-271, 2016.
- CAI, Xiaoying et al. Cognitive Decline in Chronic Migraine with Nonsteroid Anti-inflammation Drug Overuse: A Cross-Sectional Study. **Pain Research and Management**, v. 2019, 2019.
- CAMARA, Dom Helder. Recife: 1964. Disponível em biblioteca do Centro de Documentação Helder Camara - CEDOHC.
- CASTANEDA, Luciana; BERGMANN, Anke; BAHIA, Ligia. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a systematic review of observational studies. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 437-451, 2014.
- CIEZA, Alarcos et al. Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. **BMC public health**, v. 14, n. 1, p. 218, 2014.
- COVELLI, Venusia et al. The evaluation of difficulties with work-related activities caused by migraine: towards a specific questionnaire. **Neurological Sciences**, v. 39, n. 1, p. 131-133, 2018.
- D'AMICO, Domenico et al. Disability and quality of life in patients with different forms of migraine. **The journal of headache and pain**, v. 16, n. 1, p. A4, 2015.

DENUELLE, Marie et al. Hypothalamic activation in spontaneous migraine attacks. Headache: **The Journal of Head and Face Pain**, v. 47, n. 10, p. 1418-1426, 2007.

DIENER, Hans-Christoph et al. Treatment of migraine attacks and prevention of migraine: Guidelines by the German Migraine and Headache Society and the German Society of Neurology. **Clinical and Translational Neuroscience**, v. 3, n. 1, p. 2514183X18823377, 2019.

DURHAM, Carol F. et al. Quality of life and productivity in nurses reporting migraine. Headache: **The Journal of Head and Face Pain**, v. 38, n. 6, p. 427-435, 1998.

ENGELBARTS, Matthias et al. The “Comprehensive ICF Core Set for Head and Neck Cancer”: a Delphi consensus survey among German speaking speech and language therapists. European **Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 274, n. 6, p. 2589-2599, 2017.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, p. 187-193, 2005.

GANDEK, Barbara et al. Translating the Short-Form Headache Impact Test (HIT-6) in 27 countries: methodological and conceptual issues. **Quality of Life Research**, v. 12, n. 8, p. 975-979, 2003.

GAUL, Charly et al. Team players against headache: multidisciplinary treatment of primary headaches and medication overuse headache. **The journal of headache and pain**, v. 12, n. 5, p. 511, 2011.

GOADSBY, Peter J. Recent advances in the diagnosis and management of migraine. **Bmj**, v. 332, n. 7532, p. 25-29, 2006.

GOADSBY, Peter. Migraine, Pathophysiology. **Encyclopedia of Pain**, p. 1878-1888, 2013.

GRILL, Eva; STUCKI, Gerold. Scales could be developed based on simple clinical ratings of International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set categories. **Journal of clinical epidemiology**, v. 62, n. 9, p. 891-898, 2009.

HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS). The international classification of headache disorders, (beta version). **Cephalgia**, v. 33, n. 9, p. 629-808, 2013.

HJALTE, Frida et al. Burden and costs of migraine in a Swedish defined patient population—a questionnaire-based study. **The journal of headache and pain**, v. 20, n. 1, p. 65, 2019.

HOUGAARD, Anders et al. Provocation of migraine with aura using natural trigger factors. **Neurology**, v. 80, n. 5, p. 428-431, 2013.

LEONARDI, Matilde et al. Functioning and disability in migraine. **Disability and rehabilitation**, v. 32, n. sup1, p. S23-S32, 2010.

LEONARDI, Matilde et al. Health-related quality of life, disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty headache center. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 50, n. 10, p. 1576-1586, 2010.

LEONARDI, Matilde et al. Disability, ICF biopsychosocial model and burden of migraine. **The journal of headache and pain**, v. 16, n. 1, p. A2, 2015.

LI, Jianan et al. Towards the system-wide implementation of the international classification of functioning, disability and health in routine practice: Lessons from a pilot study in China. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 48, n. 6, p. 502-507, 2016.

LILLIS, Jason et al. Importance of pain acceptance in relation to headache disability and pain interference in women with migraine and overweight/obesity. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 57, n. 5, p. 709-718, 2017.

LUCCHESI, Cinzia et al. Fatigue, sleep-wake pattern, depressive and anxiety symptoms and body-mass index: analysis in a sample of episodic and chronic migraine patients. **Neurological Sciences**, v. 37, n. 6, p. 987-989, 2016.

MICHEL, P. et al. Loss of productivity and quality of life in migraine sufferers among French workers: results from the GAZEL cohort. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 37, n. 2, p. 71-78, 1997.

OLESEN, Jes. International classification of headache disorders. **The Lancet Neurology**, v. 17, n. 5, p. 396-397, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of functioning, disability and health: ICF**. Geneva: World Health Organization, 2001.

PULEDDA, Francesca; MESSINA, Roberta; GOADSBY, Peter J. An update on migraine: current understanding and future directions. **Journal of neurology**, v. 264, n. 9, p. 2031-2039, 2017.

QUEIROZ, Luiz Paulo et al. A nationwide population-based study of migraine in Brazil. **Cephalgia**, v. 29, n. 6, p. 642-649, 2009.

RAGGI, Alberto et al. Disability and functional profiles of patients with migraine measured with ICF classification. **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 33, n. 3, p. 225-231, 2010.

RIBERTO, Marcelo. Core Sets da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, 2011.

SELB, Melissa et al. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 51, n. 1, p. 105-17, 2015.

SILBERSTEIN, Stephen D. et al. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurology**, v. 55, n. 6, p. 754-762, 2000.

STEFANE, Thais et al. Influence of treatments for migraine on quality of life: Literature integrative review. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 353-360, 2012.

STEINER, Timothy J. et al. Lifting The Burden: the first 7 years. 2010.

STEWART, Walter F. et al. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. **Pain**, v. 88, n. 1, p. 41-52, 2000.

STOVNER, Lars Jacob et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet Neurology**, v. 17, n. 11, p. 954-976, 2018.

STUCKI, Gerold; GRIMBY, Gunnar. Applying the ICF in medicine. **Journal of Rehabilitation Medicine**, n. 44 Suppl, p. 5-6, 2004.

VASCONCELLOS, Denise Camargo de. Impacto da cefaléia tensional e migrânea na vida de estudantes universitários e fatores associados. 95f. Dissertação (Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Passo Fundo: 2008.

VOS, Theo et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 390, n. 10100, p. 1211-1259, 2017.

WIJMA, Amarins J. et al. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. **Physiotherapy theory and practice**, v. 32, n. 5, p. 368-384, 2016.

WÖBER, Christian et al. Trigger factors of migraine and tension-type headache: experience and knowledge of the patients. **The journal of headache and pain**, v. 7, n. 4, p. 188, 2006.

ZHANG Q, Shao A, Jiang Z, Tsai H, Liu W. The exploration of mechanisms of comorbidity between migraine and depression. **Journal of cellular and molecular medicine**, 2019.

ZWART, J.-A. et al. Analgesic overuse among subjects with headache, neck, and low-back pain. **Neurology**, v. 62, n. 9, p. 1540-1544, 2004.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (Desenvolvimento e validação de conteúdo do *Core Set* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para indivíduos adultos com migrânea), que está sob a responsabilidade da pesquisadora Daniella Araújo de Oliveira, você pode entrar em contato com ela no endereço: Av. Jorn. Aníbal Fernandes, s/n, Cidade Universitária, Laboratório de controle motor, Recife, PE, Brasil, 50740-560, por telefone: (+5581) 2126-8937, Fax: (+5581)2126-8491, ou e-mail: sabinodaniellaufpe@gmail.com.com para contato com o referido pesquisador responsável. A pesquisa terá como pesquisadores participantes Hugo Gabriel Feitosa de Souza, telefone: (81) 99774.2745 e e-mail (hugogfeitosa@gmail.com) e Andrea Lemos Bezerra de Oliveira, telefone (81) 99232.5707 e-mail (andrealemos4@gmail.com).

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O motivo que nos leva a estudar este tema é a possibilidade de saber quais as maiores facilidades e dificuldades que o paciente com enxaqueca enfrenta em âmbito pessoal ou social para, com isto, ter a possibilidade de melhor projetar os tratamentos.

A participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista com um profissional de saúde realizada com um questionário com perguntas sobre como a enxaqueca influência em sua vida cotidiana.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO CORE SET DA CIF PARA INDIVÍDUOS COM MIGRÂNEA”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
-------	-------

Assinatura:	Assinatura:
-------------	-------------

**APÊNDICE B – MANUSCRITO 1: IS IT POSSIBLE TO SORT THE
DISABILITY OF INDIVIDUALS WITH MIGRAINE BASED ON THE
INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND
HEALTH?
A SCOPING REVIEW**

**Is it possible to sort the disability of individuals with migraine based on the
International Classification of Functioning, Disability and Health?
A Scoping Review**

Sorting the Migraine disability based on ICF

Review Article

Hugo Feitosa^a; Débora Wanderley^a; Manuella Moraes Monteiro Barbosa Barros^a; Suellen Freitas da Silva^a; Alyne Karine de Lima Santos^a; Alessandra Carolina de Santana Chagas^a; Andrea Lemos^a; Daniella Araújo de Oliveira^{a}.*

^a Department of Physical Therapy, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil.

***Corresponding Author:**

Daniella Araújo de Oliveira, Department of Physical Therapy, Federal University of Pernambuco, Av. Jorn. Aníbal Fernandes, 173 – Cidade Universitária, Zip Code: 50740-560, Recife –PE. Phone: + 55 (81) 2126.8937. E-mail: sabinodaniellaufpe@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6013-978X>

Word count: 6590

Abstract

Purpose: To identify the most frequent outcomes related to disability assessed in individuals with migraine and to correlate these findings with the categories of International Classification of Functioning, Disability and Health.

Material and method: This scoping review was developed based on studies of the adult population (18-55 years) of both sexes and assessing the disability generated by migraine. We included studies in which patients had a diagnosis of migraine based on International Classification of Headache Disorders.

Results: 52 articles were found with 42 outcomes related to 17 categories of International Classification of Functioning, Disability and Health, including the four main components of the classification, with seven categories in "Body Functions", one in "Body Structures", four in "Activities and Participation" and five in "Environmental Factors".

Conclusion: The findings show that disabilities, activity limitation, or participation restriction generated by migraine can be classified by International Classification of Functioning, Disability and Health. The components "body functions" and "activities and participation" were the most identified in the present study. Thus, this classification is important to classify the disability caused by migraine, and to guide a rehabilitation more focused on the patient's real demands, as well as directing the research involving this population.

Keywords: Functioning, Body functions, Activities and participation, Environmental Factors, Migraine disorders, Quality of life.

Introduction

Migraine is the third more prevalent disease in the world and the second one that causes larger numbers of lost days in work by disability (1). Sleep disorders, decrease in the perception of quality of life and the well-being sensation, increase of anxiety crises and of blood pressure are related to migraine crises, besides the influence in social function, due to disability and decreasing of social status caused by this condition. As a consequence, there are often emotional and psychological disorders (2-4). Besides, it is important to highlight that more than a half of workers with migraine state that they lose, at least, two work days a month due to this disease (5).

Defined by the International Headache Society as a primary headache of high prevalence, migraine causes from moderate to severe pain and that can be associated to vomiting, nausea, photophobia and phonophobia (6). The etiology of migraine is still uncertain, and nowadays neurobiological factors are taken in consideration. Thus, the treatment tends to be symptomatology and seeks to reduce the intensity and frequency of crises (4).

However, it is known that there are severe impacts caused by migraine over the quality of life and social function of the affected individuals what makes that this illness have a wider spectrum than biological questions, for it generates psychological and social problems for both the individual and the social environment he belongs, either for the greater difficulty in social relations or even for the economic impacts caused by the reduced productivity of migraineurs individuals (1,4 ,7).

From the understanding that migraine as much as any other diseases provokes impacts that go beyond biomedical issues, the World Health Organization (WHO) presents a classification model that seeks to obtain a broader vision of the health-disease process. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) belongs to the family of International Classifications (WHO) and arises as an answer to the demand of changing, from biological model to the biopsychosocial one, which seeks to overcome the patient's vision, from only the point of view of the health-disease process to a wider perspective that covers his physical, emotional, psychological, functional, social and environmental conditions (6,7).

Despite the exposed points, there is a gap in the literature about biopsychological issues, generated by migraine that have undeniable implications regarding the patients' Functioning. Therefore, the use of ICF is one of the best ways in the classification of this population, since it is a proposal that aims at the patient's approach on this broader vision in adopted by WHO (6, 7).

Therefore, the objective of this study is to conduct a Scoping Review that can map the most important implications of migraine, in the patient's Functioning, from the main disabilities presented by this population in already done studies. Moreover, this study aims to support future researches and clinical approaches of the patients with migraine, in order to value even more in which aspects of the patient's life, migraine negatively influences, presenting levels of Functioning as well as social and environmental factors associated with the onset of migraine crises.

Materials and Methods

Design

It is all about a Scoping Review, methodology that seeks to map about determined subject through a systematized starting point, including summarization and analytical review of published texts (8,9). The Scoping Review is not necessarily done through the analysis of evidence quality, as it would occur in a systematic review, since its proposal is to search for information about the chosen process, which frequently demands that diverse different outcomes be used. Thus, such review can be a tool for conducting systematic reviews, based on that have already been able data (10). It has been adopted as a model the standard one, proposed by Joanna Briggs Institute Manual that suggests: 1. Creation of title, aim, and conductor question to be answered. 2. Choice of sources and search for data chain are followed by study selection and data extraction. 3. Presentation of results and practical implications.

It is important to highlight that in the study selection, as proposed by the Joanna Briggs Institute guide, inclusion and exclusion criteria was used, based on Population, Context and Concept, aiming to response the conductor question: What are the disabilities related to adult patients with migraine?

Inclusion Criteria

Population

The studies performed in the adult population (aged between 18 and 55 years old) of both sexes were included in this review, taking is consideration that the migraine impacts vary in different age groups, besides the fact that this one represents the higher prevalence range (2).

Concept

Disability has been the searched concept defined by WHO as a term that includes deficiencies (related to functions and structures) limitations (joined to performed) activities) and restrictions (related to social participation) as well as environmental factors interacting with these constructs (11).

Context

There was inclusion of the studies that assessed patients with a diagnosis of migraine, based on the International Classification of Headache Disorders Versions I(2), II (12), III-Beta (13), with the objective of broadening the impact spectrum of migraine patients included in hospitals, outpatients' clinics, specialized centers for headaches or in their own communities were included.

Study Selection

In the period from November 2017 to June 2018, the searches were performed in Medine/Pubmed, Lilacs, Cinahl, Scopus (Elsevier) Web of Science, and Cochrane Database of Systematic Reviews, by using indexed descriptors and keywords, without restriction of year of publication, language or study design.

Research Strategies

In the databases Medline, Scopus (Elsevier) Web of Science and Cochrane Database of Systematic Reviews, we have considered the following descriptors of the Medical Subject Headings (MeSH): “Migraine Disorders”, “Disability Evaluation”, “Quality of Life”, and the keyword “Functioning”. For a Lilacs basis we have taken in consideration the descriptors in Health Sciences (Migraine Disorders), Quality of Life, Disability Assessment and a keyword “Functioning”. From the database Cinahl, we have used the terms of its titles: “Migraine”, “Disability Assessment”, “Quality of life”, “International Classification of Functioning” “Disability and Health” and “Functioning”.

The Boolean operator “AND” was used to cross the descriptors, by defining the search strategy (figure 1 – INSERT HERE).

Primary Identification of the Articles

Initially, the studies found from the search strategies were identified by title and abstract to, and summarized, so that two independent researchers were able to judge whether they were relevant to answer the conducting question. In case of disagreement between them, a third researcher would be activated to assist on clarifying doubts and taking a final decision about the article relevance. In cases where, even after these measures, the article relevance was still considered dubious, it would be included for the reading phase of the full text for deeper clarification. Next, those which met the inclusion criteria and adequately answered the guiding question were finally included in the study.

Concomitantly, those articles which couldn't respond the work question, were also identified, for they were not able to clarify which biopsychosocial aspects of the assessed patients were affected by migraine. However, by using validated questionnaires for this population (Migraine Disability Assessment, Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire and Headache Impact Test-6) they were considered relevant to be presented in a specific session of the article results.

Data Extraction

For this phase it was created a spreadsheet in the Microsoft Excel Program to be filled with each study data. Those ones collected from each study were: article title, authors' names, publication date, diagnostic criteria, population's age range, main study outcomes and tools used for this aim.

It was organized a table with these data by relating the outcomes found with the equivalent ICF categories in the sense of identifying which ones were more relevant in the assessment of the patients with migraine.

Results

Figure 2 shows the captation flowchart of articles in this review. It is possible to observe that the initial search as found a total of 2.545 articles, from which 978 were repeated among the databases, while 881 were excluded after the reading of their titles or abstracts, being considered relevant for the text as a whole only 686 articles (INSERT FIGURE 2 HERE).

After the complete reading of the articles, 575 of them were excluded because they didn't meet the inclusion criteria or for being considered irrelevant for the study. With this proceeding only 111 were taken to the phase of data extraction. In these 111 articles, we have identified that 59 studies used exclusively the result of validated questionnaires for patients with migraine: Migraine Disability Assessment (MIDAS), Headache Impact Test-6 (HIT-6) e Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire (MSQ). For recognizing the importance of such questionnaires in the assessment of patients with migraine, these studies were considered relevant and included in this review. However, at the moment of data extraction, it was not possible to identify what functional aspects of the patients were affected, since the presentation of results of these studies did not permit to identify which categories were more relevant in this population. Because of this, just the 52 remaining articles had their data extracted, tabulated and categorized in our study.

Description of Articles

The 52 articles included in this review were published in 16 different countries, involving 11,540 patients, with a mean age of 38.7 years, of whom 8,144 were women, 1,132 men and 2,264 were not identified in relation to sex in the studies. As for the publishing location, it is possible to highlight the United States as the place with larger number of publications. These studies were published in the interview from 1994 up to 2017, being 2012 the year that presented the largest number of publications of the articles included in this research (table 1 - INSERT HERE).

The study design most found in this study was randomized clinical trial (21) followed by cross-sectional studies (13). Literature reviews came after, followed all the other types of study (cohort, systematic review, control-case and qualitative) totaling 9 articles.

Table 2 shows the outcomes found in this Scoping Review and the ICF correlated categories. The assessed outcomes in these articles were related to 17 ICF categories, being 7 in the component “Body Functions”, 1 in “Body Structures”, 4 in “Activities and participation”, and 5 in “Environmental Factors” (table 2 - INSERT HERE).

In the 59 articles which used some validated questionnaire, but didn’t present results that could answer this review question was totalized a population of 19,153 people, being 15,703 women, and 3,273 men with ages between 18 and 55 years, with an average age of 38,6 years.

Discussion

The disability classification of patients with migraine can be done through the ICF, but it is still a little used instrument in the studies developed in this thematic. The validated tools for assessing the migraine impact do not make it clear in their results which aspects of life are more affected, besides being not able to address satisfactorily the biopsychosocial aspects, what makes imperative the necessity of major usage of ICF in the disability classification of patients with migraine,

Studies about the Functioning of patients with migraine are not a recent phenomenon. This review has found articles dated from 1994. Besides, there are already validated instruments to assess disability measures and migraine impact in several aspects in patients' lives. Nevertheless, it was detected identification difficulty from the studies results, which aspects of the patient's life are more affected (14-16).

To make more intelligible the discussion development, the authors of this study took the option of dividing it, according to the ICF components, making it easier the understanding of the shown results.

Body Functions

In this component, it was found the most prevalent category of the studies of this Scoping Review: "b280 pain sensation". That confirms what is known nowadays about migraine, by considering pain as its main characteristic (17). It is important to highlight, however, that migraine has, more and more, presented itself as a process not limited to pain sensation. Corroborating this observation, other findings of this review let it clear that factors joined to body functions show altered in migraineurs population (18).

Despite of this, the importance of this category is not reduced, since the pain frequency is still the most important outcome in the assessment of this population, for altering life quality significantly and collaborating with other following outcomes (2,3,19). Furthermore, it was possible to confirm, in the present review, that the most assessed outcomes in the studies in migraineurs populations, are related to pain sensation in the patient.

Still in the component body functions, the second more frequent category was "b 130 Functions of energy and impulses" that includes issues such as motivation, appetite, desire and impulse control (11). There is a study which demonstrate the thalamus participation in the migraine pathophysiology (20), what explains the cascade of autonomic and emotional symptoms, caused by this condition. Meanwhile, another one (21) let it still clearer the relation

between migraine and functions of energy and impulses when they demonstrate the thalamus involvement in the alterations caused by migraine in functions of food intake and anxiety control.

Furthermore, the outcome called vitality is included in this category. Thus, the number of articles that use the SF-36, in spite of the existence of specific and validated questionnaires increases the number of researchers that assessed this item. Yet, the patients' perception and the neuropathogenic explanation of migraine itself demonstrate that this category has relevance for the studied population, what makes its presence imperative in instruments that seek to assess or classify this population. (20, 22-32)

In 17% of the articles included in this review, outcomes related to the category "Regurgitation and Vomiting" were found. It is important to detach that in relation to qualitative studies, this category has been constantly indicated by patients, what leads us to believe that its impact in migraineurs people's quality of lives is still underestimated by the studies now conducted with this population (33, 34).

Within the component Body Functions, is still important to highlight that 15,6% of the included articles assessed outcomes related to tolerance to physical exercise or to "sleep functions". Concerning to physical exercise, the established relation in larger part of the studies found, refer simply to this issue of crises aggravation with the performance of physical exercise (22,35,36). However, it isn't related to cardiovascular system, as would be in the ICF category present in this component. Instead, there are already studies which go beyond this question and show that despite this established fact, the performance of physical exercises, in periods between crises has showed efficacy in the reduction of frequency and intensity of crises in patients with migraine. So, it is important a deepening about this point in order to be possible to clarify how much migraine diminishes tolerance to exercise with differentiation of the periods with and without crises (37,38).

About sleep functions, one study (36) demonstrates improvement of sleep quality in treated patients with migraine, while another one (39) established an important relation among patients who presented migraine and reduction in sleep quality and risk of sleep apnea. With this, in spite of not to be possible yet to establish a relation of cause and effect, it was already demonstrated that reduction in sleep quality has twice as much prevalence in population with migraine as compared to population in general, becoming important to detach that this is a prevalent condition in the classification of patients with migraine, both by established relation and by the impact that sleep quality has in life quality of these patients (40).

Body Structures

In this Scoping Review, the outcomes to body structures found are inserted in the rank “s710 Structure of the region of the head and of the neck”. It is important to highlight that the included studies present measurements more related to the region of the neck than the head itself, in spite of migraine being a headache. This can be explained by the fact that migraine impact on the head region has already been established, while investigations are still in course with the neck region (41-43).

It was also found a study which assessed the shoulder region. There are also studies that seek to connect migraine and structures of the vertebral column and the impact of other body regions via peripheral sensitization. Yet, the small number of researches assessing these outcomes shows that the major focus of research is still restrict to the region where pain is (44).

The allodynia questionnaire is a device that extrapolates this more local logic of assessment of patients with migraine and seeks – although in a generic way – to identify repercussions in other body regions. But, in this Scoping Review, no studies were found using this tool, what could have enlarged the number of categories listed in this component (45).

Activities and participation

The component “activities and participation” is one of the greatest legacies that the ICF brings in this population classification. The Functioning and the disability generated by this sickness are exactly related to the individual capacity to use his body (structures and functions) in contact with determined environment in order to execute tasks (activities) which are inserted in specific social context (11).

This Scoping Review has found a large number of outcomes related to this component, what corroborates with the status of up to date art, that this is a disabling disease with high personal and social impact (1, 46) Among these categories that one with highest frequency of use found in the researches was “d850 paid work.”. The economic aspect linked to this category enhances its importance, which explains why it has been the most frequent in this component. It is also necessary to detach that this population profile strengthens this impact, since the major prevalence of the disease happens exactly, within the age group economically active. (47, 48)

In one research fulfilled in brazilian population it was estimated that in more than 55% the population with migraine that is working in Brazil, while 10% more are unemployed and 20% call themselves “housewives” or “students”, accounting for almost 85% of this population as potentially active (49).

Besides, absenteeism and decrease of productivity of people during migraine crises generate costs or income decrease both for themselves and for the market they are inserted in, what makes that, specially at this point, migraine becomes a disease of great impact, personal and social. Because of this, migraine can be considered as a public health problem. (1,7,46)

The second more frequent category in the outcomes found by this review was “Socializing”. Here are included denouements related to social function and socialization. In spite of being terms still generic, the idea they send to, shows the impact caused by migraine in social life. (22,32). Then, it becomes important to highlight that researchers should give greater attention to this rank, investigating this further about more specific outcomes in the context of socialization of the population with migraine. Notwithstanding, it was also possible to perceive the relation between migraine and the outcomes linked to the rank “activities of recreation and leisure,” showing that restriction in these activities has impacted directly quality of life of individuals with migraine.

Thus, it becomes imperative patients’ assessment not only about this ailment clinical repercussions; the professionals who take care of this population need to give special attention to social factors which affect these individuals in the sense of understanding which aspects of their social life need improvement, as well as rethink the used therapeutics, promoting entanglement between clinical objectives and patient’s demands (7,20).

Environmental Factors

It is already consolidated in literature the influence of environmental factors, especially in what concerns to crises triggers in individuals with migraine. In this scope, the most found outcomes in the studies included in this review were: “e240 Light” and “e2500 Sound Intensity”. Both of them are related to characterization of samples, regarding to photophobia and phonophobia (2).

Studies demonstrated the relation of migraine with other triggering factors like climate change and cigarette smoking (50) and also already demonstrated this relation of crises triggering with climate changes, which evidences the importance of being better evaluated the relations of migraine with environmental factors in which are inserted the individuals of this population (33).

Furthermore, another relevant aspect is that osmophobia, (fear of smell), characteristic that can be present in individuals with migraine and described in ICDH-3, has not received the same attention as photophobia and phonophobia, which explains the fact that not many studies have been found that take in consideration this outcome (2,51).

So, this Scoping Review identified the two outcomes already mentioned as important factors in the disability of this population. However, this highlights the importance of further studies in this spectrum, so that it is possible to determine which are the factors of major impact in this population, and this way, seeking treatments with better results, offering then to the affected individuals a greater possibility of creating environments with major facilitators and removal of obstacles that generate limitations and restrictions.

Articles with validated questionnaires

The 59 articles that were included for having used validated questionnaires for this population are not discussed in this special session, due to the presentation form of their results. It is possible to measure in these 59 articles, the impact generated by migraine in the individuals' quality of life and disability. Notwithstanding, these studies do not make explicit in which biopsychosocial aspects that impact was observed.

From these discoveries, this review highlights two questions considered more relevant: first of all, these articles corroborate with those found in this review about the high impact generated by migraine in the affected individuals. It can be confirmed from the perception of the high scores found in this population through the questionnaires applied by the found studies.

Nevertheless, it is necessary to detach the importance of a better clarifying about which aspects of the patient's life have been more decisive in these final scores, so that a better approach can occur, both in the research and in the clinical environment, in a wider and more precise spectrum generated in the physical, emotional and social of this population.

Strengths and Limitations

This study represents a mapping about which outcomes has been assessed by the researchers in populations with migraine. Among the strengths of our review the larger number of articles is a highlight, since the methodology proposed by the Scoping Review, it could be included articles of different designs and from different epochs; a standardization in the population, from the exclusion of studies that had not used the international classification of headaches for the patients' diagnosis.

Besides, the connection of the found outcomes with ICF categories represents a syntony of our studies with the most up-to-date proposals of attention to the health of the OMS, from a biopsychosocial model that promotes a wider vision over the studied individuals.

The methodology of the scope review doesn't go through analysis of evidence quality, what can be considered a limitation of our study. However, this was the methodology that better

responded our question, due to the large number of studied outcomes in this population and, especially, the study proposal was not to point better options, but mapping and summarizing which outcomes have been studied, and that one better achieved, from the methods already described.

Conclusions

This review has demonstrated that migraine generates disabilities related to all the ICF components, finding outcomes linked to diverse categories of this classification, what demonstrates as this impact is broad and affects all the areas in the individual's life. With this, it is possible to realize the importance of an approach that overpasses the question of Physiopathogeny and Symptomatology and understands the environmental factors involved in this disease that strengthen the generated disabilities and culminate with severe repercussions on the individual's activities and social environment, stepping up the necessity of the biopsychosocial approach, proposed by ICF.

Besides, this review recognizes the importance of the already validated tools for this population and their contribution in the measurement in migraine impact in the patients' quality of life and Functioning. However, we feel the necessity of demonstrating in a broader way which aspects of the patient's life are more affected, both in his or her labor activities and leisure, inserted in his or her own social context. Thus, the ICF arises as an interesting proposal to fill up this gap, for its capability to explain in universal language, the impacts generated by migraine over the Functioning of this population.

Declaration of interest statement

The authors report no conflicts of interest.

References

1. Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, Abd-Allah F, Abdelalim A, Al-Raddadi RM, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*. 2018;17(11):954-76.
2. Olesen J. International Classification of Headache Disorders. *The Lancet Neurology*. 2018;17(5):396-7.
3. Banzi R, Cusi C, Randazzo C, Sterzi R, Tedesco D, Moja L. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;2015(4):1-56.
4. Lucchesi C, Baldacci F, Cafalli M, Dini E, Giampietri L, Siciliano G, et al. Fatigue, sleep–wake pattern, depressive and anxiety symptoms and body-mass index: analysis in a sample of episodic and chronic migraine patients. *Neurological Sciences*. 2016;37(6):987-9.
5. Bordini CA, Roesler C, Carvalho DdS, Macedo DDP, Piovesan É, Melhado EM, et al. Recommendations for the treatment of migraine attacks-a Brazilian consensus. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2016;74(3):262-71.
6. Zwart J-A, Dyb G, Hagen K, Svebak S, Stovner L, Holmen J. Analgesic overuse among subjects with headache, neck, and low-back pain. *Neurology*. 2004;62(9):1540-4.
7. Leonardi M, Raggi A, Grazzi L, D'Amico D. Disability, ICF biopsychosocial model and burden of migraine. *The journal of headache and pain*. 2015;16(S1):A2.
8. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*. 2010;5(1):69.
9. Mallidou AA, Atherton P, Chan L, Frisch N, Glegg S, Scarrow G. Protocol of a scoping review on knowledge translation competencies. *Systematic reviews*. 2017;6(1):93.
10. Davis K, Drey N, Gould D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International journal of nursing studies*. 2009;46(10):1386-400.
11. Stucki G, Cieza A. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for rheumatoid arthritis: a way to specify functioning. *Annals of the rheumatic diseases*. 2004;63(suppl 2):ii40-ii5.
12. Olesen J. ICHD-3 beta is published. Use it immediately. Sage Publications Sage UK: London, England; 2013.
13. Olesen J, Bousser M-G, Diener H-C, Dodick D. The international classification of headache disorders. *Cephalgia*. 2004;24(Suppl 1):9-160.
14. Passchier J, De Boo M, Quaak H, Brienen J. Health-related quality of life of chronic headache patients is predicted by the emotional component of their pain. *Headache: the journal of head and face pain*. 1996;36(9):556-60.
15. Rendas-Baum R, Yang M, Varon SF, Bloudek LM, DeGryse RE, Kosinski M. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6) in patients with chronic migraine. *Health and quality of life outcomes*. 2014;12(1):117.
16. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain*. 2000;88(1):41-52.
17. Silberstein SD, Consortium UH. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2000;55(6):754-62.
18. Leonardi M, Raggi A, Ajovalasit D, Bussone G, D'amicco D. Functioning and disability in migraine. *Disability and rehabilitation*. 2010;32(sup1):S23-S32.
19. Lillis J, Graham Thomas J, Seng EK, Lipton RB, Pavlović JM, Rathier L, et al. Importance of pain acceptance in relation to headache disability and pain interference in women

- with migraine and overweight/obesity. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 2017;57(5):709-18.
20. Puledda F, Messina R, Goadsby PJ. An update on migraine: current understanding and future directions. *Journal of neurology.* 2017;264(9):2031-9.
 21. Noseda R, Kainz V, Borsook D, Burstein R. Neurochemical pathways that converge on thalamic trigeminovascular neurons: potential substrate for modulation of migraine by sleep, food intake, stress and anxiety. *PLoS One.* 2014;9(8):e103929.
 22. Bigal ME, Bigal JO, Bordini CA, Speciali JG. Prevalence and costs of headaches for the public health system in a town in the interior of the state of São Paulo. *Arquivos de neuro-psiquiatria.* 2001;59(3A):504-11.
 23. Burk CT, Gilderman A, Salas J, Berenbeim D, Nichol MB. The impact of an over-the-counter migraine medication program on quality of life. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 2003;43(3):191-201.
 24. Cohen J, Beall D, Miller D, Beck A, Pait G, Clements B. Subcutaneous sumatriptan for the treatment of migraine: humanistic, economic, and clinical consequences. *Family medicine.* 1996;28(3):171-7.
 25. Dartigues J, Michel P, Lindoulsi A, Dubroca B, Henry P. Comparative view of the socioeconomic impact of migraine versus low back pain. *Cephalgia: an international journal of headache.* 1998;18:26-9.
 26. Durham CF, Alden KR, Dalton JA, Carlson J, Miller DW, Englehardt SP, et al. Quality of life and productivity in nurses reporting migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 1998;38(6):427-35.
 27. Elkind AH, O'Carroll P, Blumenfeld A, DeGryse R, Dimitrova R. A series of three sequential, randomized, controlled studies of repeated treatments with botulinum toxin type A for migraine prophylaxis. *The Journal of Pain.* 2006;7(10):688-96.
 28. Ferro EC, Biagini AP, da Silva ÍEF, Silva ML, Silva JRT. The combined effect of acupuncture and Tanacetum parthenium on quality of life in women with headache: randomised study. *Acupuncture in medicine.* 2012:acupmed-2012-010195.
 29. Lipton RB, Liberman J, Kolodner K, Bigal M, Dowson A, Stewart W. Migraine headache disability and health-related quality-of-life: a population-based case-control study from England. *Cephalgia.* 2003;23(6):441-50.
 30. Michel P, Dartigues J, Lindoulsi A, Henry P. Loss of productivity and quality of life in migraine sufferers among French workers: results from the GAZEL cohort. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 1997;37(2):71-8.
 31. Osterhaus JT, Townsend RJ, Gandek B, Ware Jr JE. Measuring the functional status and well-being of patients with migraine headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 1994;34(6):337-43.
 32. Zarandi FM, Raiesifar A, Ebadi A. The effect of orem's self-care model on quality of life in patients with migraine: A randomized clinical trial. *Acta Medica Iranica.* 2016;54(2):159-64.
 33. Moloney MF, Strickland OL, DeRossett SE, Melby MK, Dietrich AS. The experiences of midlife women with migraines. *Journal of Nursing Scholarship.* 2006;38(3):278-85.
 34. Scaratti C, Covelli V, Guastafierro E, Leonardi M, Grazzi L, Rizzoli PB, et al. A Qualitative Study On Patients With Chronic Migraine With Medication Overuse Headache: Comparing Frequent And Non-Frequent Relapsers. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 2018;58(9):1373-88.
 35. Nazari F, Safavi M, Mahmudi M. Migraine and its relation with lifestyle in women. *Pain Practice.* 2010;10(3):228-34.
 36. Shrivastava R, Pechadre J, John G. Tanacetum parthenium and Salix alba (Mig-RL®) Combination in Migraine Prophylaxis. *Clinical drug investigation.* 2006;26(5):287-96.

37. Irby MB, Bond DS, Lipton RB, Nicklas B, Houle TT, Penzien DB. Aerobic exercise for reducing migraine burden: mechanisms, markers, and models of change processes. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2016;56(2):357-69.
38. Krøll L, Sjödahl Hammarlund C, Gard G, Jensen R, Bendtsen L. Has aerobic exercise effect on pain perception in persons with migraine and coexisting tension-type headache and neck pain? A randomized, controlled, clinical trial. *European Journal of Pain*. 2018.
39. Buse DC, Rains JC, Pavlovic JM, Fanning KM, Reed ML, Manack Adams A, et al. Sleep Disorders Among People With Migraine: Results From the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2018.
40. Zhu B, Dong Y, Xu Z, Gompf HS, Ward SA, Xue Z, et al. Sleep disturbance induces neuroinflammation and impairment of learning and memory. *Neurobiology of disease*. 2012;48(3):348-55.
41. Ferracini GN, Chaves TC, Dach F, Bevílaqua-Grossi D, Fernández-de-las-Peñas C, Speciali JG. Relationship between active trigger points and head/neck posture in patients with migraine. *American journal of physical medicine & rehabilitation*. 2016;95(11):831-9.
42. Ferracini GN, Florencio LL, Dach F, Chaves TC, Palacios-Ceña M, Fernández-de-las-Peñas C, et al. Myofascial trigger points and migraine-related disability in women with episodic and chronic migraine. *The Clinical journal of pain*. 2017;33(2):109-15.
43. Özer G, Benlier N. Neck pain: is it part of a migraine attack or a trigger before a migraine attack? *Acta Neurologica Belgica*. 2018;1-5.
44. Gonçalves MC, Chaves TC, Florencio LL, Carvalho GF, Dach F, Fernández-De-Las-Peñas C, et al. Is pressure pain sensitivity over the cervical musculature associated with neck disability in individuals with migraine? *Journal of bodywork and movement therapies*. 2015;19(1):67-71.
45. Florencio LL. Adaptação transcultural e confiabilidade do questionário 12 item Allodynia Symptom Checklist para o Brasil: Universidade de São Paulo.
46. Steiner TJ SL, Birbeck G. Migraine: the seventh disabler. *J Headache Pain*. 2013;14(1):1.
47. Bigal ME, Serrano D, Reed M, Lipton RB. Chronic migraine in the population Burden, diagnosis, and satisfaction with treatment. *Neurology*. 2008;71(8):559-66.
48. Steiner TJ, Stovner LJ, Katsarava Z, Lainez JM, Lampl C, Lantéri-Minet M, et al. The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *The journal of headache and pain*. 2014;15(1):31.
49. Queiroz LP, Peres M, Piovesan E, Kowacs F, Ciciarelli M, Souza J, et al. A nationwide population-based study of migraine in Brazil. *Cephalalgia*. 2009;29(6):642-9.
50. ÖZDEMİR G, AYGÜL R, Demir R, ÖZEL L, Ertekin A, Ulvi H. Migraine prevalence, disability, and sociodemographic properties in the eastern region of Turkey: A population-based door-to-door survey. *Turkish journal of medical sciences*. 2014;44(4):624-9.
51. Chitsaz A, Ghorbani A, Dashti M, Khosravi M, Kianmehr M. The prevalence of osmophobia in migrainous and episodic tension type headaches. *Advanced biomedical research*. 2017;6.

Figure captions

Figure 1 – Search strategies for MEDLINE/ Pubmed, Lilacs, Cinahl, Cochrane Database of Systematic Reviews and Scopus (Elsevier) databases.

Figure 2 – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses flow diagram of included articles.

Table 1 – Characteristics of studies included in the scoping review (n =52).

Period	Country	Study Design	n	Period	Country	Study Design	n
2013-2017	Turkey	RCT	1	2001-2004	Brazil	Cross-sectional study	2
		Cross-sectional study	1		USA	Literature review	1
	China	Systematic review	1			Case-control study	1
	Philippines	Cross-sectional study	1			Cross-sectional study	1
	Brazil	Cross-sectional study	2			Longitudinal study	1
	Iran	RCT	1		France	RCT	1
	USA	Literature review	1		Turkey	RCT	1
		RCT	1		Germany	RCT	1
	Spain	Systematic review	1		USA	RCT	1
	Netherlands	RCT	1			Literature review	1
	USA	RCT	6		France	Cohort study	2
	Brazil	RCT	1		England	Cross-sectional study	1
2009-2012	Thailand	RCT	1	1997-2000	USA	RCT	1
	Taiwan	Cross-sectional study	1		Netherlands	Cross-sectional study	1
	Switzerland	Observational study	1		USA	RCT	1
	China	RCT	1		India	RCT	1
	Iran	Case-control study	1				
	2005-2008	USA	RCT				
		Case series study	2				
		Observational study	1				
		Literature review	1				
		Qualitative study	1				
		Literature review	1				
2005-2008	Taiwan	Cross-sectional study	1				
	France	RCT	1				

Note. RCT: Randomized Clinical Trial

Table 2 – Outcomes evaluated in studies included, related to International Classification of Functioning, Disability and Health categories and its description (n =52).

Outcomes Found/ Tools	Related Category	Description
Body functions		
Frequency of pain, intensity of pain/ Headache diary, Visual analogue Scale	b280 Sensation of pain	Sensation of unpleasant feeling indicating potential or actual damage to some body structure.
Energy and vitality/ SF-36	b130 Energy and drive functions	General mental functions of physiological and psychological mechanisms that cause the individual to move towards satisfy specific needs and general goals in a persistent manner.
Exercise tolerance, physical activity tolerance, worsens with physical activity, aggravation with physical activity, physical performance, vigorous activity/, qualitative interview, anamnesis, Fatigue Severity Scale	b4559 Exercise tolerance functions, unspecified	
Nausea and vomiting/ qualitative interview, free question sleepiness, sleep disturbances, to sleep, ability to sleep/ qualitative interview, Epworth Sleepiness Scale, Subjective sleep quality was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index	b5106 Functions of expelling the contents of the stomach, oesophagus or pharynx b134 Sleep functions	Functions of moving substances such as food, liquid, medications, objects intentionally or unintentionally swallowed in the reverse direction to ingestion, such as in regurgitation and vomiting. General mental functions of periodic, reversible and selective physical and mental disengagement from one's immediate environment accompanied by characteristic physiological changes.

Stress, mood, impact on mood, irritability/ Generalized Anxiety Disorder 7-item scale, Patient Health Questionnaire 9-item Scale Memory/ Fear conditioning test, qualitative interview

b1263 Psychic stability

b144 Memory functions

Mental functions that produce a personal disposition that is even-tempered, calm and composed, as contrasted to being irritable, worried, erratic and moody. Specific mental functions of registering and storing information and retrieving it as needed.

Body structures

Head and neck/ Cervical Range of Motion, algometry, Neck disability index

s710 Structure of head and neck region

Activities and participation

Workdays lost, ability to work, work score, work performance/ free questions, qualitative interview, American Migraine Prevalence and Prevention, Years lived with disability

d850 Remunerative employment

Engaging in all aspects of work, as an occupation, trade, profession or other form of employment, for payment, as an employee, full or part time, or self-employed, such as seeking employment and getting a job, doing the required tasks of the job, attending work on time as required, supervising other workers or being supervised, and performing required tasks alone or in groups.

Leisure and recreation activities

d920 Recreation and leisure

Engaging in any form of play, recreational or leisure.

Social function, social activity, social interactions, social isolation.

d9205 Socializing

Engaging in informal or casual gatherings with others, such as visiting friends or relatives or meeting informally in public places.

To walk, ability to walk/ qualitative interview, anamnesis, Fatigue Severity Scale

d450 Walking

Moving along a surface on foot, step by step, so that one foot is always on the ground, such as when strolling, sauntering, walking forwards, backwards, or sideways.

Environmental factors

School performance, intellectual performance, school score, schooldays lost	e5850 Education and training services	Services and programmes concerned with education and the acquisition, maintenance and improvement of knowledge, expertise and vocational or artistic skills, such as those provided for different levels of education
Light, strong lights and photophobia/ Headache diary, anamnesis	e240 Light	Electromagnetic radiation by which things are made visible by either sunlight or artificial lighting
Sound, noise and phonophobia/ Headache diary, anamnesis	e2500 Sound intensity	Level or volume of auditory phenomenon determined by the amount of energy being generated, where high energy levels are perceived as loud sounds and low energy levels as soft sounds.

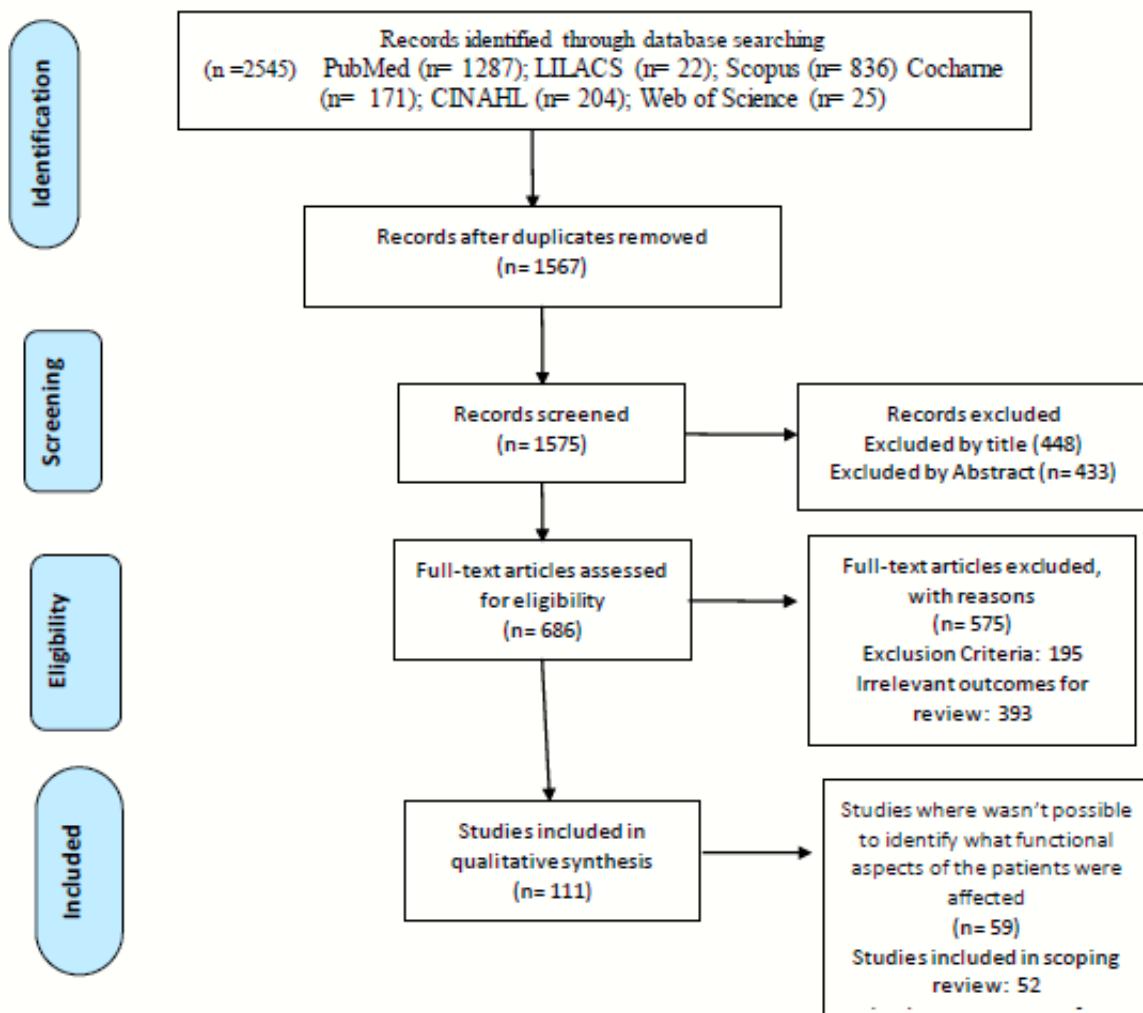
Note. b: Body functions; s: Body structures; d: Domains; e: Environment

Figuras

Figura 1 – Estratégias de busca das bases de dados MEDLINE/Pubmed, Lilacs, Cinahl e Scopus.

MEDLINE/Pubmed	#1 ("Migraine Disorders"[Mesh]) AND ("Disability Evaluation"[Mesh]) #2 ("Migraine Disorders"[Mesh]) AND("Quality of Life"[Mesh]) #3 ("Migraine Disorders"[Mesh]) AND ("Functioning") #4 ("Migraine Disorders"[Mesh]) AND "Cost of Illness"[Mesh]
Web of Science	#1 ("Migraine Disorders") AND ("Quality of Life") #2 ("Migraine Disorders"[Mesh]) AND ("Disability Evaluation"[Mesh]) #3 ("Migraine Disorders"[Mesh]) AND ("Functioning")
Lilacs	#1 ("Transtornos de Enxaqueca" [DeCS]) AND ("Avaliação de deficiência" [DeCS]) #2 ("Transtornos de Enxaqueca" [DeCS]) AND ("Qualidade de Vida" [DeCS]) #3 ("Transtornos de Enxaqueca" [DeCS]) AND ("Qualidade de Vida") AND ("Avaliação de deficiência" [DeCS]) 1 #4 ("Transtornos de enxaqueca") AND ("Funcionalidade")
Cinahl	#1 ("Migraine") AND ("Disability Evaluation") #2 ("Migraine") AND ("Quality of Life") #3 ("Migraine") AND ("International Classification of Functioning, Disability and Health") #4 ("Migraine") AND ("Functioning")
Cochrane	#1 ("Migraine Disorders"[Mesh]) AND ("Quality of Life"[Mesh]) 131 #2 ("Migraine Disorders"[Mesh]) AND ("Disability Evaluation"[Mesh])
Scopus	#1 ("Migraine Disorders"[Mesh]) AND ("Disability Evaluation"[Mesh]) (Filtro adultos) #2 ("Migraine Disorders"[Mesh]) AND ("Quality of life"[Mesh]) 524 (Filtro adultos) #3 ("Migraine Disorders") AND ("Functioning") 130 (Filtro adultos)

Figura 2 – Fluxograma de Captação de artigos da Revisão.



**APÊNDICE C – MANUSCRITO 2: CRIAÇÃO DE UMA LISTA RESUMIDA DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE PARA PACIENTES COM MIGRÂNEA: UM CONSENSO DELPHI ENTRE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE BRASILEIROS.**

Manuscrito 2: Criação de uma lista resumida da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para pacientes com migrânea: um consenso Delphi entre profissionais de saúde brasileiros.

Hugo Feitosa¹; Débora Wanderley¹; Andrea Lemos¹; Diego Dantas¹; Suellen F Silva¹; Alyne K L Santos¹; Daniella A de Oliveira^{1*}.

¹Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife – Brasil.

* Autor de correspondência: Daniella Araújo de Oliveira, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco, Av. Jorn. Aníbal Fernandes,173 -Cidade Universitária, CEP: 50740-560, Recife –PE. E-mail: sabinodaniellaufpe@gmail.com, tel: 2126-1045

Resumo

Objetivo: criar uma lista resumida de categorias da CIF para avaliação e classificação de indivíduos com migrânea. **Métodos:** Foram realizados quatro estudos preparatórios que compreenderam os achados da literatura; a opinião de pacientes; a opinião de profissionais de saúde que atuam no ambiente clínico de ambulatórios de cefaleia e a opinião de especialistas que possuíam ao menos 5 anos de experiência no atendimento ou pesquisa em cefaleia. Para a criação desta lista participaram 16 profissionais com mais de 8 anos de experiência no atendimento ou pesquisa com pacientes com migrânea, provenientes de três regiões do Brasil, os quais julgaram, por meio de um consenso *Delphi*, quais categorias da CIF eram relevantes e suficientes para a abordagem completa de adultos com migrânea no Brasil. **Resultados:** Foram pré-selecionadas 64 categorias, das quais 51 atingiram o ponto de corte para fazer parte da versão final aprovada pelo consenso de especialistas. Dentre estas categorias, 20 (39,2%) fazem parte do componente funções do corpo, 4 (7,8%) de estruturas do corpo, 23 (45%) de atividades e participação e 4 (7,8%) de fatores ambientais. **Conclusão:** Foi possível criar uma lista resumida de categorias da CIF para pacientes com migrânea. O componente “Atividade e Participação” foi o que contou com mais categorias aprovadas para esta lista. É preciso, ainda que seja realizado um estudo de validação desta lista a partir da perspectiva dos pacientes.

Introdução

A “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” (CIF) surgiu como resposta a uma eminente necessidade de homogeneizar a avaliação e descrição de incapacidades de pacientes com quaisquer tipos de condição de saúde (1-3), classificando o indivíduo num contexto biopsicossocial (4, 5). Contudo, devido à sua dimensão, a aplicação da CIF ganha uma complexidade que torna sua aplicação um grande desafio no contexto da clínica ou mesmo da pesquisa(6).

Com o intuito de facilitar a aplicação desta classificação e auxiliar na tomada de decisão, são propostas listas de categorias da CIF que consistem em uma seleção das categorias mais relevantes na descrição das potencialidades e limitações específicas de grupos de pacientes com determinada condição de saúde(7, 8, 9). No âmbito destas listas de categorias estão os *Core Sets*. Neste contexto, uma revisão sistemática (9) mostra que não foram evidenciados artigos que utilizassem a versão completa da CIF em sua metodologia. Por outro lado, 31% dos artigos incluídos nesta revisão (9) utilizaram algum tipo de *Core Set*. Exemplos de *Core Sets* da CIF podem ser encontrados nas áreas da neurologia, condições cardiopulmonares, musculoesqueléticas, dentre outras(3, 4, 10-41).

No âmbito das condições que ainda não possuem Listas com categorias da CIF está a migrânea. Situada no grupo das cefaleias primárias, e devendo ser encarada como uma questão de saúde pública, devido a seus altos impactos pessoais e socioeconômicos(42-46), a migrânea ocupa o terceiro lugar na lista de desordens mais prevalentes no mundo. Além disto, suas implicações interferem no âmbito da atenção à saúde e também na economia mundial, pois chega a provocar um custo estimado em 27 bilhões de euros por ano, na Europa(43, 44). Já no Brasil, a migrânea atinge mais de 10% da população causando limitação em cerca de 93% das pessoas atingidas(44).

Pode-se destacar, entre os impactos que podem estar relacionados à migrânea estão a obesidade, os distúrbios do sono, (47); bem como queda na qualidade de vida e sensação de bem estar(48); e distúrbios de ansiedade e aumento da pressão arterial(49). Além disto, a migrânea influencia também na função social, devido à incapacidade e diminuição do *status* funcional causadas por esta condição, o que gera não apenas déficits motores, mas também distúrbios emocionais e psicológicos importantes. Além disto, é importante ressaltar que mais da metade dos trabalhadores

com migrânea afirmam perder ao menos dois dias de trabalho por mês por causa desta afecção (50, 51).

Diante do exposto, percebe-se que a migrânea é uma condição que afeta a saúde do indivíduo em diferentes domínios, incluindo níveis de estrutura e função, atividade e participação. Todavia, as ferramentas para avaliação de pacientes com migrânea não contemplam em sua totalidade aspectos importantes da percepção de saúde e funcionalidade e permanecem muito direcionadas para o nível de funções do corpo. Assim, a criação de uma lista resumida da CIF voltada para esta população pode favorecer uma avaliação biopsicossocial de pessoas com migrânea, além de facilitar sua aplicação na prática clínica. Inserida neste contexto, esta pesquisa surge com o objetivo de criar uma lista resumida de categorias da CIF para avaliação, classificação, reabilitação e intervenção em indivíduos com migrânea.

Métodos

Foi realizado um consenso entre especialistas baseado em uma pesquisa em formato de lista *Deplhi* a partir das evidências coletadas em 4 estudos preparatórios, conforme previsto no guia para elaboração de *Core Sets* da CIF(6).

Estudos preparatórios

A conferência foi baseada nos estudos preparatórios realizados entre agosto de 2017 e agosto de 2018. Estes estudos incluíram: 1. uma revisão de escopo, que identificou os desfechos mais frequentes na literatura; 2. um estudo qualitativo em grupos focais, que procurou perceber os desfechos mais importantes na percepção dos pacientes; 3. um estudo empírico em ambiente clínico com os profissionais de saúde que atendem esta população, visando coletar as informações sobre quais pontos são mais frequentes em sua prática clínica por meio de um questionário baseado no *Check List 2.1* da CIF; e 4. Uma pesquisa com especialistas, membros da Sociedade Brasileira de Cefaleia, no qual eles opinaram sobre quais categorias da CIF eram mais importantes na classificação de pacientes com migrânea.

Revisão de Escopo

A revisão de escopo objetivou identificar os desfechos mais frequentes na avaliação de pessoas com migrânea e relacionar estes desfechos com as categorias da CIF que melhor o descrevessem. Para isto foram realizadas buscas por dois pesquisadores independentes, no período de novembro de 2017 a junho de 2018 nas bases de dados Medline/PubMed, Lilacs, Cinahl, Scopus (Elsevier), Web of Science e Cochrane Database of Systematic Reviews utilizando descritores indexados e palavras-chave, sem restrição de ano de publicação, idioma ou desenho de estudo.

Estudo Qualitativo

O estudo qualitativo foi conduzido com a metodologia de grupos focais e utilizou o método de saturação, no qual as conversas são transcritas a cada grupo e ao final as falas dos pacientes são condensadas em seu significado principal por dois pesquisadores independentes. Quando um grupo não apresenta nenhum elemento novo em relação aos que já tinham sido encontrados em grupos anteriores, o assunto é considerado saturado e as coletas são finalizadas. Em seguida, os desfechos encontrados foram relacionados às categorias da CIF que melhor os descrevessem.

Para alcançar a saturação, foram realizadas conversas com 10 grupos que possuíam de 2 a 4 (n=28) participantes conduzidos por um mediador e seu assistente. Essas conversas foram direcionadas a partir de um roteiro semiestruturado direcionando para a coleta de informações a respeito de cada domínio da CIF.

Foram incluídos nesta fase homens e mulheres de 18 a 55 anos com diagnóstico de migrânea dado por neurologista e atendidos no ambulatório de neurologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC).

Estudo empírico em ambiente clínico

Esta etapa do estudo teve o objetivo de coletar a perspectiva de profissionais atuantes nos cuidados clínicos de pacientes com migrânea. Para isto, foram convidados os profissionais responsáveis pelo atendimento de pacientes com migrânea nos ambulatórios de neurologia do HC; do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC); assim como no Laboratório de aprendizagem e Controle Motor (LACOM).

A partir do *Check List 2.1* da CIF, estes profissionais foram convidados a informar que desfechos eram importantes na avaliação de seus pacientes.

Pesquisa com especialistas

Esta etapa da pesquisa foi realizada objetivando trazer a opinião de especialistas no tratamento da migrânea para a lista resumida. Para isto, foram selecionados, nesta fase, apenas profissionais que tivessem no mínimo três anos de experiência em atendimento de pacientes com migrânea ou envolvidos em pesquisas na área, além de serem filiados à Sociedade Brasileira de Cefaleia.

Os especialistas selecionados responderam a um questionário semiestruturado para que selecionassem categorias que, na opinião deles, melhor descrevessem ou avaliassem as condições funcionais dos indivíduos com migrânea.

Os desfechos encontrados nestes 4 estudos foram relacionados com as categorias da CIF que melhor os definiam e formaram o ponto de partida para a lista Delphi que definiu quais fariam parte da nossa lista resumida.

Criação da lista resumida

Seleção dos participantes

Foi elaborada uma lista *Delphi*, a partir da qual os profissionais de saúde com expertise e experiência no assunto (médicos, fisioterapeutas, odontólogos e

psicólogos) – que foram designados neste estudo como especialistas – foram apresentados às categorias encontradas nos estudos preparatórios para definir quais eram relevantes o suficiente para fazer parte da lista.

A partir da lista de associados da Sociedade Brasileira de Cefaleia foi realizada uma seleção prévia dos 30 profissionais com maior expertise sobre migrânea no Brasil para que fossem convidados a participar do processo de escolha das categorias. Nesta lista, além da experiência e autoridade no assunto, buscou-se obter participação de profissionais das 5 regiões do país e que fossem fisioterapeutas, médicos, psicólogos ou odontólogos.

Processo Delphi

A primeira rodada do processo foi realizada durante o XXXII Congresso Brasileiro de Cefaleia. Os profissionais pré-selecionados, conforme sua disponibilidade no congresso, foram apresentados à lista de categorias formada a partir dos estudos preparatórios para opinar se estas deveriam ou não fazer parte da Lista resumida. As categorias que obtiveram mais de 70% de aprovação foram incluídas, enquanto as com percentual abaixo deste foram reapresentadas aos especialistas para reavaliação na segunda rodada do processo. Neste momento, as categorias precisavam obter ao menos 50% de aprovação para fazer parte do *Core Set* da CIF para indivíduos com migrânea.

Análise estatística

Os dados coletados foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel* 2010 e organizadas pela frequência relativa e absoluta para cálculo dos resultados de cada fase.

Resultados

Estudos preparatórios

Durante os estudos preparatórios foram relacionadas 16 categorias na revisão de escopo, 26 no estudo qualitativo, 28 no empírico em ambiente clínico e 43 na pesquisa com os especialistas.

Após serem relacionadas e retiradas as categorias que se repetiram nos estudos, chegou-se a um número final de 64 categorias, dentre as quais 24 categorias no componente funções do corpo, 6 no componente estruturas do corpo, 27 no componente atividades e participação, e 7 no componente fatores ambientais. Esta lista de categorias encontradas nos estudos foi o ponto de partida para o processo Delphi de seleção das categorias (tabela 1).

Tabela 1 – Número de categorias da CIF participantes e aprovadas no *Core Set* da CIF para adultos com migrânea

	Funções do Corpo	Estruturas do Corpo	Atividades e Participação	Fatores ambientais
Categorias Participantes da primeira rodada	24	6	27	7
Categorias Confirmadas				
1 Rodada	15	3	22	4
2 Rodada	5	1	1	0
Categorias não confirmadas	4	2	4	3
Total de categorias confirmadas	20	4	23	4

n= número de categorias

Criação da Lista resumida

Participantes

Vinte e quatro especialistas de diversas regiões do país e especialidades foram contatados para participar do processo de escolha das categorias, todos ligados à Sociedade Brasileira de Cefaleia, tendo resposta positiva de 16 deles, como demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização da amostra de especialistas quanto à experiência com cefaleia, local e área de atuação em frequência absoluta do número de especialistas e percentual relativo.

Caracterização	(n=16)	(%)
Tempo de experiência		
Entre 5 e 10 anos	1	6,3
Mais de 10 anos	15	93,8
Especialidade		
Medicina	13	81,3
Fisioterapia	1	3,6
Odontologia	1	3,6
Psicologia	1	3,6
Região onde Atua		
Nordeste	8	50
Sudeste	7	43,7
Sul	1	6,3

Processo Delphi

Do total inicial, 16 participantes aceitaram participar da primeira rodada do estudo, com perda de 5 profissionais que não responderam à reavaliação das categorias que não haviam sido aprovadas no primeiro momento.

Um total de 93% dos participantes tinha mais de 10 anos de experiência no trabalho com pacientes com migrânea, dos quais 13 eram homens e 3 mulheres.

Consenso final da Lista resumida de categorias da CIF para migrânea

Após duas rodadas, 51 das 64 categorias alcançaram o ponto de corte, sendo consideradas aprovadas pelos especialistas para compor Lista resumida de

categorias da CIF para indivíduos com migrânea. Dentre elas, 20 (37,1%) fazem parte do componente funções do corpo, 4 (7,4%) de estruturas do corpo, 23 (42,6%) de atividades e participação e 4 (12,9%) de fatores ambientais. (Tabela 3)

Tabela 3 – Categorias aprovadas pelos especialistas para compor o *Core Set* da CIF para Migrânea em quantidade de especialistas que aprovaram e percentual relativo. Percentual que atingiu ponto de corte em negrito.

Categorias da CIF				Rodada 1 (N=16)	Rodada 1 (%)	Rodada 2 (N=11)	Rodada 2 (%)
1st level	2nd level	3rd level	4th level				
Funções do Corpo							
	b110		Consciência	10	62,5	6	54,5
	b114		Orientação	10	62,5	7	63,6
	b117		Intelectual	10	62,5	7	63,6
		b1263	Estabilidade psíquica	14	87,5		
	b130		Funções de energia e impulsos	13	81,3		
		b1302	Apetite	14	87,5		
	b134		Funções do Sono	15	93,8		
	b140		Funções de Atenção	13	81,3		
	b144		Memória	10	62,5	7	63,6
	b156		Funções de percepção	14	87,5		
	b167		Linguagem			7	63,6
	b210		Funções da visão	14	87,5		
	b230		Funções da audição	12	75		
	b235		Função vestibular	14	87,5		
	b280		Dor	16	100		
b5			Funções relacionadas com o aparelho digestivo	16	100		

	b5106	Regurgitação e vômito	15	93,8		
	b730	Funções da força muscular	6	37,5	8	73
	b735	Funções do tônus muscular	7	43,8	6	54,5
		Estruturas do Corpo				
	s110	Cérebro	16	100		
s2		Olho, ouvido e estruturas relacionadas	12	75		
	s710	Estrutura da região da cabeça e pescoço	15	93,8		
	s7600	Estrutura da coluna vertebral	10	62,5	8	72,7
		Atividades e Participação				
	d110	Observar	16	100		
	d115	Ouvir	15	93,8		
	d160	Concentrar a atenção	16	100		
	d166	Ler	15	93,8		
	d170	Escrever	14	87,5		
	d172	Calcular	14	87,5		
	d175	Resolver problemas	14	87,5		
d3		Comunicação	15	93,8		
	d430	Levantar e transportar objetos	13	81,3		
	d450	Andar	11	68,8	8	72,7

	d470	Utilização de transporte	12	75			
	d475	Conduzir	12	75			
d5		Auto cuidados	10	62,5	7	63,6	
	d640	Realizar Tarefas Domésticas	14	87,5			
d7		Interações e relacionamentos interpessoais	15	93,8			
	d7700	Relacionamentos românticos	14	87,5			
	d7702	Relacionamentos sexuais	15	93,8			
	d825	Formação profissional	12	75			
	d850	Trabalho remunerado	13	81,3			
	d910	Vida comunitária	14	87,5			
	d920	Recreação e Lazer	15	93,8			
	d9205	Socialização	14	87,5			
	d930	Religião e espiritualidade	10	62,5	7	63,6	
	Fatores ambientais						
	e225	Clima	13	81,3			
	e240	Luz	15	93,8			
	e250	Som	16	100			
	e2600	Qualidade do ar interior	11	68,8	8	72,7	

Nota. b: Body functions; s: Body structures; d: Domains; e: Environment

Discussão

Foi possível criar uma lista resumida da CIF que abrange os quatro domínios desta classificação e é capaz de abordar os fatores biopsicossociais que estão relacionados à influência da migrânea na vida dos indivíduos.

A lista resumida da CIF surge como uma possibilidade de classificar a população com migrânea num contexto mais amplo e completo do que o que se tem realizado até hoje. Para isto, leva em consideração a percepção de que a migrânea é uma condição de saúde multifatorial que impacta seriamente vários aspectos da vida dos indivíduos (52, 53).

Objetivando facilitar a compreensão dos resultados encontrados, os autores deste estudo optaram por discuti-los dentro dos componentes da própria classificação, o que torna ainda mais perceptível o fato de a migrânea ter influência em todas as áreas da vida humana, como é demonstrado a seguir.

Funções do Corpo

A dor é uma das mais importantes características de pacientes com migrânea, pois impacta diretamente na qualidade de vida dos pacientes, gerando incapacidades relevantes(53, 54). Além dela, outras funções presentes nesta lista já têm sua relação bem estabelecida com a migrânea e estão, inclusive, presentes nos critérios diagnósticos da Classificação Internacional das Cefaleias: “b5106 Regurgitação e vômito”, “b210 funções da visão” e “b230 audição”(46). O consenso prévio em relação a estas funções explica o fato de terem alcançado altos índices de aprovação e atingido consenso para sua presença nesta lista logo na primeira rodada deste estudo.

Outras contribuições importantes para a classificação desta população a partir dos estudos realizados para criação da presente lista resumida envolvem funções com âmbito pessoal e emocional: As categorias “b134 Funções do sono”, “b1263 estabilidade psíquica” e “b130 energia e impulsos”, as quais alcançaram consenso já na primeira rodada da pesquisa. Já as funções relacionadas ao intelectual (b117), à consciência (b110), à memória (b144) e à orientação (b114), foram aprovadas para esta lista resumida no segundo momento. Todas estas funções do corpo estão ligadas às questões pessoais do indivíduo e deixam claro como a migrânea impacta negativamente este âmbito da vida dos pacientes. Alguns destes pontos como o impacto no sono e na cognição tem sido observados em estudos prévios nesta

população, corroborando os achados do presente estudo (47, 55-57).

Além disto, é possível perceber, também, o grande impacto gerado nas funções ligadas aos relacionamentos interpessoais: “b140 funções de atenção” e “b156 percepção”, aprovadas no primeiro *round* e “b167 linguagem” que só alcançou consenso na segunda rodada são exemplos deste impacto. Apesar de terem alcançado aprovação de especialistas suficientes para fazerem parte desta lista, as funções deste espectro ainda não estão presentes de maneira satisfatória em estudos com esta população, limitando-se, quase exclusivamente, a avaliar déficits de linguagem em pacientes com migrânea hemiplégica(58). Com isto, nosso estudo traz importante contribuição para pesquisadores e clínicos que trabalhem com pacientes com migrânea, ao explicitar que é importante e merece atenção especial esta área da vida dos pacientes afetados por esta condição de saúde.

Estruturas do Corpo

Já existe consenso de que o cérebro do indivíduo com migrânea apresenta maior susceptibilidade a estímulos dolorosos quando comparado ao de indivíduos saudáveis (59). Toda a cascata inflamatória que gera a sensibilização central e todos os desfechos clínicos da migrânea passa pela atuação cerebral (60, 61). Isto faz com que a “s110 cérebro” seja a única categoria do estudo que alcançou unanimidade já na primeira rodada da pesquisa. Implicações como a foto e fonofobia, bem como as auras visual e auditivas são características bastante estabelecidas na literatura o que explica o fato das estruturas relacionados a estas categorias: “s2 Olho, ouvido e estruturas relacionadas” também ter alcançado consenso já na primeira rodada do estudo(46, 61).

A CIF coloca em uma mesma categoria as estruturas da cabeça e pescoço. Esta foi uma das categorias que também alcançaram consenso para entrada na lista resumida já no primeiro momento da pesquisa. Contudo é importante observar que especificamente neste ponto da pesquisa não é possível afirmar com certeza que ambos possuem o mesmo consenso: a cabeça, por ser a localização primária e caracterizadora fundamental da migrânea é, indiscutivelmente, uma estrutura que já tem sua relação estabelecida com esta condição de saúde. O pescoço, por sua vez, ainda não possui esta relação consolidada e é possível que tenha alcançado este consenso mais facilmente por estar colocado numa mesma categoria com a estrutura da cabeça.

Já há estudos relacionando questões musculares e de postura ligadas à região do pescoço com o desencadeamento de crises de migrânea(62, 63); contudo, este ainda não é um ponto tão estabelecido quanto as estruturas da cabeça.

Ainda neste bojo de estruturas extra cefálicas, está a coluna vertebral: apesar de não ter conseguido consenso na primeira rodada da pesquisa, esta estrutura foi aprovada no segundo momento, demonstrando que já há indícios importantes de seu impacto no desencadeamento e prevenção de crises de migrânea(64, 65).

Estudos demonstram que a mobilização de segmentos vertebrais tem apresentado melhoria na qualidade de vida e incapacidade de indivíduos com migrânea (63, 66). Assim a inclusão desta estrutura corporal nesta lista endossa a importância da avaliação e intervenção de profissionais de saúde que trabalhem com esta população na região da coluna vertebral, especialmente a coluna cervical, o que corrobora com a importância das estruturas do pescoço, discutidas anteriormente.

Atividades e Participação

Este foi o componente que apresentou o maior número de categorias que alcançaram consenso para esta lista resumida. Com isto, pode-se observar claramente a importância do cuidado com a migrânea no contexto funcional e social dos pacientes.

Dentre os aspectos observados, é importante destacar que no contexto classificado pela CIF como “aprendizagem e aplicação do conhecimento” a migrânea demonstrou ter grande impacto, abarcando as categorias relacionadas a “d160 Concentrar a atenção”, “d110 observar”, “d166 ler”, “d115 ouvir”, “d172 calcular”, “d175 resolver problemas” e “d170 escrever”, o que corrobora a ideia de que esta condição de saúde apresenta grande impacto no ambiente educacional e profissional, gerando custos e diminuição de produtividade para os indivíduos acometidos, bem como para os serviços em que estão inseridos(67-70).

Além disto, este estudo realça, também, a importância de que estes aspectos cognitivos ganhem mais protagonismo no tratamento desta população, o que demanda uma abordagem multiprofissional que leve em consideração cada um dos aspectos destacados acima e como reduzir estes impactos gerando menores graus de incapacidade para os pacientes.

As questões relacionadas acima impactam diretamente em um outro aspecto classificado pela CIF: “Áreas principais da vida”. Dentro deste aspecto, foi observada

a relação direta da migrânea com as categorias “d825 formação profissional” e “d850 trabalho remunerado”, o que demonstra que o potencial déficit mencionado anteriormente é observado na prática nos ambientes educacionais e profissionais nos quais esta população está inserida (69, 71). Somando-se a isto a idade economicamente ativa em que se encontra a maior parcela de pacientes com migrânea, é possível explicitar ainda mais o motivo dos altos custos ela relacionados, devido à queda de produtividade, absenteísmo e presenteísmo apresentados pela população em questão(72-74).

Ademais, os pacientes com migrânea ainda apresentam incapacidades relacionadas à área classificada pela CIF como “Vida comunitária, social e cívica”; neste contexto, “d920 recreação e lazer”, “d910 vida comunitária” e “d9205 socialização” foram as categorias que alcançaram consenso e fazem parte desta lista resumida. Todos eles conseguiram consenso já na primeira rodada da pesquisa, com aprovações acima dos 85%, o que demonstra quanto são consolidados os impactos da migrânea nestes aspectos. Além deles, a categoria “d930 Religião e Espiritualidade” foi aprovada na segunda rodada e também faz parte deste consenso.

Contudo, é importante destacar que diferentemente dos aspectos da aprendizagem, nos quais os estudos tem se debruçado mais detalhadamente sobre as incapacidades geradas pela migrânea, no âmbito da socialização ainda são genéricas as avaliações feitas pela maioria dos estudos, o que faz com que as categorias aprovadas nesta lista resumida abarquem uma gama grande de aspectos da vida social, comunitária e espiritual, mas ainda não descrevam detalhadamente quais incapacidades são mais percebidas dentro destes aspectos (75).

Neste sentido, é possível perceber que este ainda é um campo que precisa ser melhor explorado por pesquisadores e clínicos que trabalham com esta população, posto que o impacto gerado é grande e os estudos que avaliam a percepção dos pacientes a respeito do impacto gerado pela migrânea demonstram que este é um aspecto que importante para esta população (76, 77).

Fatores ambientais

Atualmente, a literatura demonstra a influência dos fatores ambientais, como desencadeadores e perpetuadores de crises em indivíduos com migrânea. Assim, a presença de categorias ligadas à “e240 intensidade da luz”, “e250 som” e “e2600 qualidade do ar” já era esperada devido ao consenso previamente existente em torno

do que diz respeito à fotofobia, fonofobia e osmofobia (78, 79).

Outra categoria aprovada e que traz importante contribuição desta pesquisa para temas ainda menos consensuais é “Clima e225”. Ozdemir (80) demonstra a importante relação das mudanças climáticas com o desencadeamento das crises, assim como Moloney *et al* (81) já haviam, também, demonstrado esta relação de desencadeamento de crises com as mudanças climáticas. Assim é possível perceber importância de que haja mais estudos a respeito das relações entre os fatores climáticos e a migrânea.

Ademais, o número de categorias envolvidas neste domínio, apesar do consenso existente a respeito do impacto destes fatores na vida dos pacientes deixa claro que mais estudos devem ser desenvolvidos neste âmbito visando melhorar a relação dos indivíduos com migrânea com o ambiente em que estão inseridos.

Limitações

Como foi demonstrado neste artigo a migrânea é uma condição de saúde multifatorial e que acarreta impactos que superam a questão biológica. Logo entende-se que é importante que haja um acompanhamento multidisciplinar que contribua para uma visão mais ampla e completa desta população. Com isto, seria importante uma maior participação de profissionais de outras áreas na escolha das categorias desta Lista Resumida.

Contudo, no Brasil especialistas em cefaleia são majoritariamente médicos neurologistas, o que é refletido na amostra deste estudo e explica nossa dificuldade em equilibrar o número de médicos envolvidos com profissionais de outras áreas. Com isto, este estudo também encoraja centros de cefaleia do país a tentar envolver equipes mais multidisciplinares, aumentando a participação de profissionais de diversas áreas e promovendo uma abordagem biopsicossocial em pacientes com migrânea.

Conclusão

Este estudo demonstra um panorama da visão de especialistas de várias regiões do Brasil e apresenta uma base importante para novas pesquisas e abordagens clínicas no contexto da migrânea.

As categorias da CIF incluídas nesta Lista Resumida apresentam um contexto geral dos impactos gerados por esta condição em todas as áreas da vida dos indivíduos acometidos. As 54 categorias aprovadas perpassam todos os componentes da CIF e demonstram a importância de uma abordagem mais ampla e que leve em consideração todos os aspectos da vida dos pacientes.

Com isto, a funcionalidade e a incapacidade geradas pela migrânea em adultos brasileiros pode ser melhor avaliada e classificada a partir deste instrumento que apresenta a visão ampla e completa proposta pela OMS com a CIF de uma forma mais concisa e aplicável na prática clínica e de pesquisa, vencendo assim uma das maiores barreiras para a utilização da CIF nestes ambientes.

Referências

1. Almansa J, Ayuso-Mateos JL, Garin O, Chatterji S, Kostanjsek N, Alonso J, et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health: development of capacity and performance scales. *Journal of clinical epidemiology*. 2011;64(12):1400-11.
2. Roberto M. Core Sets da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011;64(5).
3. Stucki G, Cieza A, Geyh S, Battistella L, Lloyd J, Symmons D, et al. ICF Core Sets for rheumatoid arthritis. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004;36(0):87-93.
4. Cieza Aa, Kirchberger I, Biering-Sørensen F, Baumberger M, Charlifue S, Post M, et al. ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. *Spinal cord*. 2010;48(4):305.
5. Roe Y, Østensjø S. Conceptualization and assessment of disability in shoulder-specific measures with reference to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of rehabilitation medicine*. 2016;48(4):325-32.
6. Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, ÜSTÜN B, Cieza A. A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health Core Set. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015;51(1):105-17.
7. Engelbarts M, Schuster V, Kissner U, Sabariego C, Stier-Jarmer M, Coenen M, et al. The "Comprehensive ICF Core Set for Head and Neck Cancer": a Delphi consensus survey among German speaking speech and language therapists. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2017;274(6):2589-99.
8. Stucki G, Kostanjsek N, Ustün B, Cieza A. ICF-based classification and measurement of functioning. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2008;44(3):315-28.
9. Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(2):437-51.
10. Brach M, Cieza A, Stucki G, Fussl M, Cole A, Ellerin B, et al. ICF Core Sets for breast cancer. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004;36(0):121-7.
11. Brage S, Donceel P, Falez F. Development of ICF Core Set for disability evaluation in social security. *Disability and rehabilitation*. 2008;30(18):1392-6.
12. Cieza A, Chatterji S, Andersen C, Cantista P, Herceg M, Melvin J, et al. ICF Core Sets for depression. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004;36(0):128-34.
13. Cieza A, Schwarzkopf S, Sigl T, Stucki G, Melvin J, Stoll T, et al. ICF Core Sets for osteoporosis. *Journal of rehabilitation medicine*. 2004;36(0):81-6.
14. Cieza A, Stucki A, Geyh S, Berteau M, Quittan M, Simon A, et al. ICF Core Sets for chronic ischaemic heart disease. *Journal of rehabilitation medicine*. 2004;36(0):94-9.
15. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jackel W, van der Linden S, et al. ICF Core Sets for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004;36(0):69-74.
16. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Kullmann L, Stoll T, Kamen L, et al. ICF Core Sets for chronic widespread pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004;36(0):63-8.
17. Dreinhofer K, Stucki G, Ewert T, Huber E, Ebenbichler G, Gutenbrunner C, et al. ICF Core Sets for osteoarthritis. *JOURNAL OF REHABILITATION MEDICINE - SUPPLEMENTS-*. 2004:75-80.
18. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, et al. ICF Core Sets for stroke. *Journal of rehabilitation medicine*. 2004;36(0):135-41.

19. Grill E, Quittan M, Fialka-Moser V, Müller M, Strobl R, Kostanjsek N, et al. Brief ICF Core Sets for the acute hospital. *Journal of rehabilitation medicine*. 2011;43(2):123-30.
20. Kirchberger I, Cieza A, Biering-Sørensen F, Baumberger M, Charlifue S, Post M, et al. ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the early post-acute context. *Spinal cord*. 2010;48(4):297.
21. Ruof J, Cieza A, Wolff B, Angst F, Ergeletzis D, Omar Z, et al. ICF Core Sets for diabetes mellitus. *JOURNAL OF REHABILITATION MEDICINE-SUPPLEMENTS-*. 2004:100-6.
22. Stucki A, Daansen P, Fuessl M, Cieza A, Huber E, Atkinson R, et al. ICF Core Sets for obesity. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004;36(0):107-13.
23. Stucki A, Stoll T, Cieza A, Weigl M, Giardini A, Wever D, et al. ICF Core Sets for obstructive pulmonary diseases. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004;36(0):114-20.
24. Stucki G, Cieza A. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for rheumatoid arthritis: a way to specify functioning. *Annals of the rheumatic diseases*. 2004;63(suppl 2):ii40-ii5.
25. Stier-Jarmer M, Grill E, Ewert T, Bartholomeyczik S, Finger M, Mokrusch T, et al. ICF Core Set for patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and rehabilitation*. 2005;27(7-8):389-95.
26. Ewert T, Grill E, Bartholomeyczik S, Finger M, Mokrusch T, Kostanjsek N, et al. ICF Core Set for patients with neurological conditions in the acute hospital. *Disability and rehabilitation*. 2005;27(7-8):367-73.
27. Peyrin-Biroulet L, Cieza A, Sandborn WJ, Kostanjsek N, Kamm MA, Hibi T, et al. Disability in inflammatory bowel diseases: developing ICF Core Sets for patients with inflammatory bowel diseases based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Inflammatory bowel diseases*. 2009;16(1):15-22.
28. Finger ME, Escorpizo R, Glässel A, Gmünder HP, Lückenkemper M, Chan C, et al. ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. *Disability and rehabilitation*. 2012;34(5):429-38.
29. Stoll T, Brach M, Huber EO, Scheuringer M, Schwarzkopf SR, Konstanjsek N, et al. ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in the acute hospital. *Disability and rehabilitation*. 2005;27(7-8):381-7.
30. Scheuringer M, Stucki G, Huber EO, Brach M, Schwarzkopf SR, Kostanjsek N, et al. ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and rehabilitation*. 2005;27(7-8):405-10.
31. Grill E, Hermes R, Swoboda W, Uzarewicz C, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and rehabilitation*. 2005;27(7-8):411-7.
32. Granberg S, Pronk M, Swanepoel DW, Kramer SE, Hagsten H, Hjaldahl J, et al. The ICF Core Sets for hearing loss project: functioning and disability from the patient perspective. *International journal of audiology*. 2014;53(11):777-86.
33. Aringer M, Stamm T, Pisetsky D, Yarboro C, Cieza A, Smolen J, et al. ICF Core Sets: how to specify impairment and function in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2006;15(4):248-53.
34. Bernabeu M, Laxe S, Lopez R, Stucki G, Ward A, Barnes M, et al. Developing Core Sets for persons with traumatic brain injury based on the international classification of functioning, disability, and health. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2009;23(5):464-7.

35. Wildner M, Quittan M, Portenier L, Wilke S, Boldt C, Stucki G, et al. ICF Core Set for patients with cardiopulmonary conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and rehabilitation*. 2005;27(7-8):397-404.
36. Boldt C, Grill E, Wildner M, Portenier L, Wilke S, Stucki G, et al. ICF Core Set for patients with cardiopulmonary conditions in the acute hospital. *Disability and rehabilitation*. 2005;27(7-8):375-80.
37. Stucki A, Cieza A, Michel F, Stucki G, Bentley A, Culebras A, et al. Developing ICF Core Sets for persons with sleep disorders based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sleep medicine*. 2008;9(2):191-8.
38. Vieta E, Cieza A, Stucki G, Chatterji S, Nieto M, Sánchez-Moreno J, et al. Developing Core Sets for persons with bipolar disorder based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar disorders*. 2007;9(1-2):16-24.
39. Grill E, Zochling J, Stucki G, Mittrach R, Scheuringer M, Liman W, et al. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for patients with acute arthritis. *Clinical and experimental rheumatology*. 2007;25(2):252-8.
40. Kohler F, Cieza A, Stucki G, Geertzen J, Burger H, Dillon MP, et al. Developing Core Sets for persons following amputation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. *Prosthetics and orthotics international*. 2009;33(2):117-29.
41. Kus S, Oberhauser C, Cieza A. Validation of the brief International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Set for hand conditions. *Journal of Hand Therapy*. 2012;25(3):274-87.
42. Martelletti P, Birbeck GL, Katsarava Z, Jensen RH, Stovner LJ, Steiner TJ. The Global Burden of Disease survey 2010, Lifting The Burden and thinking outside-the-box on headache disorders. 2013.
43. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehrring M, Vertosick EA, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. *The Cochrane Library*. 2016.
44. Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, Abd-Allah F, Abdelalim A, Al-Raddadi RM, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*. 2018;17(11):954-76.
45. Stefane T, Napoleão AA, Sousa FAEF, Hortense P. Influence of treatments for migraine on quality of life: Literature integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*. 2012;65(2):353-60.
46. Olesen J. International Classification of Headache Disorders. *The Lancet Neurology*. 2018;17(5):396-7.
47. Lucchesi C, Baldacci F, Cafalli M, Dini E, Giampietri L, Siciliano G, et al. Fatigue, sleep-wake pattern, depressive and anxiety symptoms and body-mass index: analysis in a sample of episodic and chronic migraine patients. *Neurological Sciences*. 2016;37(6):987-9.
48. Banzi R, Cusi C, Randazzo C, Sterzi R, Tedesco D, Moja L. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;2015(4):1-56.
49. Bordini CA, Roesler C, Carvalho DdS, Macedo DDP, Piovesan É, Melhado EM, et al. Recommendations for the treatment of migraine attacks-a Brazilian consensus. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2016;74(3):262-71.

50. Zwart J-A, Dyb G, Hagen K, Svebak S, Stovner L, Holmen J. Analgesic overuse among subjects with headache, neck, and low-back pain. *Neurology*. 2004;62(9):1540-4.
51. Banzi R, Cusi C, Randazzo C, Sterzi R, Tedesco D, Moja L. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(5).
52. Rich S. Burden of migraine and impact of emerging therapies on managed care. *The American journal of managed care*. 2019;25(2 Suppl):S35-S9.
53. Buse DC, Lipton RB, Hallström Y, Reuter U, Tepper SJ, Zhang F, et al. Migraine-related disability, impact, and health-related quality of life among patients with episodic migraine receiving preventive treatment with erenumab. *Cephalgia*. 2018;38(10):1622-31.
54. Silberstein SD, Consortium UH. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2000;55(6):754-62.
55. Rains JC. Sleep and migraine: assessment and treatment of comorbid sleep disorders. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2018;58(7):1074-91.
56. Liguori BEV, de Oliveira Senna CE, Grateki GG, Carvalho I, da Fonseca R, Pereira PF, et al. Déficit Cognitivo em pacientes Migranosos: avaliação através do Addenbrooke's Cognitive Examination. *Rev Med Minas Gerais*. 2018;28(Supl 4):S33-S8.
57. Kim SJ, Han KT, Jang SY, Yoo KB, Kim SJ. The Association between Migraine and Types of Sleep Disorder. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(12).
58. Charlier P, Appenzeller O, Deo S, Perciaccante A, Bianucci R. Hemiplegic migraine and stroke in Mary Shelley. *The Lancet Neurology*. 2018;17(4):305.
59. Puledda F, Messina R, Goadsby PJ. An update on migraine: current understanding and future directions. *Journal of neurology*. 2017;264(9):2031-9.
60. Goadsby PJ. Migraine pathophysiology. *Headache*. 2005;45 Suppl 1:S14-24.
61. Boran HE, Bolay H. Pathophysiology of Migraine. *Noro psikiyatri arsivi*. 2013;50(Suppl 1):S1-S7.
62. Ferracini GN, Chaves TC, Dach F, Bevilaqua-Grossi D, Fernández-de-las-Peñas C, Speciali JG. Relationship between active trigger points and head/neck posture in patients with migraine. *American journal of physical medicine & rehabilitation*. 2016;95(11):831-9.
63. Ferracini GN, Florencio LL, Dach F, Chaves TC, Palacios-Ceña M, Fernández-de-las-Peñas C, et al. Myofascial trigger points and migraine-related disability in women with episodic and chronic migraine. *The Clinical journal of pain*. 2017;33(2):109-15.
64. Viana M, Sances G, Terrazzino S, Sprenger T, Nappi G, Tassorelli C. When cervical pain is actually migraine: An observational study in 207 patients. *Cephalgia*. 2018;38(2):383-8.
65. Ashina S, Lipton RB, Bendtsen L, Hajiyeva N, Buse DC, Lyngberg AC, et al. Increased pain sensitivity in migraine and tension-type headache coexistent with low back pain: A cross-sectional population study. *European journal of pain*. 2018;22(5):904-14.
66. Moore C, Adams J, Leaver A, Lauche R, Sibbritt D. The treatment of migraine patients within chiropractic: analysis of a nationally representative survey of 1869 chiropractors. *BMC complementary and alternative medicine*. 2017;17(1):519.

67. Agosti R. Migraine Burden of Disease: From the Patient's Experience to a Socio-Economic View. *Headache*. 2018;58 Suppl 1:17-32.
68. Bjorvatn B, Pallesen S, Moen BE, Waage S, Kristoffersen ES. Migraine, tension-type headache and medication-overuse headache in a large population of shift working nurses: a cross-sectional study in Norway. *BMJ open*. 2018;8(11):e022403.
69. Bonafede M, Sapra S, Shah N, Tepper S, Cappell K, Desai P. Direct and Indirect Healthcare Resource Utilization and Costs Among Migraine Patients in the United States. *Headache*. 2018;58(5):700-14.
70. Gilligan AM, Foster SA, Sainski-Nguyen A, Sedgley R, Smith D, Morrow P. Direct and Indirect Costs Among United States Commercially Insured Employees With Migraine. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2018;60(12):1120-7.
71. Vo P, Paris N, Bilitou A, Valena T, Fang J, Naujoks C, et al. Burden of Migraine in Europe Using Self-Reported Digital Diary Data from the Migraine Buddy(c) Application. *Neurology and therapy*. 2018;7(2):321-32.
72. Almalki ZA, Alzhrani MAG, Altowairqi AT, Aljawi YA, Fallatah SA, Assaedi LM, et al. Prevalence of Migraine Headache in Taif City, Saudi Arabia. *Journal of clinical medicine research*. 2018;10(2):125-33.
73. Covelli V, Guastafierro E, Raggi A, Grazzi L, Leonardi M, Scaratti C, et al. The evaluation of difficulties with work-related activities caused by migraine: towards a specific questionnaire. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*. 2018;39(Suppl 1):131-3.
74. Collaborators GBDH. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*. 2018;17(11):954-76.
75. Leonardi M, Raggi A, Ajovalasit D, Bussone G, D'amico D. Functioning and disability in migraine. *Disability and rehabilitation*. 2010;32(sup1):S23-S32.
76. Leonardi M, Raggi A, Grazzi L, D'Amico D. Disability, ICF biopsychosocial model and burden of migraine. *The journal of headache and pain*. 2015;16(S1):A2.
77. Scaratti C, Covelli V, Guastafierro E, Leonardi M, Grazzi L, Rizzoli PB, et al. A Qualitative Study On Patients With Chronic Migraine With Medication Overuse Headache: Comparing Frequent And Non-Frequent Relapsers. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2018;58(9):1373-88.
78. Wei, Heng-Le, et al. "Impaired functional connectivity of limbic system in migraine without aura." *Brain Imaging and Behavior*: 1-10.
79. Scuteri, Damiana, et al. "New Trends in Migraine Pharmacology: Targeting Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) With Monoclonal Antibodies." *Frontiers in pharmacology* 10 (2019).
80. ÖZDEMİR G, AYGÜL R, Demir R, ÖZEL L, Ertekin A, Ulvi H. Migraine prevalence, disability, and sociodemographic properties in the eastern region of Turkey: A population-based door-to-door survey. *Turkish journal of medical sciences*. 2014;44(4):624-9.
81. Moloney MF, Strickland OL, DeRossett SE, Melby MK, Dietrich AS. The experiences of midlife women with migraines. *Journal of Nursing Scholarship*. 2006;38(3):278-85.

APÊNDICE D – MANUSCRITO 3: VALIDAÇÃO DA LISTA RESUMIDA DE CATEGORIAS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS PACIENTES: UM ESTUDO QUALITATIVO

Manuscrito 3: Validação da lista resumida de categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde a partir da perspectiva dos pacientes: um estudo qualitativo

Classificação da migrânea baseada na CIF

Artigos de pesquisa

Hugo Feitosa^a; Débora Wanderley^a; Andrea Lemos^a; Diego Dantas^a; Alyne K L Santos^a; Suellen F Silva^a; Daniella A de Oliveira^{a*}.

^aDepartamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife – Brasil.

* Autor de correspondência: Daniella Araújo de Oliveira, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco, Av. Jorn. Aníbal Fernandes, 173 - Cidade Universitária, CEP: 50740-560, Recife – PE. Tel: 2126-1045 E-mail: sabinodaniellaufpe@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6013-978X>

Contagem de palavras: 6.419

Resumo

Objetivo: validar a lista resumida de categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para pessoas com migrânea a partir da perspectiva dos pacientes por ela acometidos.

Métodos: Trata-se de um estudo qualitativo feito com entrevistas em grupos focais com adultos de ambos os sexos com diagnóstico de migrânea baseado na *International Classification of Headache Disorders – 3*. As transcrições foram realizadas utilizando o método de condensação.

Resultados: 34 pacientes com média de idade de 34,1 anos foram entrevistados. 35 categorias foram mencionadas pelos pacientes durante as entrevistas, sendo consideradas categorias confirmadas na lista resumida, perpassando os quatro domínios da classificação.

Discussão: Os achados do estudo mostram que os na perspectiva dos pacientes a migrânea impacta os 4 domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, gerando incapacidades que englobam questões físicas, psicológicas e sociais, o que demonstra que a reabilitação destes pacientes precisa ser ampla e dar ao paciente o protagonismo para que as abordagens sejam feitas sobre as questões que mais impactam os indivíduos com migrânea a partir de sua própria perspectiva.

Palavras-chave: Funcionalidade, impacto, Atividades e participação, qualidade de vida.

Introdução

A migrânea é uma condição que gera altos índices de incapacidade na vida dos indivíduos acometidos, ocupando o terceiro lugar na lista de doenças mais prevalentes do mundo, atingindo mais de 1 bilhão de pessoas ao redor do mundo (1,2). No Brasil, mais de 10% da população é acometida por esta condição que gera incapacidade em 93% das pessoas que sofrem com migrânea (3,4).

Diante disto, compreender e avaliar o impacto da migrânea sobre a vida dos indivíduos é, portanto, um desafio para todo profissional de saúde que esteja envolvido no cuidado com a saúde desta população. Contudo, avaliar esse impacto a partir de uma abordagem biopsicossocial, que abranja aspectos físicos, psicológicos e sociais, bem como perceber as reais demandas dos pacientes, tem sido uma realidade ainda não muito comum, especialmente no que diz respeito às condições multifatoriais e amplas, como é o caso da migrânea (5,6).

No sentido de propor uma abordagem que compreenda este amplo espectro, a Organização Mundial da Saúde criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (7). Composta por 1545 categorias, a CIF surge com a proposta de classificar de maneira mais completa a funcionalidade humana, criando uma linguagem universal que possa padronizar e descrever as interações entre as funções e estruturas do corpo com os fatores ambientais nos quais estão inseridos, objetivando realizar as tarefas necessárias na vida cotidiana (6,8).

Todavia, devido à sua dimensão biopsicossocial, a CIF é caracterizada por ser uma classificação extensa e complexa, o que pode dificultar sua utilização na prática clínica e nos ambientes de pesquisa (9). Assim, a criação de *core sets* e listas resumidas surge como uma possibilidade para tornar mais prática e aplicável a CIF para aqueles. Para isto, é necessário definir as categorias da CIF que abordam de maneira completa a caracterização da funcionalidade humana em condições de saúde específicas (9,10). 9 CIEZA

Em estudo prévio (citar), a lista resumida de categorias da CIF para pacientes com migrânea foi realizada fazendo levantamentos de achados da literatura, opinião dos pacientes e profissionais de saúde. No entanto, a palavra final foi dada pelos especialistas, o que é um passo importante para a obtenção do ponto em que está o conhecimento científico atual nesta temática. Além disso, é importante perceber que este conhecimento nem sempre está totalmente conectado com as reais demandas dos indivíduos acometidos (11). Assim, torna-se imperativa a busca pela

compreensão da consonância desta lista com as reais demandas dos pacientes, posto que atualmente tanto na promoção de saúde, quanto na reabilitação, tem-se buscado dar cada vez mais protagonismo ao paciente.

Por compreender que o conceito de saúde perpassa questões meramente biológicas e engloba os fatores pessoais e ambientais de cada paciente, o que torna sua participação no processo de tomada de decisões uma condição imprescindível para o sucesso da abordagem clínica; este trabalho objetivou validar a lista resumida de categorias da CIF para pessoas com migrânea a partir da perspectiva dos pacientes por ela acometidos.

Pacientes e métodos

Foi desenvolvido um estudo qualitativo com a metodologia de grupos focais (12). Este desenho foi selecionado por ser considerado o mais eficaz para identificar percepções e preferências e aumentar a interação entre os participantes, proporcionando o esclarecimento de suas características a partir da reflexão em conjunto com outros voluntários (12,13). A análise do conteúdo foi realizada pelo método de condensação e os resultados extraídos das falas dos pacientes foram *linkados* às categorias da CIF que melhor o descrevessem (11,14,15).

Pacientes

O estudo que incluiu 34 pacientes (29 mulheres e 5 homens) com diagnóstico de migrânea baseado na *International Classification of headache Disorders-III*, estabelecido por neurologistas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

A população incluída compreendeu homens e mulheres com idade entre 18 e 55 anos e diagnóstico de migrânea. Foram excluídos aqueles que tivessem dificuldade de participar de atividades em grupo. Os pacientes incluídos foram divididos em grupos focais que possuíam entre 2 e 5 participantes, guiados por um moderador e um assistente. O moderador foi responsável por conduzir as sessões a partir de questões pré-estabelecidas(9), assim como facilitar a interação entre os membros do grupo, no sentido de enriquecer a discussão.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Número do parecer: 2.361.804), de acordo com a Resolução 510/16 da Comissão Nacional de Ética em pesquisa do Ministério da Saúde. Todos os voluntários da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de responder qualquer das fases do trabalho.

Processo de coleta de dados

As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas baseadas em questões que ligavam as respostas às categorias específicas da CIF (tabela 1) (9,11). Todas as sessões seguiram o padrão de ser realizada uma pergunta por vez pelo mediador que incentivava cada participante a opinar, além de estimular a interação entre as respostas. Após saturar o assunto, passava-se para a pergunta seguinte. Todas as entrevistas foram gravadas integralmente, com duração entre 20 e 40 minutos (11,12,14). (INSERIR TABELA 1 AQUI).

Análise de dados

As sessões foram gravadas e transcritas integralmente. Pelo método de condensação, as transcrições foram analisadas e divididas pelo pesquisador cada vez que havia uma mudança de assunto nas falas. Logo após, as falas foram resumidas em palavras-chave (conceito funcional) e divididas por assunto para que pudesse ser feita uma lista de temas comuns. A partir daí cada conceito funcional encontrado foi *linkado* à categoria da CIF que melhor a descrevia. Esta relação foi feita por dois pesquisadores independentes com índice de concordância de 91% entre eles (9,14,16). A cada entrevista este processo foi realizado e, ao chegar ao grupo que não apresentou nenhum conceito novo em relação aos anteriores, o tema foi considerado saturado e as coletas foram interrompidas (17,18).

A seguir, a lista resumida de categorias da CIF para migrânea foi comparada com a lista criada que surgiu das entrevistas com os pacientes. As categorias presentes nas duas listas foram consideradas confirmadas na lista resumida (11,18).

Resultados

Os 34 participantes do estudo apresentaram média de idade de 34,7 anos (range: 18-51), com predominância de mulheres (tabela 2). Para ser considerada confirmada a categoria aprovada no consenso dos especialistas precisaria emergir em algum dos grupos de pacientes sendo consideradas incapacidades percebidas pelos pacientes(16)(11). (INSERIR TABELA 2 AQUI)

Foram encontrados 85 conceitos funcionais durante as entrevistas. Estes conceitos se relacionaram a 38 diferentes categorias, sendo 10 do domínio “Funções do Corpo”, 3 de “Estruturas do Corpo”, 20 de “Atividades e Participação e 4 do domínio “Fatores Ambientais” (tabela 3). (INSERIR TABELA 3 AQUI).

É importante destacar, também, que 13 categorias previamente aprovadas pelos especialistas para a lista resumida não foram mencionadas em nenhuma das entrevistas e foram consideradas não confirmadas do ponto de vista dos pacientes.

Discussão

Sessenta e nove por cento das categorias presentes na lista resumida da CIF para pacientes com migrânea foi confirmada a partir da perspectiva dos pacientes. Isto demonstra que esta lista alcançou de maneira satisfatória as implicações da migrânea sobre a funcionalidade dos pacientes.

Apesar disto, há categorias aprovadas pelos especialistas que não foram mencionadas em nenhuma das entrevistas, o que revela que nem todos os desfechos considerados importantes pelos profissionais de saúde se mostram relevantes para os pacientes, o que corrobora com a ideia de trazer cada vez mais a percepção dos indivíduos acometidos para o centro da proposta de reabilitação, possibilitando uma avaliação que priorize as questões que de fato impactam na vida dos pacientes seja no âmbito físico, psicológico ou social.

Visando facilitar a relação deste estudo de validação com o original, os autores optaram por estruturar a discussão da mesma forma que foi feita na criação da lista resumida, dividindo os resultados de acordo com os domínios da CIF em que estão inseridos.

Funções do Corpo

É bem descrita na literatura a relação da dor com a qualidade de vida e funcionalidade dos pacientes (19,20). Nossos achados confirmaram a grande relevância desta

categoria para a população com migrânea, posto que em todas as entrevistas houve menção à dor como fator que impacta a vida dos pacientes.

Algumas das funções mentais básicas como “b110 Orientação” e “b114 Consciência” que haviam sido aprovados no consenso de especialistas não foram percebidos na fala dos participantes em nenhum dos grupos, sendo considerados como categorias não confirmadas. A “b1263 estabilidade psíquica” por sua vez foi confirmada a partir de falas como: “comigo é notório, eu fico impaciente, mudo de humor, fico pálida, agitada. Fico com grau elevado de ansiedade e depressão...”. Rammohan et al(21) sugerem a relação da migrânea com transtornos de humor, nosso estudo corrobora com esta ideia mas acrescenta que mudanças de humor são percebidas pelos pacientes não apenas como comorbidades, mas também no que diz respeito a alterações temporárias em sua estabilidade emocional, especialmente durante as crises.

Outra categoria confirmada pelos pacientes e mencionada em grande parte das entrevistas foi “b134 funções do sono”. Os pacientes chegaram a dizer que “[...]dormir é impossível, só consigo dormir depois que ela passa!”. Ainda não está estabelecido na literatura se existe relação causal entre estes aspectos, mas já há estudos que corroboram com os achados da nossa pesquisa(22,23) de que há – como foi mencionado nas entrevistas realizadas – um mudança na rotina de sono de pacientes, especialmente durante as crises de migrânea, assim como foi mencionado por outro paciente que “quando não durmo ou quando durmo demais tenho enxaqueca” sugerindo que fatores relacionados ao sono podem também ser gatilhos de desencadeamento de crises.

Outro achado importante diz respeito às funções de atenção (b140) e memória (b144). Carpenet et al alertam para a associação da migrânea com estas questões, mas esta ainda é uma temática pouco estudada no âmbito dos pacientes com migrânea. Em nossas entrevistas foi possível perceber a importância destas questões para a vida dos pacientes que afirmaram que “no meu caso eu sinto dificuldade de concentração...” Com isso, é possível perceber que vários âmbitos da vida pessoal do paciente com migrânea são afetados, especialmente em momentos de crise. Ademais, questões como as mencionadas acima afetarão diretamente nas atividades diárias dos pacientes e em sua inserção no âmbito social, como será discutido mais a frente.

Estruturas do Corpo

Chama atenção neste domínio que a categoria “s110 cérebro” não tenha sido confirmada pelos pacientes. Esta divergência entre a percepção de profissionais e pacientes pode ser explicada pelo ponto de vista a partir do qual o problema é abordado. Ao pensar sobre a fisiopatogenia da migrânea, fica claro para os especialistas a importante participação do cérebro no desencadeamento de toda a cascata promovida pela migrânea(24,25).

Contudo, da perspectiva dos pacientes, a importância se dá nos segmentos corporais em que a dor é percebida. Assim, a categoria “s710 estruturas da cabeça e pescoço” foi mencionada pelos pacientes demonstrando apenas a localização anatômica de onde percebem a dor: “Além da cabeça dói os olhos, o rosto...”. Como pode-se perceber na frase anterior, além da cabeça, da percepção dos pacientes, os olhos e o rosto também apresentam processos dolorosos, que podem ser explicados pelo envolvimento do nervo trigêmeo no processo de sensibilização da migrânea(26).

Outra questão levantada pela lista resumida foi a respeito das estruturas extracefálicas. Apesar de ainda não haver consenso sobre a relação destas estruturas com a fisiopatologia da migrânea, foi percebido na fala dos pacientes que tem sido comum a percepção de dor na região da coluna durante as crises de migrânea. Os pacientes mencionaram que “a coluna dói, aqui fica tudo doído”, em uma revisão sistemática(27) foi percebido que as incapacidades relacionadas à coluna cervical são mais presentes em pacientes com cefaleia do tipo tensional do que com migrânea. A fala dos pacientes com migrânea sobre dores na região da coluna é uma contribuição deste trabalho que pode ser interpretado sob duas vertentes: pode ser preciso maiores estudos sobre a relação da migrânea com incapacidades cervicais, ou sobre a apresentação de migrânea e cefaleia do tipo tensional concomitante nestes pacientes.

Atividades e participação

Assim como na fase de criação da lista resumida, o domínio “Atividades e Participação” foi o que apresentou o maior número de categorias mencionadas pelos pacientes. Isso reafirma o impacto da migrânea sobre a funcionalidade dos pacientes, especialmente em suas atividades cotidianas. Logo, é importante perceber que a escuta dos pacientes e a compreensão das atividades realizadas em seu cotidiano bem como o meio social em que estão inseridos é passo fundamental na construção de avaliações e planos de tratamento que privilegiam a recuperação destas limitações

e restrições para oferecer uma real melhoria na qualidade de vida por meio da evolução dos níveis de funcionalidade destes pacientes (6,28).

Dentre as categorias presentes no capítulo 1, que dispõe sobre aprendizagem e aplicação do conhecimento, foram confirmadas categorias como “d110 observar”, “d115 ouvir”, “160 concentra a atenção”, “166 ler” e “170 escrever”. Todas estas categorias impactam diretamente em questões ligadas à formação profissional (d825) e atividade laboral (d8500), categorias que também foram confirmadas a partir da perspectiva dos pacientes. Assim, é possível que haja relação direta entre estas áreas da vida dos pacientes, contribuindo com a diminuição da performance acadêmica (29) e profissional já descritas em pacientes com migrânea (30,31). Todas estas questões são abordadas em outros questionários já validados como o Migraine Disability Assessment (MIDAS) e o Headache Impact Text (HIT-6TM), porém não é possível determinar, nos resultados destes questionários em que áreas há mais ou menos comprometimento, posto que seus resultados são apresentados de forma mais genérica. Não obstante, é importante destacar que para além de questões profissionais e educacionais, o componente de lazer também é impactado pelas limitações desta categoria, como é possível perceber na seguinte fala “nas minhas horas vagas gosto de ler meus livros, mas quanto estou na crise não consigo de jeito nenhum”.

Dueland et al (32) também demonstraram a diminuição da capacidade de participar de atividades de lazer provocada pela migrânea. Os pacientes deste estudo reportaram limitações nesta categoria afirmando, por exemplo, que “Atrapalha geral, sou professora e já faltai muito trabalho, já faltai passeios, missa...”. Logo, é possível perceber o impacto da migrânea sobre vários aspectos da vida social dos pacientes que afetam, inclusive a questão religiosa, demonstrado na frase anterior o que confirma, também, a categoria “d930 Religião e espiritualidade” na lista resumida. Em suma, pode-se perceber um decréscimo funcional em todas as questões relativas à socialização (d9205) de pacientes com migrânea que pode ser resumida com a fala de uma das pacientes do estudo: “A gente fica com a vida social muito comprometida...”. No que diz respeito a estas categorias, os questionários HIT-6 e MIDAS abordam de forma genérica o impacto da migrânea sobre atividade de lazer, mas não possibilitam, por sua forma de abordagem, determinar quais as questões mais relevantes para o indivíduo acometido.

Além disto, no que diz respeito às categorias relacionadas à mobilidade, foi percebida uma concordância na perspectiva dos pacientes e especialistas quanto à limitação nas categorias “d430 levantar e transportar objetos”, “450 andar” e “470 utilização de transporte”. Estas dificuldades foram demonstradas por meio de frases como “Eu não consigo caminhar de jeito nenhum, minha cabeça parece que vai explodir”. Esta constatação retoma os achados de Carvalho *et al*(33) que relataram em seu estudo limitações no equilíbrio e mobilidade de pacientes com migrânea com aura, o que é reiterado pelos achados da presente pesquisa que aponta para uma necessidade de que sejam conduzidos mais estudos a esse respeito, especialmente no tocante à população com migrânea crônica, que não foi avaliado por Carvalho *et al*. A categoria “d475 conduzir” não foi confirmada neste estudo, porém deve-se perceber que este fato pode ter acontecido devido às características da amostra estudada que geralmente vinha às consultas utilizando transporte público que foi mencionado na frase “pegar ônibus é horrível... sair de casa...” o que confirma a dificuldade desta população no tocante à mobilidade urbana, assunto pouco estudado com esta população.

Outro achado importante deste estudo diz respeito à relação entre migrânea e auto-cuidados dos pacientes. A partir da perspectiva dos pacientes foi possível observar como esta condição de saúde deve ser considerada incapacitante não apenas pela sua relevância laboral e econômica, mas também por impactar a vida pessoal dos pacientes, inclusive em suas atividades mais básicas, como tomar banho: “Tomar banho atrapalha muito”. Logo, é importante atentar para a importância da educação em dor, importante abordagem para pacientes com dores crônicas e que pode auxiliar bastante no convívio desta população com as dificuldades básicas geradas pela migrânea (34).

Ainda no âmbito das questões pessoais, foi possível observar também a influência da migrânea sobre tanto sobre as atividades domésticas (d640) quanto nos relacionamentos familiares e sexuais (d7702): “Esforço físico, lavar roupa, lavar prato, segurar peso.”... “Namorar nem pensar”. Buse *et al*(35) indicam para a influência negativa da migrânea sobre a vida sexual, especialmente das mulheres com migrânea, o que é corroborado com a fala de nossos voluntários. Assim, é importante que os profissionais ligados ao tratamento de pacientes com migrânea valorizem este aspecto que se mostrou importante na percepção dos indivíduos acometidos. Assim, é possível perceber que questionários já utilizados como o migraine specific quality of

life questionnaire não são suficientes para abordar toda a complexidade destas áreas da funcionalidade humana, fazendo-se necessária a utilização de uma proposta mais completa, nos moldes da CIF.

Ademais, as questões ligadas à produtividade e assiduidade no trabalho (d8500), aspecto bastante estudado e consolidado nesta população como um dos mais importantes impactos da migrânea sobre a população acometida podem ser reiteradas a partir deste estudo(4,36,37). Este foi um dos únicos assuntos mencionados em todas as entrevistas deste estudo, o que reverbera sua importância para esta população.

Duas contribuições podem ser destacadas a partir deste estudo: em primeiro lugar, o fato de não apenas as atividades laborais serem prejudicadas, mas também a formação profissional das pessoas com migrânea. Foi mencionado, por exemplo, que: “tive que trancar a faculdade porque perdia muitas aulas e não conseguia nem estudar quando estava nas crises”. A compreensão do impacto da migrânea parece ainda não ser estabelecida entre profissionais de educação envolvidos neste processo de formação, posto que os pacientes colocaram como ponto importante neste processo o fato de não haver tanta sensibilidade dos professores em relação à migrânea quanto a outras condições consideradas incapacitantes. Bigal *et al*(38) também alertam para um profundo impacto negativo da migrânea sobre a performance nas universidades, o que demonstra a importância deste assunto ser debatido em ambientes formadores para que sejam pensados em facilitadores que auxiliem o desenvolvimento desta população.

Em segundo lugar foi percebido a partir das falas dos voluntários deste estudo a dificuldade entre os trabalhadores, especialmente de classes sociais mais baixas, de justificar ausências ou queda de produção devido à migrânea. Um dos voluntários afirmou: “a patroa não quer saber se a gente tá com dor de cabeça, tem que fazer as coisas” enquanto outro completou: “minha sorte é que minha patroa também tem enxaqueca, aí ela entende o que eu sinto. Depois que faço minhas coisas ela deixa eu ficar no meu cantinho até melhorar”. Não obstante é alta a prevalência da migrânea sobre estes trabalhadores(39) e, como foi percebido na fala do segundo voluntário, o fato de compreender o impacto desta condição muda a forma de se relacionar com eles e com as pessoas atingidas. Assim, uma grande campanha nacional de conscientização sobre os efeitos da migrânea poderá trazer grandes benefícios para esta população(40).

Por fim, as atividades ligadas à vida comunitária (D9), seja no tocante a lazer (d920), religião (d930) ou socialização (d9205) de maneira geral estão comprometidas nesta comunidade(28,41). Um dos pacientes incluídos no estudo resume este impacto dizendo que “"A gente fica com a vida social muito comprometida..."; este relato demonstra a importância de uma abordagem biopsicossocial no tratamento destes pacientes, que possa proporcionar melhorias que atinjam todas as áreas acometidas pela migrânea. Para isto, é imperativo que a utilização do modelo proposto pela CIF seja incluído desde o avaliação deste pacientes para que possam ser mensurados os impactos e melhorias oferecidas pelo tratamento proposto (42).

Fatores Ambientais

Neste domínio, todas as categorias apontadas pelos especialistas foram aprovadas pelos pacientes, mostrando consonância entre a perspectiva de ambos. Assim é possível perceber que já existe percepção dos profissionais de saúde sobre a influência dos fatores ambientais sobre esta condição.

Não obstante, é importante perceber se em alguns pontos como a luz (e240), o som (e250) e o qualidade (e2600) existe certo consenso entre os pacientes em tratar claridade, som alto e cheiros fortes como barreiras, em relação às variações climáticas, esse consenso não existe, o que pode ser percebido quando pacientes afirmam que: “[...]no frio piora” enquanto um outro disse “se tiver muito quente dá dor de cabeça logo.”.

Assim, pode-se confirmar a partir dos relatos dos pacientes a importância da fotofobia, fonofobia e osmofobia, já descritas pela ICHD-3, enquanto no que tange às variações climáticas, este estudo percebeu que ainda são necessários maiores aprofundamentos e estudos que possam esclarecer esta relação percebida, por exemplo, por Prince *et al*(43) entre as variações climáticas e o desencadeamento das crises.

Forças e limitações

Este estudo apresenta a perspectiva dos pacientes acerca de quais são as áreas de suas vidas mais afetadas pela migrânea. Assim, é possível mencionar como força da nossa pesquisa o protagonismo dado aos pacientes para que a validação da lista resumida ocorra de acordo com suas perspectivas, buscando assim encontrar as reais demandas da população acometida. Com isto, profissionais de saúde envolvidos na reabilitação de pacientes com migrânea poderão encontrar neste estudo um direcionamento sobre quais as incapacidades que mais afetam esta população a partir de sua própria perspectiva o que poderá conectar sua avaliação e plano de tratamento com as reais demandas dos pacientes.

Além disto, o fato de utilizar como base uma lista resumida de categorias da CIF conecta este trabalho com a proposta de abordagem biopsicossocial proposta atualmente pela OMS, o que possibilita que o paciente seja visto não apenas a partir de uma visão biológica, mas levando em consideração o meio em que está inserido e como suas estruturas e funções corporais interagem com este meio objetivando realizações as tarefas que deseja.

Não obstante, reconhecemos que o fato de incluir apenas pacientes que estejam sendo atendidos em um serviço de cuidado pode potencializar algumas das percepções posto que a população que procura serviços de saúde geralmente corresponde à parcela com acometimentos mais severos da migrânea, enquanto há pessoas que conseguem conviver melhor com esta condição, sem buscar estes centros. Contudo, esta opção se deu para que houvesse uma maior segurança a respeito do real diagnóstico destes pacientes, uma vez que é incomum encontrar voluntários que não estejam sendo atendidos em algum centro e já tenham sido diagnosticados por um neurologista, fato que poderia confundir os achados da pesquisa, levando em consideração a percepção de pessoas que tivessem apenas alguns sinais e sintomas mas não fossem acometidas de fato por esta condição.

O viés de evocação pode ser considerado como uma limitação de nosso trabalho, posto que é possível que o período em que é feita a entrevista condicione respostas de diferentes intensidades. Porém o fato de ter grupos heterogêneos com interação entre os participantes também diminui este risco posto que a possibilidade de ter pessoas em períodos de crise e entre crises é maior e cada depoimento auxilia na lembrança dos outros participantes.

Conclusões

A partir deste trabalho é possível entender melhor a percepção dos pacientes com migrânea, demonstrando que nem todos os desfechos considerados importantes para os profissionais de saúde foram relevantes para as pessoas acometidas pela migrânea. Logo, destacamos a importância de elevar os pacientes à posição de protagonistas no processo de reabilitação, compreendendo quais aspectos são, de fato, relevantes na percepção deles.

Com isto, a validação da lista resumida da CIF a partir da perspectiva dos pacientes com migrânea mostra-se importante por possibilitar aos profissionais envolvidos no cuidado desta população um instrumento que além de contar com a abordagem biopsicossocial proposta pela CIF, conta com a confirmação da importância destes desfechos para os pacientes acometidos, possibilitando que seja feita uma classificação desta população levando em consideração suas reais demandas o que possibilita uma reabilitação focada nas questões mais relevantes para a população acometida.

Com isto, é importante destacar a importância percebida, por meio deste trabalho, de que sejam conduzidas pesquisas no sentido de determinar quais aspectos da CIF são melhor cobertos pelos instrumentos já existentes para que seja possível dar aos profissionais – especialmente aqueles envolvidos no ambiente clínico – a possibilidade de saber quais as melhores ferramentas disponíveis para avaliar cada área da vida do paciente, baseado na perspectiva biopsicossocial proposta pela CIF.

Declaração de conflitos de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Referências

1. Ford JH, Jackson J, Milligan G, Cotton S, Ahl J, Aurora SK. A Real-World Analysis of Migraine: A Cross-Sectional Study of Disease Burden and Treatment Patterns. *Headache*. 2017;57(10):1532–44.
2. Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, Abd-Allah F, Abdelalim A, Al-Raddadi RM, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2018;17(11):954–76.
3. Queiroz LP, Peres MFP, Piovesan EJ, Kowacs F, Ciccarelli MC, Souza JA, et al. A nationwide population-based study of tension-type headache in Brazil. *Headache*. 2009 Jan;49(1):71–8.
4. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* [Internet]. 2017 Sep;390(10100):1211–59. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673617321542>
5. Coenen M, Cabello M, Umlauf S, Ayuso-Mateos JL, Anczewska M, Tourunen J, et al. Psychosocial difficulties from the perspective of persons with neuropsychiatric disorders. *Disabil Rehabil*. 2016;38(12):1134–45.
6. Leonardi M, Raggi A, Grazzi L, D'Amico D. Disability, ICF biopsychosocial model and burden of migraine. *J Headache Pain*. 2015 Dec 1;16:1–2.
7. Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A.A., Branche, C. et al. (Eds.). World Health Organization, Geneva. *World Rep Child Inj Prev*. 2008;
8. Heerkens YF, de Weerd M, Huber M, de Brouwer CPM, van der Veen S, Perenboom RJM, et al. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2018;40(5):603–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2016.1277404>
9. Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2015 Feb;51(1):105–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24686893>
10. Roe Y, Ostensjø S. Conceptualization and assessment of disability in shoulderspecific measures with reference to the international classification of functioning, disability and health. Vol. 48, *Journal of Rehabilitation Medicine*. Foundation for Rehabilitation Information; 2016. p. 325–32.
11. Paanalahti M, Murphy MA, Lundgren-Nilsson Å, Sunnerhagen KS. Validation of the Comprehensive ICF Core Set for stroke by exploring the patient's perspective on functioning in everyday life: A qualitative study. *Int J Rehabil Res*. 2014;37(4):302–10.
12. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. 2001;358(panel 2):483–8.
13. van Egmond S, Wakkee M, Droger M, Bastiaens MT, van Rengen A, de Roos KP, et al. Needs and preferences of patients regarding basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma care: a qualitative focus group study. *Br J Dermatol*. 2019;180(1):122–9.
14. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):795–805.

15. Primdahl J, Hegelund A, Lorenzen AG, Loeppenthin K, Dures E, Esbensen BA. The Experience of people with rheumatoid arthritis living with fatigue: A qualitative metasynthesis. *BMJ Open*. 2019;9(3):1–8.
16. Cieza A, Kirchberger I, Biering-Sørensen F, Baumberger M, Charlifue S, Post MW, et al. ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. *Spinal Cord*. 2010 Apr;48(4):305–12.
17. Coenen M, Cieza A, Stamm TA, Amann E, Kollerits B, Stucki G. Research article Validation of the International Classification of Functioning , Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups. 2006;8(4):1–14.
18. Lage SM, Jácome C, Oliveira A, Araújo AG, Pereira DAG, Parreira VF. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for obstructive pulmonary diseases in the perspective of adults with asthma. *Disabil Rehabil*. 2018;8288.
19. Buse DC, Lipton RB, Hallström Y, Reuter U, Tepper SJ, Zhang F, et al. Migraine-related disability, impact, and health-related quality of life among patients with episodic migraine receiving preventive treatment with erenumab. *Cephalgia*. 2018;38(10):1622–31.
20. Kaki A, Sawsan R, Samiha M, Al Jaouni S, Elalah MA, Ibrahim N. Wet Cupping Reduces Pain and Improves Health-related Quality of Life Among Patients with Migraine: A Prospective Observational Study. *Oman Med J*. 2019;34(2):105–9.
21. Rammohan K, Velayudhan Shaji C. Migraine and Mood Disorders: Prevalence, Clinical Correlations and Disability. Vol. 10, *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2019. p. 28–33.
22. Buse DC, Rains JC, Pavlovic JM, Fanning KM, Reed ML, Manack Adams A, et al. Sleep Disorders Among People With Migraine: Results From the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. *Headache*. 2019;59(1):32–45.
23. Lateef T, Witonsky K, He J, Ries Merikangas K. Headaches and sleep problems in US adolescents: Findings from the National Comorbidity Survey – Adolescent Supplement (NCS-A). *Cephalgia*. 2019;0(0):1–10.
24. Puledda F, Messina R, Goadsby PJ. An update on migraine: current understanding and future directions. *J Neurol*. 2017 Sep 1;264(9):2031–9.
25. Goadsby PJ. Migraine Pathophysiology.
26. Akerman S, Romero-Reyes M. Targeting the central projection of the dural trigeminovascular system for migraine prophylaxis. *J Cereb Blood Flow Metab*. 2019;39(4):704–17.
27. Liang Z, Galea O, Thomas L, Jull G, Treleaven J. Cervical musculoskeletal impairments in migraine and tension type headache: A systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract [Internet]*. 2019;42:67–83. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.04.007>
28. D'Amico D, Leonardi M, Grazzi L, Curone M, Raggi A. Disability and quality of life in patients with different forms of migraine. *J Headache Pain*. 2015 Dec 1;16:1–2.
29. Kurt S, Kaplan Y. Epidemiological and clinical characteristics of headache in university students. *Clin Neurol Neurosurg*. 2008;110(1):46–50.
30. Leonardi M, Raggi A. A narrative review on the burden of migraine: When the burden is the impact on people's life. *J Headache Pain*. 2019;20(1).
31. van der Doef MP, Schelvis RMC. Relations Between Psychosocial Job Characteristics and Work Ability in Employees with Chronic Headaches. *J Occup*

- Rehabil [Internet]. 2019;29(1):119–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-018-9769-7>
32. Dueland AN, Leira R, Burke TA, Hillyer E V., Bolge S. The impact of migraine on work, family, and leisure among young women – a multinational study. *Curr Med Res Opin.* 2004;20(10):1595–604.
33. Carvalho GF, Chaves TC, Dach F, Pinheiro CF, Gonçalves MC, Florencio LL, et al. Influence of migraine and of migraine aura on balance and mobility - A controlled study. *Headache.* 2013;53(7):1116–22.
34. Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. *Headache.* 2010;50(4):600–12.
35. Buse DC, Rupnow MFT, Lipton RB. Assessing and managing all aspects of migraine: Migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities, and quality of life. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(5):422–35.
36. Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, Lipton RB. The global burden of migraine: Measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Vol. 6, *Journal of Headache and Pain.* 2005. p. 429–40.
37. Martelletti P, Birbeck GL, Katsarava Z, Jensen RH, Stovner LJ, Steiner TJ. The Global Burden of Disease survey 2010, Lifting The Burden and thinking outside-the-box on headache disorders. *J Headache Pain.* 2013 Dec;14(1).
38. Bigal ME, Bigal JM, Betti M, Bordini CA, Speciali JG. Evaluation of the impact of migraine and episodic tension-type headache on the quality of life and performance of a university student population. *Headache.* 2001;41(7):710–9.
39. Fattahzadeh-Ardalani G, Ahari SS, Amani F, Moghaddamnia V. Prevalence of migraine and tension headaches and related factors, 2014. *Int J Res Med Sci.* 2017;5(5):2016.
40. Lucas C, Géraud G, Valade D, Chautard MH, Lantéri-Minet M. Recognition and therapeutic management of migraine in 2004, in France: Results of FRAMIG 3, a French nationwide population-based survey. *Headache.* 2006;46(5):715–25.
41. Hjalte F, Olofsson S, Persson U, Linde M. Burden and costs of migraine in a Swedish defined patient population – a questionnaire-based study. *J Headache Pain* [Internet]. 2019;20(1):65. Available from: <https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/s10194-019-1015-y>
42. Raggi A, Leonardi M, Covelli V, Sattin D, Scaratti C, Schiavolin S, et al. The ICF as a framework to collect and interpret data on the extent and variety of disability in neurological conditions. *NeuroRehabilitation.* 2015;36(1):17–22.
43. Prince PB, Rapoport AM, Sheftell FD, Tepper SJ, Bigal ME. Brief Communication The Effect of Weather on Headache. *Headache.* 2004;44:596–602.

Tabelas

Tabela 1 – perguntas norteadoras da entrevista do estudo qualitativo e domínios a que estão relacionadas.

Estudo Qualitativo	Componente da CIF associado
Em relação ao seu corpo e mente em relação à migrânea, quais funções não trabalham da maneira que deveriam?	Funções do Corpo
Que partes do seu corpo estão mais afetadas por conta da migrânea?	Estruturas do Corpo
Quais atividades são comprometidas em momentos de crise?	Atividades e Participação
Qual o ambiente mais confortável para manter-se em momentos de crise?	Fatores ambientais – Facilitador
Qual ambiente se torna desconfortável e geralmente desencadeia uma crise?	Fatores ambientais – Barreira
Que atividade importante para você, a enxaqueca atrapalha?	Fatores Pessoais

Tabela 2 – Tabela de caracterização da Amostra

Caracterização	(n=34)
Idade	34,7 (18-51)
Gênero	
Homens	5
Mulheres	29
Diagnóstico	
Migrânea Crônica	9
Migrânea com aura	12
Migrânea sem aura	13

Tabela 3 – Lista resumida da CIF demonstrando categorias confirmadas pelos pacientes com exemplos das falas destes pacientes que fizeram com que a categoria fosse considerada confirmada.

Categorias da CIF				Frases relacionada à categoria
1st level	2nd level	3rd level	4th level	
Funções do Corpo				
b110		Consciência		Não
b114		Orientação		Não
b117		Intelectual		Não
b1263	Estabilidade psíquica			Confirmada "comigo é notório, eu fico impaciente, mudo de humor, fico pálida, agitada. Fico com grau elevado de ansiedade e depressão..."
b130		Funções de energia e impulsos		Confirmada "Atrapalha geral, sou professora e já faltei muito trabalho, já faltei passeios, missa..."
b1302	Apetite			Confirmada
b134		Funções do Sono		Confirmada "Agora dormir é impossível, só consigo dormir depois que ela passar"
b140		Funções de Atenção		Confirmada "No meu caso eu sinto dificuldade de concentração..."
b144		Memória		Não

	b156	Funções de percepção	Não
	b167	Linguagem	Não
	b210	Funções da visão	Não
	b230	Funções da audição	Não
	b235	Função vestibular	Não
	b280	Dor	Confirmada "Tem dias que a dor é muito intensa, o médico diz pra não tomar remédio mas tem que tomar..."
b5		Funções relacionadas com o aparelho digestivo	Confirmada
	b5106	Regurgitação e vômito	Confirmada "Na crise eu enjoava, vomitava"
	b730	Funções da força muscular	Não
	b735	Funções do tônus muscular	Confirmada "[...] o ombro fica muito tenso"
	Estruturas do Corpo		
	s110	Cérebro	Não
s2		Olho, ouvido e estruturas relacionadas	Confirmada "[...] dói os olhos, o rosto..."
	s710	Estrutura da região da cabeça e pescoço	Confirmada "Além da cabeça, pescoço..."
	s7600	Estrutura da coluna vertebral	Confirmada

"A coluna dói, aqui fica tudo doído"

Atividades e Participação			
d110	Observar	Confirmada	"Não quero ver nada, fico com os olhos fechados a maioria do tempo."
d115	Ouvir	Confirmada	"O barulho prejudica muito..."
d160	Concentrar a atenção	Confirmada	"No meu caso eu sinto dificuldade de concentração..."
d166	Ler	Confirmada	"nas minhas horas vagas gosto de ler meus livros, mas quanto estou na crise não consigo de jeito nenhum"
d170	Escrever	Não	
d172	Calcular	Não	
d175	Resolver problemas	Não	
d3	Comunicação	Confirmada	"não consigo fazer nada, não fico com meu filho, meu marido, eles já sabem que eu tenho que ficar isolada..."
d430	Levantar e transportar objetos	Confirmada	"Esforço físico, lavar roupa, lavar prato, segurar peso."
d450	Andar	Confirmada	"Eu não consigo caminhar de jeito nenhum, minha cabeça parece que vai explodir"

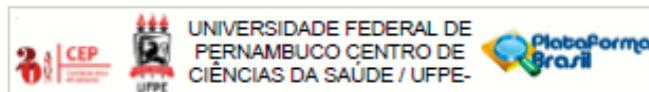
	d470	Utilização de transporte	Confirmada	"pegar ônibus é horrível..."
	d475	Conduzir	Não	
d5		Auto cuidados	Confirmada	"Tomar banho atrapalha muito"
	d640	Realizar Tarefas Domésticas	Confirmada	"[...]lavar roupa, lavar prato..."
d7		Interações e relacionamentos interpessoais	Confirmada	"Não quero ouvir ninguém, conversar com ninguém, quanto tô assim, só quero ficar sozinha."
	d7700	Relacionamentos românticos	Confirmada	"Namorar nem pensar"
	d7702	Relacionamentos sexuais	Confirmada	"Namorar nem pensar"
	d825	Formação profissional	Confirmada	"Eu não conseguia estudar direito"
	d8500	Trabalho independente	Confirmada	"A enxaqueca atrapalha o trabalho..."
	d910	Vida comunitária	Confirmada	"Atrapalha geral, [...] já faltéi passeios, missa..."
	d920	Recreação e Lazer	Confirmada	"Não consigo nem ir pra a minha peladinha..."
	d9205	Socialização	Confirmada	"A gente fica com a vida social muito comprometida..."
	d930	Religião e espiritualidade	Confirmada	"Atrapalha geral, [...] já faltéi missa..."

Fatores ambientais

e225	Clima	Confirmada	"A temperatura interfere sim, o lugar mais quente prejudica..."
e240	Luz	Confirmada	"A claridade incomoda..."
e250	Som	Confirmada	"O barulho prejudica muito..."
e2600	Qualidade do ar interior	Confirmada	"O cheiro também incomoda"

Note. b: Body functions; s: Body structures; d: Domains; e: Environment

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO CORE SET DA CLASSEIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE PARA INDIVÍDUOS ADULTOS COM MIGRÂNEA

Pesquisador: Daniela Araújo de Oliveira

Área Temática:

Venâncio: 1

CAAE: 77371417.2.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.381.804

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa

Titulo: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO CORE SET DA CLASSEIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE PARA INDIVÍDUOS ADULTOS COM MIGRÂNEA

Pesquisador: Daniela Araújo de Oliveira, Departamento de Fisioterapia/UFPE.

Local do estudo: O estudo será realizado no Laboratório de Aprendizado e Controle Motor (LACOM) do Departamento de Fisioterapia/UFPE e no Ambulatório de Neurologia do HC.

Core Sets, que são conjuntos de categorias da CIF que são capazes de cobrir e descrever totalmente determinadas condições de saúde, o que facilita a utilização da CIF na prática. Há, ainda, um pequeno número de Core Sets organizados no mundo, e condições bastante importantes ainda não possuem este conjunto, o que praticamente invisibiliza a utilização da CIF nas pesquisas com estas condições. A migração é um exemplo disto. Apesar da importância desta doença, que é a sétima mais incapacitante do mundo e da reconhecida participação do contexto social e diminuição da funcionalidade em indivíduos com migração, a CIF ainda não é rotineiramente utilizada na avaliação e descrição desta condição. Objetivo: Neste contexto, o objetivo deste projeto é criar e validar um Core Set da CIF para pacientes com migração.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.760-000
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-6558 E-mail: capcos@ufpe.br

Continuação do Pmcoc: 2.361.804

Procedimentos:

Ano 1: Estudos preparatórios:

- o Revisão de literatura: Com a busca será realizada a 1^a seleção de categorias da CIF para fazer o core set.
- o Estudo transversal: Identificar os problemas mais comuns que são documentados num cenário clínico. A amostra será selecionada por saturação.
- o Estudo qualitativo (N=70 pacientes): Identificar quais aspectos da funcionalidade são mais importantes na percepção de pessoas portadoras de migração, através de a coleta sistemática de dados e interpretação do material colhido através da fala e transcrição dos pacientes.
- o Pesquisa com especialistas (N=50 profissionais): Profissionais das áreas de Fisioterapia, Medicina, Enfermagem e Psicologia, que fazem parte do Team Player Headache. Estes profissionais devem representar as 05 áreas geográficas da divisão política do Brasil.

Ano 2: Conferência Nacional para criação do core set (N=24 especialistas):

- o Será realizada através de um consenso nacional que acontecerá durante o XXXII Congresso Brasileiro de Cefaleia, que acontecerá em Recife-PE no ano de 2018. Estes profissionais devem representar as 05 áreas geográficas da divisão política do Brasil.

Ano 3: Implementação e Validação do Core Set da perspectiva dos pacientes (N=70 pacientes):

- o Terminado o processo de criação do Core Set, o passo seguinte será a aplicação do Instrumento criado para validação dele em relação à percepção de pacientes.

N total=214 participantes

Instrumentos: Questionários e entrevistas

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver e validar o conteúdo de um Core Set da CIF (Classificação Internacional de Função, Incapacidade e Saúde) capaz de identificar os níveis de funcionalidade e incapacidade de adultos com migração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

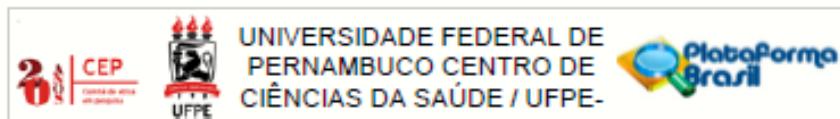
Os riscos e benefícios foram avaliados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum comentário

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória anexados



Continuação do Parecer: 2.361.004

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as Instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstancializado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

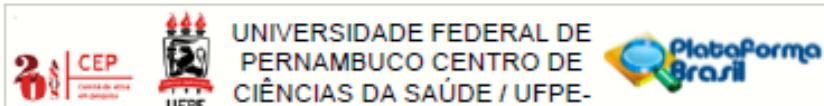
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_998681.pdf	25/09/2017 09:55:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.doc	25/09/2017 09:55:13	HUGO GABRIEL FRITZURA DE SOUZA	Aceito



Continuação do Parecer: 2.301.804

Justificativa de Ausência	TCLE.doc	25/09/2017 09:55:13	HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP1.docx	25/09/2017 09:36:24	HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA	Aceito
Outros	SIGA.pdf	23/09/2017 21:00:56	HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA	Aceito
Outros	Termo_Confidentialidade.docx	23/09/2017 20:57:40	HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA	Aceito
Outros	Lattes_Andrea.pdf	22/09/2017 21:26:40	HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA	Aceito
Outros	Lattes_Hugo.pdf	22/09/2017 21:24:30	HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA	Aceito
Outros	Lattes_Daniella.pdf	22/09/2017 21:20:15	HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/09/2017 21:16:27	HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	22/09/2017 20:20:35	HUGO GABRIEL FEITOSA DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 01 de Novembro de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)