



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

KEROLLEN AUGUSTA CALDAS CARDOSO

**INCAPACIDADE RELACIONADA À MIGRÂNEA E SUA
CORRELAÇÃO COM A AUTOEFICÁCIA, HIPERVIGILÂNCIA E
CATASTROFIZAÇÃO DA DOR**

**RECIFE
2024**

KEROLLEN AUGUSTA CALDAS CARDOSO

**INCAPACIDADE RELACIONADA À MIGRÂNEA E SUA
CORRELAÇÃO COM A AUTOEFICÁCIA, HIPERVIGILÂNCIA E
CATASTROFIZAÇÃO DA DOR**

Artigo apresentado na disciplina Trabalho
de Conclusão de Curso 2, como pré-
requisito para obtenção do título de
Bacharelado em Fisioterapia
Orientadora: Daniella Araújo de Oliveira

**RECIFE
2024**

INCAPACIDADE RELACIONADA À MIGRÂNEA E SUA CORRELAÇÃO COM A AUTOEFICÁCIA, HIPERVIGILÂNCIA E CATASTROFIZAÇÃO DA DOR

MIGRAINE-RELATED DISABILITY AND ITS CORRELATION WITH
SELF-EFFICACY, HYPERVIGILANCE AND PAIN CATASTROPHIZING

RESUMO: Objetivo: Analisar a correlação entre incapacidade e os aspectos cognitivos de catastrofização da dor, hipervigilância e autoeficácia em indivíduos com migrânea. Métodos: Estudo transversal envolvendo 88 participantes. Foram coletados dados demográficos e variáveis utilizando as versões brasileiras dos seguintes questionários: Pain Vigilance and Awareness Questionnaire, Pain Catastrophizing Scale, Headache Disability Inventory e Chronic Pain Self-Efficacy Scale. Resultados: Encontrou-se uma correlação positiva, moderada e significativa entre catastrofização da dor ($r = 0,679$; $p < 0,01$) e hipervigilância ($r = 0,500$; $p < 0,01$), bem como uma correlação negativa, moderada e significativa com autoeficácia ($r = 0,531$; $p < 0,01$) em relação à incapacidade. Conclusão: Nesta amostra, indivíduos com migrânea que apresentaram maiores índices de catastrofização e hipervigilância da dor mostraram maiores níveis de incapacidade. Em contraste, níveis mais elevados de autoeficácia foram associados a menores níveis de incapacidade.

Palavras-chave: Autoeficácia. Catastrofização da dor. Hipervigilância. Migrânea.

ABSTRACT: Objective: To analyze the correlation between disability and the cognitive aspects of pain catastrophizing, hypervigilance, and self-efficacy in individuals with migraine. Methods: A cross-sectional study involving 88 participants. Demographic data and variables were collected using the Brazilian versions of the following questionnaires: Pain Vigilance and Awareness Questionnaire, Pain Catastrophizing Scale, Headache Disability Inventory, and Chronic Pain Self-Efficacy Scale. Results: A positive, moderate, and significant correlation was found between pain catastrophizing ($r = 0,679$; $p < 0,01$) and hypervigilance ($r = 0,500$; $p < 0,01$), as well as a negative, moderate, and significant correlation with self-efficacy ($r = -0,531$; $p < 0,01$) in relation to disability. Conclusion: In this sample, individuals with migraine who exhibited higher levels of pain catastrophizing and hypervigilance showed greater levels of disability. In contrast, higher levels of self-efficacy were associated with lower levels of disability.

KEYWORDS: Hypervigilance. Migraine. Pain catastrophizing. Self-efficacy.

INTRODUÇÃO

A migrânea, popularmente conhecida como enxaqueca, é uma cefaleia primária¹, que acomete entre 5 e 20% da população mundial, mais frequente em mulheres. É considerada pelo *Global Burden of Disease*, como o terceiro distúrbio mais prevalente no mundo e a segunda maior causa de incapacidade², entretanto, apesar dos dados expressivos, ainda é uma condição subdiagnosticada e subtratada.

No Brasil, afeta cerca de 15% da população e estudos epidemiológicos mostram uma prevalência de 14.000 casos a cada 100.000 mil habitantes.^{3,4} A migrânea é uma condição que também traz um impacto socioeconômico, uma vez que os mais acometidos são os adultos jovens, entre 25 e 55 anos, que corresponde ao período mais produtivo, podendo levar a altos índices de absenteísmo e/ou presenteísmo, impactando diretamente na vida profissional e contribuindo para sua incapacidade.^{5,3,2}

Define-se incapacidade como um decréscimo da funcionalidade do indivíduo, em que se mensura o quanto a pessoa é capaz de utilizar seu próprio corpo e interagir com o meio que vive, considerando suas atividades, contexto social e a dinâmica com fatores que incluem questões físicas, emocionais e comportamentais.⁵ Estudos recentes têm mostrado as repercussões da migrânea nos aspectos cognitivos e sua influência no desenvolvimento de doenças como depressão e ansiedade.^{6,7}

Por isso, analisar as implicações de aspectos cognitivos comportamentais, ou seja, pensamentos e crenças que geram comportamentos e reações, como a hipervigilância da dor, catastrofização da dor e autoeficácia, auxilia na compreensão dos fatores envolvidos no desenvolvimento da migrânea e seus aspectos incapacitantes.

Dessa maneira, a catastrofização da dor é caracterizada por uma resposta cognitivo-afetiva negativa que ocasiona um aumento na percepção da intensidade dolorosa influenciando também na percepção do indivíduo em responder a esses estímulos de dor.⁷ Ela é estudada associada a migrânea, por se tratar de uma construção psicológica de grande repercussão na qualidade de vida do indivíduo.^{8,9}

A autoeficácia da dor, por sua vez, corresponde à capacidade de resolução de problemas e adaptação dos pacientes com dor crônica. Na migrânea, essa crença pessoal interfere diretamente na condição do acometido, pois uma vez que se controla os sintomas da dor através do autogerenciamento para o funcionamento diário, melhor o enfrentamento e possível redução dos sintomas.¹⁰ A complexidade de se melhorar aspectos psicossociais associados à dor apenas com medicação, faz com que a autoeficácia seja uma estratégia eficiente para reduzir a incapacidade proveniente da migrânea.¹¹

Já a hipervigilância da dor se refere a um modelo cognitivo comportamental de evitação do medo. É caracterizada por um comportamento de busca de potenciais ameaças e aumento da atenção na identificação desses estímulos. Esse aspecto,

quando associado às dores crônicas, está relacionado com o processo de incapacidade e cronificação da doença.¹²

Por conseguinte, dada a pouca literatura que aborde a relação dessas variáveis com a migrânea, este estudo se propõe a analisar a correlação entre incapacidade e os aspectos cognitivos de catastrofização da dor, hipervigilância e autoeficácia em indivíduos com migrânea.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, realizado de acordo com as diretrizes para o desenvolvimento de estudos observacionais do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).¹³

Os dados foram coletados com pacientes atendidos no projeto de extensão de cefaleia desenvolvido no Laboratório de Aprendizagem e Controle Motor (LACOM) do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e por meio das mídias sociais, durante o período de dezembro de 2023 a fevereiro de 2024.

As avaliações dos dados foram realizadas de maneira presencial ou assíncrona com os participantes. Foram coletados dados demográficos de idade e sexo, e as variáveis: catastrofização da dor, autoeficácia, hipervigilância e incapacidade relacionada à dor de cabeça. Os dados demográficos e as variáveis do estudo foram coletados por meio de uma ficha de triagem física e digital auto elaborada contendo os instrumentos utilizados para mensurar os devidos dados.

Foram considerados elegíveis para o estudo indivíduos com idade entre 18 e 55 anos, que obtiveram um escore ≥ 2 na versão em português do *migraine-ID*, ferramenta adequada para triagem diagnóstica de migrânea.¹⁴ Foram excluídos indivíduos com histórico de trauma na região da cabeça ou cervical, mulheres em período gestacional e indivíduos com hipertensão arterial não controlada.

Instrumentos para coleta de dados

Para o rastreio dos indivíduos com migrânea utilizou-se a versão em português do *migraine-ID*, que identifica pessoas que possuem a patologia. O questionário é um instrumento de autoavaliação composto por três questões com respostas sim/não e

pontuação = 1 para cada resposta positiva. Foi considerado migranoso aquele com pontuação ≥ 2 .¹⁴

A avaliação da hipervigilância foi realizada por meio da versão brasileira da *Pain Vigilance and Awareness Questionnaire* (PVAQ). Esse instrumento compreende 16 itens que levam em consideração o comportamento do indivíduo durante as últimas 2 semanas e indica, através de 6 opções de resposta que variam de 0 (nunca) a 5 (sempre), quão frequentemente cada item é uma descrição verdadeira de seu comportamento. Os itens 8 e 16 possuem respostas invertidas em comparação aos outros itens. O score total é obtido por meio soma das respostas de cada item. Quanto maior a pontuação maior o nível de hipervigilância. Todos os itens da PVAQ possuem adequados níveis de propriedades de medida.^{15,16}

A catastrofização foi avaliada através da versão brasileira da *Pain Catastrophizing Scale* (BP-PCS), que consiste em um questionário autoadministrado, com treze itens relacionados ao grau de pensamentos e sentimentos ligados a catastrofização, dividido em 3 domínios: ruminação, magnificação e desamparo. Os itens são classificados dentro de uma escala do tipo *Likert* com cinco níveis de resposta: (0) mínimo, (1) leve, (2) moderado (3) intenso (4) muito intenso. Os escores dos 3 domínios são dados pela soma dos seguintes itens: (magnificação: 6,7 e 13; ruminação: 8-11; e desamparo: 1-5 e 12), o escore total é computado pela soma de todos os itens e pode variar de 0 - 52 pontos. Quanto maior o score maior o grau de catastrofização. Para a presente pesquisa, será utilizado o escore total. O questionário apresenta bons níveis de consistência interna (0,91) e coeficiente de correlação intraclasse ICC (0,92).¹⁷

A autoeficácia foi avaliada por meio da versão brasileira da *Chronic Pain self-efficacy scale* (CPSS). É uma ferramenta específica para medir a percepção de autoeficácia, assim como a capacidade para lidar com as consequências da dor em indivíduos com dor crônica. A escala é composta por 22 itens, os quais são divididos em três domínios: autoeficácia para o controle da dor (AED), autoeficácia para função física (AEF) e autoeficácia para controle dos sintomas (AES). Os itens são avaliados através de uma escala do tipo *Likert*, cujo score varia de 10 a 100 e corresponde ao grau de certeza que o indivíduo avaliado tem a respeito de cada item. Cada domínio apresenta um score individual e a soma de todos os domínios fornece o escore total que pode variar entre 30 - 300 pontos. Quanto maior a pontuação, maior o nível de

autoeficácia. A escala apresenta bons níveis de consistência interna para o escore total dos 22 itens, com alfa de Cronbach de 0,94.¹⁸

A incapacidade foi avaliada por meio da versão brasileira do questionário *Headache disability inventory* (HDI-Brasil), que consiste na avaliação de diferentes dimensões relacionadas à incapacidade associada à cefaleia, bem como sua interferência na vida diária durante o último mês. O questionário é composto por 25 questões subdivididas em três domínios: funcional, emocional e participação social. As opções de respostas variam entre "sim" (4 pontos), "às vezes" (2 pontos), "não" (0 pontos).¹⁴ O escore total varia de 0-100 pontos e categoriza o indivíduo a partir da ausência a um nível máximo de incapacidade. Quanto maior a pontuação, maior o impacto da dor de cabeça. O questionário apresenta excelente nível de confiabilidade (ICC = 0.95).¹⁹

Análise estatística

A análise descritiva dos dados foi realizada através de percentual, média e desvio padrão. O nível de significância adotado pela presente pesquisa foi de 0,05 com um poder estatístico de 0,80. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Foi empregado o teste de Pearson para analisar as correlações entre as variáveis. As correlações foram classificadas como fracas ($r < 0.3$), moderadas ($r = 0.3 - 0.7$) ou fortes ($r > 0.7$). Os dados foram tabulados em uma planilha Excel e analisados utilizando o software JAMOV versão 2.3.28.0.

Comitê de Ética

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, sobre o parecer 6.571.996, somente os participantes que concordaram em participar do experimento, lendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tiveram seus dados coletados.

RESULTADOS

Dos 111 voluntários que responderam aos questionários, 88 cumpriram os critérios de elegibilidade, conforme ilustrado na Figura 1. Entre estes, havia 78

mulheres (89%) e 10 homens (11%), com uma idade média de 25,9 anos, conforme mostrado na Tabela 1. A Tabela 1 apresenta os dados obtidos dos questionários, incluindo a média das pontuações para cada uma das escalas de avaliação de catastrofização da dor, hipervigilância e autoeficácia.

Observando a figura 2, infere-se uma correlação positiva e moderada para os desfechos de catastrofização ($r = 0,679$; $p = < 0,01$) e hipervigilância da dor ($r = 0,500$; $p = < 0,01$) quando correlacionadas com a incapacidade, ou seja, quanto maior os referidos aspectos cognitivos comportamentais, maior a incapacidade do indivíduo. No entanto, verifica-se correlação inversa para o desfecho de autoeficácia e incapacidade relacionada a migrânea. Quanto menor a autoeficácia relatada, maior a incapacidade, correlação negativa e moderada ($r = 0,531$; $p = < 0,01$).

DISCUSSÃO

Esta pesquisa propôs-se a verificar a correlação entre incapacidade e as variáveis de catastrofização da dor, hipervigilância e autoeficácia em indivíduos com migrânea. Dessa maneira, observou-se uma correlação positiva e moderada para os desfechos de catastrofização e hipervigilância da dor quando correlacionados com a incapacidade. Além disso, encontrou-se uma correlação negativa e moderada para o desfecho da autoeficácia com a incapacidade.

A migrânea é um distúrbio com etiologia multifatorial relacionada a processos neuroendócrinos, no entanto, sem patogênese definida. É uma condição permanente, instalada a partir de gatilhos que variam de pessoa para pessoa e por isso é necessário identificar e administrar seus sintomas, visto que podem ser iniciados por fatores ambientais e pessoais. Os aspectos cognitivos comportamentais possuem relação significativa na experiência de dor do paciente, que é moldada a depender, por exemplo, da atenção à dor, antecipação, emoção, memória do sofrimento e percepção de eficácia pessoal para lidar com as crises.²⁰

Desse modo, na catastrofização da dor, o indivíduo tende a ruminar e amplificar a percepção dolorosa, o que o leva ao domínio dos sentimentos pela dor e sua consequente incapacidade de lidar com a migrânea de forma mais efetiva. Quando a atenção se volta para as sensações do corpo, o indivíduo começa a ter pensamentos constantes e repetitivos de ameaça.⁷ Níveis elevados de catastrofização da dor se relacionam diretamente com maior percepção de dor e sofrimento, o que pode levar a

maior necessidade de aconselhamento médico e cuidados com a saúde. Indivíduos catastrofizadores, pelo ciclo de medo-ansiedade-preocupação, tendem a exagerar no desagrado da situação e possuem maior dificuldade em desviar sua atenção, o que pode contribuir com a incapacidade,²¹ podendo desencadear crises mais frequentes, participar do processo de cronificação do distúrbio e piora na qualidade de vida.^{22,7}

Do mesmo modo, a hipervigilância tem papel importante dentro do processo doloroso do indivíduo, posto que a constante procura por potenciais gatilhos funciona como um mecanismo de proteção que leva a comportamentos de evitação e hipervigilância da dor.¹² No entanto, esse processo leva à incapacidade e aumenta a sensibilidade dessas pessoas a qualquer estímulo da migrânea, contribuindo para o sofrimento emocional, amplificando a intensidade subjetiva da dor, favorecendo ainda o uso excessivo de medicamentos analgésicos.²³

Além disso, dado que os processos de hipervigilância são reforçados negativamente pela percepção de sucesso na prevenção da dor, torna-se mais difícil regular o comportamento. A pesquisa encontrou uma correlação positiva e moderada entre a catastrofização da dor e a hipervigilância, o que é apoiado por estudos de metanálise sobre migrânea. Esses estudos mostram que, quanto mais elevados são os aspectos cognitivo-comportamentais associados, maior é o nível de incapacidade.²³

Em contrapartida, outra perspectiva atrelada ao manejo da migrânea é a crença de que a autoeficácia que possui uma associação relevante no enfrentamento da dor, sendo um importante fator a ser avaliado na prática clínica. O senso de eficácia pessoal no contexto da dor crônica é bastante estudado, sendo descrito como a capacidade de manejar a própria vida e resolver problemas. No âmbito da migrânea, corresponde à capacidade de controlar e lidar com esse problema, através da auto confiança e habilidade de criar mecanismos pessoais para o enfrentamento da dor e desenvolvimento das atividades diárias, para além da enfermidade.^{24,25}

Pessoas com alto nível de autoeficácia apresentam menores índices de incapacidade na dor crônica, sendo, portanto, equiparado aos resultados deste estudo uma vez que a auto gestão implica em participar ativamente da terapêutica e identificar suas particularidades tratando a dor de acordo com sua individualidade, reduzindo assim a incapacidade da pessoa.²⁶

Outras intervenções multimodais podem ser empregadas dentro da perspectiva de autoeficácia, como medidas dietéticas, higiene do sono, redução de práticas

estimulantes,²⁷ atividades de relaxamento, hidratação, tratamento precoce e a construção de diário de cefaleia, auxiliando na classificação da dor e outras observações importantes para apoiar o auto gerenciamento.^{26,25}

A educação em saúde do paciente migranoso e outras terapias comportamentais se mostraram eficientes no aumento do senso de eficácia pessoal, auxiliando, portanto, na adesão ao tratamento reduzindo os níveis de incapacidade.¹² No contexto da prática clínica, se torna importante programas de autogestão no âmbito da migrânea em razão do seu impacto no manejo da dor.²⁵

Em se tratando de dor crônica, as avaliações de eficácia são recursos que podem auxiliar na redução da catastrofização e hipervigilância, pois pessoas que se percebem auto eficientes no manejo da dor processam a situação dolorosa de forma menos catastrófica, repercutindo nos demais aspectos cognitivos comportamentais.²⁶

A incapacidade na migrânea muitas vezes é subestimada pela equipe multiprofissional, no entanto, sua identificação é fundamental para um planejamento terapêutico adaptado e otimizado, incluindo a terapia preventiva.²⁸ As correlações dos fatores cognitivos comportamentais analisados nesta pesquisa demonstram como crenças e comportamentos de medo e evitação podem trazer impacto prejudicial nas atividades diárias de indivíduos com migrânea, contribuindo para a incapacidade funcional. No entanto, aqueles com maior nível de reconhecimento e regulação do próprio corpo, ou seja, autoeficácia, tem repercussão positiva na capacidade de lidar com a dor, promovendo a adaptabilidade das atividades cotidianas mesmo com efeitos da migrânea.

Tendo em vista as possíveis limitações de estudo, menciona-se que esta pesquisa possui uma amostra limitada de participantes e a representatividade pode não expressar a população geral, além do mais não foi considerada a divisão entre os indivíduos com migrânea episódica e migrânea crônica. Destarte, ressalta-se a importância da análise e avaliação desses processos cognitivos comportamentais nos indivíduos com migrânea, uma vez que sua associação está relacionada com maiores níveis de incapacidade nesse distúrbio.

Torna-se, portanto, relevante esse entendimento na prática clínica dos profissionais de saúde, pois, a partir da identificação dessas características, o profissional poderá atuar no plano de tratamento para que consiga ter uma melhora na qualidade de vida de seus pacientes.

CONCLUSÃO

A incapacidade associada à migrânea frequentemente é subestimada pelas equipes multiprofissionais. Contudo, sua adequada identificação é crucial para o desenvolvimento de um planejamento terapêutico individualizado. Os fatores cognitivo-comportamentais analisados nesta pesquisa demonstram que crenças e comportamentos relacionados ao medo e à evitação têm um impacto negativo significativo nas atividades diárias dos indivíduos com migrânea, contribuindo para a incapacidade funcional.

Os resultados indicam que indivíduos com migrânea apresentam maior nível de incapacidade conforme aumentam os índices de catastrofização e hipervigilância. Em contraste, pacientes com maior autoeficácia mostram níveis reduzidos de incapacidade. Assim, é essencial a identificação desses aspectos cognitivo-comportamentais durante a avaliação clínica. Recomenda-se a implementação de estratégias que visem aumentar a autoeficácia e a manutenção de outros fatores cognitivo-comportamentais, dada a sua influência direta nas limitações da vida cotidiana dos pacientes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao PROPESQI, ao CNPq pelo incentivo ao projeto e a equipe de pesquisa do Laboratório de Aprendizagem e Controle Motor – LACOM, pela oportunidade de ser orientada pelo grupo.

REFERÊNCIAS

1. Kowacs F, Dantas D, De Macedo P, Pereira Da Silva-Néto R. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS CEFALÉIAS 3a EDIÇÃO Tradução da Sociedade Brasileira de Cefaleia com autorização da Sociedade Internacional de Cefaleia Headache Disorders-3 rd ed. (2018) ICHD-3 TRADUÇÃO COMPLETA E REVISADA.
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 Nov 1;17(11):954–76.

3. Melhado EM, Santos PSF, Kaup AO, da Costa ATNM, de Paula Roesler CA, Piovesan ÉJ, et al. Consensus of the Brazilian Headache Society (SBCe) for the Prophylactic Treatment of Episodic Migraine: part I. *Arq Neuropsiquiatr*. 2022 Aug 1;80(8):845–61.
4. Ashina M, Katsarava Z, Do TP, Buse DC, Pozo-Rosich P, Özge A, et al. Migraine: epidemiology and systems of care. Vol. 397, *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2021. p. 1485–95.
5. Oliveira DA, Feitosa H, Cysneiros H, Wanderley D. Funcionalidade, incapacidade e saúde de pacientes com cefaleia: uma abordagem biopsicossocial. In: Sarmento EM, Melhado EM, Andrade JR, Valença MM, Peres MF, Silva-Néto R. *Cefaleia*. Vol 1. Recife: Advances in Science; 2022. p. 235-243.
6. Nogueira EAG, de Oliveira FR, de Carvalho VM, Telarolli C, Fragoso YD. Catastrophization is related to the patient and not to the severity of migraine. *Arq Neuropsiquiatr*. 2021 Aug 1;79(8):682–5.
7. Santos ERR, Oliveira DA, Valença MM. Catastrofização e migrânea: uma reflexão sobre o enfrentamento da dor. In: *Headache Medicine*. Vol 8. n 2. Curitiba: Sociedade Brasileira de Cefaleia; 2018. p. 48-54.
8. Barral E, Buonanotte F. Catastrofización ante el dolor y abuso de analgésicos en pacientes con migraña crónica [Pain catastrophizing and medication overuse in patients with chronic migraine]. *Rev Neurol*. 2020 Apr 16;70(8):282-286. Spanish. doi: 10.33588/rn.7008.2020034. PMID: 32242334.
9. Sciriuicchio V, Simeone M, Barbaro MGF, Tanzi RC, Delussi MD, Libro G, et al. Pain catastrophizing in childhood migraine: An observational study in a tertiary headache center. *Front Neurol*. 2019;10(FEB).
10. Pescador Ruschel MA, De Jesus O. Migraine Headache. 2023 Aug 23. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan—. PMID: 32809622.
11. Karasawa Y, Yamada K, Iseki M, Yamaguchi M, Murakami Y, Tamagawa T, et al. Association between change in self-efficacy and reduction in disability among patients with chronic pain. *PLoS One*. 2019 Apr 1;14(4).
12. Vlaeyen JWS, Crombez G, Linton SJ. The fear-avoidance model of pain. *Pain*. 2016 Aug;157(8):1588-9. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000574. PMID: 27428892.
13. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth*. 2019 Apr;13(Suppl 1):S31-S34. doi: 10.4103/sja.SJA_543_18. PMID: 30930717; PMCID: PMC6398292.
14. Gil-Gouveia R, Martins I. Validation of the Portuguese version of id-migraineTM. *Headache*. 2010 Mar;50(3):396–402.

15. Bonafé F, Marôco J, Campos J. Cross-Cultural Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Pain Vigilance and Awareness Questionnaire. *J Oral Facial Pain Headache*. 2018 Apr;32(2):e1–12.
16. Roelofs J, Peters ML, McCracken LM, Vlaeyen JWS. The pain vigilance and awareness questionnaire (PVAQ): further psychometric evaluation in fibromyalgia and other chronic pain syndromes. *Pain*. 2003;101(1-2):299-306.
17. Sehn F, Chachamovich E, Vidor LP, Dall-Agnol L, de Souza IC, Torres IL, Fregni F, Caumo W. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. *Pain Med*. 2012 Nov;13(11):1425-35. doi: 10.1111/j.1526-4637.2012.01492.x. Epub 2012 Oct 4. PMID: 23036076.
18. Salvetti MG, Pimenta CAM, Salvetti G, De Mattos Pimenta CA. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a Língua Portuguesa. *Rev Psiq Clín*. 2005;32.
19. Pradela J, Bevilaqua-Grossi D, Cristina Chaves T, Dach F, Ferreira Carvalho G. Brazilian Portuguese version of the Headache Disability Inventory: Cross-cultural adaptation, validity, and reliability. *Cephalalgia*. 2021 Feb 1;41(2):156–65.
20. Barros MMB. Análise do impacto da sensibilização central, catastrofização da dor e presença de migrânea na função física de mulheres fibromiálgicas [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2022.
21. Petrini L, Arendt-Nielsen L. Understanding Pain Catastrophizing: Putting Pieces Together. *Front Psychol*. 2020 Dec 16;11:603420. doi: 10.3389/fpsyg.2020.603420. PMID: 33391121; PMCID: PMC7772183.
22. Yousefi Afrashteh M, Abbasi M, Abbasi M. The relationship between meaning of life, perceived social support, spiritual well-being and pain catastrophizing with quality of life in migraine patients: the mediating role of pain self-efficacy. *BMC Psychol*. 2023 Dec 1;11(1).
23. Rogers DG, Protti TA, Smitherman TA. Fear, Avoidance, and Disability in Headache Disorders. Vol. 24, *Current Pain and Headache Reports*. Springer; 2020.
24. Guerra F, Di Giacomo D, Ranieri J, Saporito G, Sucapane P, Totaro R, Pistoia F. Network analysis of negative emotions in patients with episodic migraine: need for a multidisciplinary perspective. *Front Neurol*. 2024 Jul 2;15:1418188. doi: 10.3389/fneur.2024.1418188. PMID: 39015320; PMCID: PMC11249559.
25. Short AL. Enhancing migraine self-efficacy and reducing disability through a self-management program. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2021 Jan 13;33(1):20–8.
26. Pistoia F, Salfi F, Saporito G, Ornello R, Frattale I, D'Aurizio G, et al. Behavioral and psychological factors in individuals with migraine without psychiatric comorbidities. *J Headache Pain*. 2022 Dec 1;23(1).

27. Torres-Ferrús M, Ursitti F, Alpuente-Ruiz A, Brunello F, Chiappino D, De Vries T, et al. From transformation to chronification of migraine: Pathophysiological and clinical aspects. *J Headache Pain*. 2020;21.

28. Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neurol Clin*. 2019;37:631–49.

APÊNDICES

APÊNDICE A: FIGURA 1

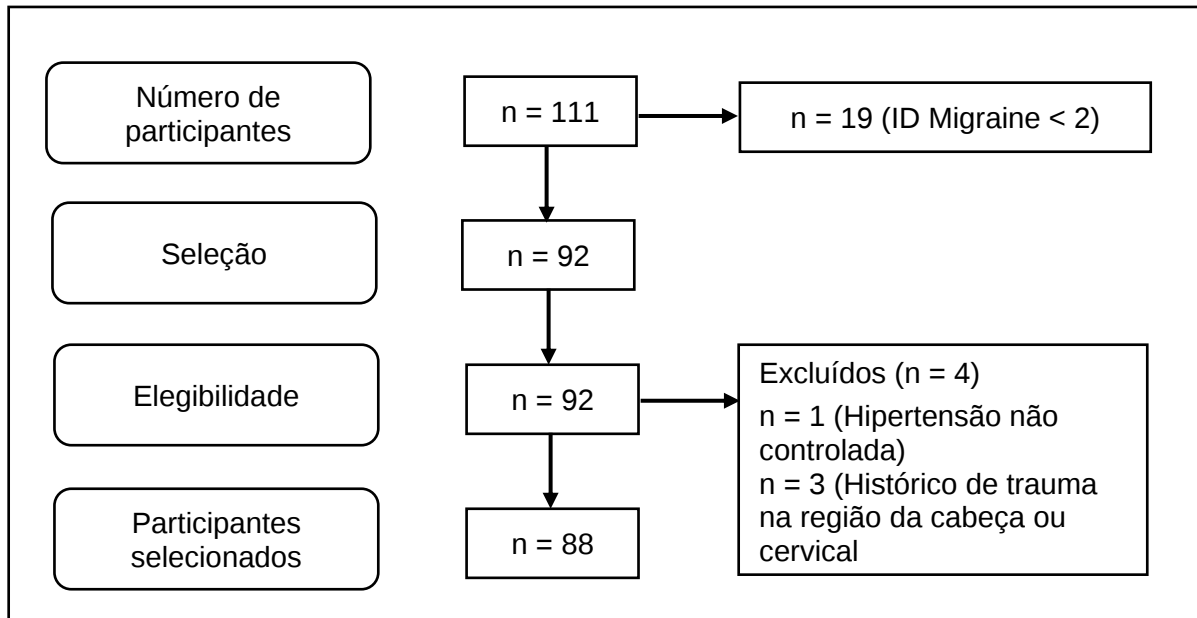


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de participantes.

APÊNDICE B: FIGURA 2

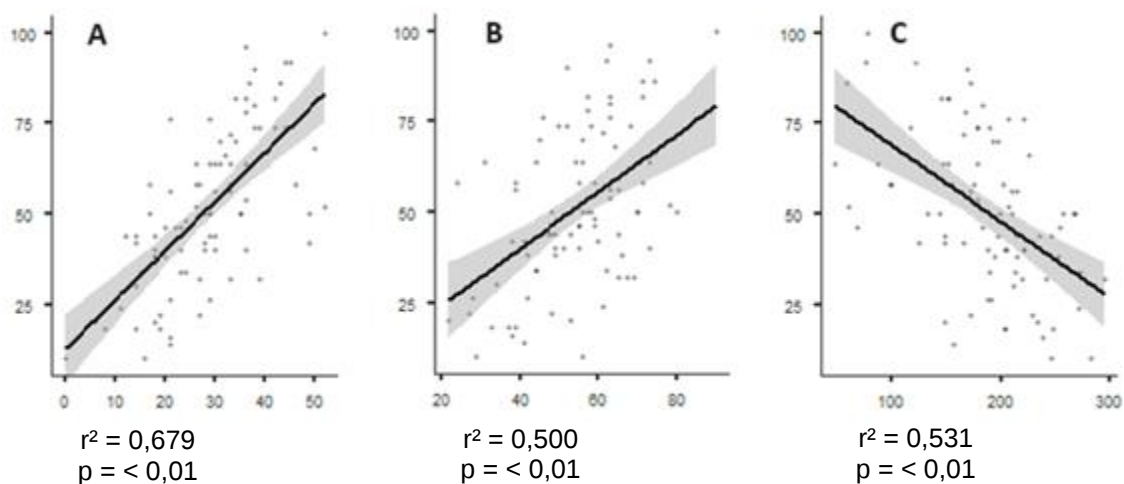


Figura 2. Resultado da correlação das variáveis. Em A: Correlação entre catastrofização da dor e incapacidade; B: Correlação entre incapacidade e hipervigilância; C: Correlação entre incapacidade e autoeficácia.

Fonte: a autora

APÊNDICE C: TABELA 1

Tabela 1. Análise descritiva da amostra, n=88.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	10 (11%)
Feminino	78 (89%)
	MD (± DP)
Idade	25,9 (9,22)
CPSS	103 (55,2)
PVAQ	54,6 (13,8)
HDI	51,5 (21,8)
B-PCS	28,5 (10,9)

CPSS: Chronic Pain Self-Efficacy Scale; **PVAQ:** Pain Vigilance na Awareness Questionnaire; **HDI:** Headache Disability Inventory; **B-PCS:** Pain Catastrophizing Scale; **MD (± DP):** Média ± Desvio Padrão.