



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

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

Kerollen Augusta Caldas Cardoso¹, Rodrigo Pina², Taciana Maciel^{2*}, Davi Coutinho de Almeida², Helena Cysneiros³, Daniella Araújo de Oliveira⁴

¹Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco (PE), Brasil; ²Mestrando(a) em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco (PE), Brasil; ³Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco (PE), Brasil; ⁴Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco (PE) Brasil.

***Autor correspondente:**
Taciana Maciel – Email: taciana.aline@ufpe.br

Recebido: 20 mar. 2025
Aceito: 08 jul. 2025

Editores-chefes: Dr. Leonardo Pestillo de Oliveira e Dr. Mateus Dias Antunes

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



RESUMO: O objetivo foi analisar a correlação entre incapacidade e os aspectos cognitivos de catastrofização da dor, hipervigilância e autoeficácia em indivíduos com migrânea. 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. A catastrofização da dor ($r = 0,679$; $p < 0,01$) e a hipervigilância ($r = 0,500$; $p < 0,01$) apresentaram correlação moderada, positiva e significativa com a incapacidade, enquanto a autoeficácia ($r = -0,531$; $p < 0,01$) demonstrou correlação moderada, negativa e significativa com a incapacidade. Conclui-se que maiores índices de catastrofização da dor e hipervigilância estão associados a maior incapacidade, enquanto maior autoeficácia relaciona-se a menor incapacidade.

PALAVRAS-CHAVE: Autoeficácia. Catastrofização da dor. Hipervigilância. Migrânea.

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the correlation between disability and the cognitive aspects of pain catastrophizing, hypervigilance, and self-efficacy in individuals with migraine. This was a cross-sectional study involving 88 participants, in which demographic data and study variables were collected using the Brazilian versions of the Pain Vigilance and Awareness Questionnaire, Pain Catastrophizing Scale, Headache Disability Inventory, and Chronic Pain Self-Efficacy Scale. Pain catastrophizing ($r = 0.679$; $p < 0.01$) and hypervigilance ($r = 0.500$; $p < 0.01$) showed a moderate, positive, and significant correlation with disability, whereas self-efficacy ($r = -0.531$; $p < 0.01$) demonstrated a moderate, negative, and significant correlation with disability. It is concluded that higher levels of pain catastrophizing and hypervigilance are associated with greater disability, while higher self-efficacy is associated with lower disability.

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

INTRODUÇÃO

A migrânea, também denominada enxaqueca, é uma cefaleia primária que acomete entre 5 e 20% da população global, com maior prevalência em mulheres.¹ Segundo o *Global Burden of Disease* de 2022, essa condição é o terceiro distúrbio mais prevalente no mundo e a segunda maior causa de incapacidade.² Apesar de sua alta prevalência, a migrânea permanece subdiagnosticada e subtratada,² resultando em impactos negativos na qualidade de vida dessa população. No Brasil, a migrânea afeta cerca 15% da população e apresenta uma prevalência de 14.000 casos para cada 100 mil habitantes, segundo estudos epidemiológicos.^{3,4}

Dentre as cefaleias primárias, a migrânea é reconhecida como uma preocupação global conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), destacando seu potencial incapacitante. Em 2022, a OMS incorporou o manejo das cefaleias ao Plano de Ação Global Intersectorial para Condições Neurológicas, com diretrizes voltadas à promoção da saúde, prevenção primária, capacitação dos profissionais de saúde e acesso ao tratamento.⁵ No Brasil, estudos indicam que a migrânea é a segunda condição crônica não transmissível mais prevalente e uma das principais causas de incapacidade entre adultos, resultando em elevados custo indiretos e diretos ao sistema de saúde. Ainda assim, muitos brasileiros carecem de tratamentos adequados e preventivos para essa condição.^{6,7} Diante deste cenário, a Declaração de Brasília de 2019, proposta pela Sociedade Brasileira de Cefaleia, recomendou a inclusão das cefaleias nos protocolos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de incorporar ações de políticas acerca da prevenção nos cuidados à cefaleia, de acordo com a OMS.⁸

Os impactos da migrânea ultrapassam a esfera física, alcançando aspectos emocionais e cognitivos. Um estudo multicêntrico realizado no Canadá, França, Alemanha, Japão, Reino Unido e Estados Unidos, com 14.492 indivíduos migranosos, identificou que 35,5% apresentavam sintomas moderados de depressão e/ou ansiedade, enquanto 48,5% apresentavam alodinia. Além disso, observou-se redução da produtividade e piora da qualidade de vida, o que reforça a gravidade clínica da migrânea e a necessidade de investigar aspectos cognitivos ainda pouco explorados.^{9,10} Disfunções cognitivas já são identificadas na população com migrânea, como alterações relacionadas a memória, atenção e velocidade de processamento.^{11,12} Esses achados destacam a gravidade da condição e são sugestivos de que uma relação entre incapacidade e fatores cognitivo-comportamentais podem ser explorados.

A migrânea, além do sofrimento individual, impõe um fardo socioeconômico significativo, uma vez que afeta predominantemente adultos jovens, entre 25 e 55 anos, fase que corresponde ao auge da produtividade. Como consequência, observa-se altos índices de absenteísmo e presenteísmo, repercutindo na vida profissional e contribuindo para a incapacidade relacionada à migrânea.^{2,3,13} A incapacidade, nesse contexto, é definida como a redução da funcionalidade do indivíduo, limitando sua capacidade de interagir com o meio e no desempenho de suas atividades diárias, afetando os aspectos físicos, emocionais e comportamentais.¹³ Além disso, essa condição está associada a impactos nas funções cognitivas, podendo estar relacionada ao desenvolvimento de transtornos depressivos e ansiosos.^{14,15}

Diante disso, a análise dos aspectos cognitivo-comportamentais, como a catastrofização da dor, a hipervigilância e a autoeficácia, é fundamental para a compreensão dos mecanismos envolvidos na experiência dolorosa e na redução da incapacidade relacionada à migrânea. A catastrofização da dor consiste em uma resposta cognitivo-afetiva negativa que amplifica a percepção da intensidade dolorosa e reduz a capacidade de enfrentamento.^{15,16,17} Já a autoeficácia da dor se refere à crença do indivíduo em sua capacidade de gerenciar a dor e adaptar-se às limitações impostas pela sua condição clínica, sendo um aspecto essencial para redução dos sintomas e melhora da qualidade de vida.^{18,19} Por fim, a

hipervigilância da dor, caracterizada por um estado de alerta constante na identificação de estímulos dolorosos, está associada à cronificação da doença e ao aumento da incapacidade.²⁰

Posto a relevância desses aspectos cognitivos-comportamentais e a lacuna na literatura quanto à relação entre a incapacidade causada pela migrânea, este estudo tem como objetivo analisar a correlação entre incapacidade e os aspectos cognitivos de catastrofização da dor, hipervigilância e autoeficácia em indivíduos com migrânea.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal, conduzido em conformidade com as diretrizes do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).²¹ O estudo foi realizado no Laboratório de Aprendizagem e Controle Motor (LACOM), do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), especializado em reabilitação neuromotora e no manejo de condições crônicas, incluindo as cefaleias. No LACOM é desenvolvido o projeto de extensão em fisioterapia aplicada às cefaleias, do qual foram triados os voluntários da presente pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2023 a fevereiro de 2024. A amostra foi constituída por conveniência e os dados foram coletados no LACOM. Além disso, os voluntários responderam a um formulário on-line para a coleta de informações complementares. Foram incluídos voluntários com idade entre 18 e 55 anos; com pontuação ≥ 2 no questionário *ID-Migraine*, versão em português, Brasil, este instrumento é sensível e específico para triagem clínica na identificação de indivíduos com migrânea.²² Foram excluídos os participantes que autorrelatassem estar no período gestacional; ter hipertensão arterial não controlada; histórico de cefaleia que iniciou após trauma crânio-cervical dentro dos últimos 3 meses.

Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado, contendo informações sociodemográficas (idade e sexo) e as variáveis clínicas como catastrofização da dor, autoeficácia, hipervigilância e incapacidade relacionada à cefaleia. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFPE, sob parecer 6.571.996.

PROCEDIMENTOS DE COLETA

QUESTIONÁRIO ID-MIGRAINE

O rastreamento dos indivíduos com a migrânea foi realizado utilizando a versão em português do Brasil do questionário *ID migraine*, este instrumento é validado para triagem diagnóstica de indivíduos com migrânea. É um instrumento de autoavaliação composto por três perguntas com respostas dicotômica (sim/não) em que se atribui a pontuação 1 para cada resposta positiva. O indivíduo que obtiver a pontuação ≥ 2 é classificado com migrânea. Esse instrumento apresenta uma sensibilidade combinada de 0,87 (IC 95%: 0,85-0,89) e especificidade de 0,75 (IC 95%: 0,72- 0,78).²²

HEADACHE DISABILITY INVENTORY - BRASIL

A incapacidade foi avaliada por meio da versão brasileira do questionário *Headache disability inventory* (HDI-Brasil), um instrumento que consiste em avaliar diferentes dimensões relacionadas à incapacidade associada à cefaleia e sua interferência na vida diária durante o último mês. O questionário

é composto por 25 questões, divididas em três domínios: funcional, emocional e participação social. As opções de respostas variam entre "sim" (4 pontos), "às vezes" (2 pontos), "não" (0 pontos).²³ O escore total varia de 0-100 pontos, categorizando o indivíduo desde a ausência até nível máximo de incapacidade, em que pontuações maiores indicam maior impacto da cefaleia.¹⁹

O questionário apresenta excelentes propriedades de medida, com uma consistência interna α de Cronbach de 0,84 no escore total, 0,86 para o domínio funcional e 0,88 para o domínio emocional. A validade de constructo foi confirmada por correlação de moderada a forte. Apresentou excelente nível de confiabilidade teste-reteste com coeficiente de correlação interclasse (ICC = 0,95) e um erro padrão de medida (SEM=2,26), demonstrando alta estabilidade e precisão nas respostas ao longo do tempo.²³

CHRONIC PAIN SELF-EFFICACY SCALE

A autoeficácia foi avaliada por meio da versão brasileira da *Chronic Pain self-efficacy scale* (CPSS), é uma ferramenta específica para avaliar a percepção de autoeficácia e a capacidade de lidar com as consequências da dor em indivíduos com dor crônica. A escala é composta por 22 itens, divididos em três domínios: autoeficácia para o controle da dor (AED), autoeficácia para função física (AEF) e autoeficácia para controle dos sintomas (AES).²⁴

Os itens são avaliados por meio de uma escala *Likert*, cujo escore varia de 10 a 100 e corresponde ao grau de certeza que o indivíduo tem em relação a cada item. Cada domínio apresenta um escore individual e a soma de todos os domínios fornece o escore total, que varia entre 30 - 300 pontos. Quanto maior a pontuação, maior o nível de autoeficácia.²⁴ A CPSS apresenta bons níveis de consistência interna, α de Cronbach de 0,94 para o escore total dos 22 itens, demonstrando alta confiabilidade para uso em contextos clínicos e pesquisa.²⁴

PAIN VIGILANCE AND AWARENESS QUESTIONNAIRE

A avaliação da hipervigilância foi realizada pela versão brasileira do *Pain Vigilance and Awareness Questionnaire* (PVAQ). Esse instrumento é composto por 16 itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação à dor nas últimas duas semanas. As respostas são fornecidas em uma escala *Likert* de 6 pontos, que varia de 0 (nunca) a 5 (sempre) e a soma varia entre 0 e 80. O escore é obtido pela soma das respostas de cada item, com pontuação que pode variar de $\leq 1,25$ (baixa vigilância) à $\geq 3,75$ (hipervigilância). Ressalta-se que os itens 8 (eu acho fácil ignorar a dor) e 16 (eu não me debruço sobre a dor) possuem respostas invertidas (5 = nunca e 0 = sempre).^{25,26}

A versão brasileira do PVAQ demonstra boas propriedades de medida, incluindo validade de construto, confiabilidade e sensibilidade. As cargas fatoriais são superiores a 0,50, e os índices de ajuste na análise fatorial confirmatória são adequados (CFI=0,926; GFI=0,928; RMSEA=0,083). A consistência interna é elevada, com α de Cronbach $> 0,85$. A sensibilidade foi analisada por meio de análise descritiva e do teste de normalidade multivariada, utilizando o teste de Mardia (Mardia Test=1,42), considerado adequado.^{25,26}

PAIN CATASTROPHIZING SCALE

A catastrofização foi avaliada através da versão brasileira da *Pain Catastrophizing Scale* (B-PCS), uma escala composta por 13 itens que avaliam pensamentos e sentimentos relacionados à dor. O instrumento é estruturado em três domínios: ruminação (itens 8-11); magnificação (itens 6, 7 e 13) e desamparo (itens 1-4 e 12). Os itens são classificados em uma escala *Likert* de cinco pontos, variando de

0 (mínimo) a 4 (muito intenso). O escore total corresponde à soma de todos os itens, variando de 0 - 52 pontos, onde os valores mais altos indicam maior grau de catastrofização. A versão brasileira BP-PCS apresenta elevada confiabilidade, com consistência interna (α de Cronbach = 0,91) e coeficiente de correlação intraclasse (ICC = 0,92).²⁷ Para a presente pesquisa, foi utilizado o escore total.

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. Os escores dos questionários foram analisados e apresentados por meio de medidas de dispersão e tendência central (média e desvio padrão). Foi empregado o teste de Pearson para analisar as correlações entre as variáveis. As correlações foram classificadas como fracas ($r < 0.3$), moderadas ($0.3 \leq r \leq 0.7$) ou fortes ($r > 0.7$). Os dados foram tabulados em uma planilha Excel e analisados utilizando o software JAMOVI versão 2.3.28.0.

RESULTADOS

Foram avaliados 111 voluntários, dos quais 23 (20,7%) foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade estabelecidos. A seleção da amostra está detalhada na Figura 1.

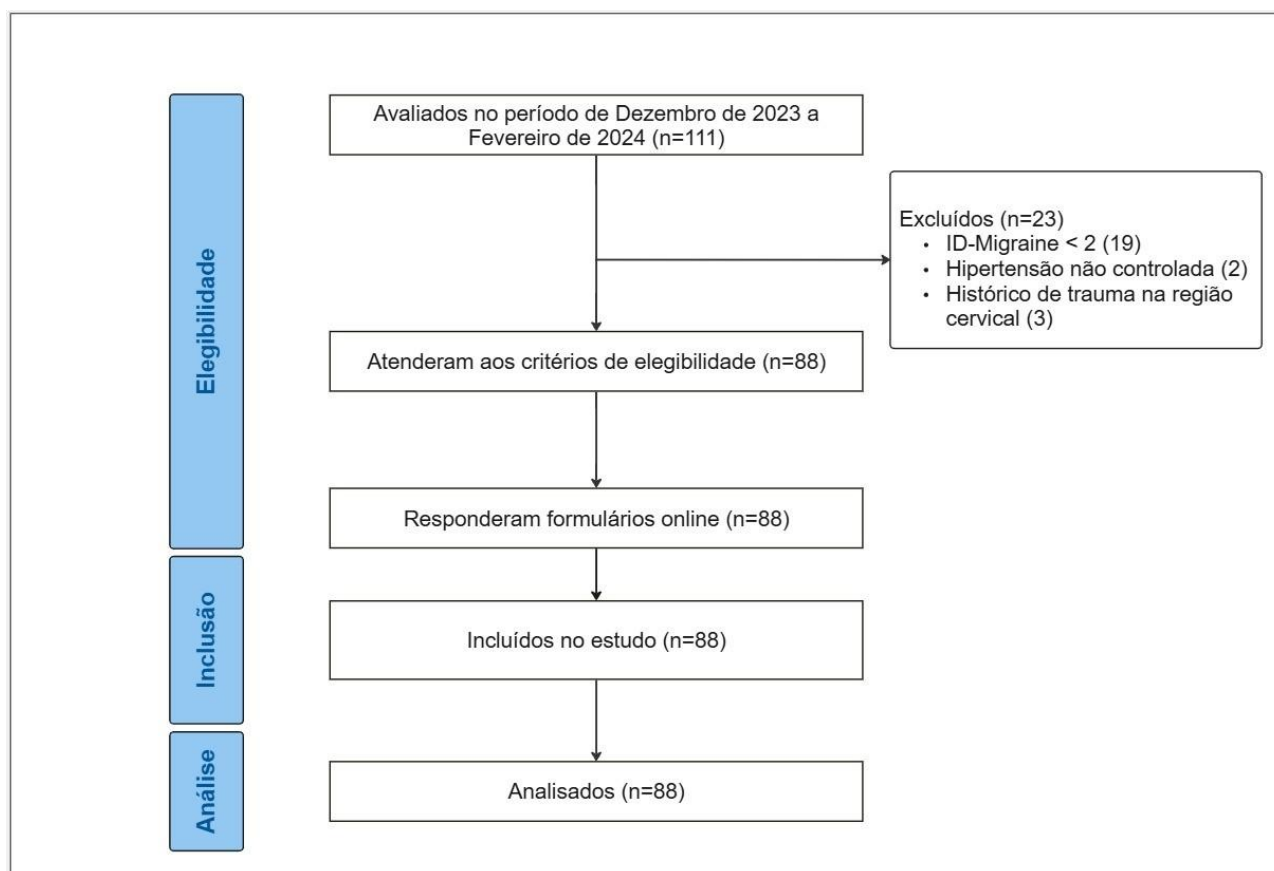


Figura 1. Fluxograma STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), da seleção de voluntários.

A amostra do estudo foi composta por 78 mulheres (89%) e 10 homens (11%), com uma idade média de 25,9 anos ($\pm 9,2$). Os escores dos questionários foram analisados e apresentados na Tabela 1. Os resultados indicam que os participantes apresentam incapacidade moderada, enquanto a autoeficácia é relativamente baixa, com níveis moderados a elevados de hipervigilância e catastrofização da dor.

Tabela 1. Análise descritiva da amostra de 88 voluntários.

Variáveis	n (%)
Sexo; Feminino	78 (89%)
MD ($\pm$ DP)	
Idade (anos)	25,9 ($\pm 9,22$)
HDI (score 0-100)	51,5 ($\pm 21,8$)
CPSS (score 30-300)	103 ($\pm 55,2$)
PVAQ (score $\leq 1,25$ entre $\geq 3,75$)	54,6 ($\pm 13,8$)
B-PCS (score 0-52)	28,5 ($\pm 10,9$)

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

Os resultados mostram a influência dos aspectos cognitivo-comportamentais sobre a incapacidade relacionada à migrânea, conforme apresentado na Figura 2. Observa-se uma correlação positiva e moderada entre a catastrofização ($r=0,679$; $p<0,01$) e a hipervigilância da dor ($r=0,500$; $p<0,01$) com a incapacidade, indicando que os participantes que apresentaram um escore mais elevado nessas variáveis tendem a relatar maior incapacidade. Entretanto, a autoeficácia demonstrou uma correlação negativa e moderada com a incapacidade ($r= -0,531$; $p<0,01$), evidenciando uma relação inversa: quanto menor a autoeficácia relatada, maior a incapacidade relacionada à migrânea.

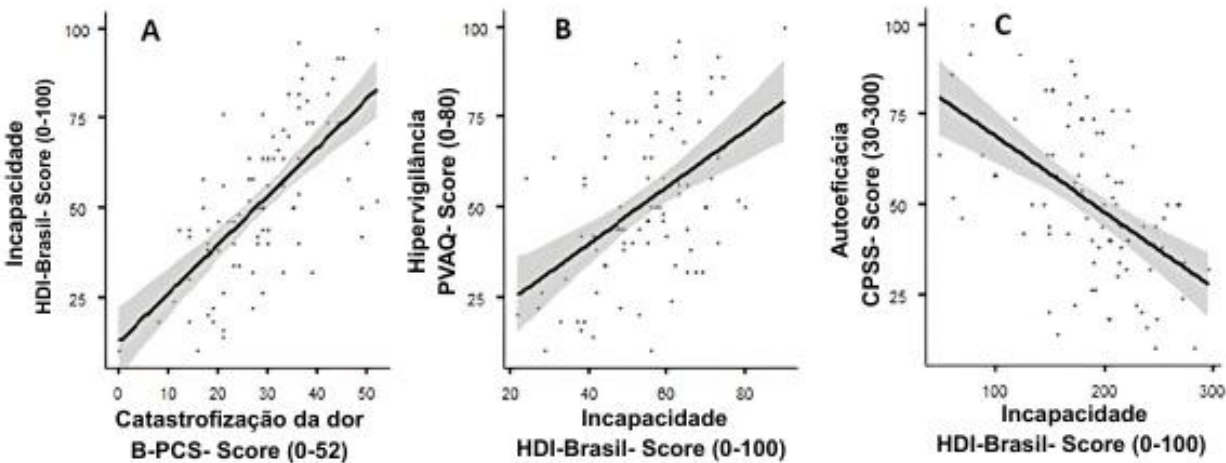


Figura 2. Resultado da correlação das variáveis. Em A: Correlação entre catastrofização da dor e incapacidade; B: Correlação entre incapacidade e hipervigilância; C: Correlação entre incapacidade e autoeficácia.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa buscou analisar a incapacidade relacionada à migrânea e sua correlação com autoeficácia, hipervigilância e a catastrofização da dor. Os resultados demonstraram uma correlação positiva e moderada para os desfechos de catastrofização e hipervigilância da dor quando

correlacionados com a incapacidade, enquanto uma correlação negativa e moderada foi observada entre a autoeficácia e a incapacidade.

A migrânea é um distúrbio com etiologia multifatorial, que envolve processos neurológicos, neuroquímicos e neuroendócrinos, embora ainda não haja um consenso para sua patogênese. Trata-se de uma condição permanente, desencadeada a partir de gatilhos influenciados por fatores ambientais e pessoais que são únicos para cada indivíduo, destacando a importância de identificar e administrar seus sintomas. Os aspectos cognitivo-comportamentais desempenham um papel significativo sobre a experiência de dor do paciente, que é influenciada por fatores como atenção à dor, antecipação, emoção, memória do sofrimento e percepção de eficácia pessoal para lidar com as crises.²⁸

A catastrofização da dor, caracterizada pela ruminação e amplificação da percepção dolorosa, leva o indivíduo a sentir-se dominado pela dor, resultando em maior incapacidade de lidar efetivamente com a migrânea, de modo que a atenção é direcionada às sensações do corpo, potencialmente desencadeando pensamentos constantes e repetitivos de ameaça.¹⁵ Níveis elevados de catastrofização da dor estão associados a uma maior percepção de dor e sofrimento, o que pode favorecer uma busca mais frequente por cuidados médicos e contribuir para o processo de cronificação da dor. Indivíduos com esse perfil tendem a amplificar a experiência dolorosa e apresentam dificuldade em desviar sua atenção da dor, perpetuando um ciclo de medo, ansiedade e preocupação. Esse padrão cognitivo-comportamental pode aumentar a frequência das crises e está fortemente relacionado à maior incapacidade funcional e à piora da qualidade de vida.^{15,29,30}

Do mesmo modo, a hipervigilância desempenha um papel importante dentro do processo doloroso. A procura constante por possíveis gatilhos funciona como um mecanismo de proteção, mas também leva a comportamentos de evitação e aumenta a sensibilidade a estímulos dolorosos.²⁰ Esse processo pode amplificar a intensidade subjetiva da dor, contribuir para o sofrimento emocional e favorecer o uso excessivo de medicamentos analgésicos.³¹ Além disso, a hipervigilância é reforçada negativamente pela percepção de sucesso na prevenção da dor, tornando mais difícil a regulação do comportamento. A correlação positiva e moderada observada entre a catastrofização da dor e a hipervigilância neste estudo está em consonância com evidências de metanálises sobre migrânea, as quais indicam que níveis mais elevados de fatores cognitivo-comportamentais estão associados a maior incapacidade funcional.³¹

Em contrapartida, a autoeficácia junto ao manejo da migrânea compõem uma relação significativa no enfrentamento da dor, o que a torna um elemento importante na avaliação clínica. No contexto da dor crônica, o senso de eficácia pessoal é definido como a capacidade de gerenciar a própria vida e resolver problemas de forma adaptativa. No âmbito migrânea, essa capacidade se traduz no controle e no modo de enfrentamento da condição, como através da autoconfiança ou da capacidade de desenvolver estratégias pessoais para lidar com a dor e manter atividades diárias, apesar da enfermidade.^{32,33}

Indivíduos com alto nível de autoeficácia apresentam menores índices de incapacidade relacionada à dor crônica, em concordância com os resultados deste estudo. A autogestão, nesse contexto, implica participar ativamente do tratamento na identificação de particularidades individuais e na adaptação das estratégias de manejo da dor de acordo com sua individualidade, contribuindo para a redução da incapacidade.³⁴ A educação em saúde do paciente migranoso e a adoção de intervenções multimodais podem contribuir para aumentar a autoeficácia, incluindo medidas como terapias comportamentais, dietéticas, higiene do sono, redução de práticas estimulantes,³⁵ inclusão de atividades de relaxamento, hidratação, tratamento preventivo e a construção do diário de cefaleia, que auxilia na

quantificação do número de crises e no registro de observações importantes para autogerenciamento,^{34,33} reduzindo a incapacidade promovida pela migrânea.²⁰

Observa-se que a incapacidade na migrânea ainda é subestimada pela equipe multiprofissional, no entanto avaliações de autoeficácia demonstraram ser um recurso indireto na detecção da catastrofização e hipervigilância, uma vez que indivíduos que se percebem auto eficientes no manejo da dor parecem demonstrar melhor processamento da experiência dolorosa.^{34,36} As correlações dos fatores cognitivos comportamentais analisados nesta pesquisa demonstram como crenças e comportamentos de medo e evitação podem impactar negativamente 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.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O tamanho amostral relativamente reduzido pode limitar a generalização dos achados para a população geral. Além disso, não foi realizada a estratificação entre migrânea episódica e crônica, o que poderia fornecer uma compreensão mais detalhada das diferenças entre os subgrupos. A ausência de uma avaliação específica dos sintomas de ansiedade e depressão também representa uma possível restrição, dado o potencial papel modulador desses fatores nos desfechos analisados. Ainda assim, os resultados destacam a relevância da investigação dos aspectos cognitivo-comportamentais em indivíduos com migrânea, considerando sua associação com níveis mais elevados de incapacidade funcional.

Apesar dessas limitações, ressalta-se a importância da análise e avaliação desses aspectos cognitivo-comportamentais nos indivíduos com migrânea. As possibilidades de atendimento às pessoas com cefaleia primária no Brasil estão majoritariamente condicionadas à cobertura de 74% proporcionada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto o acesso a profissionais treinados no manuseio de cefaleias é limitado. Segundo o modelo de cuidado para pacientes com cefaleia proposto pela Campanha Global de Combate à Dor de Cabeça,^{5,6} iniciativas educacionais e a reorganização da estrutura dos sistemas de saúde configuram-se como medidas relevantes no âmbito da promoção da saúde, com potencial para atender até 90% dos casos quando adequadamente encaminhados à atenção primária.⁵ Preocupações relacionadas à doença e à eficácia do tratamento têm demonstrado impacto significativo na experiência de dor.^{37,38}

Destaca-se a necessidade de que os profissionais atuantes na atenção básica estejam devidamente capacitados para reconhecer e abordar as crenças e preocupações expressas por esses indivíduos. Os achados do presente estudo contribuem para a sustentação de estratégias comportamentais na gestão da migrânea, favorecendo sua incorporação ao modelo proposto e promovendo o aumento da autoeficácia dos indivíduos, o que pode resultar na redução da incapacidade associada. Os desfechos deste estudo podem orientar a atuação de profissionais de saúde não apenas na atenção primária, mas também na identificação e modificação de aspectos relevantes do processo de educação em dor no manejo clínico da migrânea.

CONCLUSÃO

Maiores índices de catastrofização da dor e hipervigilância estão associados a maior incapacidade, enquanto maior autoeficácia relaciona-se a menor incapacidade. Os achados reforçam a importância de avaliar aspectos cognitivo-comportamentais e implementar estratégias voltadas ao fortalecimento da autoeficácia no manejo da migrânea.

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia [Internet]. 2018 Jan;38(1):1–211. <http://dx.doi.org/10.1177/0333102417738202>
2. Stovner LJ, Hagen K, Linde M, Steiner TJ. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. J Headache Pain [Internet]. 2022 Apr 12;23(1):34. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-022-01402-7>
3. Melhado EM, Santos PSF, Kaup AO, Costa ATNM da, Roesler CA de P, Piovesan ÉJ, et al. Consensus of the Brazilian Headache Society (SBCe) for the Prophylactic Treatment of Episodic Migraine: part I. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2022 Aug;80(8):845–61. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-1756441>
4. Ashina M, Katsarava Z, Do TP, Buse DC, Pozo-Rosich P, Özge A, et al. Migraine: epidemiology and systems of care. Lancet [Internet]. 2021 Apr 17 [cited 2025 Jun 28];397(10283):1485–95. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32160-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32160-7)
5. Olesen J, Jensen RH. The Global Campaign Against Headache and its future relation to IHS and WHO. Cephalalgia [Internet]. 2023 Apr;43(4):3331024231159625. <http://dx.doi.org/10.1177/03331024231159625>
6. Peres MFP, Queiroz LP, Rocha-Filho PS, Sarmento EM, Katsarava Z, Steiner TJ. Migraine: a major debilitating chronic non-communicable disease in Brazil, evidence from two national surveys. The Journal of Headache and Pain [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2025 Jul 3];20(1):1–6. <https://10.1186/s10194-019-1036-6>
7. Oliveira AB, Queiroz LP, Sampaio Rocha-Filho P, Sarmento EM, Peres MF. Annual indirect costs secondary to headache disability in Brazil. Cephalalgia [Internet]. 2020 May [cited 2025 Jul 4];40(6):597–605. <http://dx.doi.org/10.1177/0333102419889357>
8. Peres MFP, Oliveira AB, Sarmento EM, Rocha-Filho PS, Peixoto PM, Kowacs F, et al. Public policies in headache disorders: needs and possibilities. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2020 Jan 13 [cited 2025 Jul 3];78(1):50–2. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20190144>
9. Katsarava Z, Buse DC, Leroux E, Lanteri-Minet M, Sakai F, Matharu MS, et al. Disability in migraine: Multicountry results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes - International (CaMEO-I) Study. Cephalalgia [Internet]. 2024 Aug [cited 2025 Jun 29];44(8):3331024241274343. <http://dx.doi.org/10.1177/03331024241274343>
10. Lipton RB, Seng EK, Chu MK, Reed ML, Fanning KM, Adams AM, et al. The effect of psychiatric comorbidities on headache-related disability in migraine: Results from the Chronic Migraine Epidemiology and outcomes (CaMEO) study. Headache [Internet]. 2020 Sep;60(8):1683–96. <http://dx.doi.org/10.1111/head.13914>
11. Gu L, Wang Y, Shu H. Association between migraine and cognitive impairment. J Headache Pain [Internet]. 2022 Jul 26;23(1):88. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-022-01462-4>
12. Fernandes C, Dapkute A, Watson E, Kazaishvili I, Chądzyński P, Varanda S, et al. Migraine and cognitive dysfunction: a narrative review. J Headache Pain [Internet]. 2024 Dec 19;25(1):221. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-024-01923-y>
13. Silva SF da, Feitosa H, Santos AK de L, Barros MMB, Ferro KJO, Souza AIS de O, et al. ICF categories compromised in Migraine. Headache Med [Internet]. 2018 Dec 31;177–82. <https://headachemedicine.com.br/index.php/hm/article/view/223>
14. Nogueira EAG, Oliveira FR de, Carvalho VM de, Telarolli C, Fragoso YD. Catastrophization is related to the patient and not to the severity of migraine. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2021 Aug;79(8):682–5. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X-anp-2020-0462>

15. Pina R, Cysneiros H, Cardoso K, de Oliveira DA. Relationship between kinesiphobia, cognitive aspects, level of physical activity, and disability in individuals with migraine: a cross-sectional study. *Physiother Theory Pract* [Internet]. 2025 May;41(5):1059–69. <http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2024.2383933>
16. Barral E, Buonanotte F. [Pain catastrophizing and medication overuse in patients with chronic migraine]. *Rev Neurol* [Internet]. 2020 Apr 16;70(8):282–6. <http://dx.doi.org/10.33588/rn.7008.2020034>
17. Aguilár-Shea AL, Membrilla Md JA, Diaz-de-Teran J. Migraine review for general practice. *Aten Primaria* [Internet]. 2022 Feb;54(2):102208. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102208>
18. Pescador Ruschel MA, De Jesus O. Migraine Headache. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32809622>
19. National Guideline Centre (UK). Evidence review for psychological therapy for chronic primary pain: Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain: Evidence review F [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33939357>
20. Meulders A. Fear in the context of pain: Lessons learned from 100 years of fear conditioning research. *Behav Res Ther* [Internet]. 2020 Aug;131:103635. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2020.103635>
21. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2019 Apr [cited 2025 May 23];13(Suppl 1):S31–4. http://dx.doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18
22. Gil-Gouveia R, Martins I. Validation of the Portuguese version of ID-Migraine. *Headache* [Internet]. 2010 Mar;50(3):396–402. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2009.01449.x>
23. Pradela J, Bevilacqua-Grossi D, Chaves TC, Dach F, Ferreira Carvalho G. Brazilian Portuguese version of the Headache Disability Inventory: Cross-cultural adaptation, validity, and reliability. *Cephalalgia* [Internet]. 2021 Feb;41(2):156–65. <http://dx.doi.org/10.1177/0333102420949860>
24. Salvetti M de G, Pimenta CA de M. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Rev Psiquiatr Clin* [Internet]. 2005 Jul;32(4):202–10. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000400002>
25. Sampaio Bonafé FS, Marôco J, Duarte Bonini Campos JA. Cross-Cultural Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Pain Vigilance and Awareness Questionnaire. *J Oral Facial Pain Headache* [Internet]. 2018 Spring;32(2): e1–12. <http://dx.doi.org/10.11607/ofph.1853>
26. Roelofs J, Peters ML, McCracken L, Vlaeyen JWS. The pain vigilance and awareness questionnaire (PVAQ): further psychometric evaluation in fibromyalgia and other chronic pain syndromes. *Pain* [Internet]. 2003 Feb;101(3):299–306. [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(02\)00338-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(02)00338-X)
27. Sehn F, Chachamovich E, Vidor LP, Dall-Agnol L, de Souza ICC, Torres ILS, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. *Pain Med* [Internet]. 2012 Nov;13(11):1425–35. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01492.x>
28. Barros MMB. Análise do impacto da sensibilização central, catastrofização da dor e presença de migrânea na função física de mulheres fibromiálgicas [Internet]. Universidade Federal de Pernambuco; 2022 [cited 2025 Jun 28]. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/44137>
29. Petrini L, Arendt-Nielsen L. Understanding Pain Catastrophizing: Putting Pieces Together. *Front Psychol* [Internet]. 2020 Dec 16;11:603420. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.603420>
30. 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* [Internet]. 2023 Jan 23;11(1):17. <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-023-01053-1>
31. Rogers DG, Protti TA, Smitherman TA. Fear, Avoidance, and Disability in Headache Disorders. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2020 May 29;24(7):33. <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-020-00865-9>
32. Guerra F, Di Giacomo D, Ranieri J, Saporito G, Sucapane P, Totaro R, et al. Network analysis of negative emotions in patients with episodic migraine: need for a multidisciplinary perspective. *Front Neurol* [Internet]. 2024 Jul 2;15:1418188. <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2024.1418188>
33. Short AL. Enhancing migraine self-efficacy and reducing disability through a self-management program. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2019 Nov 13;33(1):20–8. <http://dx.doi.org/10.1097/JXX.0000000000000323>
34. 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* [Internet]. 2022 Aug 26;23(1):110. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-022-01485-x>
35. Torres-Ferrús M, Ursitti F, Alpuente A, Brunello F, Chiappino D, de Vries T, et al. From transformation to chronification of migraine: pathophysiological and clinical aspects. *J Headache Pain* [Internet]. 2020 Apr 29;21(1):42. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-020-01111-8>
 36. Gribbin CL, Dani KA, Tyagi A. Chronic Migraine: An Update on Diagnosis and Management. *Neurol India* [Internet]. 2021 Mar-Apr;69(Supplement):S67–75. <http://dx.doi.org/10.4103/0028-3886.315972>
 37. Oliveira-Souza AIS de, Oliveira DA de, Moraes V de O, Medeiros Júnior EJB de, de Moraes AA, Wanderley D. Crenças e preocupações sobre a dor têm associação à dor craniofacial experimentada nas últimas 24 horas: estudo transversal. *Braz J Pain* [Internet]. 2023;6(4). <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20230088-pt>
 38. Santos ERR dos, Oliveira DA de, Valença MM. Catastrophization and migraine: a reflection on coping with pain. *Headache Med* [Internet]. 2017 Jun. 30 [cited 2025 Jul. 4];8(2):48-54. <https://doi.org/10.48208/HeadacheMed.2017.13>